



Ano XII

N.º 1

Janeiro 1935

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

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

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

A. Almeida Dias

SECRETÁRIO ADJUNTO

Morais David

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

FLUOTHYMINA

Com base de Fluoroformio e Thymina

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

COQUELUCHE E TOSSE REBELDE

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colonias

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

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina, Paris 1889. Provam que 2 a 4 por dia produzem diurese prompta, reanimam o coração debilitado, dissipam ASYSTOLIA, DYSYPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA, Lesões MITRAES, CARDIOPATHIAS da INFANCIA e dos VELHOS, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

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

3, Boulevard St-Martin Paris — PHARMACIAS.

DOCTOR:

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



Phosphorrend

ROBERT!
NA/SUA/TRES FORMAS:
GRANULADO-ELIXIR
INJECTAVEL
LABORATORIO
ROBERT

Sala 3

Est. 3

Tab. 2

N.º 25

Deposítarios para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a

240, Rua da Palma,



EUCODAL

Analgésico e sedativo em vez de morfina. Supera a morfina na rapidez, intensidade e duração dos seus efeitos.

Esplêndida tolerância.

EUCODAL em comprimidos de 0,005 gr.
Tubos de 10 e 20 comprimidos.

EUCODAL em ampôlas de 0,01 e 0,02 gr.
Caixas com 10 ampôlas.

EUCODAL – substância para receitas.

Representantes para Portugal:

QUIMICO FARMACEUTICA, LIMITADA

Lisboa
Rua da Palma, 165

Porto
Rua do Almada, 59

E · MERCK



DARMSTADT

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos preparados seus congéneres

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 (XVIe)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

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

LISBOA

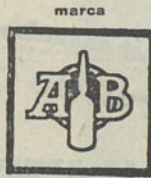
acção
pureza
inalterabilidade absolutas



eis as características
 e os fundamentos

do renome mundial da

INSULINA



para a **DIABETES**

registada

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

FOLHETO DE 40 PÁGINAS
 GRATIS A MÉDICOS

FRASQUINHOS
 de 100, 400 e 500 unidades

Representantes exclusivos deste produto:

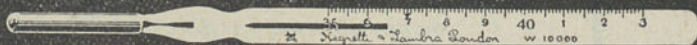
COLL TAYLOR, L.DA — Rua dos Ouradores, 29, 1.º — LISBOA — TELEF. 2 1476
 G. DELTA

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 farmácias

NEGRETTI & ZAMBRA : Holborn Viaduct, 38, London.

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

BISMUTHOIDOL

"ROBIN"

Doenças ocasionadas pelos protozoarios,
Syphilis.

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

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

Nº 4748
3 Julho 1923

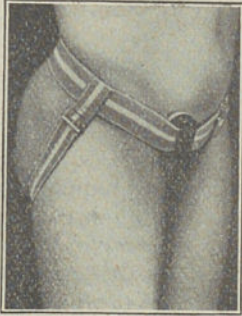
Depositários para Portugal e Colónias :

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

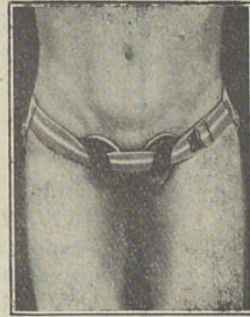
FUNDAS BROOKS

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)

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 originais 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.

**Para as dôres da pleurisia inicial
nas pneumonias**

Antiphlogistine

não tem rival Para a classe médica de todo o mundo, o nome *ANTIPHLOGISTINE* representa mais do que um cataplasma. Desde o seu começo, *ANTIPHLOGISTINE*, de facto, foi sempre universalmente reconhecida como sinónimo de supressão rápida das dôres, tanto superficiais como profundas

Estendida no principio do ataque — não como último recurso — mas sim, logo que se suspeitou a pneumonia, *ANTIPHLOGISTINE*, em um sem número de casos, fez diminuir o periodo do ataque, e desaparecer o sofrimento e as dôres. Muitas autoridades médicas de nomeada aclamam esta medida tópica como o *sine qua non* para o êxito no manejo da pleurisia e pneumonia

The Denver Chemical Mfg. Co.,

163, Varick Street

Nova York, E. U. A. N.

Amigos e Srs.

Podem enviar-me um exemplar gratuito do seu livrinho: «O Pulmão Pneumónico», assim como uma amostra de Antiphlogistine.

Nome

Enderêço:

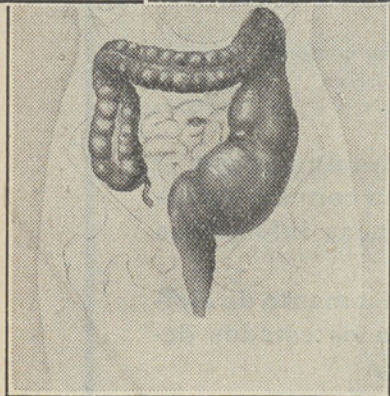
Distribuidores em Portugal:

Robinson, Bardsley & Co., Lda.

Cais do Sodré, 8, 1.º

L I S B O A

PRISÃO DE VENTRE ATÓNICA



Cólon Descendente Dilatado

QUANDO o intestino perde a sua contractilidade, torna-se atónico e dilata-se.

Nestas condições o intestino póde ser tratado pelo 'Petrolagar' que tem a propriedade de se misturar com o seu conteúdo,

lubrificando e tornando brando o bolo fecal formado, que sendo macio não irrita e estimula os músculos.

A fim de facilitar uma prescrição médica perfeitamente adequada aos diversos casos clínicos, a emulsão de parafina 'Petrolagar' é preparada em duas fórmulas:

1 *SIMPLES* — Uma emulsão agradável ao paladar de 65% de parafina líquida medicinal e agar-agar.

2 *COM FENOLFTALEINA* — Contém 15 decigramas de fenolftaleina por cada onça.

'Petrolagar'

(Marca Registada)

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

Representante em Portugal:

RAULGAMA, R. DOS DOURADORES, 31, LISBOA.

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.^a — R. da Palma 240-246
L I S B O A





SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Um novo método de tratamento da paralisia infantil</i> , por Francisco Formigal Luzes.....	Pág.	1
<i>Apontamentos sobre o tratamento cirúrgico das úlceras crónicas dos membros inferiores (varicosas e sífilítico-varicosas)</i> , por João de Almeida.....	»	12
<i>A propos de l'ultravirus tuberculeux</i> , por F. Fonseca.....	»	58
<i>Tratamento do furúnculo e antraz pela electrocoagulação</i> , por A. Faria Costa.....	»	66
<hr/>		
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	»	70
<i>Biblioteca da «Lisboa Médica»</i>	»	87
<i>Noticias & Informações</i>	»	I

UM NOVO MÉTODO DE TRATAMENTO DA PARALISIA INFANTIL

(APLICAÇÃO MEDULAR DE ONDAS CURTAS)

POR

FRANCISCO FORMIGAL LUZES

Director do Serviço de Agentes Físicos do Hospital Escolar

A introdução da diatermia e das radiações de Röntgen na terapêutica da paralisia infantil, conhecida pela designação de «método de Bardier», e a sua associação aos processos fisioterápicos anteriormente empregados (galvanização, faradização e massagem), a que, num trabalho por mim publicado (1), dei a denominação de «método mixto», vieram tornar muito menos sombrio o prognóstico desta triste enfermidade, que tantas vítimas causa. A-pesar, porém, dos resultados obtidos com o seu emprêgo:

Insucessos.....	13,6 %
Melhoras.....	38,6 »
Curas.....	47,8 »

serem muito superiores ao que até então se conseguia, o método, mesmo quando convenientemente aplicado, continua, por vezes, a falhar em absoluto, não impedindo que os doentes venham a ser verdadeiros impotentes.

(1) Sobre o estado actual do tratamento fisioterápico da paralisia infantil. *Lisboa Médica*. Tõmo IV. Pág. 367. 1927.

Convivendo dia a dia com estes pequeninos enfermos, perante os quais vejo baldados todos os meus esforços, procuro, de há muito, insistentemente, encontrar um meio de solucionar a sua triste situação.

Foi orientado por êste desejo e tendo presente que as correntes diatérmicas provocam ao nível dos tecidos por elas atravessados intensa hiperemia, conseqüentes hiperactividade circulatória e hiperleucocitose, que me lembrei que poderia com vantagem fazer a sua aplicação não ao nível dos membros afectados, conforme a técnica de Bordier, mas sim da medula, sede da lesão orgânica de que nos ocupamos.

Surgia, porém, uma dificuldade. ¿ Como diatermizar convenientemente esta parte do sistema nervoso central, rodeada por todos os lados por espêsso tecido ósseo, cuja condutibilidade específica é tão diferente da sua ?

A descoberta da «diatermia de ondas curtas» ou «ultradiatermia» veio solucionar o problema, pois que a sua propagação se faz, como todos sabemos, à custa de fenómenos de capacidade e não de condutibilidade, como para a de ondas médias, até então empregada.

Dêste facto resulta o aquecimento fazer-se muito mais profundamente e dum modo muito mais uniforme, podendo considerar-se nula ou desprezível a diferença de condutibilidade específica dos vários tecidos a atravessar.

Só, por conseguinte, depois da sua introdução na terapêutica, dispomos dum processo que nos permite diatermizar duma maneira eficaz e suficientemente intensa a medula; isto é, dispomos dum meio de provocar nela uma intensa hiperemia.

Por outro lado, tendo vários autores mostrado que as ondas curtas sensibilizam as células neoplásicas à acção dos raios X, pensei que do mesmo modo na paralisia infantil haveria vantagem em fazer preceder as sessões de röntgenterapia de aplicações de ondas curtas, tornando mais sensíveis à sua acção as células de neoformação, que, proliferando, comprimem as motoras dos cornos anteriores da medula, concorrendo para a sua degenerescência.

Além disso, entre outros, os trabalhos de Schliephake, Haase e Liebesny mostraram que as ondas curtas possuíam uma acção destruidora sôbre certos microorganismos, independente da sua

acção térmica, propriedade que, de resto, já há muito tinha sido demonstrada, dum modo geral, por Arsonval, para tôdas as correntes de alta freqüência.

Foi inspirado no que acabo de dizer, e querendo aproveitar simultâneamente os benefícios da hiperleucocitose observada das suas propriedades bactericidas e da sensibilização para os raios X, que resolvi aplicar as ondas curtas à medula dêstes doentes, sem contudo os privar das melhorias que lhes pudessem ser dadas pelo método mixto que até aqui tenho empregado com êxito.

O primeiro doente por mim tratado nestas circunstâncias:

OBSERVAÇÃO I. — G. M. L. F. C. Obs. G 926, de 2 1/2 anos de idade.

Foi trazido ao meu consultório com cinco dias de doença.

Começou por ter prisão de ventre, temperaturas não muito elevadas e grande acabrunhamento.

Pouco a pouco instala-se uma tetraplegia, que no momento de me consultar era quási total, notando-se apenas ligeiros movimentos dos dedos dos pés e mãos.

Abolição de reflexos rotulianos.

A cabeça cafa pendente para qualquer dos lados, quando abandonada a si própria.

Não consegue deglutir há dois dias e os movimentos respiratórios fazem-se a custo.

O mais pequeno movimento provoca dores intensas, com grandes queixas.

Estado geral péssimo, o que não nos permite fazer um minucioso electrodiagnóstico.

Contudo, êste mostra sinais de R. D. em determinados grupos musculares.

A criança é imediatamente submetida à acção das ondas curtas (30 metros), em aplicação local ao nível de tôda a medula, durante 15 minutos.

No dia seguinte, segundo informa a mãe, conseguiu deglutir alguns líquidos.

Noto que os movimentos respiratórios têm um ritmo mais normal e são mais profundos. Há maior amplitude dos poucos movimentos activos que se notavam nos membros.

Faz nova sessão de ondas curtas, a seguir à qual é submetido à röntgenoterapia, segundo a técnica de Bordier.

No dia imediato, a-pesar-de se notar uma melhoria de tôda a sintomatologia, aparecem fenómenos de contractura ao nível dos membros inferiores, que obrigam a criança a flectir as coxas sôbre a bacia, provocando dores quando pretendemos fazer a sua extensão.

Prosegue o tratamento mais catorze dias, durante os quais desaparecem pouco a pouco os fenómenos de contractura e recupera por completo todos os movimentos activos. Começa dando os primeiros passos apoiado.

O tratamento consiste, além da aplicação das ondas curtas e raios X, em

diatermia, galvanização e maçagem dos membros, que só foram praticados após o desaparecimento dos fenómenos de contractura, ou seja decorridos quatro dias.

Cêrca dum mês depois de iniciado o tratamento, marcha bem, sem apoio, notando-se apenas acentuada hipotonia muscular geral, que se combate pelos processos fisioterápicos habituais, tendo obtido cura completa ao fim de três meses de tratamento.

Não voltou a repetir a röntgenerapia, não só porque as melhoras foram tão rápidas que a dispensaram, como também porque atribui à sua intervenção os fenómenos de contractura que em cêrca de oitocentos casos a ela submetidos pela primeira vez observei.

Animado pelo brilhante resultado obtido neste doente, que se apresentava com um prognóstico dos mais reservados e que excedeu tudo o que habitualmente se consegue só com o método mixto mesmo em casos benignos, resolvi prosseguir no emprêgo desta terapêutica.

Uma dúvida surgiu porém no meu espírito. ¿Seria a cura só devida à melhoria dos fenómenos de fagocitose e às propriedades bactericidas das ondas curtas, ou à sensibilização por elas obtida para as radiações de Röntgen?

Com o fim de precisar êste ponto era meu desejo sujeitar uma série de doentes apenas à sua acção. Achei porém que não tinha o direito de os privar duma terapêutica que um grande número de vezes dá excelentes resultados, e por isso resolvi só tratar casos muito recentes, para ter ainda tempo, após uns dias de ensaios de ondas curtas, na hipótese delas falharem, de recorrer ao método mixto, cujo êxito a meu ver, depende da precocidade da intervenção.

Foi seguindo êste critério que tratei os nove doentes cujas observações resumidamente a seguir transcrevo:

OBSERVAÇÃO 11. — A. N. (obs. 8.209 do Arquivo do Serviço de Agentes Físicos do Hospital Escolar). Idade, 5 anos. Sintra.

Há três dias, temperaturas elevadas, vômitos e prisão-de-ventre, a que se seguiu estado comatoso.

Não se consegue precisar se os movimentos activos estão ou não completamente abolidos; contudo, nota-se que o membro superior direito cai absolutamente inerte, quando abandonado a si próprio.

Não fala desde que adoeceu e não se mantém de pé. Não tem comido.

É enviado da consulta externa do Prof. Salazar de Sousa com diagnóstico de paralisia infantil.

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.^a

Rua da Palma, 240-246

L i s b o a



Para acalmar as dôres

Nevralgias, dismenorréa,
enxaquecas, odontalgias,
dôres articulares e muscu-
lares. Insonia devida a
dôres. Nervosidade, excita-
bilidade, etc.

CIBALGINA

CIBA

Comprimidos

Ampolas



Amostras e literatura:

E. BRUNNER & COMP., L^{DA}
Rua da Madalena, 128-1.º - LISBOA
único representante dos Productos, Ciba em Portugal,

Foi-lhe aí feita uma análise ao líquido céfalo-raquidiano, cujo resultado foi o seguinte :

Albumina.....	0,20
Açúcar.....	1 gr.
Waltner.....	Negativo
Elementos na célula...	187,2 por mm ³

Aplicações diárias de 20 minutos de ondas curtas a tôda a medula.
Melhoras imediatas.

Após a segunda sessão, mantém-se de pé, há alguns movimentos dos membros superiores e articula certas palavras. Estas melhoras vão-se acentuando pouco a pouco, obtendo a cura completa com oito sessões.

Como porém houvesse uma ligeira hipotonia muscular, esta foi corrigida com algumas sessões de galvanização e maçagem.

OBSERVAÇÃO III. — J. R. R. (obs. 8.640 do Arquivo do Serviço de Agentes Físicos do Hospital Escolar). Idade, 5 anos. Caparica.

Adoeceu há cêrca duma semana com febre, diarreia e vômitos, a que se seguiu paresia dos dois membros inferiores, notando-se apenas alguns movimentos activos à direita. O esquerdo pende inerte.

Abolição de reflexos rotulianos, hipotermia.

Ondas curtas à medula, em aplicações diárias de 20 minutos.

Melhoras progressivas e notáveis logo após a primeira sessão.

Fêz doze sessões, tendo recuperado todos os movimentos activos.

Hipotonia muscular.

Galvanização e maçagem. Cura.

OBSERVAÇÃO IV. — J. M. M. (obs. 8.236 do Arquivo do Serviço de Agentes Físicos do Hospital Escolar). Idade, 3 anos. Lisboa.

Há 24 horas que notaram que a criança tinha febre e arrepios de frio, a que se seguiu grande acabrunhamento e paresia do membro inferior direito, que lhe permite contudo a marcha atirando com êle.

Hipotermia.

Aplicação medular de ondas curtas. Cura em seis sessões.

OBSERVAÇÃO V. — R. S. C. (obs. 8.472 do Arquivo do Serviço de Agentes Físicos do Hospital Escolar). Idade, 6 meses. Lisboa.

Há quinze dias, febre e diarreia com grande prostração.

Grande dificuldade em manter a cabeça direita.

Paresia do membro inferior esquerdo, que apresenta contudo alguns movimentos espontâneos dos dedos.

Não há hipotermia.

Abolição de reflexos rotulianos.

Aplicações de ondas curtas.

Ao fim de seis sessões notam-se melhoras, que são contudo menos acen-

tuadas do que as observadas nos outros casos. Resolvo, por êsse motivo, e por haver já decorridas três semanas de doença, associar o método mixto.

Acentuam-se melhoras.

Tem doze sessões.

Há muitos mais movimentos activos da perna e coxa.

A cabeça mantém-se direita.

Continua em tratamento.

OBSERVAÇÃO VI. — M. L. C. V. (obs. 8.256 do Arquivo do Serviço de Agentes Físicos do Hospital Escolar). Idade, 1 ano. Lisboa.

Há quatro dias, temperaturas elevadas com vômitos e intensa prisão-de-ventre, a que se seguiu tetraplegia, esboçando-se apenas talvez alguns movimentos dos membros superiores, o que não consigo precisar devido à pouca idade da criança.

Tem grande dificuldade em manter a cabeça e o tronco direitos.

Hipotermia.

Abolição de reflexos rotulianos.

Ondas curtas à medula em aplicação diária.

Melhoras a partir da primeira aplicação.

No fim de sete sessões tem todos os movimentos dos membros superiores, mantendo a cabeça e o tronco direitos. Esboçam-se movimentos dos membros inferiores.

Tem doze sessões, mantém-se sentada desamparada e há maior mobilidade activa dos membros inferiores. Associa método mixto.

Decorridos vinte dias dêste tratamento nota-se maior mobilidade activa dos membros inferiores, que é normal à direita.

Decorridos outros vinte dias a mobilidade é também normal à esquerda, não se mantendo contudo de pé, o que já fazia quando adoeceu.

Como há sinais de raquitismo e o estado geral é mau, associa aplicações gerais de R. U. V., que alterna três vezes por semana com a restante terapêutica.

No fim de treze dias consegue andar, havendo contudo acentuada hipotonia muscular.

Suspende ondas curtas e röntgenterapia, prosseguindo a aplicação das outras modalidades fisioterápicas à data desta publicação.

OBSERVAÇÃO VII. — J. M. E. D. (obs. 8.476 do Arquivo do Serviço de Agentes Físicos do Hospital Escolar). Idade, 13 anos. Lisboa.

Há catorze dias apareceu com paraplegia, sendo enviado do Serviço do Prof. Salazar de Sousa com o diagnóstico de paralisia infantil.

Êste estado não foi precedido de temperaturas nem tão pouco de perturbações gastro-intestinais. Mantém-se dificilmente em pé, conseguindo a muito custo dar alguns passos, quando a sustentam por debaixo das axilas.

Aplicação de ondas curtas à medula. Melhoras desde a primeira sessão.

No fim de seis sessões consegue andar sem apoio.

Hipotonia muscular, associa maçaagens.

No fim de dezóito sessões de ondas curtas pode considerar-se curada, mas como ainda há um pouco de hipotonia, passa a fazer também galvanização.

Em tratamento à data da publicação.

OBSERVAÇÃO VIII. — R. H. (obs. 8.561 do Arquivo do Serviço de Agentes Físicos do Hospital Escolar). Idade, 1 ano. Lisboa.

Há quinze dias, temperaturas elevadas, prisão-de-ventre e grande abatimento, a que se seguiu tetraplegia.

Não consegue manter-se de pé.

Apresenta ligeiros movimentos espontâneos nos membros superiores e inferior direito, permanecendo o superior esquerdo absolutamente inerte.

Abolição de reflexos rotulianos.

Hipotermia.

Ondas curtas à medula em aplicação diária.

Decorridas sete aplicações, anda como antes de adoecer.

Tem todos os movimentos do membro superior direito, havendo também mais movimentos à esquerda.

Associa maçagens. No fim dum mês de tratamento, tem todos os movimentos activos, excepto os do ombro esquerdo, que continua inerte. Associa método mixto.

Em tratamento.

OBSERVAÇÃO IX. — M. E. S. F. (obs. 8.345 do Arquivo do Serviço de Agentes Físicos do Hospital Escolar). Idade, 8 meses. Lisboa.

Doente há oito dias com perturbações gastro-intestinais, ligeiro movimento febril e grande acabrunhamento, a que se seguiu parestesia do membro inferior esquerdo.

Hoje esboçam-se apenas ligeiros movimentos dos dedos.

Hipotermia não muito acentuada.

Ondas curtas em aplicação medular diária de 20 minutos.

Logo após a primeira sessão, muito mais movimentos activos.

No fim de cinco sessões nota-se apenas uma certa flacidez da tíbio-társica. Associa galvanização e maçagens.

Cura com onze sessões de ondas curtas.

Continua fazendo galvanização e maçagens para combater a hipotonia muscular.

OBSERVAÇÃO X. — A. R. (obs. 8.690 do Arquivo do Serviço de Agentes Físicos do Hospital Escolar). Idade, 9 meses. Lisboa.

Há dez dias febre, diarreia e grande abatimento, a que se seguiu parestesia do membro inferior esquerdo.

Esboçam-se ligeiros movimentos da coxa e dedos, que últimamente não tem progredido. O pé cai pendente. Hipotermia.

Aplicação medular diária de ondas curtas. Decorridas três sessões, observam-se muito mais movimentos activos do membro, continuando o pé pendente.

No fim de seis sessões, observam-se consideráveis melhoras, havendo movimentos normais da perna e coxa e observando-se também bastantes do pé.

Consegue manter-se de pé, o que não fazia. A doente pode considerar-se curada.

Associa galvanização e maçagem, continuando em tratamento, a-fim-de combater a hipotonia muscular que ainda resta.

Poderá talvez parecer estranho o não ter praticado o E. D. a todos os meus doentes. As razões que ditaram êste meu proceder foram o tratar-se, a maioria das vezes, de crianças com muito pouca idade, em que a sua prática é sempre difficilima ou mesmo impossivel, e nas quais não se punha a dúvida dum diagnóstico diferencial. Por outro lado, os resultados fornecidos por êste exame, debaixo do ponto de vista terapêutico, são úteis, sobretudo quando pretendemos utilizar os efeitos excito-motores das diferentes correntes, de modo a não tratarmos sistematicamente da mesma maneira todos os músculos, o que conduziria, inevitavelmente, a maioria das vezes, ao estabelecimento de atitudes viciosas.

No que se refere à applicação medular de ondas curtas, a técnica empregada consistiu, nos casos de localizações múltiplas, em colocar dois electrodos das mesmas dimensões, um na região cervical e outro na lombo-sagrada. Quando, porém, se tratava de casos localizados a um membro ou a determinado segmento dêle, um electrodo de menor superfície foi colocado junto do segmento medular correspondente, e o outro maior, indiferente, a uma certa distância dêste, mas de modo que as linhas de fluxo atravessassem a região sôbre que pretendíamos actuar.

Esta técnica é inspirada nos recentes trabalhos do engenheiro Leroy e de Halphin e Auclair, que mostraram que para praticar a ultradiatermia os electrodos não necessitavam de ser colocados diametralmente opostos, mas sim apenas na posição indicada na fig. 1, uma vez que a propagação das ondas curtas se faz à custa de fenómenos de condensação.

Esta figura mostra como se faz a distribuição das linhas de fluxo. A técnica descrita torna a applicação muito mais fácil, o que é para atender, sobretudo se pensamos que estes doentes são, quasi sempre, crianças de tenra idade. Representa, além disso,

mais uma vantagem a adicionar a muitas outras das ondas curtas, entre as quais quero destacar a de não ser necessário um contacto perfeito entre o electrodo e a pele, evitando os doentes despirem-se e as queimaduras por falta de adaptação, as quais, contudo, podem ser produzidas por excesso de intensidade.

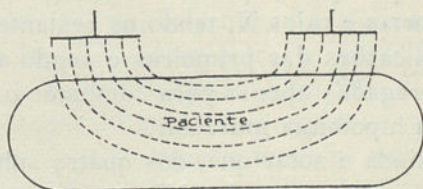


Fig. 1

As aplicações cuja duração foi de 15 a 20 minutos, foram feitas diariamente e empregadas ondas de 30 metros.

A técnica das aplicações fisioterápicas que constituem o método mixto não faço referência, por ela ter sido já descrita na numerosa bibliografia da especialidade.

Embora o número de casos tratados seja pouco elevado e saibamos que muitos regressam por vezes espontaneamente, não quis deixar de apresentar já os resultados colhidos, que na minha prática de vinte anos nunca vi excedidos por qualquer outro método terapêutico.

Até hoje, ao que me consta, as ondas curtas não foram ainda utilizadas no tratamento desta afecção com a técnica por mim empregada. Apenas vejo citado, por vários autores, o tratamento pela aplicação geral, sem contudo terem chegado até agora ao meu conhecimento conclusões concretas dos resultados obtidos.

Achei, por este motivo, que devia, quanto antes, trazê-la ao conhecimento do meio médico, para que outros possam ensaiar um método de que me parece muito há a esperar.

Um exame cuidadoso das observações por mim publicadas permite esclarecer até um certo ponto, desde já, as dúvidas que se tinham levantado no meu espírito quando tratei o primeiro doente.

Nessa altura era, na realidade, difícil fazer a distinção entre os benefícios devidos às ondas curtas e os devidos às radiações de Röntgen, visto que o tínhamos submetido, logo de início, simultaneamente às duas terapêuticas.

Hoje, porém, fazendo a análise das observações que apresento, reconheço que apenas quatro doentes (obs. I, V, VI e VIII) fizeram ondas curtas e raios X, tendo os restantes seis obtido a cura só com aplicações das primeiras e sendo a galvanização e a maçagem empregadas apenas para combater o ligeiro *reliquat* que representa a hipotomia muscular.

Há, porém, ainda a notar que, dos quatro submetidos a röntgenterapia, apenas dois (obs. I e VI) obtiveram cura completa, não a tendo os dois restantes conseguido até à data desta publicação, continuando ainda em tratamento.

Conforme frisei, o doente da obs. I foi submetido, logo de início, aos dois agentes terapêuticos, não sabendo, por conseguinte, o que atribuir a cada um dêles.

O da obs. VI viu, na realidade, as suas melhoras acentuarem-se depois de ter começado a fazer o método mixto, mas restamos saber se outro tanto não teria sucedido se tivéssemos continuado só com as ondas curtas.

Um outro facto que ressalta da análise das observações publicadas é o pequeno número de sessões que foi necessário praticar para obter tão brilhantes resultados, que se podem resumir numéricamente:

Insucessos	—
Melhoras consideráveis	20 %
Curas absolutas	80 »

o que excede muito de longe tudo o que até agora se tinha conseguido na terapêutica da paralisia infantil.

¿Que conclusão, portanto, tirar?

¿Como proceder, então?

¿Abandonar a röntgenterapia, que, indiscutivelmente, tem prestado relevantes serviços, e praticar só as ondas curtas?

De modo nenhum, a-pesar do sucesso obtido, porque o número de doentes tratados é ainda pequeno para podermos fazer,

com a devida probidade científica que o caso requiere, uma tal afirmação.

Sou, pois, de parecer que devemos associar ao método mixto a aplicação medular de ondas curtas, com o fim de fornecer aos nossos doentes um máximo de benefícios.

Foi, de resto, este o critério que preconizei (1) quando da introdução dos raios X e da diatermia no tratamento desta afecção, o que provocou uma acesa luta entre os partidários do método de Bordier e aqueles que permaneciam fiéis à galvanização, faradização e maçagem até então empregadas.

Um outro ponto que merece também ser estudado é o da escolha do comprimento de onda que mais convém empregar.

Nos casos apresentados utilizei sempre ondas de 30 metros, por me parecer serem as mais úteis; mas nalguns doentes cujo tratamento está ainda em curso, estou empregando ondas de 14 a 18 metros, que creio serem preferíveis.

Uma escolha judiciosa do comprimento de onda é, a meu ver, sobretudo útil no que se refere à especificidade da acção bactericida.

Aqui ficam, pois, os resultados das primeiras tentativas desta nova terapêutica da doença de Heine-Médin, confiando em que elles sirvam de estímulo a novos estudos que nos levem à solução do grave problema que esta afecção representa para a humanidade.

(1) Traitement Physiotherapeutique de la Poliomyelite Spinale infantile. *Journal de Radiologie et Electrologie*. Tõmo XII. N.º 4. Abril de 19.8.

Serviço de Clinica Cirúrgica da Faculdade de Medicina do Pôrto
Director: Professor Álvaro Teixeira Bastos

APONTAMENTOS
SÔBRE O TRATAMENTO CIRURGICO DAS ÚLCERAS
CRÓNICAS DOS MEMBROS INFERIORES
(VARICOSAS E SIFILÍTICO-VARICOSAS) (*)

POR

JOÃO DE ALMEIDA
Assistente livre

Ao eminente Professor René Leriche

A extraordinária frequência das úlceras crónicas das pernas e as suas repetidas recidivas, a despeito dos variados meios médicos usados e preconizados para o seu tratamento, fêz ingressar estas lesões no fôro cirúrgico, na esperança de ali encontrarem terapêutica mais eficaz e mais duradoira.

Durante muitos meses e anos numerosos doentes se arrastam pelos Bancos dos Hospitais, amargurados na sua existência pela inferioridade física que êste mal crónico determina. Reduzidos como valores sociais, e tratando-se ainda de lesões que são quasi o apanágio das classes pobres, vem depois o sobrecarregar da colectividade por custear o dispêndio em pensos e pomadas. Ao Hospital Geral de Santo António vem diariamente mais duma dezena de doentes renovar os pensos das suas úlceras crónicas das pernas, e muitos dêles há mais de dez anos que vêm por períodos largos, ou mesmo todos os dias ao tratamento.

(*) Conferência realizada na *Associação Médica Lusitana*, em Novembro de 1933.

Cardiazol- Efedrina «Knoll»

contra a asma

indicada principalmente na
asma crónica com alteração do coração
direito, asma bronquial com estados de bradi-
cardia ou de hipotonia, asma-bronquite, enfisema,

combate a debilidade circulatória

recomenda-se muito em
colapso vascular, insuficiência cardiovascular, bradicardia,
blocagem cardíaca, hipotensão, minus-descompensação, in-
toxicações, e também profilacticamente antes da narcose.

Posologia: 20 gotas ou 1 comprimido ou 1 ampola (contendo
cada 0,1 g de Cardiazol + 0,015 g de cloridrato de Efe-
drina «Knoll») uma ou várias vezes ao dia, se fôr neces-
sário. Empacotamentos originais: Tubos com
10 comprimidos. Vidros com 10 g de líquido.
Caixas com 6 ampolas de 1,1 c.c.



KNOLL A.-G., Fabricas de Pro-
ductos Químicos Ludwigshafen/Rheno (Alemanha)

O METABOLISMO DE CÁLCIO E DO MAGNÉSIO

É Portugal o país que apresenta reclassificantes e remagnesianes estudados com mais rigor científico.

Como devem saber, na passagem pelo tubo digestivo, os sais de cálcio, apenas os soluveis são absorvidos e dos insolúveis, (carbonatos e fosfatos) só são utilizados, os que já foram assimilados pelos organismos dos animais. A par dos factores físicos e químicos, devemos considerar o papel dos factores biológicos que influem na assimilação do cálcio e por isso as glândulas endócrinas desempenham uma acção importante. Segundo Carnet e Slavu a adrenalina associada aos sais de cálcio accelera a consolidação das fraturas e assim como se associam hoje à tiroidea e outros extractos glandulares para se garantir melhor a fixação do cálcio. A influência das vitaminas é também importante sobre o processo biológico da fixação do cálcio. A acção da vitamina D, antirraquítica, contida no óleo de fígado de bacalhau, provoca a calcificação de o tecido condro-calcário, assim como a ausência deste factor conduz ao raquitismo. Mas além do cálcio é preciso não esquecer a influência do magnésio, que entra na maioria dos tecidos em quantidade mais elevada do que o cálcio, e é o alimento de escolha da célula em geral e da célula nervosa em particular. O professor Delbet mostrou as propriedades preventivas do cloreto de magnésio, contra o cancro, como resultado da sua acção sobre o sistema nervoso. O LABORATÓRIO FARMACOLÓGICO DE LISBOA estando a par deste estudos modernos modificou a composição dos seus recalsificantes que hoje podem suplantar todos os similares existentes no mercado e assim vale a pena dedicar a atenção aos seguintes produtos:

Fibrocalcina, que contém os sais de cálcio e de magnésio que já foram assimilados pelos animais, associados a glândulas endócrinas;

Vitamina Cálcica — Solutos de sais halogenados de cálcio e de cloreto de magnésio, em meio preparado com os sucos vitaminados de laranja, cenoura, banana e couve;

Lipobiase — Extracto da vitamina D do óleo de fígado de bacalhau, com hipofosfitos, incluindo o de cálcio, em compota de banana.

Qualquer destes recalsificantes satisfaz à moderna teoria do metabolismo do cálcio e do magnésio, podendo ser alternado o seu uso, como melhor convenha ao médico.

Produtos do Laboratório Farmacológico de Lisboa — Rua Alves Correia, 187.

Literatura aconselhada: M. Labbé, H. Labbé, F. Nepveux, «Techniques de Laboratoire appliquées aux maladies de l'appareil digestif et de la nutrition». Edg. Zunz-Farmacodynamie.

Esgota-se a gama de pensos locais sem que a infecção desapareça, embora se consiga atenuar. Aconselha-se o repouso; mas a úlcera persiste, muitas vezes mesmo alastrando e cavando em profundidade, e se adrega conseguir-se, pelos antissépticos e pelo descanso, obter a sua cicatrização, ao retomar o doente a sua vida activa, bem depressa a recidiva mostra como era enganadora a esperança da cura (1) e (2).

O quadro pode apresentar-se mais sombrio. Marjolin aponta como complicação da úlcera varicosa, antiga e rebelde, a sua transformação em epitelioma (3), transformação neoplásica que ameaça também a cicatriz dessa úlcera.

«Entre as alterações tecidulares ou orgânicas que parecem favorecer a produção do cancro (estados irritativos crônicos, precancerosos) tem-se feito figurar, desde muito, os processos inflamatórios crônicos e suas conseqüências, nomeadamente as cicatrizes» (Prof. Amândio Tavares).

Se a mesma finalidade ameaça tôdas as cicatrizes, «um factor primordial e necessário para a formação do cancro» (4), em especial as cicatrizes das úlceras crônicas dos membros inferiores estão seriamente ameaçadas por tal evolução, porque nelas se reúnem tôdas as condições precisas para tal finalidade patológica: são velhas cicatrizes que se formaram lentamente, expostas a traumatismos repetidos (5) e evoluicionando em meio humoral adequado.

Em síntese: os portadores de úlceras crônicas dos membros inferiores são valores sociais de pouco rendimento de trabalho, onerosos para a colectividade e precocemente ameaçados pelo cancro.

Demonstrada a importância do estudo do tratamento destas lesões, justifica-se porque quisemos contribuir com o nosso testemunho, a nossa migalha, para dizer do valor real duma terapêutica já preconizada e seguida, mas que quisemos experimentar para, alicerçados em observações cuidadas, podermos emitir opinião. Registamos os resultados afastados para proclamarmos afoitamente o valor prático desta tentativa terapêutica, complexa, sem ser complicada. Deixamos que alguns anos fôsem decorridos sôbre o tratamento instituído aos nossos doentes, só depois apreciando e comentando os incidentes na expectativa de colhêr ensinamentos.

*

* *

A ineficácia dos meios médicos citados instigou os cirurgiões; mas os resultados não foram sempre animadores. A multiplicidade dos tratamentos denuncia uma eficácia relativa (6).

Entre as determinantes do processo patológico aponta-se, com predomínio, o estado varicoso das safenas; mas nem a terapêutica causal realizada pela extirpação desses vasos, ou a sua impermeabilização pelo método de Sicard (7) e (8), conduziram à cura definitiva de tais lesões. A doente, a quem pertencem as duas primeiras fotografias, viu as úlceras da perna esquerda cicatrizar pouco depois da safenectomia interna (método de Delbet e Mocquot). Mas a desilusão não tarda: as lesões destrutivas apresentavam a mesma extensão quatro meses depois de sair do Hospital (9) e (10). A mais alguns doentes que, neste Serviço, foram tratados do mesmo modo, aconteceu idêntico percalço (obs. I e II) (figs. 1, 2 e 3).



Fig. 1

OBSERVAÇÃO I.—F. S., 47 anos de idade, solteira, doméstica, foi internada na Enfermaria n.º 8 em 26 de Junho de 1928. Registo clínico n.º 1.687.

Esta doente apresenta: varicosidades não salientes e pouco numerosas, na perna esquerda, edema crônico da pele nos seus dois terços inferiores, com considerável aumento circunferencial nesse mesmo nível (respectivamente 6 e 4 cm. em relação com as zonas homólogas) e extensas placas de hiperqueratose na metade anterior da perna. Na face interna há uma extensa cicatriz quelóide, irregular, começando três dedos abaixo da tuberosidade interna da tíbia e terminando 10 cm. acima da base do maléolo; pigmentação acastanhada de toda a restante pele da perna, com zonas de hipertricose.

Ao nível do maléolo tibial existe uma extensa úlcera alongada, de eixo

maior, orientado de cima para baixo e de trás para diante, com 8 cm. de comprimento, de bordos circinados, aderentes, cortados bem nitidamente e a prumo, de fundo granuloso, de cor acinzentada, largando serosidade sanguinolenta em abundância, sem cheiro.

Ao nível do maléolo peroneal há também uma úlcera regularmente ovalar, com 6 e 4 cm. de eixos, de bordos duros, aderentes, fundo róseo e liso na metade superior, granuloso e acinzentado para baixo, exsudando abundantemente pus seroso.

À volta desta última lesão aparece uma pequena faixa, de poucos milímetros de largura, de tecido cicatricial, ligeiramente róseo e liso (figs. 1 e 2).

Poliadenia generalizada, gânglios duros, pouco aumentados de volume, insensíveis à pressão. Existem também varizes na perna direita e nos territórios das duas safenas; uma cicatriz cor de cobre ao nível do maléolo tibial e extensa pigmentação acastanhada da pele no dorso do pé.

Cristas tibiais rugosas.

Cefalalgias frontais com exacerbação vespéral; queda de cabelo. Algumas tonturas. De onde a onde dores osteocópicas «causadas pela humidade» (sic).

Reacção de Wassermann no sangue: *levemente positiva*.

Boa diurese. Urinas sem elementos anormais.

Teve sete filhos, seis dos quais falecidos: um de complicações broncopulmonares depois do sarampo, os restantes, na idade de cêrca de 3 meses, de meningite. Resta-lhe uma filha com 18 anos de idade, com evidentes manifestações de heredo-sifilis, melhorada com o tratamento específico.

Conta que, desde há dezóito anos, nota cordões azulados na face interna da perna esquerda com dilatações em forma de ampola, de onde a onde.

Alguns meses depois constatou o aparecimento de pequenas, mas múltiplas ulcerações disseminadas pelo têrço inferior da perna e colo do pé, que o repouso, com a ajuda de variados solutos antissépticos e algumas pomadas, conseguiu fazer cicatrizar: mas, retomando a marcha, as úlceras reaparece-



Fig. 2

ram. Refere recidivas freqüentes, tendo sido internada a antepenúltima vez há cinco anos, e durante quatro meses, sendo então operada de ressecção da safena no seu trajecto tibial (V. fig. 1). Infecção intensa e prolongada da ferida operatória. Saiu com as úlceras curadas para recidivarem passados quatro meses. Três anos depois de ser operada fêz uma erisipela da perna e do pé, com agravamento das úlceras, tendo de voltar para o hospital. Sai curada um mês depois, mas ainda desta vez as lesões ulcerosas ao nível dos maléolos recidivam pouco depois de retomar a sua vida habitual, e alastram sempre.

Úlceras múltiplas, unilaterais, da perna esquerda, sifilítico-varicosas, recidivantes.

Além dos pensos antissépticos e repouso no leito, foi-lhe instituído tratamento enérgico pelo iodeto de potássio e benzoato de mercúrio: mas, ao cabo de quinze dias de tratamento, exigiu alta. A-pesar do tratamento específico pelos sais de bismuto e arsenicais, que fêz depois, isso não obstou a que as úlceras se agravassem, obrigando-a a correr de novo para o Banco do Hospital.

Tratamento cirúrgico das varizes e depois tratamento médico, intensivo, da sífilis. Ainda a terapêutica causal foi ineficaz, ou, pelo menos, insuficiente para manter a cura, que não se pôde tentar por outros meios cirúrgicos por a doente exigir alta.

OBSERVAÇÃO II. — C. C., 52 anos de idade, viúva, fiandeira, do Pôrto, foi internada na Enfermaria n.º 8 em 30 de Junho de 1928. Registo clínico n.º 1.690.

Queixa-se de dores surdas, intermitentes, na perna e pé direitos, exacerbadas com a marcha, obrigando à claudicação. Varizes superficiais, na perna e no pé, mais desenvolvidas no território da safena interna, com zonas extensas de fleboesclerose e insuficiência valvular denunciada pela positividade da prova de Trendelenburgo. Prova de Mabile positiva.

Na zona do maléolo peroneal existe uma úlcera extensa, pouco profunda, de bordos irregulares, violáceos, aderentes, espessos, de fundo vinoso, com anfractuosidades. Úlcera muito infectada, supurando abundantemente pus seroso, amarelado, sem cheiro. Uma outra ulceração aparece sôbre o pé, um pouco abaixo da lesão descrita e apresentando-se com as mesmas características (fig. 3).

Zona de distrofia periulcerosa reduzida do lado do pé, mas estendendo-se para a perna. A pele apresenta-se luzidia, aderente, alternando com extensões maiores ou menores de eczema húmido e zonas de piodermite.

Perna esquerda, de veias superficiais também varicosadas. Dois centímetros acima do bordo externo do pé existe uma pequena ulceração circular, pouco profunda, de bordos aderentes, fundo ligeiramente granuloso, átono, largando pequena porção de pus algo ensangüentado.

Pulso rítmico, taquicárdico (104), hipertenso. Tensões avaliadas pelo Pachon: $TM = 25$ $tm = 14$ $Io = 8$.

Sôpro sistólico audível em todos os focos, mais acentuado ao nível do

foco mitral. Segundo ruído aórtico metalizado, Reacção de Wassermann no sangue negativa.

Língua saburrosa, mau hálito, digestões demoradas, obstipação.

Dentes irregularmente implantados, piorreia alvéolo-dentária.

Com a primeira gravidez, há onze anos, apareceram as varizes nos dois membros inferiores e edema dos pés e das pernas, agravado com a permanência prolongada no ortostatismo. Depois do parto o edema desapareceu, mas as varizes são cada ano mais pronunciadas.

Há cinco anos, começaram as primeiras dilatações ampolares das veias varicosadas da perna direita.

Em Junho dêste ano fêz um traumatismo da perna direita, seguido duma extensa equimose que abrangeu tôda a face ântero-externa do seu têrço inferior, com tumefacção da perna nesse nível e claudicação.

Aplicou sôbre a zona traumatizada um «unguento» que lhe provocou uma ferida que, alastrando sempre, não tardou a infectar-se, supurando abundantemente. Recorreu ao hospital, onde os curativos, que consistiam em lavagens com água iodada e aplicações de pomadas, se foram sucedendo sem melhorar a lesão.

Internada, começa logo o tratamento mercurial e iodetado, mantido regularmente durante quinze dias. Injecções esclerosantes nas varizes.

Em 18 de Julho — sob raquianestesia pela novocaína — simpaticectomia perifemural direita no triângulo de Scarpa, na extensão de 8 cm. Simultaneamente, extensa ressecção dos bordos da úlcera e raspagem do fundo. Penso húmido de sôro fisiológico sôbre a úlcera.

Três dias depois da neurotomia simpática, hipertermia (38,5), estado saburral das vias digestivas superiores, prostração, cefaleias. A ferida operatória apresenta-se tumefacta, quente, dolorosa, supurando abundantemente. A sua drenagem é seguida do desaparecimento dos fenómenos gerais que se manifestaram após a operação. A supuração continua durante quinze dias.

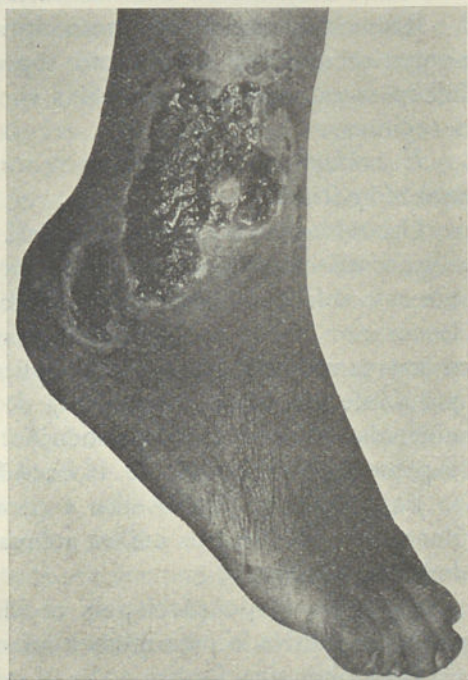


Fig. 3

A úlcera caminha vagarosamente para a cicatrização. Torna-se impossível a colocação dos enxêrto dermoepidêrmicos pela dificuldade na esterilização da ferida. Recomeça o tratamento anti-sifilítico, que apressa consideravelmente a cicatrização. Foi curada no dia 16 de Setembro de 1928, para, ao cabo de dois meses, voltar a fazer todos os dias o curativo à úlcera, que recidivara.

Ainda uma úlcera sifilítico-varicosa, curada muito devagar.

Recorre primeiro aos antissépticos e ao repouso; depois à simpaticectomia e tratamento específico simultaneamente com injeções esclerosantes das veias varicosadas. A úlcera não tarda a recidivar.

É evidente a ineficácia do tratamento causal e da neurotomia simpática.

O interêsse desta observação está no incidente post-operatório: a supuração abundante da ferida operatória. Nada permite supor que essa infecção fôsse ali levada no acto cirúrgico, pois não se descuraram todos os rigores de assepsia necessários para tôdas as intervenções em território asséptico. Somos levados a acreditar que a infecção tivera como ponto de partida a úlcera fortemente infectada e como meio de condução a linfa dos canais linfáticos largamente abertos quando da excisão dos bordos da úlcera.

Este raciocínio aconselha a protelar até à esterilização da úlcera, ou pelo menos até ao atenuar da sua infecção, a excisão dos seus bordos.

Supomos responsável pela recidiva a falta de colocação dos enxêrto, motivada pela intensa infecção da úlcera.

Esta objectivação tira todo o valor à afirmativa de Mathey-Cornat ao concluir que «a simpaticectomia, só ou associada, aparece como um dos melhores métodos indirectos de cicatrização das úlceras da perna, os seus resultados afastados sendo função da terapêutica causal instituída».

*

*

*

A insuficiência da simples terapêutica etiológica não deve surpreender, se recordarmos a complexidade dos fenómenos que as varizes produziram até à ulceração.

É, pois, necessário seguir novo rumo.

São já conhecidas as condições anátomo-fisiológicos locais de-

terminantes da ulceração. As varicosidades das safenas, os traumatismos, a sífilis — para não referirmos senão as causas mais freqüentes — provocam isquemias arteríticas ou espasmódicas (11) condicionando necroses dermo-epidérmicas.

Lecène marca os fenómenos íntimos que se passam para o caso das úlceras por varizes. O processo de dilatação venosa, consecutiva à destruição progressiva dos elementos musculares e elásticos e esclerose da parede da veia, acompanha-se *sempre* de lesões mais ou menos intensas dos tecidos vizinhos: as artérias são muitas vezes atingidas de esclerose com endarterite ou infiltração calcárea das suas paredes, são freqüentes as nevrites intra e perifasciculares, vê-se o tecido celular adelgado, esclerosado, ou, pelo contrário, edemaciado e com lesões de linfangite crónica, não são raras as lesões dos ossos no sentido da hipertrofia ou da rarefacção; os músculos aparecem também atingidos de miosite intersticial e infiltração lipomatosa e a pele é sempre atingida de perturbações tróficas (12).

A ferida resultante da necrose dermo-epidérmica, comunicando com o exterior, está francamente exposta à infecção; o afrouxamento circulatório favorece-a e dificulta a reparação da ferida. A solução de continuidade da pele apresenta agora os caracteres clínicos da úlcera: «é uma perda de substância sem nenhuma tendência à reparação» (13).

Leriche e Fontaine, estudando as condições biológicas da ulceração, demonstraram que a mortificação da pele, extensa, passando além dos limites macroscópicos da úlcera, com péssimas condições circulatórias locais, arrastando a uma deficiente nutrição das partes moles, nomeadamente na perna, onde as condições de vida dos tecidos são sempre mediocres, e a profunda infecção crónica pelos mais variados germens persistindo e resistindo aos antissépticos e à imobilização, condicionam a cronicidade das lesões (14).

Os resultados dos exames histológicos, feitos aos bordos das úlceras, atestaram que os factores apontados se sobrepunham e demonstraram ainda que os mesmos se encontravam nas piores condições de vitalidade e reparação.

O boletim do exame histológico feito aos bordos da úlcera crónica da perna da doente M. P. A. relata:

«Derme consideravelmente espessada, constituída em certos

pontos por um tecido fibroso denso, de aspecto cicatricial, com vasos pouco numerosos e rodeados de espessa bainha colagénica. Na zona periférica notam-se sinais discretos de inflamação crónica, veias abundantes e dilatadas, edema intersticial, com infiltração de células redondas, ora difusa, ora apresentando-se em faixas de extensão variável.

«Raras glândulas sudoríferas sem alteração notável» (15).

Não basta, para curar as úlceras crónicas das pernas, tratar a sífilis ou ressecar as varizes, isto é: fazer apenas tratamento causal. Conseguir-se-iam cicatrizes, mas de qualidade medíocre (16).

De modo que o tratamento, segundo as regras de sã terapêutica, terá de resolver os dois problemas essenciais: o da causa e o da ulceração (17). O segundo fim em vista obriga a um aglomerado de realizações, como se deduz dos fins a atingir: esterilizar a úlcera, mudar as condições circulatórias e nutritivas da pele e suprimir a cicatricial para ulteriormente a substituir por pele sã.

A resolução de tão momentoso problema exige a associação de variados meios, que se completam, mas ineficazes quando actuam isoladamente.

Assim, por exemplo, se, em face de uma úlcera varicosa, limitássemos o tratamento à excisão dos bordos e limpeza do fundo até se encontrar tecidos sãos, para, em seguida, repararmos a solução de continuidade da pele pelos retalhos ou enxêrto, a cura obtida não seria duradoira por «falta da aplicação dos princípios elementares da cirurgia geral que quer que nos dirijamos de princípio à causa suposta da afecção a tratar» (18).

Se, ao invés, eliminássemos a causa, abandonando os bordos da úlcera aos seus próprios recursos para a formação da cicatriz — já o provamos com factos — não podia ser grande a esperança da cura definitiva.

A exposição sucinta de factos de ordem clínica e de biologia patológica aponta a conduta a seguir.

O exame clínico terá de ser particularmente cuidado, na esperança de se poder descortinar o diagnóstico etiológico da úlcera, a comandar a terapêutica de comêço.

Afigura-se-nos ser tarefa árdua aquela que diz respeito ao tratamento causal. Os caracteres morfológicos das úlceras, os anamenésticos e a positividade da reacção de Wassermann ilu-

minam muitas vezes a natureza sífilítica da lesão; se esta assenta em terreno varicoso, fácil de reconhecer pela inspecção ou ainda pelo método biométrico de Mabile, ainda o diagnóstico etiológico é simples (19); há no entanto um numeroso grupo de úlceras crônicas das pernas, cuja etiologia não se apreende facilmente.

O polimorfismo e a freqüência das lesões sífilíticas (20), a possibilidade da coexistência da sífilis e estados varicosos a condicionarem alterações tróficas, levaram certos dermatologistas a estabelecerem, como regra, aplicar *sempre* um tratamento específico prolongado a tôdas estas ulcerações.

A observância desta regra não foi descurada na terapêutica instituída aos nossos doentes.

A sífilis não poderá ser arredada, mesmo com a negatividade das duas provas: uma terapêutica e outra biológica (reação de Wassermann) (21). As lesões sífilíticas recentes curam rapidamente sob a acção dum tratamento enérgico; mas, quando são de velha data, a cicatrização caminha muito devagar, e, algumas vezes, nem progride, como observámos nalguns dos nossos doentes. Nestes últimos casos deve-se «procurar modificar o regimen circulatório de lesões que são comandadas pela endarterite ou arterite específicas (22). Assim se conseguirá uma melhor penetração medicamentosa por via sanguínea.

Para modificar as condições circulatórias e nutritivas da pele recorreremos ao método geral de hiperemia cirúrgica, a neurotomia simpática (23) e (24), que pode dirigir-se aos plexos periarteriais, aos gânglios ou aos ramos comunicantes (25) e (26).

Tratando-se de lesões de determinismo periférico, bastará a ressecção do simpático periarterial (operação de Leriche), na base das artérias dos membros (27).

Já em 1921 Nabias apresentava ao Congresso Nacional de Cirurgia, em Paris, os resultados imediatos da neurotomia simples, sem ressecção venosa, nos casos de úlceras varicosas (28).

É principalmente na adventícia dos troncos arteriais que se encontram verdadeiras redes de fibras simpáticas vindas dos nervos espinais e, por isso, para a prática da simpaticectomia periarterial, é necessário excisar a adventícia da artéria femoral ao nível do triângulo de Scarpa, na extensão de 8 a 10 cm. (29), (30) e (31).

«A simpaticectomia provoca no membro operado (e só neste) além da vasodilatação (32) passageira dos grandes troncos (vasodilatação que também se observa no membro oposto e às vezes nos quatro membros) uma vasodilatação superficial duradoira, que se traduz pela hiperemia cutânea» (33).

Para as lesões de que vimos falando, esta segunda fase tem particular interesse, porque a hiperleucocitose (34) abundante e activa que ela condiciona, explica porque a operação de Leriche produz a esterilização destas feridas, crónicamente infectadas. Os leucócitos vão fagocitar os micróbios e limpam assim a ferida.

Para Lacapère e Leriche a cicatrização resulta da transformação dos mononucleares, saídos dos vasos por diapedese, em células conjuntivas fixas (35).

Os biólogos votados ao estudo do problema da regeneração dos tecidos notaram que a elevação da temperatura local activava a reparação fisiológica da epiderme e do tecido conjuntivo; e também Monpurgo (1890) e M.^{elle} Locatelli (1926) (36) demonstraram, experimentalmente, que a secção das fibras simpáticas eliminava a influência inibitória do simpático sobre a reparação dos tecidos. A simpaticectomia periarterial, realizando simultaneamente êsses dois efeitos, transforma o terreno, tornando-o apto para realizar uma rápida cicatrização.

Sem nos demormos em descrever a operação de Leriche, cuja técnica é de sobejo conhecida (37), passaremos a fazer sobre ela algumas considerações que supomos muito úteis.

Descobrir a artéria e desnudá-la, arrancando apenas os filetes nervosos visíveis, não é fazer uma simpaticectomia. «Il y a d'abord des cas ou la sympathectomie n'a été faite que d'intention et non de fait» (Leriche) (38). É preciso retirar a adventícia até à média, o que raras vezes acontece fazer-se duma só vez. Em regra sai aos pedaços (39).

«L'opération exige de la minutie, de la précision et de la mesure. Elle ne doit pas être poussée à fond. Il ne faut pas faire trop dans la crainte de ne pas faire assez» (40). É sempre delicado descorticar uma artéria, sede de inflamação crónica condicionada por afecções rebeldes como são as úlceras crónicas das pernas. Se recordarmos os accidentes e os incidentes que podem aparecer durante a operação ou depois: ruptura das colaterais, perfuração ou ruptura da artéria, ruptura da veia, as hemorragias

secundárias, as trombozes e tromboangeites post-operatórias, ainda justificamos a afirmativa de que a simpaticectomia é uma operação delicada.

Embora se trate duma operação delicada e, por vezes, difícil, não pode deixar de se dizer que é, em regra, uma operação benigna (41).

Esterilizada a úlcera pela simpaticectomia perifemural (praticamente é considerada esterilizada quando os esfregaços não revelam mais de duas bactérias por campo e com a condição de não ser uma delas o estreptococo) é preciso cobrir a solução de continuidade.

Como a velocidade de cicatrização se vai reduzindo e ainda como o esforço pedido aos tecidos é grande, deduzido do mecanismo histológico da reparação em superfície, não convém esperar a cicatrização da úlcera para arredar ao máximo a perspectiva duma recidiva, convindo antes cobrir a úlcera de pele sã, depois de eliminada a cicatricial (42).

Modificada a innervação vaso-motriz do membro e a nutrição intersticial dos tecidos, estão assim realizadas as condições óptimas de êxito.

Embora os métodos anaplásticos sejam numerosos, convém destringar-lhes o valor para justificação do método preferido.

Os retalhos (43), qualquer que seja o método empregado (indiano, ou de Koomas; italiano, também denominado de Branca-Tagliacozzi; francês, de Celse ou de Jean Philibert Roux; ou ainda o dos grandes retalhos tubulados de Gillies), convém especialmente quando as brechas não resultam de processos patológicos, e exigem, uns muito tempo e paciência para os retoques, outros muita preparação e delicadeza de técnica e ainda outros imobilização e adaptação exacta.

Os enxertos autoplásticos (44) são os únicos a indicar. Os de Reverdin, praticamente constituídos pela epiderme e uma camada mínima da derme, ou os de Ollier-Thiersch, que compreendem a epiderme do vértice das papilas, se, pela delicadeza da textura, exigem operador adextrado, constituem ainda enxertos delgados, incapazes de darem um tegumento normal, mas apenas uma superfície epidermizada aderente ao plano profundo.

Em face dos inconvenientes apontados aos métodos precedentes, o americano Halsted teve a ideia de um novo enxerto

cutâneo, que, mais tarde, foi pôsto em foco pelos trabalhos de Davis (45).

O enxêrto de Halsted-Davis, diz Leriche, é «plus facile à tailler, prenant plus facilement, n'échouant pour ainsi dire jamais, et donnant un tégument épais, souple, mobile sur les plans profonds et résistant».

Êste enxêrto, composto pela epiderme e a derme na sua totalidade — por conseqüência, estruturalmente distinto dos precedentes — obtem-se destacando pequenas porções de pele, que são transplantadas. É um enxêrto cutâneo total, dividido em pequenos fragmentos dispostos como mosaicos sôbre a superfície a cobrir (46).

Dos estudos biológicos realizados por Davis, são deduzidas as condições a preencher para o bom êxito dêste processo de enxertia cutânea.

Uma vez conseguida a esterilização da ferida, é preciso, depois, uma superfície de gomos bem vascularizados (47). No caso de preguiça da sua formação, o melhor meio para estimular o tecido de granulações consiste em aplicar sôbre a ferida compressas embebidas em sôro fisiológico normal.

Quando a ferida está apta a receber os enxertos, e pouco antes da operação, cobre-se com um penso de sôro quente.

Escolhe-se a região onde devem ser colhidos os pedaços de pele, habitualmente a face anterior da coxa ou a parede do abdómen, regiões de pele flexível, mas resistente e bem irrigada, limpa-se cuidadosamente a pele com água e sabão, com éter depois, e, por último, com sôro fisiológico. Circunscreve-se com traços iodados a zona preparada, tendo assim asseptizado os pontos de penetração da agulha que servirá para a anestesia local.

Infiltração da hipoderme com soluto de novocaína a 1/2 0/0.

Com agulhas montadas em pinças de Doyen, pica-se a pele e levanta-se de modo a aparecer um pequeno cone esbranquiçado, que se secciona na base, orientando o bisturi perpendicularmente ao eixo daquele cone.

A ponta da agulha transporta assim uma pastilha dermoepidérmica, mais espessa no centro que nos bordos, logo colocada na brecha cutânea, tendo o maior cuidado em que fique aderente em tôda a extensão e sem deixar revirar os bordos, o que se consegue facilmente apoiando sôbre ela um estilete.

É preciso que os enxêrtos não se toquem e não convém tam-

bém que estejam em contacto com os bordos da úlcera, porque, no caso de haver qualquer secreção, fica assim constituída uma rêde fina, de finos canais, que permite a drenagem. Depois de recoberta a superfície ulcerada pelos enxêrtos, para que estes se fixem e se organizem, é necessário ainda observar certas minúcias, deduzidas dos conhecimentos que temos sôbre a vida íntima dos enxêrtos. Seis horas depois da sua colocação começam a esboçar-se os capilares sanguíneos, passando a iniciar-se a sua nutrição por via sanguínea, que até aí se fizera por simples difusão. São, naturalmente, ligações vasculares muito frágeis, que qualquer movimento intempestivo rompe, sendo necessária uma rigorosa imobilização e assepsia do meio. A infecção determinaria pequenas trombozes, seguidas da morte do enxêrto e sua sequente eliminação.

Recomenda-se o uso dum penso gordo antisséptico — *tuile gras Lumière* — penso bem justo para que não haja deslocamento dos enxêrtos, mas nunca fortemente apertado, o que poderia provocar a necrose da pele transplantada.

Imobilização rigorosa por alguns dias; renova-se o penso quando se supõe estabelecida a irrigação de todo o enxêrto, o que se observa, em regra, ao quarto dia. Os enxêrtos, normalmente, aparecem então cianóticos. Lava-se a ferida com sôro fisiológico quente e coloca-se de novo o penso Lumière.

Passados cinco a sete dias, a cianose desaparece e vêem-se pequenas ilhotas necróticas. Nova lavagem com sôro fisiológico ou com o soluto citofilático de Delbet. Em seguida, pode já aplicar-se o penso sêco. Embora a cicatrização se verifique ao cabo de sete ou oito dias, é conveniente aconselhar ao doente a permanência na cama durante três semanas depois de feitos os enxêrtos (48).

Referido e justificado o complexo de associações terapêuticas a que é necessário recorrer para se obter uma cura duradoira da úlcera da perna (em particular a sifilítica ou sifilítico-varicosa), resta mostrar a ordem cronológica por que se devem utilizar êsses diferentes meios e ainda a época exacta em que actuarão com melhor rendimento.

Já se afirmou ser boa prática instituir de comêço, sistematicamente, o tratamento anti-sifilítico.

Em seguida aconselha-se a simpaticectomia periarterial, que, por enriquecer o regimen circulatório e, conseqüentemente, exal-

tar a vitalidade dos tecidos, contribuirá para a esterilização rápida da ferida.

As freqüentes perturbações vasomotoras nos doentes com ulcerações crónicas são um outro argumento que faz com que se coloque em primeiro lugar a neurotomia simpática. Antes ou depois da operação de Leriche, proceder à excisão da úlcera até tecido são, de maneira que os enxêrtos cutâneos, ulteriormente aí colocados, recebam abundante linfa e sangue. Durante a limpeza dos bordos e do fundo da ferida, recomenda-se sustar a hemorragia pela compressão e só no caso de não se conseguir assim a hemóstase, recorrer às laqueações, tendo o cuidado de evitar sempre fazê-las em massa, o que iria produzir necrose de tecido e constituir caldos de cultura para os micróbios que infectam a úlcera (49). Esterilizada a úlcera, é o momento de proceder aos enxêrtos da pele; mas a transplantação da pele não poderá seguir imediatamente a simpaticectomia — ainda que a ferida esteja esterilizada — porque a exsudação abundante e a linforreia intensa que se lhe seguem, impediriam a fixação dos enxêrtos; mas também não convém realizá-la a grande distância da neurotomia simpática, bastando recordar que a vasodilatação activa que esta determina nos grandes troncos dura duas a três semanas, para desaparecer depois pouco a pouco.

Finalmente, em meio asséptico, ressecar os troncos varicosados, ou impermear as veias varicosadas pela técnica de Sicard.

A orientação apontada foi seguida para o tratamento dos doentes de que vamos dar observações pormenorizadas.

No final faremos as considerações impostas pela evolução dos casos, durante ou depois das applicações terapêuticas indicadas como indispensáveis à consolidação da cura das úlceras e tiraremos as deducções que os factos lógicamente determinarem.

«Pour l'instant, nous avons besoin de faits et non d'opinions. Or, les faits bien observés, sont ce qui manque le plus dans la littérature. Notre tache actuelle doit être d'en apporter, mais il faut n'apporter que des faits ne laissant pas place à la critique, négatifs ou positifs, en nous passionnant uniquement pour la recherche et non pour les arguments purement scolastiques» (50).

Ao pormenor descriptivo das lesões ulcerosas acrescentamos, para melhor objectivação, fotografias tiradas no momento em

que os doentes foram internados, e outras ainda, logo que foi terminado o tratamento. Êste proceder elucida melhor sôbre a gravidade e extensão das lesões.

«Aprende-se melhor com os olhos que pelos ouvidos e, em matéria de cirurgia, principalmente, a eloquência mais persuasiva não vale uma boa representação visual» (51).

OBSERVAÇÃO III. — A. S., 40 anos de idade, moço de lavoira, natural de S. João da Pesqueira, foi internado na Enfermaria 1 (Escola) em 10 de Janeiro de 1928. Registo clínico n.º 1448.

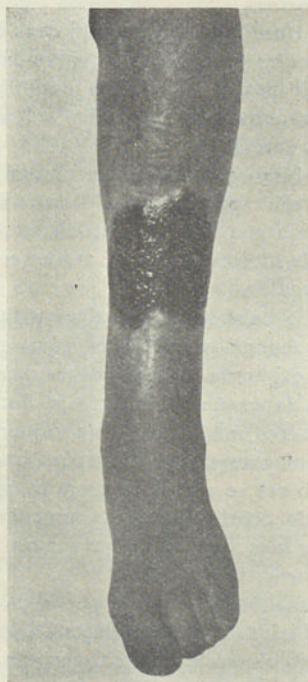


Fig. 4



Fig. 5

Varizes das safenas com dilatações ampulares da safena interna esquerda no seu trajecto tibial.

No têrço médio da perna do mesmo lado, e ocupando a sua face anterior, nota-se a existência duma ulceração, de bordos aderentes, pouco profunda, de contornos irregulares, com fundo granuloso, átono, exsudando líquido puriforme, amarelado, sem cheiro. À volta desta lesão, e na extensão de mais de 3 cm., a pele é luzidia, glabra, de coloração violácea, pouco elástica e muito aderente aos tecidos profundos (figs. 4 e 5).

Extensa placa de hiperqueratose acima da úlcera e por diante da crista da tibia. Nenhuma perturbação articulares na vizinhança.

Queixa se de cefalalgias frontais com exacerbação vespéral, e de algias nos músculos das pernas depois de marcha prolongada.



Fig. 6

Poliadenia generalizada: gânglios pequenos, duros, indolores.

Reacção de Bordet-Wassermann no sangue: negativa.

Estado geral: bom. Segundo ruído aórtico metalizado.

Reflexos tendinosos vivos. Nada de anormal nas urinas.

Aos vinte anos teve condilomas das bôlsas testiculares, curados rapidamente com nitrato de prata. Dois anos depois appareceu-lhe cancro duro genital e adenopattas bilaterais satélites.

Esta lesão genital cicatrizou um ano depois do seu aparecimento. Decorridos seis meses fêz a sua uretrite gonocócica, curada ao cabo de muitos meses de tratamento bastante irregular.

Aos 32 anos surgem varizes tronculares dos dois membros inferiores, mais pronunciadas à esquerda. Alguns meses mais tarde teve, nas faces ântero-interna e ântero-externa do têrço médio da perna esquerda, numerosas, mas pequenas ulcerações, que foram alargando até se transformarem numa única solução de continuidade que ameaçava au-

mentar em extensão e em profundidade, mas que caminhava para a cicatrização, embora lentamente, com a prova do repouso.

A despeito de variados pensos aconselhados, a lesão persistiu. Há um ano foi internado no Hospital da Régua. Dali saiu melhorado, mas, logo que voltou às suas occupações habituais, a lesão ulcerosa adquiriu grandes dimensões. Recorreu, então, ao Hospital de Santo António.

Úlcera atona, do têrço médio da perna esquerda, de natureza sífilítico-varicosa.

Pela prova de repouso e tratamento mercurial e iodetado a úlcera reduz muito pouco.

Em 11 de Março de 1928: simpaticectomia perifemural esquerda, na extensão de 5 cm., à altura do triângulo de Scarpa. Adventícia bastante aderente; artéria pouco contráctil.

Simultâneamente, excisão, muito limitada, dos bordos da úlcera, sem haver necessidade de fazer laqueações.

Doze dias depois de realizados êsses dois tempos operatórios, a úlcera

apresenta o fundo vermelho vivo, sangrando facilmente, coberto de granulações e exsudando líquido róseo, estéril.

Enxêrtos dermo-epidérmicos, pelo método de Dawies, em 26 de Março. Penso de Lumiére. Dez dias depois a úlcera enxertada apresenta-se em franca cicatrização.

Injecções esclerosantes de uretana e quinina nas veias varicosadas.

Decorrido um mês, à periferia da úlcera começa a observar-se a destruição da pele sã, os bordos e o fundo dessas novas soluções de continuidade supuram abundantemente, invadindo o pavimento sôbre que assentam os enxêrtos cutâneos.

Dias depois muitos dos enxêrtos tomam uma coloração rósea, apresentam-se quentes e acuminados; a expressão faz correr pus amarelado da sua base de implantação.

Depois cianosam-se e caiem (fig. 6).

Os troncos venosos, esclerosados quimicamente, estão indolores. As lavagens repetidas com soluto iodado reduzem a infecção, impedindo a necrose de todos os enxêrtos, mas as zonas ulceradas não diminuem, mesmo recomeçando o tratamento anti-sifilítico.

Alta, em 20 de Maio de 1928, para voltar a ser internado no Hospital da Régua quinze dias depois, com ulcerações fortemente infectadas.

Não voltámos a ter notícias dêste doente.

Foi êste o primeiro doente a quem applicámos êste tratamento.

Analisando bem os factos, tudo nos permite supor responsáveis, pela recidiva precoce e parcial da úlcera, certas deficiências na técnica empregada.

A execução da simpaticectomia (*) foi incompleta, pelo receio da ruptura da artéria, incidente a temer por estar muito aderente a adventícia.

Da insufficiente desnudação arterial teria resultado uma menor intensidade dos efeitos fisiológicos que esta intervenção, executada correctamente, determina sôbre artérias musculares e ainda em estado de se contraírem.

A recidiva aparece nos bordos da lesão, portanto sôbre terreno com nutrição reduzida, onde a circulação é muito deficiente, porque não levamos a excisão dos bordos da úlcera até à pele sã, com vasos permeáveis e elásticos, onde o sangue afluiria em quantidade suficiente para assegurar uma boa nutrição e ainda uma defesa activa contra os agentes da infecção.

(*) A simpaticectomia neste doente e na doente a que se refere a observação II foi realizada por nós, tendo as restantes sido operadas pelo Prof. Teixeira Bastos.

Ainda a infecção não viria instalar-se em terreno tão pobre em recursos defensivos se não fôsse descurado o rigor de asepsia recomendado para os pensos a empregar nestas lesões.

Neste doente, depois dum certo período de aderência, os homo-enxêrtos destacaram-se em seguida à supuração, sem que se pudesse aventar como causa a diferença bioquímica que Dobrza-nechi apresenta para os hetero-enxêrtos. «Os capilares sangüíneos neoformados são muito frágeis e a infecção determina pequenas trombozes, dando-se em seguida a morte do enxêrto que é eliminado» (52).

OBSERVAÇÃO IV. — M. P. A., 56 anos de idade, doméstica.

É internada na Enfermaria n.º 8, em 12 de Janeiro de 1929. Registo clínico n.º 1.806. Apresenta uma úlcera extensa, ocupando a face interna do colo do pé e do têrço inferior da perna esquerda, de forma irregularmente elíptica, alongada no sentido vertical, de bordos circinados e aderentes, fundo anfractuoso, com massas concretadas de pus esverdeado, acantonadas nas depressões (fig. 7). Extenso edema crónico da pele à volta da ferida, e, além dessa



Fig. 7

zona, a pele aparece escamosa, pigmentada, de cor castanho-escuro e com placas violáceas. Estas perturbações tróficas estendem-se até acima do meio da perna e do dorso do pé. Hipertricose em tôda a zona da pele doente. Aumento de volume do colo do pé, com mais 4 cm. de circunferência que a zona oposta. Há ainda um pouco de aumento de volume da perna nos seus dois têrços inferiores e do pé, na metade posterior.

Varizes muito pronunciadas no lado interno da perna e da coxa.

Fleboesclerose de muitas veias varicosadas. Insuficiência valvular (sinal de Trendelenburgo positivo). Gânglios crurais do mesmo lado, duros, volumosos, um pouco sensíveis.

Na perna direita nota-se a existência de varizes tronculares, com dilatações ampulares pequenas.

Nenhuns elementos anormais nas urinas. Reacção de Wassermann no sangue: negativa. Nada a mencionar nos restantes aparelhos da economia.

Há quinze anos que cordões azules, dia a dia mais volumosos, apareceram nos dois membros inferiores, mas mais nítidos nas pernas. Quando caminha por muito tempo, êsses cordões tornam-se mais evidentes, os membros inferiores aumentam um pouco de volume e sente que lhe pesam, arrastando-os difficilmente na marcha. Vai para dez anos que começaram a aparecer-lhe nas pernas, na face interna, placas mais ou menos extensas de eczema sêco, acompanhado de prurido. Quatro anos depois, em seguida a um pequeno traumatismo, apareceu-lhe na região do maléolo tibial esquerdo, uma ferida pouco extensa e pouco profunda, com tendência não só a persistir, mas ainda a alastrar e a escavar. Ao cabo de

poucos dias, teve dores vivas na ferida, aumentando de intensidade quando caminhava e breve supurando abundantemente. As dores provocadas pela marcha obrigavam à claudicação. A lesão persiste e agrava-se, a despeito das variadas pomadas de que tem feito uso. Quando a apoquentam mais as dores, repousa, e, ao fim de poucos dias, a úlcera promete cicatrizar. Todos os benefícios colhidos desaparecem logo que retoma a vida habitual. Como as dores provocadas eram percebidas mais ao nível da articulação tibio-társica, habituou-se a caminhar apoiada apenas sôbre a parte mais anterior do pé, que quasi anquilosa em attitude viciosa: no equinismo.

Nenhuns antecedentes tóxicos ou infecciosos. Nada a referir dos colaterais.

Úlcera crônica da perna esquerda e no lugar de eleição, de natureza varicosa.

Prova de repouso, tratamento mercurial e iodetado e pensos antissépticos durante quinze dias sem determinarem uma marcha nítida para a cicatrização.

Em 29 de Janeiro de 1929, sob raquianestesia, simpaticectomia periferica à esquerda, ao nível do triângulo de Scarpa e na extensão de 8 cm., intervenção que foi demorada pela esclerose dos tecidos à roda de vasos femurais. Excisão dos bordos da úlcera e limpeza do fundo. Penso húmido de sôro fisiológico.



Fig. 8

Esterilização da ferida muito vagarosa. Só em 14 de Fevereiro as preparações enviadas ao Laboratório Nobre revelaram *muito raros* diplococos, praticando-se no dia imediato os enxertos dermoepidérmicos pelo método de Halsted-Dawies (fig. 8). Com a úlcera completamente curada, em 6 de Março são-lhe feitas injeções esclerosantes nas veias varicosadas da perna esquerda e em 14 tem alta.

Poucos dias depois de sair da enfermaria, as veias varicosadas e injetadas aumentaram de volume, apresentaram-se muito sensíveis à pressão e a pele que as recobria aparecia como extensa fita rósea que ia da perna à coxa. Queixava-se de sentir pesado todo o membro inferior esquerdo. Tinha dores vivas ao nível da úlcera enxertada e uma manhã ficou surpreendida por ter verificado que, durante a noite, toda a extensa zona enxertada se destacara «como uma crosta». A úlcera recidivara, sem que, anteriormente, se observasse o regresso de supuração.

Ainda nesta doente foram empregados todos os recursos que se preconizam como necessários para a cura definitiva da úlcera; mas tudo foi inútil. É preciso focar alguns factos que poderão elucidar sobre a causa ou as causas d'êste insucesso.

Não nos larga a idea de que tudo correria doutro modo se, em vez de recorrermos aos meios químicos para tornar impermeáveis as veias varicosadas, tomássemos o rumo da extirpação.

A descorticação arterial foi deficiente pelo justificado receio de ruptura da artéria durante o descolamento das aderências devidas à periarterite. ¿Devemos encontrar neste pormenor a razão da morosidade na esterilização da úlcera?

A perda em massa de todos os enxertos, sem supuração, causa mais habitual de tal incidente, e ainda os fenómenos inflamatórios venosos e perivenosos ulteriores às injeções esclerosantes, susceptíveis de determinarem reflexos de vasoconstrição, permitem aventarmos a hipótese de ser esta a causa determinante da queda da pele enxertada, a vasoconstrição conseqüente acarretando a isquemia dos enxertos e realizando uma das condições essenciais para a sua morte.

O mesmo fenómeno foi observado meses e até anos depois de colocados os enxertos, quando, nomeadamente um forte traumatismo na zona dos grandes vasos, era seguido de vasoconstrição intensa, mesmo de curta duração (53).

OBSERVAÇÃO V. — F. R. M., 42 anos de idade, tecedeira, entrou para a Enfermaria n.º 8 em 14 de Junho de 1928. Registo clínico n.º 1.684.

Nada digno de menção nos antecedentes hereditários.

Apresenta no membro inferior direito uma ulceração irregularmente losângica, estendendo-se do maléolo tibial até ao meio do dorso do pé, medindo o seu maior diâmetro 11 cm., de bordos irregulares, aderentes, cortados perpendicularmente, de fundo regularmente liso e de coloração rósea clara, de aspecto átono, exsudando serosidade levemente turva e em pequena quantidade; edema crónico da pele numa grande extensão à periferia dessa úlcera, estendendo-se mais sôbre o dorso do pé (fig. 9).

Ao nível do maléolo peroneal e no tærço inferior da perna, constata-se a existência de eczema sêco e pigmentação acastanhada da pele nestas zonas.

Vêm-se varizes nos dois territórios das safenas, tanto na coxa como na perna, mais pronunciadas do lado da safena interna, que apresenta, em todo o trajecto tibial, dilatações ampulares e zonas de fleboesclerose.

Alterações tróficas das unhas, que são espessas, estriadas, quebradiças.

Sinal de Trendelenburgo positivo.

Movimentos activos e passivos do pé reduzidos, sem serem dolorosos.

Adenopatia crural—gânglios sensíveis com sinais de periadenite. No membro inferior esquerdo varizes tronculares das safenas.

Reacção de Wassermann no sangue: negativa.

Desde muito nova que via, nas pernas, grandes cordões azulados.

Há dezassete anos, aos oito meses da última gravidez, surgiu uma placa eczematosa no dorso do pé direito, com prurido intenso, que ao cabo de poucos dias dava uma exulceração coberta por crosta espessa. Já a poucos dias do parto, a solução de continuidade aumentou em profundidade e em superfície, supurando abundantemente. Recorreu ao Banco do hospital, onde veio fazer pensos quasi quotidianos. A ferida persistiu. Claudicava por sentir dores ao nível da articulação tibio-társica quando se apoiava sôbre o pé.

Quatro anos depois entrou para o hospital, donde saíu curada ao cabo dum mês de repouso e pensos diários com uma pomada branca. Passadas



Fig. 9

três semanas a úlcera recidivava. Vinha de onde a onde ao Banco. Quando a úlcera estava mais infectada e as dores a apoquentavam, conseguia o internamento.

A cura de repouso era quasi sufficiente para determinar a cicatrização da úlcera; mas a recidiva dava-se pouco depois. Foi esta a quinta vez que se hospitalizou por causa da sua úlcera, demorando a sua estadia no hospital, na antepenúltima vez, cêrca de três meses, e mais de cinco meses na penúltima.

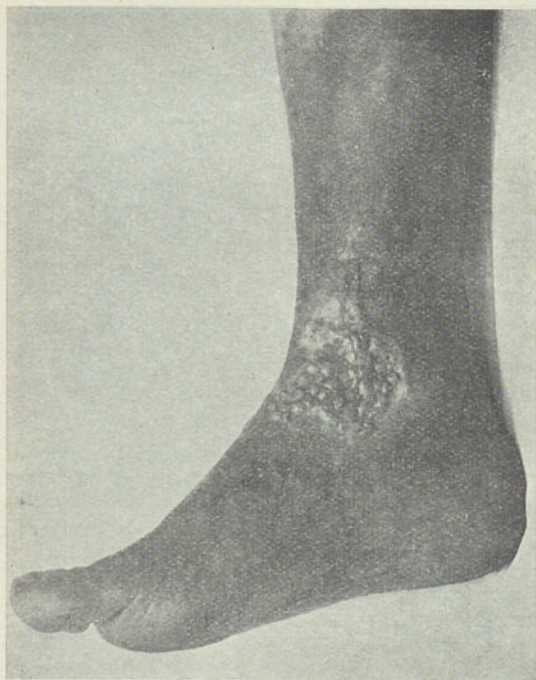


Fig. 10

Há três anos, além do repouso e dos pensos locais antissépticos, foram-lhe feitas injeções esclerosantes nos ramos da safena interna direita. A cicatrização manteve-se desde 5 de Outubro de 1925 até Maio de 1928.

Casada aos 20 anos de idade. Seis filhos — três falecidos em tenra idade, de meningite, e ainda outros dois de doença que ignora.

Úlcera crônica, tórpidã, trofo-varicosa, recidivante, do pé direito.

O tratamento mercurial e iodetado, a prova de repouso e os pensos antissépticos não conseguem a cicatrização da úlcera.

Em 5 de Julho de 1928, e sob anestesia geral, foi feita a simpaticectomia perifemural ao nível do triângulo de Scarpa, na extensão de 8 cm., logo seguida da excisão dos bordos duros e cicatriciais da úlcera e raspagem do seu fundo. Penso sôbre a úlcera, com sôro fisiológico.

Os tecidos ressecados foram enviados ao Laboratório de Anatomia Patológica e o resultado do exame histológico já foi registado.

Como em 10 de Julho o exsudado se apresentasse estéril, cobriu-se o fundo da úlcera, no dia imediato, e depois dum penso húmido de sôro fisiológico durante vinte e quatro horas, com enxêrtos dermo-epidêrmicos (Halsted-Dawies) retirados da face externa da coxa. Penso gordo de Lumière.

A cicatrização estava terminada em 28 de Julho (fig 10).

Saiu, curada, em 18 de Agosto de 1928.

Serve esta observação para focar a rapidez com que se deu a cicatrização depois da adventicectomia, a aderência de tôdas as pastilhas cutâneas transplantadas, e a cura, que se mantém cinco anos depois do tratamento.

OBSERVAÇÃO VI. — R. J., 60 anos de idade, serviçal, internada na Enfermaria n.º 8 em 21 de Maio de 1928. Registo clinico n.º 1.675.

Cefaleias frontais raras; surdez, que se vem acentuando há meio ano. Caminha claudicando. Varizes tronculares nos dois membros inferiores, mas



Fig. 11

mais pronunciadas à direita e do lado da safena interna. Acentuado aumento de volume do membro inferior direito, nomeadamente da perna. Circunferência ao nível do colo do pé esquerdo de 22 cm., enquanto que o colo do pé direito mede 30 cm. O meio da perna esquerda tem de circunferência 31 cm. e a perna oposta ao mesmo nível 33 cm. A meio da coxa esquerda registam-se 42 cm. de perímetro e do lado oposto e ao mesmo nível 46 cm.

No membro inferior direito existe uma extensa úlcera terebrante, de bordos irregulares, serpiginosos, aderentes, cortados perpendicularmente, que começa ao nível do maléolo peroneal, abraça o colo do pé, na metade

posterior, apresentando nesse nível 12 cm. de altura, seguindo depois em espiral para a face ântero-interna da perna, onde termina, na junção do tærço inferior com o tærço médio (fig. 11).

Fundo da úlcera de coloração vinosa, anfractuoso, mais escavado na parte posterior, exsudando pus espêsso, amarelado, bastante fétido.

Edema crônico da pele que a rodeia, numa zona que se estende para baixo até meio do dorso do pé, e, do lado da perna, até muito próximo da



Fig. 12

articulação do joelho. Numerosas e extensas manchas irregulares, de coloração acastanhada, disseminadas pelo dorso do pé e pela perna. Pele escamosa, aderente aos planos profundos. Hipertricose. Algumas dilatações ampulares da safena interna à direita, no seu trajecto na coxa, mais desenvolvidas na vizinhança do joelho. Movimentos activos e passivos ao nível da articulação tíbio-társica direita, reduzidos e dolorosos.

Uma pequena úlcera circular, com o diâmetro de 2 cm. aparece na face externa da perna esquerda, 5 cm. acima do maléolo peroneal.

Sinal de Trendelenburgo positivo dum e doutro lado.

Reacção de Wassermann no sangue: negativa.

Prova biométrica de Mabile positiva. Diferentes funções vizinhas da normal. Tensões ao Pachon: $TM = 13$ $tm = 7$ $lo = 3,5$.

Nenhuns antecedentes tóxicos ou infecciosos. Mãe com varizes dos membros inferiores desde muito nova.

Desde o primeiro parto, há trinta e sete anos, ficou com varizes das duas pernas. Em 1923 pequena ulceração da perna direita, post-traumática, sobre o maléolo tibial, que se infectou pouco depois e cicatrizou após seis meses de curativos com pomadas diversas. Vão-se tornando mais visíveis as varicosidades dos dois membros, acentuando-se mais à direita. Quando caminha muito, ou permanece largo tempo em pé, sente dificuldade em marchar e nota edema dos pés e das pernas, que desaparece pelo descanso.

Há três anos, à direita, edema permanente do pé e perna, com coloração violácea da pele. Menopausa há dois anos. Logo em seguida, erisipela da perna e pé direitos, com formação duma «vesícula» sôbre a cicatriz da úlcera tibial, determinada pelo traumatismo de há cinco anos, que logo rompeu e foi ponto de partida duma ulceração, que aumentou em profundidade e alastrou para traz e para diante, atingindo, a dois meses do seu comêço, a extensão que apresentava no momento do exame. As perturbações tróficas da pele do dorso do pé e da perna vieram pouco depois.

Caminhava com claudicação, ainda com a úlcera em início. Há um ano a supuração é mais abundante e fétida. Arrasta-se com dificuldade até ao hospital, onde lhe aplicam todos os dias uma pomada que atenua a supuração, sem melhorar a sua ferida.

Recorreu ao hospital, onde foi logo submetida, durante o período de quinze dias, à prova de repouso e ao tratamento pelo benzoato de mercúrio e iodeto de potássio. Resultado quasi negativo: a úlcera reduz um pouco em profundidade; o grau de infecção diminue; mas não se vê cicatrizar.

A úlcera da perna esquerda, que começara na época do ataque de erisipela, cicatrizou com o tratamento: repouso e medicação mercurial e iodetada.

Extensa úlcera crónica da perna direita, de natureza varicosa.

Em 6 de Junho, sob anestesia geral, simpaticectomia perifemural direita no triângulo de Scarpa. Descorticação arterial na extensão de 6 cm. Excisão dos bordos da úlcera e do fundo, sustando abundante hemorragia venosa do fundo e dos bordos com penso compressivo embebido em sôro fisiológico quente.

Ferida operatória da coxa cicatrizada ao cabo de dez dias.

Em 20 de Junho estava esterilizada a úlcera e no dia seguinte eram colocados enxêrtos dermo-epidêrmicos (pelo método de Halsted-Dawies) na metade anterior da úlcera e dez dias depois recobria-se a outra metade. Penso gordo de Lumière e imobilização. Seqüelas sem nada de anormal a mencionar (fig. 12).

Enxêrtos pegando sem incidente. O edema desaparece e os movimentos da articulação tibio-társica são agora mais extensos, mas ainda um tanto dolorosos. Durante o mês de Julho, e por diferentes vezes, injeções esclerosantes nos troncos varicosados.

Saíu, curada, em 4 de Agosto de 1928.

Extensa úlcera varicosa da perna direita, quasi circular, terebrante, esterilizada rapidamente pela neurotomia simpática, o que permitiu a colocação dos enxêrtos em ocasião em que o regime circulatório era favorável à vitalização do transplante.

O método de Sicard não provocou reacções intensas endovenosas ou perivenosas susceptíveis de comprometerem a vitalidade dos enxêrtos.

Em Outubro de 1932 a cura da úlcera mantém-se. Persiste

o edema na perna e no pé. Colaterais das safenas, visíveis, dilatadas e com zonas de fleboesclerose (*).

OBSERVAÇÃO VII. — J. C., 48 anos de idade, doméstica, internada na Enfermaria n.º 8, em 21 de Maio de 1928. Registo clínico n.º 1.676.

Marcha claudicando, por dores no pé direito.

Varizes tronculares das safenas, à direita, mais desenvolvidas na perna e ainda no território da safena interna, com grandes dilatações ampulares disseminadas por tãda a perna. Algumas dessas dilatações apresentam-se duras, esclerosadas, indolores, bastante aderentes à pele e aos tecidos subjacentes.

Ligeiro edema do colo do pé e do tãrço inferior da perna, em tãda a periferia. Aumento circunferencial de 4 cm. neste nível.

Na face dorsal do pé direito existe uma pequena úlcera, de forma quãsi rectangular, com os ângulos anteriores arredondados, pouco profunda, encaixilhada em bordos aderentes, salientes, de coloração rósea e de fundo regularmente granuloso, com aspecto atônico, largando serosidade turva e um pouco ensangüentada, sem cheiro (fig. 13). Pele do pé, para diante da úlcera, pergaminhada, e fortemente pigmentada de castanho. Unhas espãssas, estratificadas, quebradiças. Numa zona de pouco mais de 1 cm. à roda da lesão a pele aparece aderente, espãssa, brilhante, sem pêlos, de cõr violãcea. Eczema sãco do colo do pé e da metade inferior da perna; algumas manchas de pigmentação escura da face interna da perna numa larga extensão à roda da úlcera. Hiperestesia cutãnea. Cristas tibiais rugosas. Gãnglios inguinais e crurais volumosos, pouco dolorosos, com sinais de periadenite crônica.

Reflexos tendinosos normais.

Na perna esquerda, que apresenta numerosas varizes superficiaes, mais pronunciadas do lado interno, existe do lado de dentro, e ocupando todo o tãrço inferior do segmento, uma extensa cicatriz esbranquiçada, deprimida, irregular, com uma larga faixa de pele à roda, muito aderente, dura e de cõr acastanhada.

(*) Em Junho de 1933 esta doente foi internada no Serviço do Prof. Carlos de Lima. «Perna direita, ligeiramente aumentada de volume e apresentando na sua face ântero-externa, tãrço inferior, uma pequena soluçãõ de continuidade da pele, de forma quãsi perfeitamente circular, medindo 2,3 cm. de diãmetro, sangrando com facilidade, de bordos aderentes, nãõ talhados a pique. Abaixo da soluçãõ de continuidade nota-se a existãncia de tecido cicatricial, que se apresenta sob a forma de pequenas escamas brancas, tecido êste que é doloroso à pressãõ. Na histãria da doença a doente relata que um ligeiro traumatismo lhe provocou nova úlcera, nãõ no mesmo ponto da anterior, e que nãõ cedia ao tratamento local».

A simpaticectomia nesta doente e no doente a que se refere a observaçãõ III foi realizada por nãõs, tendo as restantes sido operadas pelo Prof. Teixeira Bastos.

Bom estado geral. Nada a registrar nos diferentes aparelhos da economia. Urinas sem elementos anormais. Reacção de Wassermann no sangue: negativa. Hábitos etílicos. Tensões arteriais ao Pachon: $TM = 15$, $tm = 0$, $Io = 1,5$.

Aos 18 anos de idade, forte ataque de gripe. Aplicação demorada de sinapismos na zona hoje ulcerada, provocando o aparecimento de flictenas e depois uma extensa ulceração, que pouco demorou a cicatrizar.

Aos 30 anos, durante a segunda gravidez, varizes superficiais, um pouco sensíveis à pressão, nos dois membros inferiores, sem serem mais desenvolvidas à direita. Ao entrar no nono mês de gestação, edema duro e doloroso do colo do pé direito e do pé. Recidiva da úlcera do dorso do pé e infecção intensa. O descanso e as aplicações de pensos húmidos de água salgada nos dois territórios das safenas determinam a cicatrização em menos de um mês. As varizes nos dois territórios das safenas desenvolvem-se e um edema crónico invade o pé e a metade inferior da perna.

Retoma o trabalho e a úlcera recidiva ao cabo de alguns dias. Vem curar-se ao Banco e, como as pomadas não a curam da sua lesão, é internada. Prova de repouso positiva. Sai curada, mas a úlcera teima em reaparecer alguns dias depois da saída do hospital. É esta

a quinta vez que dá entrada no hospital por causa da úlcera do dorso do pé.

Poucos meses depois do início da úlcera do pé direito, e em seguida a um pequeno traumatismo, uma nova úlcera apareceu no tærço inferior da perna esquerda, logo acima do maléolo tibial, alastrando rapidamente em superfície e supurando abundantemente, mas que curou, como a do pé direito, quando esteve hospitalizada a primeira vez. A cicatrização foi lenta, mas não recidivou.

Cinco filhos e três abortos. Dos cinco filhos só lhe resta um, que conta hoje 20 anos de idade e padece de bronquite crónica. Os quatro restantes morreram em tenra idade: um de varíola, aos oito meses; outro de enterite, ao fazer um ano; o terceiro de meningite, aos quatro meses; e o último, poucas horas depois de extraído a *forceps*.



Fig. 13

Nada digno de menção nos antecedentes hereditários.

Úlcera trofovaricosa do dorso do pé direito, crônica, recidivante.

Repouso, pensos antissépticos, tratamento mercurial e iodetado.

Dez dias depois de seguido regularmente o tratamento indicado, a úlcera reduz em profundidade, mas muito pouco em superfície.

O pus enviado ao Laboratório Nobre para identificação microbiana «em preparações coradas pelo método de Gram-Nicolle, revelou a existência de



Fig. 14

raros diplococos Gram-positivo, em número de três a cinco por campo visual».

Em 5 de Junho de 1928, e sob anestesia geral, simpaticectomia periarterial da femoral direita no triângulo de Scarpa e na extensão de 8 cm., seguida da raspagem do fundo da úlcera e excisão dos seus bordos. Penso húmido de soro fisiológico quente.

Oito dias depois, a úlcera apresentava o fundo e os bordos róseos e semeados de granulações de boa natureza, exsudando uma quantidade muito pequena de pus que, enviado para análise, «não revelou bactérias patogénicas em preparações tratadas pelo método de Gram-Nicolle».

A cicatrização já se fizera no ângulo póstero-interno da úlcera (ver fig. 14).

Em 14 de Junho recobre-se a úlcera com enxêrtos dermoepidêrmicos pelo método de Halsted-Dawies, tirados da face externa da coxa do mesmo lado. Penso de Lumière.

Oito dias depois, os enxêrtos estavam soldados ao fundo e entre êles, o edema do colo do pé desaparecera e também a hiperestesia cutânea notada no pé e na perna.

Continuou em repouso até ao dia 5 de Julho, data em que exigiu alta, tendo anteriormente feito tratamento das varizes pelo método de Sicard.

Sympaticectomia perifemural determinando a esterilização rápida da úlcera e activando notavelmente a cicatrização. Como a epidermização duma grande parte da úlcera se desse muito rapidamente, antes mesmo da colocação dos enxêrtos, ficámos receosos da recidiva partindo da zona não enxertada, fundamentados na recidiva imediata à saída do hospital das outras quatro vezes.

Um mês depois vem queixar-se de que a perna e o pé aumentam de volume e que a cicatriz da úlcera e os enxêrtos aparecem roxos no fim do dia.

Encontrámo-la mesmo no Serviço, semitonta pelo alcool, instigando as doentes portadoras do mesmo mal a que não se deixassem operar. Em Dezembro de 1932 vem pedir-nos conselho sôbre a maneira de tratar uma pequena úlcera do pé direito, situada 2 cm. acima da cicatriz da úlcera que a levara a internar-se nos nossos serviços em 1928.

A pele enxertada apresenta-se rósea, espessa e bem almofadada de tecido subcutâneo. Há quatro anos que a cura da úlcera do pé se mantém, embora a região esteja exposta à repetidos traumatismos.

OBSERVAÇÃO VIII. — M. S., 65 anos de idade, doméstica, internada em 18 de Setembro de 1928. Registo clínico n.º 1.728.

Tumefacção do colo do pé e da perna direita, que, no seu têrço inferior e região ântero-externa, é a sede duma úlcera de forma aproximadamente elíptica, com o seu grande eixo perpendicular ao maior eixo da perna, terminando adiante ao nível da crista da tíbia e, posteriormente, um pouco para fora do meio da face posterior da perna, de bordos irregulares, aderentes e de fundo anfractuoso, acumulando-se nas depressões pus concretado, amarelo e espesso (fig. 15).

Á roda da úlcera a pele é espessa, dura e violácea.

Varizes de afluentes da safena externa e varizes tronculares da safena interna. Varizes tronculares à esquerda, com grandes dilatações ampulares do lado interno da perna.

Provas de Trendelenburgo e biométrica de Mabile: positivas.

Gânglios crurais duros, dolorosos, um pouco aderentes, em massa, à direita.

Reacção de Wassermann no sangue: negativa.

Pulso rítmico, de frequência normal, hipertenso. Tensões avaliadas ao Pachon, na humeral direita, $TM = 19$, $tm = 10$, $lo = 5$.

Segundo ruído aórtico, vibrante. Choque da ponta um pouco para baixo e para fora do mamilo.



Fig. 15

Obstipação antiga combatida pelas lavagens exoneradoras. Urina sem glucose ou albumina. Diurese normal. Reflexos tendinosos sensivelmente normais, como os reflexos pupilares. Nada digno de menção nos seus antecedentes pessoais ou hereditários.

Há dois anos, sem saber como, apareceu-lhe na face externa da perna direita, pouco acima do maléolo peroneal, uma mancha avermelhada, quente e dolorosa à pressão. Poucos dias depois formou-se uma pequena ferida arredondada, com o tamanho duma moeda de dez centavos, de fundo liso e róseo. Lavou a ferida com água fervida e aplicou por cima panos de linho. Passados três

dias, sentiu o penso colado à ferida, conseguindo descolá-lo com dificuldade, saindo agarrada ao linho uma crosta acastanhada. A ferida apareceu coberta de pus seroso e com cheiro. Recorreu ao hospital, sem que os pensos, empregados quasi diariamente, impedissem que a úlcera progredisse, mais em extensão do que em profundidade. Um mês depois do início da lesão ulcerosa, edema do colo do pé e da perna na zona que é a sede da úlcera.

Úlcera trófica da perna direita, de natureza varicosa.

Fizeram-lhe, ainda no Banco, vinte injeções de benzoato de mercúrio, sem benefícios sensíveis. Como a lesão começasse a dificultar-lhe a marcha, foi internada, iniciando logo as lavagens antissépticas da úlcera e pasta de Unna na pele à roda e, ainda, o tratamento geral anti-sifilítico pelo benzoato

de mercúrio e iodeto de potássio, êste em doses progressivamente crescentes. Ao fim de doze dias de tratamento, o fundo da ferida aparece mais limpo, embora a supuração continue abundante, mas não há sinais evidentes de tendência para a cicatrização.

Em 26 de Setembro, sob anestesia geral, simpaticectomia perifemural direita, no triângulo de Scarpa e na extensão de 8 cm.

Neurotomia simpática demorada pelo processo de esclerose perivascular existente e que unia intimamente a veia e a artéria. Placas ateromatosas ao longo do tronco arterial.

Em seguida à simpaticectomia, legragem do fundo da úlcera e ainda dos bordos, sustando-se a hemorragia venosa provocada, com pensos embebidos em sôro fisiológico bem quente.

Quatro dias depois da intervenção, supuração abundante da ferida operatória na coxa, rapidamente dominada.

Até à drenagem da colecção purulenta, estado saburral das vias digestivas superiores, anorexia, cefalalgias e hipertermia (38°,2 à tarde).

Em 5 de Outubro, depois de constatada a esterilização da úlcera, enxêrtos dermo-epidérmicos pelo método de Halsted Dawies, vindos da face externa da coxa do mesmo lado (fig. 16).

Quatro dias depois, constata-se a necrose de alguns enxêrtos, mas em 20 de Outubro a cicatrização da úlcera estava terminada e os enxêrtos que ficaram estavam bem nutridos.

A doente exigiu alta em 28 de Outubro.

Ainda uma úlcera trófica, de natureza varicosa, bem depressa curada com os meios que vêm sendo preconizados e que nem o tratamento específico da sífilis ou os pensos locais tinham conseguido modificar sensivelmente.



Fig. 16

Vitimada por pneumopatía aguda, dois anos depois da saída da Enfermaria da Clínica Cirúrgica, sem que até então recidivasse a úlcera da perna. A registrar ainda desta vez, uma supuração abundante da ferida operatória, infecção supurativa possivelmente arrastada até ali pelos linfáticos subindo da região ulcerada para os gânglios crurais, suspeita tanto mais a reccar se recordarmos que a úlcera, no momento em que se fêz a descorticação da artéria, supurava ainda abundantemente. Lamenta-se, ainda que tarde, não lançarmos mão da prova bacteriológica, que confirmaria ou eliminaria a nossa suspeita, identificando os agentes da supuração nos dois focos.

OBSERVAÇÃO IX. — A. O., 62 anos de idade, serviçal, internado na Enfermaria n.º 1 no dia 18 de Julho de 1928. Registo clínico n.º 1.551.

Com estado geral bom, a-pesar-de excessivamente magro, êste doente tem varizes tronculares da safena interna na perna direita. Ao nível do ma-



Fig. 17

léolo tibial apresenta uma úlcera átona, elitica, de grande eixo dirigido perpendicularmente ao eixo da perna e medindo 4 cm., com bordos aderentes, regulares, de fundo finamente granuloso, apresentando zonas cinzentas alternando com outras cõr rósea pálida, exsudando pequena porção de líquido

seroso pouco turvo, sem cheiro, circundada por pequena auréola cicatricial com poucos milímetros de largura. Pele à roda da úlcera no dorso do pé e a tãda a periferia do tãrço inferior da perna edemaciada, escamosa, aderente, pouco elástica (fig. 17).

A meio da face externa da perna, do mesmo lado, existe uma extensa mancha acastanhada, tendo no centro uma cicatriz irregular, branca, duma antiga ferida traumática.

Movimentos da articulação tibiotársica reduzidos, sem serem dolorosos. Depois de muito caminhar, dores vivas no pé, que lhe causam, muitas vezes, insónias. Prova de Trendelenburgo e de Mabile: positivas.

Há dois anos queimou-se com água a ferver, nos dois pés; queimadura superficial, rapidamente cicatrizada à esquerda; mais extensa e mais profunda à direita, abrangendo todo o colo do pé, cicatrizando só ao fim de dois meses de tratamento, sem deixar perturbações na marcha.

Dois meses mais tarde, edema do colo do pé direito e dores ao mesmo

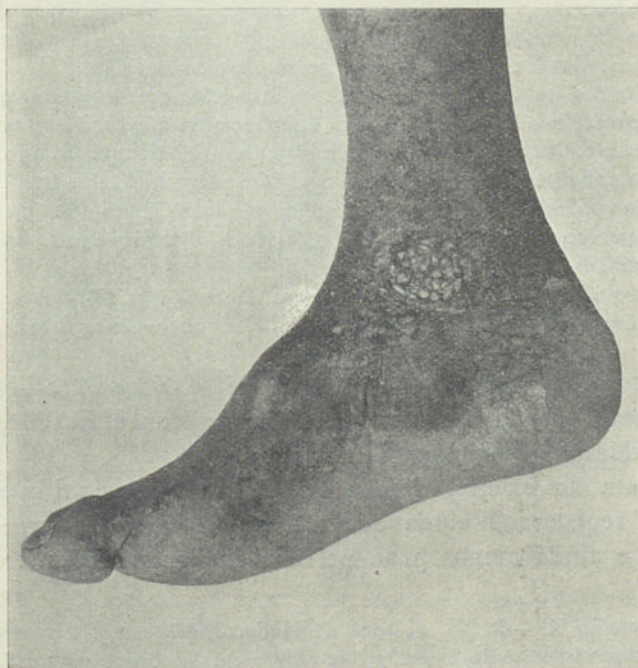


Fig. 18

nível, espontâneas e agravadas com a marcha. Poucos dias depois apareceu uma pequena exulceração sãbre o maléolo tibial, que foi alargando e caminhando em profundidade, lenta mas progressivamente. Entrou para o hospital, onde, pelo descanso e pensos diários antissépticos, viu rapidamente cicatri-

zar a úlcera; mas esta recidivou, vinte dias depois de sair do hospital. Recorre de novo ao Banco, onde vem regularmente fazer curativos, mas sem grandes benefícios, voltando a ser internado em Janeiro de 1928. Continua no hospital até Março, saindo curado. Um mês depois, a úlcera recidivou e recomeça ainda uma vez os tratamentos no Banco. Em Julho é julgada conveniente a sua entrada para «ser operado» (sic).

Reacção de Wassermann no sangue: negativa.

Pulso rítmico, hipertenso (TM = 18 tm = 8 Io = 5) freqüente (100). Ruidos cardíacos apagados. Tosse. Alguns sarridos de bronquite dos dois lados. Ligeiro enfisema pulmonar das bases.

Usa e abusa do tabaco. Não acusa antecedentes infecciosos além duma uretrite blenorragica aos 18 anos e curada rapidamente.

Espôsa saudável, sem filhos. Nada que mereça menção nos antecedentes hereditários.

Úlcera trofo-varicosa do pé direito, crónica e recidivante

A-pesar da negatividade da reacção de Wassermann, é instituído o tratamento mercurial e iodetado, que se prolonga com regularidade durante quinze dias. Com essa terapêutica e ainda com o repouso, o aspecto da úlcera melhora, mas a cicatrização avança com muita lentidão.

Em 4 de Agosto de 1928, simpaticectomia perifemural à direita, no triângulo de Scarpa, na extensão de 6 cm. Raspagem da úlcera. Penso antisséptico absorvente. Dez dias depois da neurotomia simpática e com a úlcera asseptizada, enxêrtos dermo-epidérmicos pela técnica de Halsted-Dawies.

Seqüelas operatórias sem o mais ligeiro incidente. Logo que os enxêrtos nos pareceram com boa nutrição, fizemos alguma injecções de uretana e quinho nos troncos varicosados.

Alta, em 26 de Setembro, completamente curado (fig. 18).

A cura mantinha-se ainda em 1931, época em que o observámos.

Pequena úlcera átona do colo do pé, varicosa, recidivante, rapidamente curada com os meios cirúrgicos indicados, cura mantida durante, pelo menos, três anos.

Na data do exame, depois de três anos de ter tido alta do hospital, registamos ainda que a zona de distrofias era muito reduzida e ainda menos pronunciadas as perturbações tróficas.

OBSERVAÇÃO X. — R. V., 44 anos de idade, doméstica, foi internada na Enfermaria n.º 8 em 15 de Setembro de 1928. Registo clínico n.º 1.726.

Apresenta ligeiro edema da perna e do pé esquerdo; ausência de troncos venosos varicosados, percebidos à inspecção; claudicação por dores agudas sentidas ao nível da articulação túbio-társica, sensação de pêso na perna.

No colo do pé esquerdo, e correspondendo o centro ao maléolo tibial, existe uma larga úlcera terebrante, alongada no sentido do eixo do membro, com 15 cm. de comprimento por 10 cm. de largura, de bordos circinados, cortados perpendicularmente, aderentes e espessos, de fundo irregular, cin-

zento sujo, anfractuoso, apresentando nos pontos de maior profundidade pus espêsso, amarelo-esverdeado, que se destaca como um carnicão, deixando ver em algumas zonas, bem a descoberto, porções dos músculos da região (fig. 19).

A pele à volta e numa grande extensão apresenta se com edema crônico, fortemente pigmentada, brilhante, pouco elástica e aderente aos planos profundos.

Dois dedos acima dessa extensa solução de continuidade existe uma cicatriz escura, côm de cobre, regularmente arredondada e com as dimensões



Fig. 19

dumã moeda de um escudo, deprimida. Algumas cicatrizes pequenas, circulares, disseminadas pela perna direita.

As cristas das tibias são rugosas; gânglios crurais volumosos, duros, um pouco dolorosos, aderindo, entre si, aos planos profundos e um pouco, também, à pele. Poliadenia generalizada: gânglios duros, indolores, móveis.

Cefalalgias frontais com exacerbação vespéral; queda abundante de cabelo, dores osteocópicas. Cansaço ao menor esforço.

Reflexos tendinosos vivos, amplos. Preguiça dos reflexos pupilares.

Pulso de caracteres normais. Tensões avaliadas ao Pachon na humeral direita: TM = 14, tm = 7, lo = 3.

Segundo ruído aórtico vibrante, metalizado. Rêde venosa subcutânea, na região do tórax, anormalmente desenvolvida.

Reacção de Wassermann no sangue: fortemente positiva.

Foi saudável até aos 40 anos. Casou nessa idade, sendo o marido averiguadamente sífilítico, sem fazer tratamento regular, queixando-se constantemente da cabeça e de dores na garganta e apresentando muitas vezes sífilides ulcerosas disseminadas por todo o corpo.

Três meses depois do casamento, abôrto sífilítico. Há três anos, nado



Fig. 20

morto. Há quinze meses, parto normal; criança do sexo feminino, fraca. Logo depois do abôrto, passou a sentir-se muito fraca, emmagrecendo dia a dia, perdendo o apetite e queixando-se de dores de cabeça, que se exacerbavam depois do meio-dia, e de dores nas pernas. Poucos meses decorridos apareceram-lhe úlceras múltiplas nas duas pernas, circulares, pouco profundas, rotuladas pelo médico do Banco de natureza sífilítica, sendo-lhe feito, durante muitas semanas, o tratamento mercurial e iodetado: injeções endovenosas de cianeto de mercúrio e iodeto de potássio por ingestão, lembrando-se de que lhe fizeram mais de trinta injeções. Com este tratamento e alguns raros pensos locais antissépticos

curaram as lesões ulcerosas das duas pernas, que deixaram como estigma as cicatrizes que já descrevemos.

Não voltou a fazer qualquer tratamento específico.

Pouco depois do último parto, apareceu sôbre o maléolo uma pequena lesão de piodermite, que se transformou rapidamente numa ulceração, alastrando em profundidade e em superfície, atingindo as dimensões e apresentando os caracteres que registamos à lesão ulcerosa inicialmente descrita. Mais tarde a úlcera infectou-se, a supuração foi abundante, a doente sentiu dores espontâneas, parecendo que lhe «serravam os ossos» (sic) e teve muita dificuldade em caminhar, o que a impossibilitou então de vir ao hospital para o curativo diário. A despeito dos pensos locais e do tratamento pelo 914

STAPHYLASE do D^r DOYEN

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

Tratamento especifico das Infecções Staphylococcicas :

ACNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ, etc.

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

Provoca a phagocytose, previne e cura a major parte das

DOENÇAS INFECCIOSAS

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

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

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

SPASMOSÈDINE

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.^a
RUA DA PALMA, 240 - 246 LISBOA

Glefina e Lasas

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

LASA



GLEFINA

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

Preparado com

Extato de Óleo de Fígado de Bacalhau,
Hipofosfitos Extato de malte

**NÃO PRODUZ TRANS-
TORNOS DIGESTIVOS**

SABOR AGRADAVEL



Para as doenças do aparelho respiratório e sua convalescença

Laboratorios Andrómaco

Rua do Arco do Cego, n.º 90

LISBOA

THERAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL LAFAY

Huile iodée à 40%.

Ampoules - Capsules
Émulsion - Comprimés
54 centigr. d'iode par cm³

A. GUERBET & C^{ie}, Ph^{ciens}

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

(quatro injeções), a lesão não se modificou para melhor, e, como a marcha se tornou mais difícil, foi hospitalizada a primeira vez.

Só ao cabo de três meses e meio de internamento, durante o qual apenas lhe foi prescrito o repouso e as lavagens da ferida com soluto antisséptico, a úlcera cicatrizou totalmente. Quinze dias depois de ter alta do hospital a úlcera recidivou e depressa atingiu as dimensões que tivera antes. Recorreu de novo à consulta para curativo, onde lhe fizeram, além do tratamento local, o tratamento antisifilítico: vinte e quatro injeções intramusculares de benzoato de mercúrio, sem colhêr quaisquer benefícios para a sua lesão.

Volta a não poder caminhar. É novamente internada, mas desta vez na Enfermaria n.º 8.

Extensa úlcera crônica, sifilítica, da perna esquerda.

É logo imposto repouso, instituído o tratamento antisifilítico e as lavagens diárias com solutos antissépticos, que apenas conseguem diminuir a excreção da ferida, mas não a reduzem nem em extensão nem em profundidade.

A ineficácia do tratamento etiológico obriga aos recursos terapêuticos que vêm sendo preconizados.

Em 22 de Setembro, sob anestesia loco-regional com soluto de novocaína, simpaticectomia perifemural esquerda, no triângulo de Scarpa e na extensão de 8 cm. Descorticação arterial difícil por intensa soldadura da artéria à veia.

Excisão larga dos bordos da úlcera e curetagem do fundo.

Seqüelas operatórias normais. Esterilização rápida da úlcera, permitindo a aplicação de enxertos dermo-epidérmicos, segundo a técnica de Halsted-Dawies, em 3 de Outubro de 1928 (fig. 20).

Saiu, curada, em 28 de Novembro.

Úlcera extensa da perna esquerda, do colo do pé e da região do maléolo tibial, de natureza sifilítica, recidivante, resistente ao tratamento específico instituído, e rapidamente cicatrizada pela operação de Leriche e enxertos cutâneos. No momento da saída do hospital já todos os espaços que separavam os enxertos se encontravam em franca epidermização. Um ano depois de aplicado o tratamento cirúrgico, ainda a doente aparece no Banco, para seguir o tratamento antisifilítico que lhe foi recomendado, sem que, no entanto, a úlcera recidivasse. Depois não voltámos a saber nada desta doente.

CONCLUSÕES

Um juízo definitivo sôbre um meio terapêutico só pode formular-se, sem ser acoimado de ousado, se o alicerçar a objectividade. À luz dos factos observados no aglomerado de portadores

de lesões já submetidas a múltiplas tentativas de cura seguidas de insucesso, podemos talvez tirar deduções que ensinam sôbre um melhor rumo a seguir.

Colocar pequenas porções de pele sã à superfície duma úlcera crônica, modificada pela neurotomia simpática, é o corolário terapêutico deduzido das condições biológicas da lesão; a resultante de todos êsses recursos, rigorosamente aplicados, atesta ainda a eficácia de tal conduta.

Algumas recidivas denunciam as lacunas a preencher.

O grau e a profundidade da infecção que se vem juntar ao determinismo da necrose dermo-epidérmica, para manter e aumentar em profundidade e em extensão o processo ulceroso, afugenta a esperança da cura dessas lesões com o único recurso dos antissépticos, cujo campo de acção é praticamente reduzido à superfície da ferida (54). No intuito da esterilização da úlcera, ainda à insistência para o recurso aos meios químicos ou biológicos em vez da simpaticectomia — com a alegação de poder esta intervenção determinar riscos — deve responder-se que não obteríamos resultados idênticos, porque a neurotomia simpática acarreta uma vasodilatação duradoira, tornando óptimas as condições de vitalidade para a pele enxertada.

Os conhecimentos anátomo-fisiológicos das cicatrizes previam a instabilidade da cura obtida pela simples neurotomia simpática: a cicatriz conseguida era de vitalidade reduzida por ser uma formação avascular.

Impõe-se, pois, o recurso da transplantação da pele, precedida duma larga excisão dos bordos da úlcera.

Na aplicação do tratamento da causa, para as úlceras varicosas, a ressecção venosa não parece poder ser vantajosamente substituída pelo método obliterativo de Sicard, não só porque nem tôdas as varizes são susceptíveis de se obliterarem pelas injeções esclerosantes, mas ainda pelos incidentes que as mesmas possam determinar. Quando a irritação vai além do endotélio e atinge a adventícia, a vasoconstrição que determina vai comprometer a vitalidade dos enxertos.

As necessidades sociais e financeiras actuais justificam ainda o interêsse do assunto.

Pode argumentar-se que o programa a realizar exige um complexo terapêutico cheio de minúcias, retendo por muito tempo os

doentes internados. As vantagens sociais que advêm da eficácia dessa terapêutica permitem desprezar os inconvenientes: tempo e dispêndio de hospitalização são factores mínimos relativos ao dispêndio em curativos e ao tempo consumido, que chega a contar-se por dezenas de anos.

A ordem cronológica dos meios empregados parece desviar-se muito pouco da orientação seguida para os nossos doentes. A infecção da ferida operatória, constatada duas vezes, com tal violência que não permite dúvidas ter a sua origem na úlcera que determinara a operação, deixa que aventemos a possibilidade da vantagem de proceder à ressecção dos bordos da úlcera e limpeza do fundo alguns dias antes da simpaticectomia.

No caso de querermos aproveitar a insensibilidade anestésica para realizar, na mesma ocasião, os dois tempos operatórios, convirá aguardar que os meios químicos ou biológicos atenuem a infecção.

Finalmente, a fragilidade dos enxêrto cutâneos exige uma vigilância rigorosa nos pensos e que se poupe a região a traumatismos.

Ainda um ponto a focar, que vem aumentar o interêsse do problema terapêutico em questão, é que, com a conduta traçada, fica realizada a terapêutica profiláctica do cancro, que ameaça estas lesões (55) e (56).

NOTAS

(1) R. MATHEY-CORNAT. — Chirurgie du sympathique périartériel des membres. Pag. 255. 1927. «Les ulcères de jambe classiques, que l'on observe journellement, à tous les stades, dans la clientèle d'hôpital qui traînent de service en service, sont, comme on l'a justement dit, «l'opprobre de la thérapeutique». Leur cicatrisation est lente; elle exige des soins constants, le repos au lit est plus ou moins efficace, et dès le lever, dès la reprise du travail, les sujets récidivent, devenant ainsi de véritables infirmes».

(2) LECÈNE. — Précis de Pathologie Chirurgicale. Tômoo I. Pág. 507. «Malheureusement l'ulcère variqueux présente une tendance désespérante à récidiver chez les malades d'hôpital».

(3) LECÈNE. — Obr. cit. Tômoo I. Pág. 507.

(4) AUGUSTE LUMIÈRE. — Le cancer, maladie des cicatrices. 1929. Os tumores malignos do tipo epitelial propriamente dito, aparecem em pontos do organismo tendo sido muito tempo submetidos a irritações ou destruições prolongadas e repetidas de gomos cicatriciais. «I.à où il y a cancer, il y

a toujours eu, antérieurement, irritation chronique et cicatrice». Mas nem tôdas as cicatrizes sofrem a degenerescência cancerosa. Quatro condições são necessárias para que se dê a cancerização: 1) Formação lenta, demorada, da cicatriz; 2) Envelhecimento desta cicatriz; 3) Traumatismo secundário; 4) Meio humoral adequado: suficientemente rico em matérias nutritivas e particularmente, parece, em matérias açucaradas.

(5) AMAND'O TAVARES. — Sôbre o cancro latente das cicatrizes. *Portugal Médico*. N.º 10. 1931. «Reputamos incontestável a importância da irritação crônica como causa predisponente do cancro, especialmente ao nível da pele e das mucosas».

(6) MATHEY-CORNAT. — Obr. cit. Pág. 255.

(7) HENRY BARDY. — Traitement des varices, in *Acta Chirurgica Scandinavica*. Pág. 74-80. 1924. Preconiza as injeções trombosantes de quinino sob a fórmula de Génévrier (cloridrato neutro de quinino, 0,40; uretana, 0,20; água destilada 3 cc.). *Monde Médical*. N.º 611. 1922. O quinino tem uma dupla acção: diminue, mais que qualquer outra substância, o tempo de coagulação do sangue e irrita fortemente a parede venosa, de modo a fixar sólidamente os trombos que produz.

(8) ALEXANDRE MATHIEU. — Le traitement des varices par les injections intravariqueuses de quinine. *Marseille Médical*. N.º 10. Pág. 550-555. 15 mai 1923. Em 1920, Sicard aconselha as injeções endovenosas de solução de carbonato de soda; em Outubro de 1922, Génévrier o cloridrato neutro de quinino; Montpellier e Lacroix o biódeto de mercúrio. Em Novembro, Sicard, Paraf e Lermoyez fizeram o elogio do salicilato de soda.

(9) VERNÉJOL. — *Chininum*. Pág. 234. 1925. Depois de ter constatado que a cirurgia dava brilhantes resultados, pela safenectomia ou pela operação de Moresqui, confessa que, infelizmente, as recidivas são frequentes.

(10) CLOITRE. — Na sua tese sôbre «La récidivité post-opératoire des ulcères variqueux» regista um número muito reduzido de casos de cura, tratados pela safenectomia total de Terrier-Alglaves. Quási todos os doentes — afirma — tinham visto reaparecer as suas lesões entre dois a seis anos depois das safenectomias e das incisões circunferenciais.

(11) LERICHE. — Mécanisme de production des hydrarthroses et des arthrites traumatiques. *La Presse Médicale*. 1928. «Tout traumatisme est avant tout un traumatisme de la vaso-motricité. Toujours, après un choc ou un heurt, même s'il n'y a pas de plaie, même s'il n'y a pas de fracture, les terminaisons nerveuses périphériques excitées produisent par reflexe un déséquilibre immédiat et plus ou moins durable de la vaso-motricité».

(12) LECÈNE. — Obr. cit. Págs. 500 e 501.

(13) LECÈNE. — Obr. cit. Pág. 133.

(14) R. LERICHE. — Indications et résultats de la sympathectomie périartérielle dans la chirurgie des membres. Pág. 402. 1927.

(15) Todos os exames histológicos foram gentilmente praticados pelo sr. Prof. Amândio Tavares, a quem protestamos, por isso, o nosso reconhecimento.

(16) R. LERICHE. — Obr. cit. Pág. 403. «C'étaient de mauvaises cicatrices, chroniquement enflammées, reposant sur un tissu lardacé, sans souplesse

ayant de mauvais vaisseaux. Histologiquement et biologiquement c'étaient des cicatrices pathologiques».

(17) R. LERICHE. — Obr. cit. Pág. 401. «La base fondamentale de tout traitement est l'exacte connaissance des mécanismes même de la maladie à traiter».

(18) MATHEY-CORNAT. — Obr. cit. Pág. 282.

(19) JOÃO AFONSO VILAR SAKAIVA. — «Diagnóstico dos estados varicosos dos membros inferiores pela oscilometria». Tese de doutoramento elaborada nos Serviços da Clínica Cirúrgica (1922). Para o diagnóstico das varizes ocul-tas recorremos nos nossos Serviços de Clínica Cirúrgica ao método biométrico (Mabile) baseado no estudo dos desequilíbrios tensionais produzidos nos membros por insuficiência da safena.

(20) FAVRE, CONTAMIN et MARTINE. — La dermite pigmentaire et purpurique et les phlébites chroniques siphilitiques des membres inférieurs — Siphilis et ulcères dites variqueux. *Lyon Médical*. 3 février 1924.

(21) LERICHE. — Obr. cit. Pág. 413. Toda a ulceração crônica da perna deve ter como primeiro tratamento o tratamento pelo arsenobenzol e cianeto, mesmo se a R. W. foi negativa, se não há sinal ou suspeita de sífilis, mesmo se o ponto de partida foi traumático. 30% das ulcerações curam com êste tratamento. É uma regra que não se deve esquecer.

(22) MATHEY-CORNAT. — Obr. cit. Pág. 263. Favre, Ravaut et Pautrier insistem pelo tratamento específico prolongado pelo arsénio, bismuto e iodeto.

(23) CLAUDE BERNARD, em 1852, verificou que a secção do simpático cervical no coelho era seguida duma hiperactividade considerável da circulação e de hipertermia na metade da cabeça correspondente ao lado operado.

(24) MOUCHET et GUILLEMIN mostraram que o coeficiente quotidiano da cicatrização depois da simpatectomia arterial era superior ao consecutivo a outros processos de hipermia, como, por exemplo, a secção do safeno interno de Proust e Nabias.

(25) LERICHE. — Obr. cit. Pág. 309. «Quelque soit le point d'attaque les effets sont toujours de même sens. Ils ne diffèrent guère que d'intensité, d'étendu et de durée».

(26) H. MONTEIRO. — Simpático e vaso-motricidade. *Portugal Médico*. Pág. 153. 1930. «Qualquer intervenção sôbre o simpático tem a mesma influência na circulação; há apenas diferenças quantitativas e não qualitativas.

«Os efeitos são menos acentuados na simpatectomia periarterial, mais nas ramicotomias (secção dos ramos comunicantes) e mais ainda nas intervenções sôbre a cadeia e gânglios».

(27) MATHEY. — Obr. cit. Pág. 15. Os estudos anatómicos sôbre o sistema simpático estabeleceram que, ao nível dos membros, as fibras nervosas se anastomosavam entre si, constituindo plexos com múltiplos agrupamentos ganglionares donde saem filetes que penetram ou rodeiam cada um dos elementos componentes dos diversos segmentos dos membros (nervos, artérias, veias, linfáticos), onde constituem novos plexos microscópicos.

Na raiz dos membros, a riqueza das vias simpáticas perivasculares predomina sôbre a das vias simpáticas tronculares; mas, à medida que se caminha para a periferia, as fibras simpáticas tornam-se mais raras ao nível dos

troncos vasculares e parece serem, pelo contrário, em maior número nos troncos nervosos.

Daí a importância duma excisão cirúrgica dos plexos adventíciais das artérias na raiz dos membros.

(28) NABIAS. — Des résultats immédiats de la neurotomie simple, sans resection veueuse, dans les cas d'ulcères variqueux — XXX Congrès de Chirurgie, 1921. Séance du 5 Octobre. Pág. 447.

Era já uma neurotomia simpática. O nervo a ressecar era o ramo tibial do safeno interno na extremidade superior, e, com êle, os filetes simpáticos peritronculares. Os nervos retirados foram examinados sob o ponto de vista histológico, verificando-se que as fibras de origem cérebro-espinal se encontravam degeneradas, enquanto que as simpáticas não apresentavam a menor alteração. Esta constatação histológica levou a concluir, ou antes, a supor que a determinante das perturbações tróficas da úlcera residia no desequilíbrio entre a função cérebro-espinal e simpática no território doente, e que, conseqüentemente, a supressão operatória da via simpática era capaz de corrigir o equilíbrio rompido.

Os exames revelaram uma vaso-dilatação pronunciada e persistente no território da úlcera, favorecendo, dum modo importante, a nutrição dos tecidos.

Em 1899, Jaboulay occupava-se do tratamento de algumas perturbações tróficas do pé e da perna, desnudando a femural e arrancando os nervos que a acompanhavam: safeno interno e seu acessório.

(29) LERICHE. — Obr. cit. Pág. 308. «Physiologiquement: l'opération produit immédiatement, sur les artères musculaires encore en état de se contracter, une contraction passagère locale par excitation des éléments nerveux pariétaux intramusculaires. Elle est suivie à quelques heures, dans tous les cas, d'une vaso-dilatation active, qui atteint toujours le segment de membre en aval, très souvent le segment d'amont, le membre homologue du côté opposé et parfois s'étend même aux membres non homologues. Elle est toujours maxima sur le membre opéré et en aval. Elle dure deux à trois semaines et disparaît peu à peu. Elle s'accompagne d'une hyperthermie de 2° à 4° et d'une hyperleucocytose qui porte uniquement sur les polynucléaires neutrophiles».

(30) HERNANI MONTEIRO. — Obr. cit. Pág. 148. Tudo parece indicar a existência de centros motores periféricos e que no interior das próprias paredes vasculares se encontra o sistema regulador dos movimentos dos vasos. O plano da innervação vascular seria semelhante ao do coração ou do intestino: «à periferia há centros motores ganglionares, suficientes para assegurar o movimento, mesmo independente de qualquer conexão nervosa. Estes centros *murais* estão em relação com os nervos sensitivos dos vasos por meio dos nervos vasculares extrínsecos, com todos os pontos do aparelho circulatório, e com os centros bulbo-medulares. Estes nervos vasculares extrínsecos são, pois, nervos sensitivos de associação. *O regimen normal, dependente do aparelho mural entregue a si próprio, é um regimen de vaso-dilatação activa.* Normalmente os nervos vasculares moderam aquela acção, disciplinam-na consoante as exigências circulatórias do conjunto da economia. A secção

dêstes nervos priva o território segmentar correspondente das suas conexões a distância; deixa os centros murais entregues a si mesmo durante um certo tempo. Durante êste período o território segmentar está, pois, no regimen da vaso-dilatação activa» (*Lyon Chirurgicale*. 1929)

(31) MATHEY-CORNAT. — Obr. cit. Pág. 204. «L'artère visée doit être relativement superficielle, facilement accessible, dissociable, et la plus pauvre en collatérales».

(32) Traduz-se por um aumento da amplitude das oscilações.

(33) HERNANI MONTEIRO. — Obr. cit. Pág. 158.

(34) AUGUSTE LUMIÈRE et M.^{ME} GRANGE. — Leucocytose artificiellement provoquée. *L'Avenir Médical*. N.º 1. Pág. 5. A hiperleucocitose incide exclusivamente sôbre os polinucleares neutrófilos e estende-se apenas aos territórios em que se fazem sentir os efeitos da neurotomia simpática. É um epifenômeno das alterações vaso-motrizas determinadas pela simpaticectomia. Na torrente circulatória não aumentou o número de glóbulos brancos. Todo o fenômeno vaso-motriz é susceptível de perturbar a distribuição dos glóbulos brancos na árvore circulatória, de modo que as variações registadas na forma e no número dos leucocitos podem resultar da perturbação na distribuição dos elementos figurados do sangue, causada pelas mudanças de calibre dos vasos e de diferenças de velocidade da corrente sanguínea.

É o que se constata nos choques, principalmente onde se observa uma leucopenia nos capilares dos tegumentos, existindo por vezes uma hiperleucocitose correspondente nos grandes troncos vasculares.

Realmente, o número total de leucocitos não mudou, só a sua distribuição se tornou irregular. As grandes células brancas não são mais arrastadas uniformemente pela torrente circulatória nos pontos onde a velocidade desta última está afrouxada.

(35) LERICHE. — Obr. cit. Pág. 404. «En somme sous l'effet de la vasodilatation active et de la phagocytose, les conditions d'une ulcération chronique se transforment, tandis que l'afflux des grands mononucléaires contribue à la réparation».

(36) LOCATELLI. — Rôle du système nerveux sur les phénomènes de la régénération. Réunion plénière de la Société de Biologie et de ses filiales. 20 mai 1926.

(37) HERTZ. — *La Presse Médicale*. Pág. 193. 1924. Technique de la sympathectomie périartérielle au bistouri.

(38) JABOULAY, em 18,5, realizava a *desnudação arterial*, operação que consistia em isolar a artéria sôbre tôda a periferia e em arrancar os filetes nervosos (nervos vasculares) que passavam ao longo dela nesse nível. Esta operação só imperfeitamente se dirigia aos plexos adventícios. Tôda a simpaticectomia que não é seguida dos efeitos característicos primários e secundários não é uma simpaticectomia de facto (Heitz e Leriche, 1916).

(39) LERICHE. — *La Presse Médicale*. Ano XXX. Pág. 1105. 1926. Sur l'étude expérimentale, la technique et quelques indications nouvelles de la sympathectomie périartérielle.

(40) LERICHE. — Obr. cit. Pág. 307.

(41) LERICHE. — *Acta Chirurgica Scandinavica*. Vol. LXIV. 1928. Quelques aspects de la chirurgie du sympathique.

Em 1928 Leriche demonstrava e afirmava a benignidade das operações simpáticas.

O melhor argumento eram os factos apontados na estatística. Até essa época tinha realizado sessenta intervenções sôbre a cadeia cervical, das quais, a maior parte sôbre o gânglio estrelado, três sôbre o simpático torácico, quinze sôbre o simpático lombar e igual número de vezes sôbre o simpático pélvico e cêrca de trezentas sôbre o simpático periarterial ao nível da maior parte das grandes e das pequenas artérias.

Um só incidente operatório ao nível duma carótida ateromatosa. «Il est possible que certains chirurgiens brusques et pressés ne puissent se discipliner à la calme procédure qu'elle exige comme toute la neuro-chirurgie. Mais, en réalité, les opérations sympathiques, si on les fait comme on doit les faire, sont actuellement sans danger».

(42) COTTE. — *La Presse Médicale*. Pág. 680. 1927. Traitement des ulcères variqueux par la sympathectomie périartérielle suivie de greffes dermo-épidermiques. A simpaticectomia não constitue um tratamento curativo da úlcera; actua modificando o terreno e a flora microbiana.

(43) SEBILAU. — *Revue de Chirurgie*. Pág. 207. 1926. «Un lambeau est une portion de téguments détachée de la profondeur, décollée de sont lit, mais serve».

(44) LERICHE et POLICARD. — *Physiologie Pathologique Chirurgicale*. Pág. 193. Tôdas as tentativas de hetero ou homoenxertos cutâneos foram infrutíferas e por isso praticamente abandonadas.

(45) DAVIS. — Transplantation of Skin. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. Vol. 46. N.º 2. 1927.

(46) GIRARDIER. — Greffes de Halsted-Davis. Indications et résultats. *Lyon Médical*. Pág. 89. 1927.

(47) LERICHE et POLICARD. — Obr. cit. Pág. 192. Les greffes cutanées, quel que soit leur type dermo-épidermique, cutané total, parcellaires ou en lambeaux prennent régulièrement en terrain aseptique et à la condition d'être mises sur un sol assez vasculaire.

(48) LERICHE et POLICARD. — Obr. cit. Pág. 192. «Il faut aussi remarquer que, lorsque la greffe a anatomiquement, biologiquement et thérapeutiquement réussi, elle demeure très fragile. On la voit quelques fois disparaître brusquement à l'occasion d'un trouble circulatoire, comme celui qui résulte, par exemple, d'une ligature artérielle faite quelques mois ou quelques années puls tard. Leur nutrition reste donc précaire et leurs conditions de vie ne sont nullement assimilables à celles de la peau voisine».

(49) RENÉ LEMAITRE. — «Traitement des plaies» in *Chirurgie réparatrice et orthopédique*. Pág. 1. 1920. «Ne pas lier en masse des tissus destinés à rester dans la plai. Ceux-ci, voués à la nécrose, formeraient un nouveau bouillon de culture pour les germes restant inévitablement.

«Les sutures profondes comme les ligatures seront faites avec du *fin catgut* et les *noeuds* seront coupés *très ras*. Corps étranger, formé de subs-

tance animale morte, le catgut laissé deviendrait à la fois nid à germes et bouillon de culture».

(50) LERICHE. — Quelques aspects de la chirurgie sympathique. *Acta Chirurgica Scandinavica*. Vol. LXIV. 1928.

(51) LENORMAND. — *La Presse Médicale*. Pág. 1554. 1930.

(52) LERICHE et POLICARD. — Obr. cit. Pág. 193. 1930.

(53) LERICHE et POLICARD. — Obr. cit. Pág. 193. 1930.

(54) LECÈNE et LERICHE. — *Thérapeutique Chirurgicale*. Vol. I. Pág. 5. 1927.

(55) AMANDIO TAVARES. — *Portugal Médico* N.º 9. 1933. A propósito de novas observações cicatriciais.

O cancro cicatricial é radio-resistente e de modo que «sempre que a extensão dêste e da zona cicatricial permitam, haverá vantagem em praticar primitivamente a ablação completa, substituindo os tecidos tirados por um enxerto cutâneo».

(56) MARQUES DOS SANTOS. — *Portugal Médico*. Pág. 156. 1922. Causas predisponentes do cancro e maneira de as evitar.

«Em matéria de profilaxia do cancro é, pois, da maior importância fixar a atenção sôbre as causas predisponentes... Um grande número de neoplasmas de evolução fatal são, no início, pequenas lesões inofensivas que uma acção irritante torna em tumores malignos. O dever de todo o cirurgião e de todo o médico é vigiar atentamente estas lesões. Fazendo assim, executa-se o mais poderoso meio de combate ao cancro».

À PROPOS DE L'ULTRAVIRUS TUBERCULEUX

(Réponse au Prof. Sanarelli)

PAR

F. FONSECA

Ce n'est que tout dernièrement que nous avons pris connaissance de la critique faite à nos investigations sur les formes filtrables du B. de Koch et publiée par le Prof. Sanarelli dans le n° 5, tome XLIV des *Annali d'Igiene. Les Archives de l'Institut Camara Pestana*, où parut notre étude, n'ayant pas de périodicité fixe, nous avons sollicité de la direction de *Lisboa Médica* la publication, sans plus de retard, de notre réponse aux considérations du Prof. Sanarelli.

À peine nous limiterons-nous à reproduire, en fidèle version française, les quelques passages de notre travail qui apparaissent dans la critique un peu altérés ou même dénaturés. La mauvaise foi ne pouvant être en cause, il est évident que le fait ne peut s'expliquer que par une lecture trop superficielle, ou par une moins parfaite connaissance de la langue portugaise, si ce n'est pour les deux raisons à la fois.

Nous suivrons *pari passu* les commentaires du Prof. Sanarelli, tout en regrettant qu'ainsi l'exposition se présente moins bien ordonnée.

- a) «Anzitutto appare ben chiaro che il Fonseca non confezionava i suoi sacchetti di collodio secondo la tecnica descritta da me e da Alessandrini...»

Nous l'avons affirmé maintes fois : les sacs ont été préparés d'après la technique de Sanarelli pour les premiers essais, puis avec de légères modifications indiquées en détail (p. 38 et 41). Il va sans dire que ces modifications, visant à augmenter les ga-

ranties de l'expérience, ne pouvaient avoir aucune influence sur le filtre proprement dit, ni sur le résultat de la filtration.

- b) «...dopo avere sentito il bisogno di verificare ancora una volta che l'inoculazione, nelle cavie, di coltura carbonchiose filtrate attraverso candele Berkefeld N, è innocua perchè i batteridi — come, del resto, è arcinoto fino dalle classiche, antichissime esperienze di Pasteur! — non passano attraverso i comuni filtri...»

Rien de tout cela. Les expériences préalables avec le *B. anthracis* ont été faites, non pour chercher une forme filtrable de la bactériodie, que chacun sait n'exister pas; mais si pour vérifier que les sacs ne laissaient pas passer (passer et non filtrer) les formes bacillaires. Ce furent justement les résultats obtenus qui nous ont conduit à substituer par une autre la substance protectrice et à modifier — avec avantage, comme l'ont prouvé les expériences ultérieures — la liaison du sac à l'ampoule. Quant aux «classiche, antichissime esperienze di Pasteur», nous les connaissons déjà et tellement que nous en parlons deux fois: «en employant une bactérie dont on ne connaît pas de formes filtrables» (p. 37) et plus loin, à propos des filtrats de cultures charbonneuses: «les vieilles expériences de Pasteur et Joubert et de tant d'autres assurent la non toxicité des filtrats» (p. 40).

- c) «...i sacchetti erano malfatti... Queste esperienze non hanno, dunque, significato alcuno».

Personne n'a jamais pensé à y attribuer une signification quelconque. Nous avons donné, comme cela se fait d'habitude dans les travaux de ce genre, les protocoles de toutes les expériences réalisées, mais nous nous sommes bien gardés de conclure sur des essais qui n'ont pas abouti.

- d) «Delle altri tre cavie: due (nn. 20 e 28) morirono dopo 20-30 giorni. I sacchetti risultarono integri e il quadro anatomico fu il seguente: peritonite fibrosa, milza engrossata, gangli ipertrofici e qualcuno caseificato, caseosi del fegato, nessun tuberculo (ce que nous n'avons

pas écrit — v. p. 36-37) ma presenza di bacilli acido-resistenti nell'involucro dei sacchetti. La terza cavia (n. 21) fu uccisa senza indicazione di data. All'autopsia si trovarono segni di peritonite e il sacchetto intatto, avvolto dal solito involucro fibrinoso. Non risulta che sia stata fatta la ricerca dei bacilli a.-r. Quantunque i caratteristici reperti anatomici e batterioscopici di queste tre (*sic*) cavie possano, con ogni ragionevolezza interpretarsi come esponenti di un'infezione da ultravirus tubercolare, passato attraverso le pareti dei sacchetti ritrovati integri, non è questo il parere del Fonseca.»

Notons d'abord qu'ici il n'est plus question des sacs; ce qu'on discute, c'est l'interprétation des résultats de l'autopsie. Alors, c'est donc que nous arrivons tout de même à bien préparer les sacs.

Quant aux résultats, ils démontrent nettement au Prof. Sanarelli l'existence de l'ultravirus, tandis que nous persistons à les croire dûs au passage fortuit, par le point vulnérable de l'ampoule (protection insuffisante de la résine) d'un nombre très réduit de germes, de virulence affaiblie (ainsi que nous l'avons vérifié — p. 44, 45 et 46) par le séjour du sac dans la cavité péritonéale. Il serait du moins prétentieux, en nous adressant au Prof. Sanarelli, de parler de l'influence, plus sensible ici qu'ailleurs, des facteurs virulence et quantité dans la genèse et l'évolution de l'infection tuberculeuse. Pour ce qui concerne le tableau *caractéristique* de l'infection à l'ultravirus, nous prions le lecteur de voir plus loin, a fin d'éviter des redites inutiles.

Mais le plus curieux dans ce passage de la critique, c'est que le Prof. Sanarelli tient comme également infecté par l'ultravirus le cobaye 21, qui, pourtant, n'était qu'un cobaye témoin (p. 36), tué par le chloroforme après avoir gardé dans le ventre, pendant une centaine de jours, un sac contenant de la solution physiologique! Et voilà où nous mène le désir de trouver des traces de l'ultravirus!

e) «Il Fonseca suppone, fra l'altro, che anche la caseosi ganglionare ed epatica riscontrata nelle sue cavie,

debba attribuirsi ad un'infezione bacillare accidentale e non ad un'infezione da ultravirus. Ma anche questa ipotesi è del tutto arbitraria ed erronea.»

Fixons bien ce que nous avons écrit: «Dans nos expériences, les autopsies qui pourraient se rapprocher le plus de celles de Sanarelli, sont celles des cobayes 20 et 28 dans lesquelles on a constaté, à la surface interne de la capsule fibreuse, la présence de bacilles acido-résistants et de caséose ganglionnaire et du foie» (p. 70). Ce résultat, le Prof. Sanarelli l'interprète comme une preuve sûre de l'existence de l'ultravirus, tandis que nous le considérons dû au passage d'éléments microbiens de virulence d'autant plus affaiblie que la durée au péritoine de l'animal d'expérience est plus longue, germes qui vont déjà trouver sur leur chemin une capsule fibreuse défensive.

On en trouvera même des formes d'involution dans le compartiment extérieur des doubles sacs, où le milieu de culture a été fortement altéré par l'exsudat inflammatoire. Tout cela peut nous expliquer l'allure plus au moins bénigne de l'infection sub-séquente sans qu'on soit poussé à admettre l'existence d'un ultravirus.

Passons maintenant en revue — et il y a de quoi faire — le tableau anatomo-pathologique attribué aux formes filtrables du B. de Koch. Pour Valtis (*Le virus tuberculeux*, Paris, 1932) «les éléments filtrables sont manifestement doués d'une virulence moindre que les bacilles normaux, puisqu'ils ne déterminent chez les cobayes qu'une maladie atténuée, caractérisée par une tuméfaction générale du système lymphatique (*sic*) et surtout des ganglions trachéo-bronchiques qui contiennent des bacilles typiques nettement corables au Ziehl.» Pour van Beneden (*Recherches sur l'infection*, Paris, 1932) «les lésions consistent à peine (*sic*) en une tuméfaction généralisée du système lymphatique ganglionnaire.» Dufourt (*Presse Médicale*, n.° 95, 1934) récemment et à propos d'investigations faites avec des sacs de colloïdium, écrit: «On sait cependant que, dans l'immense majorité des cas, la filtration sur bougies Chamberland L₃ ou même L₂ donne un filtrat qui, inoculé au cobaye, produit la simple hypertrophie discrète curable, sans lésions caséuses (*sic*) de l'appareil ganglionnaire. Ce sont ces lésions auxquelles on a donné le nom

de tuberculose type Calmette-Valtis. Si la filtration est moins parfaite, il semble que le passage d'éléments plus grossiers donne des lésions nodulaires discrètes (*sic*), généralement non extensives. C'est ce que l'on a appelé la forme nodulaire d'Arloing et Dufour. Enfin, Aubertin et Reynès ont décrit une forme caséuse abortive.» D'après le Prof. Sanarelli «...gli elementi invisibili dell'ultravirus tubercolari non sono mai capaci di provocare la formazione di granulomi o di noduli tubercolari (*sic*). La loro azione morbigena si manifesta, in generale, mediante processi infiammatori e caseogeni (*sic*).»

Bref, les lésions provoquées par l'ultravirus tuberculeux c'est tout et ce n'est presque rien! Comment se faire une opinion dans ce pêle-mêle d'observations discordantes, voire même contradictoires, quand ceux qui tiennent l'existence de l'ultravirus pour un fait acquis n'arrivent pas à s'y retrouver? Comment et pourquoi appeler de *caractéristiques* les lésions constatées à l'autopsie de nos cobayes et à celle des lapins du Prof. Sanarelli et, ce qui est plus grave, tenir ces lésions comme une preuve certaine de l'existence de formes filtrables?...

f) «Il Fonseca sembra anche meravigliarsi perchè noi abbiamo segnalato la presenza di cellule giganti e di cellule epitelioidi in quella spessa e contennosa neoformazione connettivale, che suol rivestire le pareti della cavità addominale delle cavie, rimaste lungamente a contatto dei sacchetti bacilliferi... Ma anche qui il Fonseca è in grave errore. La formazione di cellule giganti e di cellule epitelioidi non è affatto, come forse egli pensa, una prerogativa specifica dei b. di Koch!»

De grâce! Nous prions le Prof. Sanarelli de ne pas nous croire si ignorant que cela. Au moment même où nous écrivons ces lignes elle nous revient, cette gravure du livre de Aschoff où l'on voit des fils de soie introduits dans des muscles et entourés de cellules géantes — *le cellule giganti da corpo estraneo*, comme l'on dit en italien.

Rien de ce que nous avons écrit n'autorise à conclure, ni même à supposer, que nous considérons la formation de cellules géantes comme apanage exclusif du B. de Koch. Le sens est tout autre.

Nous avons essayé de démontrer (p. 69-70) la méprise du Prof. Sanarelli, quand il range dans le type Calmette-Valtis des lésions classiques de la tuberculose à B. de Koch, constatées chez ses animaux d'expérience et encore son obstination à considérer la présence de caséose et de cellules géantes et éphithélioïdes comme une sûre démonstration de l'action de l'ultravirus. Pourquoi nécessairement d'un virus filtrable et pourquoi pas, comme nous le croyons, des propres bacilles ?

Nous connaissons très bien des recueils du «Rockefeller Institute» les intéressants travaux de Sabin — celui cité par le Prof. Sanarelli et deux autres encore sur le même sujet — mais nous ne voyons comment en conclure quoi que ce soit *pour* ou *contre* l'existence d'une forme filtrable.

- g) «Ma anche queste esperienze non sono state condotte nel modo dovuto. Il Fonseca ha ucciso la prima coppia di cavie appena dopo un mese e la seconda coppia dopo 24-43 giorni. Non si capisce tanta fretta!»

C'est le refrain, par trop connu et souvent répété, des partisans de l'ultravirus: Si vous ne le trouvez pas, c'est que vous autopsiez trop tôt... ou trop tard.

Nous prions le Prof. Sanarelli de vouloir bien vérifier que dans nos expériences les délais ont été assez variables; et que nos cobayes 20 et 28 qu'il tient comme infectés par l'ultravirus, sont justement ceux qui ont gardé le moins longtemps (20-30 jours) les sacs bacillifères dans la cavité péritonéale! Ajoutons encore, puisque le Prof. Sanarelli trouve les autopsies plutôt précoces (tanta fretta!), que les animaux sacrifiés après la publication du travail n'accusaient, eux non plus, rien d'anormal et que les quelques vivants qui restent se portent à merveille.

- h) «Le delusion e gl'insuccessi, come quelli lamentati dall Fonseca, sono per conseguenza imputabili o al difettoso confezionamento del material di lavoro, o a scarse conoscenze patologiche, o ad un non adeguato addestramento sperimentale, o a tutte queste manchevolezze messe insieme!»

Voici le salut final que nous adresse le Prof. Sanarelli. Ni plus, ni moins.

On revient toujours au *leitmotiv* — défauts de technique. Naturellement on ne discutera point sur l'importance capitale d'une parfaite technique dans les travaux d'expérimentation, mais — bon Dieu! — les filtrations sont des opérations courantes dans tous les laboratoires et il ne faut pas croire qu'il soit plus difficile de préparer des sacs de collodium que de remonter des diamants.

Sur 17 cobayes qui nous ont servi aux expériences des sacs, cinq (n. 20, 21, 28, 64, 65) sont, *de l'avis du Prof. Sanarelli*, infectés par l'ultravirus. Convenons que c'est tout de même un joli pourcentage pour un tel qui ne sait pas fabriquer les sacs (i sacchetti erano malfatti), ni conduire les expériences (non sono state condotte nel modo dovuto). Laissons donc et définitivement la technique.

Le point sensible est ailleurs — c'est l'interprétation. Les altérations constatées à l'autopsie — décrites *in extenso* dans notre travail et qu'il serait trop long de reproduire ici — nous les estimons dues vraisemblablement, comme nous le disons plus haut, à des infections paucibacillaires fortuites, identiques à celles qu'ont peut provoquer chez le cobaye inoculé avec un nombre très réduit de bacilles de Koch ou avec des bacilles atténués. De son côté le Prof. Sanarelli persiste à y voir une preuve de l'action d'un ultravirus et il va même jusqu'à la dépister (répétons-le puisque nous y sommes contraint) chez un cobaye *inoculé* avec l'inoïffensive solution stérile de chlorure de sodium!

Nous croyons avoir répondu à toutes les objections et commentaires et l'avoir fait sans écart du respect du au Prof. Sanarelli et à nous-même. Pour ceux qui puissent s'étonner de quelques passages plus durs de la critique du Prof. Sanarelli nous ajouterons que c'est sa façon à lui, peut-être dans ce cas stimulée encore par une toute petite cause adjuvante. En effet, on lit dans le préambule de la critique ces mots assez significatifs: «*Se non che, il periodico genovese, che soffre notoriamente di antiche e inguaribili idiosincrasie verso i lavori che escono dall'Istituto d'Igiene dell'Università di Roma, non ha saputo resistere alla tentazione di far tosto conoscere, dietro il comodo sipario di una imparziale recensione bibliografica, i risultati del batterio-*

LISBOA MÉDICA

ADVERTÍM ANUNCI

PULMOSERUM BAILLY

Regenerador poderoso dos Órgãos Respiratorios
Medicação das Doenças

BRONCHO - PULMONARES

CONSTIPAÇÕES, TOSSE, GRIPPE, CATARRHOS,
LARYNGITES, BRONCHITES, ASTHMA,
CONSEQUENCIAS DA COQUELUCHE E DO SARAMPO.

MODO DE USAL-O: Uma colher das de café de manhã e de noite.

Laboratorios A. BAILLY 15 et 17, Rue de Rome, PARIS (8^e)

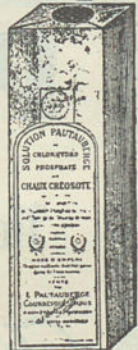
TUBERCULOSE MEDICAÇÃO BRONCHITES

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*.

PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople

GRIPPE PARIS (8^e) RACHITISMO

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

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

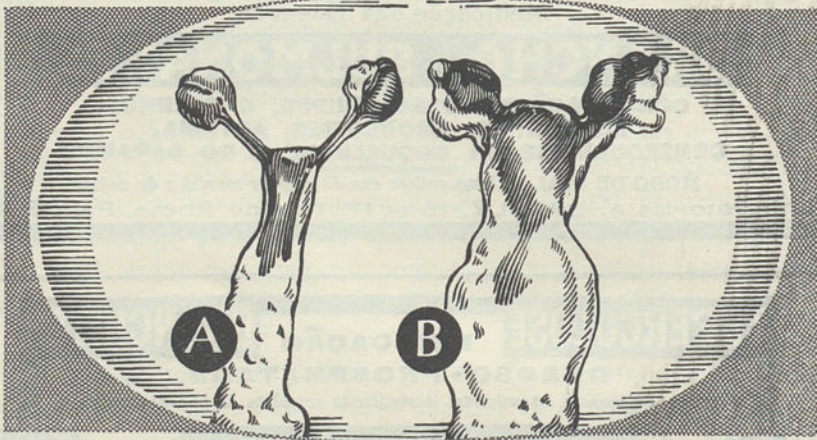
PARIS, P. LEBEAULT & C^o, 5, Rue Bourg-l'Abbé
A' VENDA NAS PRINCIPAES PHARMACIAS.

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

Efeito do Progynon sobre o utero duma macaca infantil

A = animal de controle

B = animal submetido ao tratamento



PROGYNON

Schering

Hormona folicular estandardizada
de alta concentração

INDICAÇÕES: *PERTURBAÇÕES DA MENOPAUSA
AMENORREIA SECUNDARIA.*

Embalagens originais:

Frascos com 15 e 30 drageas de 150 U. Rato
Schering = 750 Unid. Internac. cada dragea

Progynon B oleoso

Caixas com 3 amp. de 1 c.c. com 10.000 U. Rato
Schering = 50.000 Unid. Internac. cada amp.

Caixas com 1 amp. de 1 c. c. com 50.000 U.
Rato Schering = 250.000 Unid. Internac.



SCHERING S. A. PORTUGUESA R. L., Lisboa
Apartado 279

SCHERING - KAHLBAUM A.G. BERLIM

logo portoghese... » Naturellement nous n'en savons rien, mais on peut tout de même se demander si ce n'est pas la réciprocité d'une pareille *idiosyncrasie*, plutôt que les insuffisances de notre travail, qui doit expliquer l'âpreté de la critique. Quoi qu'il en soit, il est évident que cette fougue dans les discussions n'ajoute rien ni au mérite du Prof. Sanarelli, ni à la valeur de ses arguments.

Si, de fait, il existe une forme filtrable du virus tuberculeux, tout ce qu'on peut souhaiter c'est qu'on en donne une preuve sûre et irréfutable. Pour le moment, n'en déplaise au Prof. Sanarelli, cette démonstration est à faire.

TRATAMENTO DO FURÚNCULO E ANTRAZ PELA ELECTROCOAGULAÇÃO

POR

A. FARIA COSTA

Assistente da 2.^a Clínica Cirúrgica
(Serviço do Prof. Cabeça)

O antraz é, como se sabe, um aglomerado de furúnculos em número muito variável, cujo poder ofensivo, em vez de se somar, se multiplica. Cada furúnculo é constituído pela escara dum aparelho pilo-sebáceo, motivada pela acção cáustica das toxinas necrosantes dos estafilococos que da epiderme até êle mergulharam. Esta bactéria é um hóspede da pele de tôda a gente. Para que seja promovida do seu estado saprofita ao de agente agressor patogénico, basta uma exaltação da virulência ou uma susceptibilidade do organismo. Os indivíduos de fracas resistências como, por exemplo, os convalescentes, os linfáticos e os diabéticos estão a êles particularmente expostos. Atendendo a esta última hipótese, convém sempre averiguar nos que padecem destas lesões se são ou não glicosúricos, para que se providencie imediatamente nesse sentido.

Tôdas as regiões do corpo onde haja pêlos podem ser abordadas por esta tão incómoda doença, sendo todavia mais frequentes as localizações na nuca, dorso e nádegas.

No antraz há, além das escaras, a fusão purulenta mais ou menos extensa dos tecidos entre elas. As massas necrosadas (carnicões) que levam duas a três semanas a delimitarem-se, acabam por ser eliminadas aos poucos, juntamente com muito pus, ficando no final uma cratera enorme, com descolamentos por vezes extensos, com supuração abundante, prolongando-se por imenso tempo o processo regenerativo até à cicatrização total. A evolução de um antraz leva sempre mais de um mês (excepto com o tratamento que adiante descrevemos), mesmo nos casos mais benignos.

Trata-se de uma lesão que, além de altamente dolorosa, abate bastante o estado geral do doente, levando-o a um grau de fraqueza intenso, que se arrasta, como dissemos, por muitas semanas e até meses, e que o expõe a perigos mortais. Com efeito, por mais pequeno que êle seja, é como um incêndio que principiou a atear-se, nunca se podendo saber até que ponto irá o seu ataque, nem como e quando será o seu final.

Como complicações, basta recordar que de um único furúnculo pode sobrevir uma septicémia, uma osteomielite, um abscesso peri-renal, etc., acidentes tantas vezes da mais alta gravidade. A localização na face e lábio superior pode determinar uma tromboflebite do seio cavernoso por propagação à veia facial e daí à oftálmica, lesões cujo epílogo é, por via de regra, a morte.

Perante tanta gravidade patológica, justifica-se o respeito com que devemos encarar esta tão maligna como freqüente doença e a energia com que a devemos combater.

É indispensável proibir a usança de certas agressões, embora praticadas com boa intenção terapêutica, como as clássicas expressões entre as unhas dos polegares e as incisões a canivete.

Um furúnculo nunca se deverá espremer, principalmente enquanto estiver no início, porque isso corresponderá, pela certa, a abrir as portas à infecção. Só quando a escara atingir a maturação se poderá permitir uma ligeira expressão, mas o melhor será retirá-la com uma pinça. Por ser a lesão uma escara e não um abscesso, êrro é também querer resolver o problema com uma incisão a canivete. ¿O que adiantará abrir uma escara ao meio? O que se poderá adiantar com isso será a entrada dos estafilococos para os vasos que foram abertos, determinando *ipso facto* a sua disseminação no organismo.

A melhor forma táctica de combater esta lesão é, logo de início, aprisioná-la num cêrco de coagulação. Feito a tempo e convenientemente, é êste tratamento infalível e de resultados absolutamente surpreendentes. Tendo-nos sido indicado pelo Prof. Gentil, consiste na fulguração, por uma corrente eléctrica de alta freqüência, dos tecidos atacados inexoravelmente condenados à necrose, ao mesmo tempo que é fulminada a quási totalidade dos invasores. Em vez da escara que iria alastrando e servir de repasto à família estafilocócica, ficamos com uma outra

de balisas marcadas, praticamente esterilizada e reduzida como que a um corpo estranho, de que o organismo facilmente se desembaraçará.

Conseguimos assim, em poucos segundos, afastar uma situação grave, poupar ao doente várias semanas de luta contingente, abreviar-lhe imenso a cura, e até fazer desaparecer-lhe as dores, pois daí a poucas horas estará liberto delas. A ausência de sofrimento permitirá ao enfermo um relativo bem-estar, suportando os curativos sem grandes queixumes.

Usamos um penso de gaze levemente embebida em álcool até à queda da escara, que se faz em média ao fim de oito dias. Aparece-nos então uma ferida limpa, de fundo regular e já com granulação de cicatrização adiantada. Com mais outros tantos dias de pensos adequados, conseguimos obter uma óptima cicatriz, muito menor que qualquer outra obtida por processo diferente.

Alguns dos nossos doentes tiveram alta, completamente curados, ao fim de vinte dias de tratamento.

Antes de proceder à intervenção é de boa prática, quem não estiver habituado ao aparelho com que vai trabalhar, fazer um ensaio num pedaço de carne, para regular qual o número do manípulo das resistências que corresponde à intensidade da corrente para a velocidade de coagulação desejada.

O doente é então deitado ou sentado, colocado numa posição tal em que não possa, por movimento reflexo, furtar-nos facilmente a região a tratar, para evitar uma cauterização fora do local que nos interessa. Aplica-se o electrodo passivo, que é uma chapa flexível de chumbo, a qualquer outra região, geralmente um braço ou coxa, tendo o cuidado de bem o adaptar, para evitar que saltem faíscas, que iriam produzir queimaduras. O electrodo activo é esterilizado por fervura, juntamente com o cabo isolador; é com êle que se procede à coagulação.

Para os antrazes usamos um electrodo cilindro-cónico com a grossura de um centímetro e um comprimento de cerca de dois. Aplicámo-lo perpendicularmente, cravando-o um a um e meio centímetro, no centro da lesão, ao mesmo tempo que fazemos passar a corrente. Vemos alastrar progressivamente, na superfície cutânea, uma mancha branca concêntrica, que corresponde à zona coagulada. Esta deve ser suficientemente extensa, tanto superficial como profundamente, para englobar todo o antraz. Numa

lesão de tamanho médio deverá ter a dimensão de uma moeda de 50 centavos ou 1 escudo. Não é necessário levar a coagulação até atingir tôda a zona vermelha da reacção inflamatória.

Quanto mais alta fôr a intensidade eléctrica, tanto mais rapidamente se obterá o resultado desejado.

Com uma conveniente graduação poderá durar a intervenção apenas alguns segundos (quatro a oito) pelo que mesmo quem não fôr estóico a suportará com calma, não sendo necessária a anestesia, que teria que ser geral.

Para os furúnculos usamos cateterizá-los pelo folículo numa extensão de também um a um e meio centímetro, com uma vulgar agulha de costureira, que, posta em contacto com qualquer outro electrodo já ligado, em condições de fechar o circuito, produz a coagulação, que deve ser mantida até que o círculo branco atinja meio a um centímetro de diâmetro.

Mercê dêste processo, fica destronada a incisão cruciforme a termocautério. Esta é muito dolorosa e demorada, tendo a desvantagem de obrigar a uma anestesia geral, sem o que seria insuportável. Por outro lado, a ferida da termocauterização não tem a limpeza nem a vitalidade da que se obtem com o processo descrito, que mais rapidamente leva à cicatrização. Atendendo à uniformidade da coagulação, é a sua cicatriz muito mais regular, pelo que se torna menos evidente.

Estão pois patentes as vantagens do tratamento do antraz pela electrocoagulação, que se revelaram bem superiores ao que estávamos executando anteriormente, com incisões e extirpações a bisturi eléctrico. No caso de furúnculos sobretudo vizinhos da facial e nos diabéticos, não hesitamos na opção.

Recomendamos pois aos colegas êste processo terapêutico, que pela sua eficácia merece ser adoptado e é já usado nas clínicas cirúrgicas tanto do Prof. Cabeça como do Prof. Gentil.

Revista dos Jornais de Medicina

Algumas doenças articulares crônicas não inflamatórias e o conceito de «Reumatismo». (*De quelques affections articulaires chroniques non inflammatoires et le concept «Rhumatisme»*), por MURK JANSEN (Leyden-Holanda). — *Bulletin de la Société Belge d'Orthopédie*. Tôm. VI. N.º 5. Págs. 311-336. Agosto e Setembro de 1934.

Se podemos dalgum modo censurar os clínicos de medicina geral e mesmo alguns de cirurgia especial, é pelo facto de prestarem pouca atenção, no curso do estudo das doenças articulares, às propriedades bio-mecânicas da substância óssea em geral e em particular às modificações que as extremidades articulares podem sofrer sob a acção de forças mecânicas.

Freqüentíssimas vezes, os clínicos e as pessoas que os rodeiam, em face de doenças das articulações, contentam-se com usar uma denominação de significado obscuro e instituir um tratamento correspondente.

Murk Jansen, o apreciado ortopedista de Leyden, no trabalho que vamos resumir, tenta contribuir para que êste êrro seja definitivamente abandonado, estudando algumas das propriedades da substância óssea e a sua significação dentro da forma e da função das extremidades articulares.

Estabelece o papel dos três princípios bio-mecânicos da deformação das extremidades articulares que podem trazer consigo dores e graves perturbações do movimento :

1.º — *Plasticidade da substância óssea por «surmenage»*: a substância óssea cede na direcção da pressão e diverge nas direcções perpendiculares formando bordos salientes. Verificou êste fenómeno no cotovêlo, articulação basal do dedo grande do pé, joelho e carpo;

2.º — *Diminuição de crescimento consecutivo a um aumento de pressão*, conduzindo ao *genu impressum* (patella alta spuria) e ao estreitamento (pincement) superior e inferior dos corpos adiposos, das lesões da cartilagem e mesmo do osso com formação secundária de estalactites ou de saliências dos bordos articulares;

3.º — *Plasticidade por traumatismo* (plasticidade consecutiva a fracturas e a um abatimento da substância esponjosa). O A. observou-a no carpo, precedida de plasticidade por *surmenage*, após infracções do tecido esponjoso; na anca, durante a refacção da substância necrosada por causa do trilhamento do ligamento redondo. Na anca observou, além disso, fenómenos resultando do primeiro e do segundo princípios.

O A. enumera então várias doenças articulares, apresentando excelentes reproduções dos seus quadros radiográficos, explicando-os, a traços largos,

com o auxílio dos três princípios mencionados acima, recordando que essas doenças são por vezes designadas sob o nome de «reumatismo» e tratadas pelo calor, pela electricidade, a maçagem, as applicações de lamas, o rádio, a luz, os raios Roentgen, os exercícios, as curas balneares, etc. E não são as únicas doenças que, diagnosticadas como «reumatismo», são submetidas durante anos a tratamentos tão caros como inúteis. Isto ensina-nos que aqueles que se contentam com o seu diagnóstico applicando a palavra «reumatismo», não só impõem aos seus doentes sacrificios inúteis de tempo e de dinheiro, como também podem expô-los ao perigo de a sua doença, muitas vezes curável no incio, trazer destruições graves e a incurabilidade.

Evitemos, portanto, as palavras «reumatismo» e «reumatismal».

MENESES.

Crítérios diagnósticos de regeneração dos nervos intercostais após a sua alcoolização segundo o método Leotta no tratamento da tuberculose pulmonar. (*Criteri diagnostici della rigenerazione dei nervi intercostali dopo la loro alcoolizzazione secondo il metodo Leotta nella cura della tubercolosi polmonare*), por F. RABONI (Palermo). — *Annali Italiani di Chirurgia*. Vol. XIII. Fasc. 6. Págs. 652-658.

O A, examinando o curso da capacidade vital dos tuberculosos tratados pela alcoolização bilateral dos nervos intercostais segundo Leotta, verifica que esta, depois de ter sofrido uma diminuição notável, volta gradualmente, dentro de dois a três meses, aos valores primitivos. Sustenta que o exame pela chamada prova espirométrica representa o melhor critério diagnóstico para nos certificarmos, na clínica, da regeneração dos nervos alcoolizados.

MENESES.

A laqueação venosa na obliteração da artéria principal dos membros. (*La legatura venosa nella obliterazione dell'arteria principale degli arti*), por NICOLA TORO (Nápoles). — *Annali Italiani di Chirurgia*. Vol. XIII. Fasc. 6. Págs. 659-677.

Trabalho experimental da Clínica do Prof. Pascale. A laqueação da artéria ilíaca primitiva nos coelhos provoca a gangrena na periferia do membro em 70% dos casos, enquanto que a laqueação combinada da mesma artéria e da veia homónima determina a gangrena apenas em 30% dos casos.

A circulação colateral, demonstrada pelo exame radiológico, está muito mais desenvolvida nestes últimos.

Nos cães nos quais se fêz a laqueação da artéria principal de um membro, a sucessiva laqueação venosa levanta a pressão na parte periférica da artéria obliterada, levando-a a um nível tal que permite o câmbio nutritivo entre o sangue e os tecidos periféricos. Tal aumento de pressão depende, em parte, de um factor mecânico de estase sanguínea e em máxima parte de um

reflexo vaso-motor que provoca a vaso-constricção na parte distal da artéria obliterada. Esta vaso-constricção dura algumas horas.

MENESES.

A resistência das suturas na gastro-enterostomia. (*La resistenza delle suture nella gastro-enterostomia*), por GAVINO IESU (Nápoles). — *Annali Italiani di Chirurgia*. Vol. XIII. Fasc. 6. Págs. 645-651.

O A. estudou experimentalmente a resistência da sutura gastro-jejunal simples e dupla. Pôde concluir que, enquanto a sutura dupla oferece uma grande resistência à pressão líquida e gasosa, a simples não oferece as mesmas vantagens e as mesmas garantias de solidez. Neste último tipo de sutura pôde também notar que, aumentando o calibre do material de sutura (sêda), não aumenta ao mesmo tempo a resistência da sutura, quer imediatamente após a intervenção, quer durante a cicatrização da ferida gastro-jejunal.

MENESES.

As artrites do sacro. (*Les arthrites sacrales*), por A. MASSART (Paris). — *Revue de Chirurgie*. N.º 3. 1934.

Estas doenças são, segundo o A., bastante freqüentes, mas quasi sempre ignoradas: apresentam, na sua essência, uma sintomatologia dolorosa do tipo da lumbalgia rebelde e perturbações de origem nervosa (paresias, hiperestésias periféricas, etc.). O exame radiológico serve habitualmente para precisar o diagnóstico.

O A. estabelece os três seguintes grupos etiopatogenéticos: os traumas sacro-lombares e sacro-iliacos, as deformidades congénitas e os factores infecciosos, os mais importantes. O tratamento não é fácil: maçagem, revulsivos, os coletes ortopédicos, raras vezes trazem proveito; verdadeiramente eficaz, só a artrodese, feita segundo a técnica de Albee ou de Hibbs.

Pode-se executar, segundo a necessidade, a artrodese sacro-iliaca, a artrodese sacro-lombar ou a artrodese de tôdas as três articulações. O A. lêz onze destas intervenções, seguidas de sucesso indiscutível, a-pesar do longuíssimo período de imobilização imposto aos operados.

MENESES.

A chamada enucleação do atlas e o torticolis. (*La soi-disant énucléation de l'atlas et le torticolis*), por A. DELGOFFE (Liège). — *Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil Moteur*. Tõmo XXI. N.º 1. Págs. 5-12. 1934.

Sob o título de «Enucleação do atlas e torticolis naso-faríngeo», Grisel referiu duas observações muito interessantes de torticolis agudo nas crianças. Pouco tempo depois, Desfosses publicou um caso análogo, que denominou de «Doença de Grisel». A interpretação do mecanismo do torticolis, proposta por Grisel, é susceptível de discussão e não é admitida por todos. O A. apre-

senta hoje um caso do síndrome de que tratamos e faz sobre elle algumas considerações oportunas.

Clássicamente, dever-se-ia attribuir o torticollis destes doentes a uma artrite cervical. Como no caso que o A. apresenta a criança não teve accideinte algum buceo-faríngeo averiguado, nem doença infecciosa anterior ao torticollis, admite o diagnóstico de artrite vertebral reumatismal.

No entretanto, Grisel explica certos torticollis infecciosos com relaxamento do esterno-mastoideo por um mecanismo diferente: a infecção, tendo a sua localização ao nível da rino-faringe, determinaria uma linfangite no espaço retro-faríngeo; a contractura violenta dos músculos pre-vertebraes sub-occipitais envolvidos no foco inflamatório provocaria uma flexão forçada das articulações sub-occipitais, e o atlas, puxado directamente pelos músculos que se inserem ao nível do seu arco anterior, seria luxado para baixo e para diante. Mas se a lesão faríngea é unilateral, a parte do atlas correspondente seria a única desviada, o que se traduziria clinicamente pelo torticollis. Com a continuação, a contractura immobilizaria definitivamente o atlas nesta posição.

Isto é, segundo este autor, tudo se passa por diante das articulações e não há artrite cervical.

No caso que o A. apresenta no seu trabalho, os sintomas radiográficos, que Grisel considerou como característicos da enucleação do atlas, também estão presentes: interlinha articular atlas-axis da esquerda praticamente desaparecida, à direita ligeiro estreitamento (pincement), estando as superfícies nas suas relações habituais; em meio-perfil, a parte esquerda do atlas escorregou para a frente.

Ora o A. fez radiografar uma criança de 10 anos de idade, normal, e obteve *clichés* lembrando em absoluto os de Grisel: perda de simetria das duas articulações atlas-axis, estreitamento muito accentuado da interlinha esquerda, sobreposição num ponto das duas vértebras.

Pelo contrário, em dois adultos, de 22 e de 25 anos de idade, as imagens foram absolutamente diferentes: ambas as partes do atlas estão sensivelmente à mesma distância da apófise odontoidea e as interlinhas são, praticamente, da mesma altura de ambos os lados.

Por outro lado, após oito dias de extensão, o A. fez radiografar a sua doente mantendo a cabeça em posição quasi completamente corrigida e a imagem radiográfica foi sensivelmente normal: já não havia esmagamento da interlinha esquerda.

¿Que devemos concluir destes dados? Grisel apresenta imagens radiográficas, que crê especificas da forma especial de torticollis que descreveu. Segundo o A., são consequência duma determinada posição da cabeça, e não se observam senão em certos individuos, em geral raparigas de 8 a 10 anos de idade, que têm uma laxidão ligamentosa tal que se podem produzir deslocamentos tão importantes das superfícies ósseas, nos limites fisiológicos do funcionamento da articulação. São imagens normais, a enucleação é uma consequência. Quanto à causa primária do desvio da cabeça, o A. descohece-a.

Patogenia das osteocondrites deformantes da criança. (*Pathogénie des ostéochondrites deformantes de l'enfant*), por ANDRÉ LAPORTE (Bordéus). — *Bordeaux Chirurgical*. Ano IV. Págs. 370-386 (separata). Outubro de 1933.

O A. recorda que Legg, em 1908, tinha admitido uma origem vascular na produção da osteocondrite deformante da anca, que descreveu pouco tempo depois de Calvé em França — diz. Pensava então que um traumatismo bloqueava ao nível da linha epifisária os vasos nutritivos indo do colo à epífise, determinando uma atrofia desta, seguida de achatamento. O A. estudou esta teoria patogénica, sobretudo a-propósito da coxa-plana, e admite-a baseando-se em

— provas *clínicas*: freqüência do traumatismo, como em seguida a reduções de luxação congénita da anca;

— provas *anátomo-patológicas*: mortificação do osso e da medula óssea, reabsorção pelos osteoblastos, depois edificação óssea começando por um esbôço cartilaginoso que se achata;

— provas *anatómicas*: insuficiência de onda sanguínea da artéria do ligamento redondo, compensação insuficiente pelos ramos das circunflexas;

— provas *experimentais*, finalmente.

Em resumo, para o A. as perturbações vasculares que trazem, por modificação da nutrição da cabeça do fémur, o síndrome coxa-plana, podem ser de causa variável: pode ser que se trate duma lesão traumática dos vasos (Legg); ou duma endarterite obliterante sífilítica (Lance); ou duma deformação congénita dos vasos.

N. do R. — E ainda resta a possibilidade da origem infecciosa, admitida por Froelich, Mouchet e outros.

MENESES.

Contribuição para o tratamento das luxações traumáticas recidivantes da rótula para fora. (*Contribution au traitement des luxations traumatiques récidivantes de la rotule en dehors*), por RIDA MORWA (Paris). — *Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil Moteur*. Tômoo XXI. N.º 2. Págs. 153-163. 1934.

O A., depois de apresentar um resumo clínico dos sintomas da luxação traumática recidivantes da rótula para fora, faz algumas considerações sobre a técnica e indicações operatórias, transcrevendo duas observações. Conclue que o tratamento operatório é o tratamento de eleição nestes casos. Para as luxações congénitas, aconselha o processo de Albert Mouchet.

Para as luxações recidivantes, dá a preferência ao processo operatório de Krogius, modificado por Lecène-Moulouguet, que consiste em mobilizar uma tira muscular tirada ao vasto interno, que se faz passar, em colar, por cima da rótula, ou, melhor ainda, como o A. propõe, *através dum túnel do recto anterior*, para a fixar depois numa botoeira capsular feita no bordo da rótula.

A passagem do retalho mioplástico através do tendão do recto anterior

apresenta a vantagem fisiológica de fazer deslizar o retalho, em vez de o ter fixo, como no processo Lecène-Moulonguet, além de que o retalho conserva a sua innervação e a sua vascularização. No seu conjunto, as vantagens dêste processo são múltiplas: intervenção pouco traumatizante, rápida e simples, dando resultados duradoiros e o máximo de segurança.

Os dois doentes cujas observações cita, foram tornados a ver: um, ano e meio depois, o outro dois anos depois, e nunca apresentaram o menor esbôço de recidiva, a-pesar-de terem levado uma vida activa habitual, sem se pouparem de modo algum.

MENESES.

Tratamento ortopédico das deformidades raquíticas. (*Traitement orthopédique des déformations rachitiques*), por BORIVOVÉ GRADOVÉVITCH (Belgrado).—*Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil Moteur*. Tômoo XXI. N.º 2. Págs. 145-152. 1934.

Depois de passar uma pequena revisão clínica das deformidades raquíticas mais comuns, o A. chega à conclusão de que se devem tratar individualmente todos os casos de deformidades raquíticas.

Ao fazer-se o tratamento ortopédico deve-se ter estritamente em conta o estado dos outros órgãos, pois o raquitismo é uma doença afectando todo o organismo. É preciso, a-par do tratamento local, fazer o tratamento anti-raquítico geral: ar livre, sol, raios ultra-violetas, alimentação rica em vitaminas, óleo de fígado de bacalhau, fósforo, cálcio, etc.

Podem observar-se casos de cura espontânea das deformidades, mas como não há sinais certos para prever esta cura, é preciso, tão cedo quanto fôr possível, no caso de deformidade raquítica, pensar na correcção no estado florido, continuando o tratamento anti-raquítico geral. Nos casos menos graves, pode-se tentar a correcção manual, o emprêgo de talas durante o dia e à noite, maçagens, banhos, faradização.

Deixaremos de lado, tanto quanto possível, o *redressement* intra-articular, que pode trazer o alongamento dos ligamentos e como consequência o relaxamento de articulação. Se a deformidade, após um tempo prolongado, não mostra tendência para a correcção, far-se-á, sempre que fôr possível, a osteoclasia.

O A. também a faz no estado de cura clínica, se as condições sociais exigem uma correcção tão rápida quanto possível e se não se pode esperar pela cura completa do raquitismo no estado de esclerose.

Em todos os casos graves, no estado da esclerose e sobretudo nos casos de deformidades em ângulo e complexas, a osteotomia é a operação que apresenta mais segurança e inocuidade.

Para a correcção da maioria das deformidades raquíticas, bastam as osteotomias, linear, transversal, cuneiforme e a de Ogston. Só nas deformidades complexas da perna convirão a osteotomia de Spisic e a osteotomia modelante de Sorrel, ambas elas tendo dado ao A. excelentes resultados.

Para as deformidades raquíticas do ráquis, o remédio soberano é o decúbito horizontal no leito de gêsso, enquanto os ossos estão moles, isto é,

no estado de esclerose. Nos casos de escoliose raquítica, fixada no estado de esclerose, pode-se recorrer aos métodos ordinários de tratamento da escoliose, sem todavia conceber grandes esperanças.

Quanto às deformidades do tórax, podemos preveni-las. Para o tórax de galinha (*pectus carinatus*), recomenda o A. a ligadura de Külliker, emquanto para as depressões do esterno é preferível aconselhar o ar rarefeito sob a cúpula de vidro.

Em Belgrado — como em Portugal inteiro — é raro verem-se formas graves de deformidades raquíticas que exijam correcções operatórias.

MENESES.

A taxa normal dos fenóis no sangue. (*La fenolemia normal*), por M. R. CASTEX e A. ARNANDO. — *La Prensa Médica Argentina*. Ano XXI. N.º 33.

Os AA. fizeram, nalgumas centenas de casos, a determinação da taxa dos fenóis sanguíneos, verificando que os valores considerados por Theis e Benedict como normais são excessivamente amplos, pois apuraram que a taxa dos fenóis nos indivíduos normais é relativamente constante, não tendo uma margem de oscilação tão larga como aqueles investigadores indicaram.

Na sua opinião, o organismo em condições normais pode eliminar abundantes quantidades de fenol, sem alteração apreciável da sua taxa sanguínea.

Encontraram, na maioria dos casos, um franco paralelismo entre a taxa dos fenóis e a ureia sanguínea, ainda que esta relação não seja absoluta.

Apontam como normais, de acôrdo com os resultados obtidos, os seguintes valores por 100 cc. de sangue: fenóis livres, 1-1,30 mmgrs.; fenóis totais, 1,10-1,40 mmgrs.; fenóis conjugados, 0-0,30 mmgrs.

Muitas vezes viram os AA. que não se encontravam no sangue os fenóis conjugados, ainda que pela urina fôsse eliminadas abundantes quantidades.

BARREIROS SANTOS.

As influências hereditárias e constitucionais nas úlceras do estômago e duodeno. (*Las influencias hereditarias y constitucionales en las úlceras del estomago y del duodeno*), por C. B. MDAONDO. — *La Prensa Médica Argentina*. Ano XXI. N.º 33.

O A. passa em revista as opiniões discordantes dos vários patologistas sôbre a intervenção do factor hereditário na génese do úlcus gastro-duodenal, afirmando que não há hereditariedade directa, aceitando contudo uma possível debilidade constitucional, que criará um terreno apto para o desenvolvimento do quadro mórbido.

O A. vai, até certo ponto, ao encontro da opinião de Zisa, quando declara que o problema da úlcera é eminentemente constitucional, pois de outra maneira não se poderia conceber que agentes banais, actuando como causa imediata, respitem a maioria dos indivíduos e determinem noutros a referida lesão.

Mais recentemente surgem as doutrinas constitucionalistas, que, baseadas em numerosas observações, vêm mostrar-nos a frequência da úlcera no tipo morfológico astênico, leptosômico, opinião tenazmente combatida pelas conclusões a que chegaram Hegemen e Aschner, que negam essa inter-relação.

É notável a frequência com que se observam, nestes doentes ulcerados, os numerosos estigmas de desequilíbrio neuro-vegetativo, com acentuada instabilidade neuro-muscular, vaso-motora e até psíquica, muitas vezes associada a sinais de hipoparatiroidismo, com tendência para os espasmos da fibra lisa, e que, sob o ponto de vista bio-químico, têm hipocalcemia e hipoglicemia.

O A. recorda a estatística do Bauer, em que o tipo astênico entra em 54 % dos casos, seguindo-se o muscular, com 17 %, e o digestivo, com 5 %, terminando por afirmar que a análise do factor constitucional é um elemento que deve ser encarado quando se pretende estudar o problema patogénico da úlcera gastro-duodenal.

BARREIROS SANTOS.

Doença de Pellegrini—Stieda. (*Enfermedad de Pellegrini—Stieda*), por P. V. BEGARIE e M. B. MATEOS.—*La Semana Médica*. Ano XLI. N.º 37.

Os AA. têm o ensejo de fazer uma exposição geral sôbre a periartrite ossificante metatraumática paracondiliana do joelho, doença ainda pouco conhecida, em regra mal interpretada e em geral inconvenientemente tratada.

Publicam alguns casos demonstrativos, e até mesmo de interêsse doutrinário, afirmando que à luz dos conhecimentos actuais não é de facto uma entidade morfológica autónoma, mas sim uma forma característica das periartrites ossificantes traumáticas, que se destaca em face da sua frequência, e que tem sido objecto de variada sinonímia (fractura de Stieda, sombra de Stieda, osteoma metatraumático paracondiliano, etc.).

Recordam a exposição de Petriagnani, que sintetiza com clareza o estado actual dos conhecimentos sôbre a patogenia dêste quadro, e insistem sobretudo na noção de Leriche, em que o traumatismo articular, irritando a rica rede de innervação simpática da cápsula da articulação, dos tendões e ligamentos, provocaria uma intensa vaso-dilatação activa nos tecidos moles periarticulares, o que, anátomo-patologicamente, corresponde ao quadro da inflamação, que aquele autor evita com a supressão da reflexa vaso-motora, obtida por uma infiltração precoce e repetida com novocaína.

A esta hiperemia somar-se-iam outras conseqüências do trauma, tais como focos de hematoma, ruptura de fibras ligamentosas, necrose dos tecidos, etc., com inevitável reparação cicatricial, constituindo-se o «meio ossificável».

A transferência do cálcio ósseo para os tecidos moles vizinhos representa a última etapa na génese desta periartrite, que pode levar sômente à criação de simples depósitos calcáreos, chegando, em numerosos casos, até à formação de tecido ósseo.

Muitas vezes o início da história clínica é a de um banal traumatismo do joelho, e neste período precoce nem a própria radiografia nos elucida,

visto obtermos uma imagem articular radiologicamente sã, pois só no fim de um prazo médio de vinte dias é que podem aparecer imagens suspeitas nas partes moles periarticulares. Só num período tardio, ainda que esta delimitação de etapas seja um pouco arbitrária, é que se visualizam as imagens típicas, em regra com o maior eixo paralelo à superfície do cõndilo, quase sempre num nível superior ao da entrelinha articular. A imagem pode apresentar relação de continuidade com o esqueleto, devendo contudo atender-se a um possível êrro de técnica, do qual resulta essa aparente união. A evolução dentro dêste último período faz-se no sentido do aumento da capacidade ou das dimensões da imagem.

Clinicamente, pode observar-se deformação articular, com aumento de perímetro, em relação ao do lado oposto, e nalguns casos a simples palpação permite apreciar a existência de uma formação estranha, sensível à pressão; sob o ponto de vista funcional é freqüente um certo grau de delimitação dos movimentos, sobretudo o de flexão, resultante das lesões concomitantes e não da formação óssea paracondiliana.

Como tratamento indicam os AA. a radioterapia (com grande vantagem no 2.º período) e a dietermia em sessões alternadas. Terminam êste curioso trabalho com algumas considerações de ordem médico-legal.

BARREIROS SANTOS.

O cancro e o sol. (*Cáncer y sol*), por A. H. ROFFO. — *La Prensa Médica Argentina*. Ano XXI. N.º 38.

Os estudos experimentais realizados pelo A. vêm confirmar as conclusões do trabalho de Findlay e os de Putschar-Holtz, no que respeita à produção de tumores sob a acção das radiações ultra-violetas, que na sua estatística chega a 70% dos casos.

Os tumores observados por estes dois últimos investigadores são do tipo carcinomatoso, não apontando o sarcoma fuso-celular, que o A. encontrou com relativa freqüência.

Os tumores formavam-se nas zonas naturalmente depiladas (pálpebras, nariz, conjuntiva ocular, etc.), e a sua evolução foi de sete a dez meses, morrendo os animais em caquexia com metástases ganglionares, em quaisquer dos tipos de tumor.

O A. considera responsável a perturbação do metabolismo da colestérina, com aumento local da sua taxa, a qual precede as primeiras manifestações histológicas.

Os ensaios realizados com distintas fontes de irradiação provam que a formação do tumor pelos raios solares está em relação com a intensidade actínica e não com a luminosa.

Os trabalhos do A. fornecem-nos elementos suficientes para avaliar a influência vulnerável que tem a irradiação solar sôbre a pele foto-sensível, sobretudo quando aquela é aplicada em forma desmedida e sem *contrôle*.

BARREIROS SANTOS.

Considerações acerca da hiperglobúlia na úlcera do duodeno. (*Considerazioni intorno all'iperglobulia nell'ulcera duodenale*), por MARIO MAIRANO. — *Minerva Medica*. Ano XXV. Vol. II. N.º 36. 1934.

O A., observando trinta e cinco doentes, dos quais vinte e três eram ulcerados duodenais, oito portadores de úlcera gástrica e os restantes com queixas de aderências do segmento piloro-duodenal com o fígado, encontrou sobretudo nos duodenais um notável aumento do número de hemáticas. Recorda a estatística de Grasso, na Clínica Cirúrgica de Roma, em que 77% dos doentes ulcerados do duodeno eram possuidores duma hiperglobúlia, sem qualquer alteração qualitativa nem modificações da série branca.

Anteriormente Friedmann tinha apontado esta alteração sanguínea, procurando explicá-la por uma hiperadrenalinemia, hipótese que não foi confirmada, pois a acção dessa hormona sobre o quadro hemático é extraordinariamente fugaz e de tipo transitório e, além disso, não está provado que na úlcera duodenal haja excesso de adrenalina na circulação.

Tem-se tentado incriminar as hemorragias ocultas e periódicas, que se dão nas diferentes fases de actividade do processo ulcerativo, como estímulos da eritropoiese, provocando uma regeneração excessiva e daí a poliglobúlia.

É, de facto, difícil aceitar tal noção, uma vez que recordamos outros quadros clínicos, como o das hemorróidas, em que há idênticamente perdas sanguíneas, e em lugar do aumento do número de glóbulos rubros, vemos instalar-se o quadro da anemia.

O A. partilha da opinião de Grasso, quando estabelece uma relação directa entre a poliglobúlia e a perturbação secretória do estômago, existente na maioria dos ulcerados. Além disso, vê na patogenia da anemia perniciosa, no que respeita às alterações funcionais do estômago, um argumento a favor desta última hipótese, não repugnando ao seu espírito admitir que nos ulcerados, na maioria dos quais há uma exaltação funcional que possivelmente interessa todos os componentes da secreção gástrica, exista uma maior produção duma substância ainda hoje não identificada, capaz de regular a função hematopoiética, e daí a hiperglobúlia.

O A. termina por colocar em confronto a hiperfunção gástrica e hiperglobúlia da úlcera duodenal com aquília-anemia da doença de Bierneer.

BARREIROS SANTOS.

A acção dos derivados purínicos sobre a circulação geral, sobretudo na endocraniana. (*Azione dei derivati purinici sul circolo generale ed endocranico*), por R. MARTINETTI. — *Minerva Medica*. Ano XXV. Vol. II. N.º 35. 1934.

O emprêgo dos derivados purínicos, especialmente da eufilina, no sentido de modificar a pressão do líquido céfalo-raquidiano, tem sido várias vezes indicado pelos autores americanos (Denker, Wartis), sobretudo no combate à cefaleia, que atinge tão grande intensidade no quadro do hidrocéfalo agudo.

O A. recorda, no seu trabalho, o caso de hidrocefalia vaso-motora descrito por Greppi, em que houve notáveis melhorias, tanto objectiva como subjectivamente, após a administração de compostos purínicos por via endovenosa.

O A. ensaiou a droga em dezasseis doentes, atingidos de hipertensão craniana, verificando que em treze houve um abaixamento mais ou menos rápido e acentuado da tensão do *liquor*.

A acção farmacodinâmica da eufilina deve residir não só num factor físico-químico como também em modificações de ordem vascular. É já do nosso conhecimento que os derivados purínicos, sobretudo a eufilina, produzem no sangue um aumento da pressão coloido-osmótica com maior poder de embebição das proteínas, o que é resumido pelas palavras de Antognetti quando afirma «que é nesse aumento de embebição das proteínas que reside a capacidade de captação da água por parte do sangue».

O A. vê nestas modificações físico-químicas do sangue o ponto de partida da alteração dinâmica do líquido céfalo-raquidiano, ainda em grande parte obscura.

Além disso, parece ter a eufilina uma acção directa sobre o centro respiratório, verificando-se após a injeção endovenosa a maior profundidade dos movimentos respiratórios, sobretudo da inspiração, sendo provável que se dê um maior afluxo venoso do território craniano para os vasos da cavidade torácica.

O A. termina por admitir a intervenção concomitante do factor dinâmico vascular, associado a modificações físico-químicas.

BARREIROS SANTOS.

O carcinoma gástrico. Estudo de algumas das suas formas atípicas. (*Cáncer gástrico. Estudio de algunas de sus formas atípicas*), por J. R. GORJENA e H. J. AMATO. — *La Semana Médica*. Ano XLI, N.º 37. 1934.

Sem pretender romper novos horizontes acêrca do tema, há exclusivamente o desejo de tirar algumas conclusões práticas, de acôrdo com os resultados da sua estatística, em que 36% dos casos apresentam formas clínicas atípicas, com a seguinte distribuição: forma aguda febril, 7%; forma hiperclorídrica, 7%; com psicopatia inicial, 3,5%, e igual taxa para os casos que não são acompanhados de anorexia, e finalmente as formas de carcinoma em pessoas jovens, que chegaram a atingir 14% dos casos.

As formas febris agudas apresentaram curvas térmicas de tipo remitente, entre 37° e 38°,8, evolucionando como uma afecção aguda, e em que o estado geral obrigava a manter êsses doentes em constante observação, suspeitando-se duma doença infecciosa, o que leva os AA. a indicar a conveniência de não confundir esta forma atípica com os casos de cancerosos com febre intermitente, descritos por Urrutia.

Apontam para esta forma febril um determinado tipo anátomo-patológico, representado por um tumor ulcerado, com infecção permanente, e que, pela penetração dos agentes na grande via linfática, desencadeia a reacção febril permanente. É, em regra, difícil afirmar se a infecção é a causa ou a

”
Ceregumil
Fernández

Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas

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

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

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

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

TARTROL

Indolôr

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

LABORATORIOS "SICLA"

Campo Grande, 298 — Lisboa

Fornecedores da clinica de 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

ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

Solução com a concentração de 26,13 %
de "3 acetylâmimo 4 oxyphenylarsinato de diethylaminoethanol"
Um centimetro cubico corresponde a 0 gr. 05 de arsenico.

Medicação arsenical rigorosamente indolora
pelas vias subcutaneas e intra-musculares.

FRACA TOXIDEZ — TOLERANCIA PERFEITA — NADA DE ACUMULAÇÃO
SEGURANÇA DE EMPREGO EM DOSES ELEVADAS ACTIVAS

SIPHILIS -:- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilisação terapeutica)

PIAN — TRYPANOSOMIASES — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

Modo de usar : em "doses fortes", injectar 5 cc. duas vezes por semana (apòz verificação da ausencia de intolerancia arsenical).

em "doses fraccionadas repetidas", injectar 3 cc. todos os dias por series de 12 a 16 injeccões.

Empolas de ARSAMINOL de 3 cc. (0 gr. 15 de As) e de 5 cc. (0 gr. 25 de As).

LABORATORIOS CLIN COMAR & C^{ie} — PARIS

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

D. P. 158

CINNOZYL

Methodo de immunisação artificial do organismo tuberculoso

COMPOSIÇÃO: Cada empôla de CINNOZYL
contem a solução seguinte esterilizada:

Cinnamato de benzilo puro.....	0 gr. 05
Cholesterolina pura.....	0 gr. 10
Camphora.....	0 gr. 125
Azeite puro lavado pelo alcool.....	5 c. c.

MODO DE USAR E DOSES. — O methodo deve ser applicado o mais cedo possivel, logo que o organismo seja ameaçado pela impregnação bacillar tuberculosa e na bacillose bacteriologicamente confirmada. *Procede por etapas e não visa os periodos ultimos da infecção.*

1º PARA AS FORMAS DE COMEÇO (estabelecimento da defeza do terreno contra a impregnação bacillar) a dose quotidiana sufficiente e activa de CINNOZYL é de 5 c. c. (uma empôla).

2º NAS FORMAS EM EVOLUÇÃO (tuberculosas bacteriologicamente confirmadas) dobrar-se-há rapidamente esta dose, elevando-a a 10 c. c., ou 2 empôlas.

FORMAS: O Cinnozyl é apresentado em caixas de 6 empôlas de 5 c. c.

LABORATORIOS CLIN, COMAR & C^{ie}, Pharmas. de 1^{ra} cl. Fornecedores dos Hospitales.
20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS

687

conseqüência do processo de ulceração, mas a verdade é que, na primeira hipótese, terão de intervir germens com alta virulência (sobretudo o estreptococos, que se encontram com freqüência nos focos dentários, da amígdala, etc., o que deve obrigar os cancerosos gástricos a uma cuidadosa higiene da cavidade bucal, pelo perigo de sobrevir êsse quadro febril, rápidamente mortal.

Afirmam os AA. que, a-pesar da anaclorídria ser um elemento importante de diagnóstico do carcinoma gástrico, há, na sua prática clínica, casos de normoclorídria e até de aumento da taxa de ácido livre. Apontam uma história clínica em que se não pode admitir uma degenerescência maligna do processo ulcerativo preexistente, transformação que para muitos é a base dessa hiperclorídria.

Na sua estatística indicam um caso iniciado por perturbações psíquicas, podendo contudo pensar-se que essas manifestações mórbidas não sejam correlativas, mas simplesmente concomitantes. Contudo, aos AA. não repugna acreditar que a neoplasia do estômago, que se mantinha sem apresentar sintomas locais, provocasse, a distância, alterações cerebrais, resultantes dum estado de toxemia com ponto de partida tumoral e de perturbações de irrigação, consecutivas a oscilações vaso-motoras.

Neste trabalho são recordados os casos antigamente denominados de «cancro latente», em que os doentes referiam dispépticas, mas sem anorexia. Os AA., baseados na sua prática, discordam da opinião de Noir e Riege, que vêm a ausência de bulímia como um sinal característico do cancro que atinja pessoas jovens, pois encontraram casos de cancerosos com avançada idade com conservação do apetite. Fazem curiosas considerações sôbre a intervenção do factor psíquico das causas mecânicas no grau de apetite e nas suas possíveis oscilações.

Por fim recordam casos de doentes jovens, com carcinoma do estômago, verificando que o sexo feminino é atingido mais cedo que o masculino, e nêle mais grave e rápida a sua evolução.

BARREIROS SANTOS.

Sôbre a verdadeira natureza patológica da idiotia amaurotica infantil.

(*Über die wahre Natur der infantil-amaurotischen Idiotie*), por K. SCHAFER. — *Deutsche Zeit. f. Nervenheilkunde*. B. 135. H. 1 e 2. 16 de Outubro de 1934.

Fecho de uma discussão sôbre a patogenia da doença de Tay-Sachs travada entre o A. e Spielmeyer, Bielschowsky e Kufs; estes autores admitem estreitas relações patogénicas entre a idiotia amaurotica e as doenças de Nieman-Pick e Gaucher, filiados na existência, nos dois casos, de abundantíssimas deposições lipóides no encéfalo.

Tanto no ponto de vista morfológico como patoquímico, combate o A. esta opinião e dá como provado que se trata de dois processos essencialmente diferentes; histopatologicamente é a idiotia amaurotica um processo exclusivamente ectodérmico, que atinge difusa e ubiqüitariamente as células do sistema nervoso da vida de relação e vegetativo, poupando absolutamente

os tecidos mesodérmicos e em especial os órgãos metabólicos primariamente afectados na esplen-hepatomegalia de Niemann-Pick (fígado, baço, medula óssea); as diferenças morfológicas têm a sua confirmação na diversa constituição química dos lipóides contidos nas células (Epstein), enquanto que no Niemann-Pick há no cérebro um aumento considerável dos fosfatidos (conjunto de lecitina-cefalina), estes normais ou diminuídos no Tay-Sachs, onde se trata de uma degenerescência primária das células nervosas com deposição secundária de lipóides, ao contrário da mera impregnação difusa de todos os tecidos por uma alteração metabólica que caracteriza outras doenças.

BARAHONA FERNANDES.

Sobre a carga hereditária das psicoses ciclóides. (*Über den Erbgang der cycloiden Psychosen*), por FUNFGELD. — *Jahresversmlung der deutschen vereins für Psychiatrie-Münster*. Maio de 1934.

O A. comunica uma grande série de árvores genealógicas de doentes affectos de psicose periódicas atípicas que a escola de Kleist denomina psicose da motilidade e psicose incoerente ou confusa (Vernirtheitspsychose). Em opposição à psicose maniaco-depressiva pura e à esquizofrenia, onde alguns autores englobam todos estes quadros atípicos, é aqui a herança muito irregular, e, com excepção de um pequeno número de casos em que a transmissão hereditária se faz directamente, com reprodução de um quadro sintomático semelhante, contam-se na ascendência variadas cargas psicóticas que se repartem em outros três grupos: relação com psicose maniaco-depressivas em qualquer das suas formas; relação hereditária com variadas psicopatias, histeria, mitomania, instabilidade, anomalias motoras (nevroses bruscas desordenadas) e psicopatia epileptóide; finalmente, nalguns casos há na ascendência alguns esquizofrénicos.

Não se pode ainda determinar se as variadas feições do quadro clínico e da evolução dependem directamente destes diferentes momentos hereditários.

BARAHONA FERNANDES.

A probabilidade de manifestação esquizofrénica à face da investigação dos gémeos. (*Die manifestationsnarscheinlichkeit der Schizophrenie im Leichte der Juillingsforschung*), por LUXEMBURGER. — 57 Fagung der *Sudwest deutschen-Psychiater Gienen*. Outubro de 1934.

Como temos aqui feito referência, o estudo dos gémeos fornece os dados mais interessantes sobre a transmissão hereditária dos caracteres normais e patológicos, porquanto os indivíduos provenientes de um mesmo óvo têm certamente a mesma carga hereditária e as diferenças que apresentam dependem de factores ambientais ou peristálticos. Em cento trinta e quatro pares de gémeos uniovulares com demência precoce, determina o A., depois de várias considerações estatísticas e deduções matemáticas que temos de omitir, a probabilidade de manifestação de doença em indivíduos com a res-

pectiva carga hereditária, e dada a condição de viverem na idade em que a afecção costuma eclodir, é de 80,4 %.

Nos gémeos observados havia discordância das manifestações mórbidas em 31,5 %.

Entre os factores acessórios dá o A. grande importância às causas somáticas, como tuberculose e outras doenças infecciosas, alterações endócrinas e do crescimento, etc. Na discussão chamou Krestchmer a atenção para os momentos psico-reactivos, principalmente as vivências de ordem religiosa e sexual, que devem ser consideradas como verdadeiras causas, ainda que acessórios.

BARAHONA FERNANDES.

Sobre o significado do síndrome interparietal na esquizofrenia. (*Zur Bedeutung der interparietalen Syndromes bei der Schizophrenie*), por AUGYAL. — *Arch. f. Psychiatrie*. B. 102. 1934.

Segundo as investigações histológicas mais recentes, parece não haver dúvida de que a parte inferior do lobo parietal é das regiões corticais mais atacadas pelo processo degenerativo celular.

O A. procura encontrar na clínica a sua correspondência sintomatológica e descreve quatro doentes nos quais há várias alterações nas percepções sensitivas, como mudança da orientação e posição dos objectos, desvio e deformação do mundo externo, percepção do próprio corpo como um objecto estranho, etc.; estas alterações filiam-se numa perturbação das sensações cenestésicas, que nos dão a noção do esquema corporal e da orientação espacial, cujo prejuízo tem sido repetidamente pôsto em relação com lesões do lobo parietal inferior; certas alterações intelectuais: estrutura do pensamento e dissociação dos conceitos, que o A. separa numa componente perceptiva-intelectual e outra afectiva, são igualmente relacionadas com lesões orgânicas da mesma região.

BARAHONA FERNANDES.

Interrupção do pensamento com perda do tónus ou acessos vertiginosos na esquizofrenia. (*Gedankenabreissen mit Tonusverbestoder Sdu mindelanfällen bei Schizophrenie*), por KLOOS. — 57 Fagung der *Sudwest deutschen Psychiater-Giener*. Outubro de 1934.

Interessante comunicação da associação na esquizofrenia das típicas alterações do curso do pensamento, principalmente a interrupção brusca do curso ideativo, com certos fenómenos patofisiológicos muito conhecidos e descritos noutras doenças, como a perda súbita do tónus muscular, acompanhada de queda súbita (cataplexia) e acessos vertiginosos por alterações labirínticas. Ainda que discípulo das escolas psicológicas de Heidelberg e Munic, o A. põe em relêvo a importância dos estudos patofisiológicos nas doenças mentais e a relação, pelo menos de coincidência, entre as duas ordens de fenómenos psíquicos e fisiológicos.

As perturbações do labirinto devem desempenhar, aliás, um papel de

importância nas alterações psicomotoras da catatonia, onde se descrevem a hipoexcitabilidade deste sistema e mesmo alterações da cronaxia. (Ref).

BARAHONA FERNANDES.

Neuro-sífilis e esquizofrenia. O síndrome dissociativo da paralisia geral. Contribuição casuística. (*Neurosifilide e schizofrenia de sindromi dissociative delle paralisi progressive. Contributo casistico*), por MARTINENGO. — *Schizofrenie*. N.º 4. 1934.

Na demência paralítica têm-se descrito repetidamente variados síndromas esquizomorfos, entre os quais perturbações psicomotoras semelhantes à catatonia. Em três casos do A. a diversidade dos tipos morfológicos não confirma a suposição de se tratar de uma predisposição constitucional traduzida corporalmente; os quadros sintomáticos em dois casos ofereciam típicos sintomas de fixação plástica das atitudes, noutro uma demência precoce simples; os sinais catatónicos instalaram-se ao mesmo tempo que o processo cerebral paralítico e não depois da cura malárica, como muitas vezes sucede. Nos três casos havia outras perturbações orgânicas: tuberculose, doenças hepáticas e perturbações endócrinas, que devem desempenhar, principalmente estas, um certo papel. Não se admitindo uma especial localização do processo (Ref.), deve-se, com o A., a-pesar da diversidade da constituição pré-mórbida, admitir uma predisposição endógena para a esquizofrenia, que determina o síndrome dissociativo e a especial feição do processo paralítico.

BARAHONA FERNANDES.

Neuroses e o seu tratamento à luz da fisiologia. (*Neurosen und ihre Behandlung im Licht der Physiologie*), por S. FLEISCHMANN. — *Schweizerich. med. Wochenschrift*. B. 1. 1934.

Se as doenças funcionais têm por base perturbações meramente psíquicas ou também dependem de alterações patofisiológicas, é um problema tão discutido e difícil de resolver como a questão das relações corpo-espírito. Devemos admitir, quaisquer que sejam as nossas ideias a esse respeito, que ambos os processos têm múltiplas e recíprocas relações e jamais os podemos considerar como independentes. No capítulo das neuroses tem sido muito exagerado o papel concedido aos mecanismos psicogêneos, principalmente depois do advento da psicanálise. O A. lembra três mecanismos biológicos que têm no caso um grande interesse: a noção do *dominante* explica que o organismo sob a acção de um estímulo anormalmente intenso fique numa espécie de estado refractário para outros estímulos; nos estados neuróticos poder-se-iam compreender desta maneira certas fobias, ideias obsessivas e outras representações anancásticas e, por exemplo, o efeito prejudicial das «distracções» que os leigos recomendam, ao contrário do repouso e isolamento que são de aconselhar; a *anabiose* provoca nos animais reacções de defesa diversas ante perigos e traumas, como morte aparente, etc., e corresponderia

nos histéricos ao aparecimento de cegueiras, surdezes, *rigors* súbitos, etc.; finalmente, os reflexos condicionados, cujo papel na vida mental, conquanto ainda não precisado, é de uma importância primordial, permitiriam a conexão de estímulos inabituais com determinadas reacções fisiológicas, que depois se repetiriam em circunstâncias idênticas e incompreensíveis (vômitos, tonturas, etc.).

O conhecimento destes mecanismos pode vir a dar-nos uma base terapêutica mais segura, que o A. esboça nas suas linhas gerais.

BARAHONA FERNANDES.

A orientação psíquica dos doentes crónicos e dos incuráveis, com especial consideração dos tuberculosos. (*Die psychische Führung der chronischen tranken und Unheilbaren mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulösen*), por KOLLARITS. — *Psychoterapische Praxis*. B 1. 1934.

Dum modo geral, todos os doentes e em particular os incuráveis carecem de um tratamento psíquico adequado; o conhecimento do diagnóstico e do carácter prolongado da doença não devem ser dissimulados, mas o médico nega a sua missão se o não faz com tôdas as cautelas e não aproveita e canaliza energias do enfermo, orientando as suas occupações interiores e interesses espirituais, escuda e incita aquilo a que Monakow chama a *Hormé*, no sentido de lhe dar uma noção de capacidade vital e de utilidade e de o manter sempre mais ou menos ocupado. A criação de centros de estudos e de alta cultura nos sanatórios de tuberculosos, como se espera terá lugar em Leysin, Grenoble e Semmering, corresponde a este *desideratum*.

BARAHONA FERNANDES.

Acêrca da terapêutica medicamentosa das psicoses endógenas. (*Zur medikamentösen Therapie der endogenen Psychosen*), por KUPPERS. — *Psychiat. neur. Wosc.* N.º 17-18. 1934.

A atitude psicológica do médico em relação aos seus doentes mentais, tem uma grande importância na orientação da terapêutica, não só na aplicação e resultados das medidas psicoterápicas, como na escolha de plano dos próprios tratamentos medicamentosos. A não ser quando se instituiu uma cura de sono prolongado, o abuso de hipnóticos é, a maior parte das vezes, prejudicial, e em grande número de clínicas procura-se reduzir ao mínimo o seu emprêgo (Ref.), não só por medida económica, mas também por se terem estabelecido muitos pontos de contacto entre os mecanismos do sono e certos mecanismos patológicos, o estupor catatónico, por exemplo, onde os hipnóticos têm uma manifesta acção prejudicial.

Evidentemente, em certos casos, como em epilepsia, não devem ser regateados, recomendando-se o Prominal, Coffeminal e Beladonal; na esquizofrenia, a crise de sono prolongado pelo Somnifene, assim como a piretoterapia

pelo Pyrifer, estão indicados, ainda que os resultados sejam muito caprichosos e variáveis.

O A. ensaiou também, na psicose maníaco-depressiva, Photodyn, de resultados difíceis de apreciar, assim como Chologen; nesta afecção considera de bom prognóstico, durante o tratamento, o aumento do K sanguíneo e a baixa do Ca e da glicose.

BARAHONA FERNANDES.

Luvasyll, um novo medicamento anti-epiléptico. (*Luvasyl, ein neues anti-epileptisches Mittel*), por ROGGENBAN. — *Deutsche Med. Wochenschrift*. B. 1. Pág. 828. 1934.

São frequentes as intoxicações ligeiras com os compostos barbitúricos, que dão mesmo sintomas neurológicos susceptíveis de conduzir a erros de diagnóstico (*nistagmus*, enfraquecimento dos reflexos, etc.); êste novo preparado é uma associação de luminal e etilenediamina, que tem uma acção vaso-dilatadora e, presumivelmente, evita os efeitos tóxicos de acumulação daquele; o seu efeito far-se-ia sentir não só nos casos da epilepsia habitual, mas também na mioclonus-epilepsia, por exemplo, onde o A. obteve os melhores resultados num caso muito tenaz; neste e em casos graves, a dose de três comprimidos por dia, correspondendo a 0,3 gr. de luminal, administrada durante um ano, não foi seguida de quaisquer efeitos tóxicos.

BARAHONA FERNANDES.

Uremia ecláptica num caso de peri-arterite nodosa. (*Eklamptische Urämie bei Periarteritis nodosa*), por C. A. BAN. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 31. 1934.

A doença do sistema arterial conhecida com o nome de peri-arterite nodosa apresenta sintomatologia tão variada e produz por isso tão frequentemente erros de diagnóstico, que merecem referir-se os casos observados.

A história clínica apresentada pelo A. caracterizava-se principalmente por um quadro de uremia ecláptica, que levou ao diagnóstico de nefrite subaguda, a-pesar da existência de sintomas que faziam presumir a peri-arterite nodosa: leucocitose com linfopenia, anemia, marasmo, dores musculares e perturbações gástricas. Faltava porém o sinal fundamental, isto é, a formação nodular da pele (dos vasos cutâneos) para que se pudesse assegurar o diagnóstico. Êste só foi verificado pela autópsia, mostrando a presença de lesões características dos vasos arteriais. Nenhuma das teorias apresentadas até hoje para explicar a etiopatogenia desta doença se podia aplicar ao caso presente.

J. ROCHETA.

Biblioteca da «Lisboa Médica»

Obras recebidas :

Notas sobre as Caldas do Gerez, por SANTOS SILVA, FILHO. — Separata do *Portugal Médico*. Pôrto. 1934.

As Caldas do Gerez têm sido objecto duma vasta bibliografia, avultando nela os belos trabalhos do Professor Ricardo Jorge, verdadeiras obras clássicas da hidrologia portuguesa. Dêstes trabalhos, e de tudo ou quasi tudo quanto se tem publicado sobre o Gerez, nos fala nesta separata o sr. Santos Silva, Filho, hidrologista do Instituto do Pôrto. Mas não se limita o A. à citação histórica e bibliográfica, refere-se com certa minúcia aos modernos trabalhos de análise química e físico-química, de experimentação de laboratório e de observação clínica. E termina com uma nota sobre o clima do Gerez, ligando assim a climoterapia à crenoterapia, segundo os bons princípios, há já muito estabelecidos, mas nem sempre lembrados pelos nossos hidrologistas.

A. NARCISO.

Conselhos aos dietéticos, pelo Dr. GIUSEPPE ALBERTI (2.^a edição).

A casa Buitoni, produtora de vários artigos alimentares especializados, editou uma segunda edição dos *Conselhos aos Diabéticos* e, dentro das noções elementares em que é trabalhado este opúsculo, dada, emfim a sua índole, devemos dizer, sem lisonja, que a obra representa um louvável elemento de educação, precioso para quem carece de certos ensinamentos fundamentais, em termos acessíveis, de fácil apreensão.

Incluem-se ainda algumas tabelas com a composição média e valor nutritivo dos principais alimentos e de algumas especialidades dietéticas da casa editora.

As estenoses rectais e peri-rectais de origem inflamatória, por M. DA SILVA LEAL.

Consta esta pequena brochura de assunto versado pelo autor em três conferências realizadas na Associação Médica Lusitana, no ano de 1933, sucessivamente sobre a sua etiologia e patogenia (1.^a conferência), sobre os síndromas e seus tipos clínicos (2.^a conferência) e sobre o diagnóstico diferencial, suas complicações e tratamento (3.^a conferência). A-par da alusão a alguns casos da sua clínica privada, o autor expende considerações gerais sobre os capítulos citados.

MORAIS DAVID.

Hospitais Cívis de Lisboa. — Estatística económica de 1932-33.

Acabamos de receber a excelente publicação editada pelos Hospitais Cívis de Lisboa, onde, em mapas e gráficos desenvolvidos segundo os mais modernos princípios da Estatística, se pode facilmente verificar o movimento económico referido ao ano de 1932-33, isoladamente, e em comparação com outros anos próximos passados.

Esta publicação representa, no nosso meio, um alto e louvável esforço que todos os que se interessam pelos magnos problemas hospitalares saberão apreciar devidamente.

Diagnostic et traitement des perforations pulmonaires (au cours du Pneumothorax thérapeutique et de l'Oléothorax), por EDOUARD SIVRIÈRE. — G. Doin & C^{ie} — Paris. 1934.

Agenésia Anexial Esquerda, por JOAQUIM MONTEIRO BASTOS. — Separata do *Portugal Médico*. Pôrto. N.º 1. 1934.

Síndromas Elefantíasicos Vulvares, por JOAQUIM MONTEIRO. — Separata da *Lisboa Médica*. Lisboa. N.º 6. Ano XI. 1934.

Les apoplexies du voile du palais, por A. VELOSO DE PINHO. — Separata de *Les Annales d'Oto-Laryngologie*. N.º 6. 1933.

Notas sobre Patologia e sistemática da tuberculose laríngea, por A. VELOSO DE PINHO. — Separata do *Boletim de Fisiologia do Sanatório-Hospital «Rodrigues Semide»*. Outubro. 1934.

Guia de trabalhos práticos de Fisiologia, por M. ATHIAS e J. FONTES. — Lisboa. 1934.

Paracelso, quinzenário de estudantes de Medicina. Coimbra. N.º 1. Ano I. 1934.

Terapêutica alimentícia. Niños y Adultos, Departamento científico dos Laboratórios Max F. Berlowitz. Madrid.

Tábuas cronológicas da História das Ciências em Portugal no século XVI, por LUÍS DE PINA. — Imprensa da Universidade. Coimbra. 1934.

Etiologia e profilaxia do crime, por LUÍS DE PINA. — Tipografia do Reformatório de Vila do Conde. 1932.

Tipos constitucionais e criminalidade, por LUÍS DE PINA. — Imprensa Portuguesa. Pôrto. 1934. _____

Contribuição ao estudo do metopismo nos italianos, por LUÍS DE PINA. — Imprensa Portuguesa. Pôrto. 1934. _____

A occipitalização do atlas nos italianos, por LUÍS DE PINA. — Imprensa Portuguesa. Pôrto. 1934. _____

Étude sur la morphologie des crânes égyptiens, por M. LUÍS DE PINA. — Librairie E. Nourry. — Paris. 1933. _____

La morphologie du crâne portugais, por M. LUÍS DE PINA. — Librairie E. Nourry. Paris. 1933. _____

Les angles de la base du crâne chez les indigènes des colonies portugaises africaines, por LUÍS DE PINA. — Librairie E. Nourry. Paris. 1933. _____

Contribuição para a Antropologia dos povos bracarenenses, por LUÍS DE PINA. — Tip. Minerva. Famalicão. 1932. _____

O românico no concelho de Guimarães, por LUÍS DE PINA. — Tip. Minerva Vimaranesse. Guimarães. 1929 e 1930. _____

Subsídio para a Arqueologia no concelho de Guimarães, por LUÍS DE PINA. — Tip. Minerva. Famalicão. 1930. _____

O índice cefálico nos Beirões, por LUÍS DE PINA. — Huelves y Compañía. Hilarión Eslava. Madrid. _____

O índice cefálico da população do Pôrto, por LUÍS DE PINA. — Imprensa Portuguesa. Pôrto. 1932. _____

Estatura, côr dos olhos e dos cabelos nos transmontanos, por LUÍS DE PINA. — Huelves y Compañía. Madrid. _____

O índice cefálico nos transmontanos, por LUÍS DE PINA. — Imprensa Portuguesa. Pôrto. 1932. _____

Pedro Julião ou Pedro Hispano (Papa João XXI), por LUÍS DE PINA. — Bertrand (Irmãos), Lda. Lisboa. 1932. _____

Dissecção de uma negra de Angola, por LUÍS DE PINA e ARMANDO LEÃO. — Imprensa Portuguesa. Pôrto. 1934.

Boletim de Tisiologia do Sanatório-Hospital «Rodrigues Semide», Ano I. N.º 1. Publicação trianual. Pôrto. 1934.

Le Nouveau Institut d'Histologie et d'Embryologie de la Faculté de Médecine, résumé des principaux travaux publiés depuis 1930. Papelaria Modêlo. Pôrto. 1934.

Teses médicas portuenses sôbre assuntos coloniais, por LUÍS DE PINA. — Tip. Enciclopédia Portuguesa, Lda. Pôrto. 1934.

Anomalias raras dos músculos do pescoço, por ARMANDO LEÃO. — Separata da *Medicina Contemporânea*. N.º 28. 1934.

Nouveau cas de musole présternal chez un monstre exencéphalien, por J. A. PIRES DE LIMA. — *Typis Academicis*. 1934.

Le climat de Madère et ses effets thérapeutiques, por ARMANDO NARCISO. — Tip. Enciclopédia Portuguesa, Lda. Pôrto. 1933.

Ueber ein merkwürdiges Zusammentreffen von Karzinom und Lymphogranulomatose, por M. PRATES. — Gustav Fischer, Jena. 1935.

Jornal da Associação Portuguesa de Urologia, Ano Académico 1932-33. Imprensa Médica. Lisboa. 1934.



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdade de Medicina de Lisboa

Abriu-se, pelo prazo de trinta dias, concurso documental de provas práticas para preenchimento de um lugar de assistente do 6.º grupo (medicina interna — cadeira de clínica médica), da Faculdade de Medicina de Lisboa.

*

Hospitais

Cívics de Lisboa

Está aberto concurso documental e de provas práticas, pelo prazo de trinta dias, para provimento de dois lugares de assistentes de serviço geral de clínica médica dos Hospitais Cívics de Lisboa.

— Foram nomeados internos do 2.º ano do internato geral dos Hospitais Cívics os Drs. Adolfo Arez da Silva, Alexandre Gomes dos Santos, Alfredo Marques Ferraz Franco, Angelo da Cruz Pena, António Francisco Nunes, António Rasgado Rodrigues, António de Castro Caldas, António Telo Nunes da Costa, Bernardino dos Santos Freire, Carlos Gomes Pedro, Ernesto Moreira, Francisco Soares de Albergaria Ambar, Francisco Balsemão Martins Canhoto, Gustavo de Matos Carinhas, Idálio Ferreira de Oliveira, João Afonso Cid dos Santos, João Germano Neves da Silva, João de Arriaga Xavier da Costa, João Vitor dos Prazeres de Sá, João de Sousa Teles Amaro, José Neves Martins, José Domingos Passos, José França de Sousa, José Godinho de Oliveira, José Soares Santa, Manuel da França Marques Coelho, Manuel Martins de Queiroz, Maria Luiza de Saldanha da Gama Van Zeler, Mário Rodrigues Cardoso, Mateus Tavares Xavier, Raúl Perdígão Cid Leiria, Ricardo Horta Júnior, Rui Cândido de Figueiredo Lima, Sebastião Custódio de Brito e Abreu e Vergílio Godinho Nunes.

— Para o cargo de internos do 3.º ano dos serviços clínicos foram nomeados, por concurso, os Drs. Jacinto Vasconcelos Moniz de Bettencourt, Armando Barreiros Santos, José Correia Galvão Rocha, João da Graça Tapedinhas, Luiz Lopes da Costa, João Valério Bastos da Luz, Nelson Correia de Magalhães Figueiredo, António Vilas Boas Carneiro de Moura, Raúl de Matos Ferreira, Augusto Frederico da Silveira Machado, Manuel Pereira Rodrigues Clarinha, Roberto Duarte da Silva Sarmento, Joaquim Amorim dos Santos

Correia, Abílio de Castro Peral, Renato Joice Damas Mora, Cesina Borges Adães Bermudes, João José Varela, Álvaro Ramos Chaves, Henrique Lima Barbeitos Pinto, António Domingues dos Santos, José Carlos Moreira, Sebastião José de Carvalho, Fausto Tavares Xavier, Salvador da Cunha Mendonça e Meneses, Armando Olímpio Dias, António da Paz Pereira, Luiz Gonzaga Moura, António Dias Barata Salgueiro, Luiz Machado Miranda de Noronha e António Joaquim Arruda.

De Penacova

Foi mandado inaugurar o hospital de Penacova.

Sociedade das Ciências Médicas

Na Sociedade das Ciências Médicas realizou-se uma reunião sob a presidência do Prof. Borges de Sousa.

O Prof. Lopo de Carvalho apresentou uma comunicação intitulada «A orientação da Assistência Nacional aos Tuberculosos».

Associação Portuguesa de Urologia

Na sessão de 11 de Dezembro findo da Associação Portuguesa de Urologia, o Prof. Reinaldo dos Santos realizou uma conferência intitulada «Patologia do rim único».

— Na sessão do dia 2 de Janeiro foram apresentadas as seguintes comunicações:

«Sobre a patologia do rim único, post-nectomia», pelo Dr. Henrique Bastos.

«Alguns casos de lesões no rim único, post-nectomia», pelo Dr. Alberto Gomes.

Sociedade Portuguesa de Estomatologia

Na sessão de inauguração do novo ano académico, sob a presidência do Dr. Tiago Marques, o Dr. Ferreira da Costa fez uma comunicação sobre «A radiografia no diagnóstico diferencial entre quisto para-dentário e sarcoma».

O Dr. Pereira Varela apresentou duas comunicações: «Um caso de osteomielite num diabético» e «Um falso caso de estomatite por avitaminose». Comunicou, ainda, um caso de septicémia crónica de origem dentária.

— Realizou-se, há dias, uma reunião conjunta da Sociedade Portuguesa

de Estomatologia e do seu Núcleo do Norte, com a presença de sócios de Coimbra, da Figueira da Foz e de outros pontos do país.

Os Drs. Frazão Nazaré e António Paúl fizeram uma comunicação sobre «Um caso de tétano».

O Dr. Acácio Ribeiro mostrou «Um caso de leucoplasia bucal consecutiva ao tratamento de uma bronquite asmática pela auroterapia».

O Dr. Tiago Marques falou sobre «Piorreia e seu tratamento». Discutiram esta comunicação os Drs. Frazão Nazaré, Ferreira da Costa, Acácio Ribeiro e António Bonfim.

*

* *

IV Congresso Hispano-Português de Urologia

Já foi fixada, pela Associação Espanhola de Urologia, a data do futuro Congresso hispano-português de urologia, que se realizará em Cádiz, de 22 a 25 de Julho próximo, sob a presidência do professor da Universidade daquela cidade, Dr. Alcina. O secretário da Associação Portuguesa de Urologia, Dr. Alberto Gomes, já começou os trabalhos de organização do referido Congresso.

*

* *

Prof. Rodriguez Cadarso

A Academia das Ciências de Lisboa realizou, no dia 20 de Dezembro, uma sessão de homenagem à memória do Prof. Rodriguez Cadarso, que foi reitor da Universidade de Compostela e fundador do Instituto de Estudos Galaico-Portugueses, daquela cidade.

Abriu a sessão o Prof. Pedro José da Cunha, o qual deu a palavra ao Prof. Henrique de Vilhena, encarregado do elogio do homem de ciência que foi Cadarso.

No final da oração agradeceu o Prof. Iglésias, vice-reitor da Universidade de Santiago de Compostela.

*

* *

Bólsas de estudo

Ao Dr. Alberto Malafaia Baptista, assistente da Faculdade de Medicina do Pôrto, foi restabelecida a bôlsa de investigação no país.

— As comissões gratuitas de serviço público de que foram encarregados os Drs. Carlos Gomes de Oliveira e Fernando Nunes da Silva Araújo, para procederem, nos Estados- Unidos da América, a estudos de aperfeiçoamento de medicina sanitária, aproveitando as bôlsas da Rockfeller Foundation, concedidas à Direcção Geral de Saúde, foram prorrogadas até Junho do próximo ano.



Saúde pública

O Dr. António Anastácio Gonçalves, delegado de saúde efectivo de Lisboa e antigo guarda-mor de sanidade marítima, foi nomeado inspector-chefe de sanidade marítima e internacional, na vaga do Dr. António Augusto Gonçalves Braga. O lugar de guarda-mor foi ocupado pelo Dr. Joaquim Gabriel de Almeida.

— Declarou-se vago um lugar de delegado de saúde substituto no quadro do pessoal técnico da Inspeção de Saúde de Lisboa.

Homenagens

Em virtude de ter atingido o limite de idade, o Dr. António Augusto Gonçalves Braga, inspector-chefe de Sanidade Marítima e Internacional e decano do professorado do ensino secundário, foi alvo de uma homenagem da parte dos professores e alunos no Liceu D. João de Castro. Também os médicos e demais pessoal do Posto de Desinfecção Marítima lhe prestaram homenagem quando o Dr. Gonçalves Braga ali foi apresentar despedidas.

O Ministro do Interior concedeu-lhe um louvor pela maneira como desempenhou os seus cargos.

— O Govêrno espanhol agraciou o coronel Dr. Manuel Rosado Fernandes Gião e o major Dr. Manuel Joaquim da Silva e Mata Júnior, delegados de Portugal ao VII Congresso de Medicina e Farmácia Militar, com a Cruz de Mérito Militar.

— Em Coimbra, na delegação da Associação de Socorros Mútuos «Igualdade», por motivo da inauguração do pòsto médico e de socorros, prestou-se solene homenagem aos clínicos daquela agremiação Drs. José Cipriano Denis e António Cerveira.

— Ao Dr. Carlos Larroudé foi conferido o grau Dedicação da Cruz Vermelha Portuguesa.

Conferências

O Dr. Tovar de Lemos realizou, na sede da União Football Lisboa, uma conferência da série promovida pela comissão de iniciativa. O tema versado foi «O perigo da sífilis».

— Em Bragança, o Dr. Francisco Morgado falou sôbre «O cirurgião e a cirurgia moderna».

Necrologia

Faleceram: em Borba, o Dr. José Marcelino Pereira Ramos de Abreu e, em Santarém, o Dr. Salvador Maria de Sousa.



PANBILINE
nas DOENÇAS DO FIGADO

são
os
aneis
de uma
mesma cadeia:

RECTOPANBILINE
na PRISÃO DE VENTRE

A OPOTERAPIA
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA
TOTAL

HÉMOPANBILINE
nas ANEMIAS

LITERATURA AMOSTRAS

LABORATOIRE DU D^r PLANTIER ANNONAY (Ardèche)
FRANCE
ou Gimenez-Salinas & C.^a — 240-Rua da Palma-246 — LISBOA

A MUSCULOSINA BYLA, VITAMINADA

SUCO MUSCULAR DO BOI, CONCENTRADO, INALTERÁVEL

FORÇA,

DÁ

SAUDE

AGENTES PARA PORTUGAL: GIMENEZ-SALINAS & C.^a

RUA DA PALMA, 240-246 — LISBOA

ALUCOL

Hidrato de alumínio coloidal

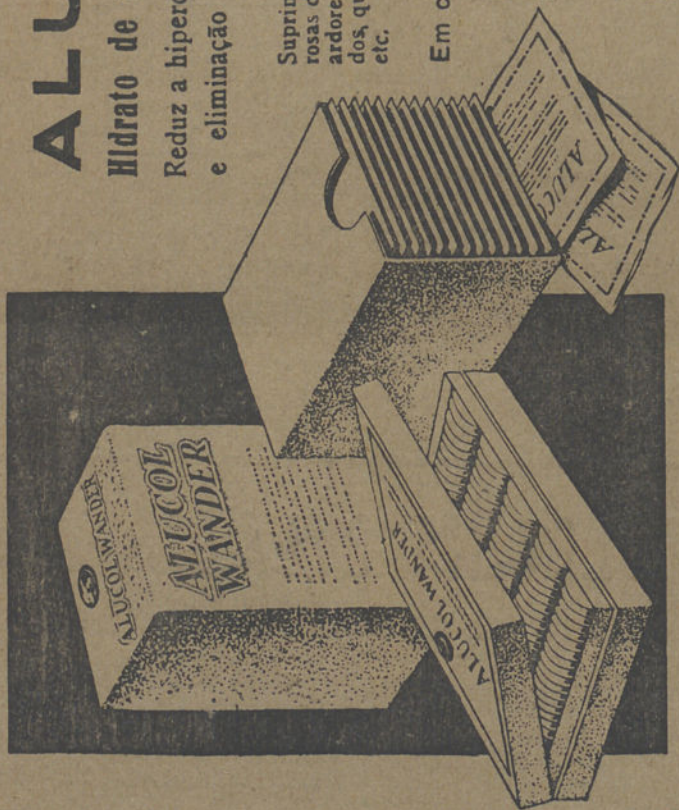
Reduz a hipercloridria pela fixação e eliminação do ácido clorídrico

Suprime as manifestações dolorosas do estado hiperclorídrico: ardores, regurgitamentos acidos, queimaduras do estomago, etc.

Em comprimidos e em pó

Dr. A. WANDER, S.-A., Braga
A VENDA EM TODAS AS FARMACIAS E DROGARIAS

UNICOS CONCESSIONARIOS
PARA PORTUGAL
ALVES & C.ª IRMAOS
RUA DOS CORREIROS, 41, 2.º
L I S B O A



ALUCOL WANDER

Sala
Est.
Tab.
N.º