

Ano VI

N.º 5

Maio de 1929



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

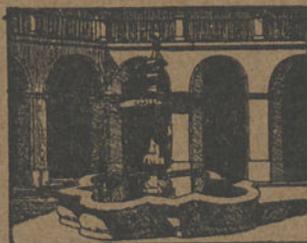
*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,
Pulido Valente, Adelino Padesca, António Flores,
Henrique Parreira*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

*Vasco Palmeirim, A. Almeida Dias, Morais David, Fernando Fonseca
António de Meneses e Eduardo Coelho*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

KALOGEN

Solução de Compostos Halogenados de Calcio
Preparada por Dr. TAYA e Dr. BOFILL

TONICO RECONSTITUINTE RECALCIFICANTE

Depositarios para Portugal e Colonias

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — R. Nova da Trindade, 9, 1.^o — LISBOA

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

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

Granulos de Catillon a 0,0004 **STROPHANTINE** CHRYST.

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

Muitos Strophantus são inertes, as tinturas são infieis; exigi 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.

RICINOSAL

OLEO DE RICINO EM PÓ EFERVESCENTE

Purgante eficaz e muito

agradavel de tomar

Verdadeiro substituto do

oleo de ricino vulgar

|| INDICADO PARA ||

CRIANÇAS • GRÁVIDAS • PUÉRPERAS

PREPARAÇÃO DE M. GIMENEZ - SALINAS
CALLE ARZOBISPO P. CLARET, 21 Y 23 — BARCELONA

PARA AMOSTRAS DIRIGIR-SE AOS REPRESENTANTES:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — RUA NOVA DA TRINDADE,
LISBOA

Sala B

Est. 9

Tab. 1

N.º 11

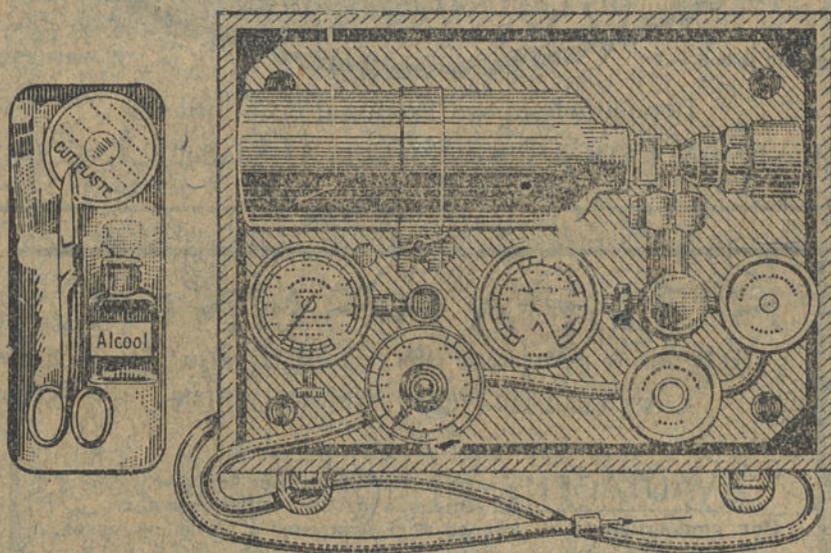
OXIGENADOR DO DR. LESIEUR

DA

S.^TÉ OXIGETT

É o unico aparelho que permite uma pratica perfeita e segura
na oxigenotherapia sub-cutanea

É SIMPLES, ECONOMICO e PORTATIL



Dosea automaticamente, com todo o rigor
o oxigenio injectado, depois de o purificar

Pedir todos os esclarecimentos e demonstrações aos representantes e depositarios

DAVITA, L.^{DA}

Rua Eugenio dos Santos 81

LISBOA

COMBINAÇÃO IODO-PEPTONADA
GOTTAS, INJECTAVEL

I O D O N E

"ROBIN"

Arteriosclerose, Affecções cardiacas,
Obesidade, Rheumatismo, Syphilis

OS LABORATORIOS ROBIN

13, Rue de Poissy, PARIS

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

N.º 832
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a-R Nova da Trindade, 9, 1.^o-LISBOA

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminarsenofenol

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 606, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(injecções em série)

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

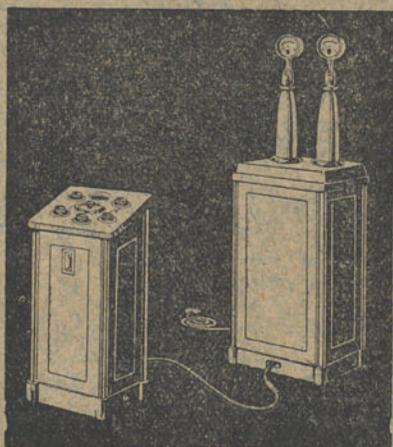
Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI^e)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

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

LISBOA



APARELHO DE RAIOS X «HELIODOR»
Próprio para pequenos hospitais e consultório

Os melhores
aparelhos de
RAIOS X
E
Electromedicina

são os da

SIEMENS REINIGER VEIFA

O melhor instrumental CIRÚRGICO, de DESINFECÇÃO, HOSPITALAR, é o da
casa M. Schaerer S. A., de Berna

Material para

Raios ultravioletas

Sempre em Armazem

Lampadas de vapor de mercurio (Bach e Jesioneck)

Lampadas Sollux

Lampadas de arco

J. Roma, L.^{da}, Engenheiros, RUA DOS FANQUEIROS, 334-LISBOA



AVENOPATIAS

Consecutivas á escarlatina ou sarampo, anginas ou amigdalites, desaparecem por completo com uma cataplasma quente de

Antiphlogistine
TRADE MARK

aplicada sob a direcção do médico, permanecendo 12 a 24 horas—depois do que se renova tantas vezes quantas forem necessárias.

The Denver Chemical MFG. Co., New-York

LABORATORIOS: — Londres, Paris, Berlim, Barcelona, Buenos Ayres, Sydney, Montreal, Mexico City, Florence, Rio de Janeiro.

ROBINSON, BARDSLEY & Co.

S, Caes do Sodré, S

LISBOA

ALIMENTOS**ESPECIALIDADES****A L L E N B U R Y S**

da fábrica ALLEN & HANBURY'S, LTD., fundada em 1715

N.º 1 — Lacteo, para recém-nascidos**N.º 2** — Lacteo, dos 3 aos 6 meses**N.º 3** — Maltado, depois dos 6 meses e adultos**Diet** — para dispepticos e velhos**Biscoitos** — maltados, para o desmame**Farinha** — para diabéticos, etc.**Oleo de Fig. de Bac.** — com malte (Bynol)**Parafina** — contra prisão de ventre**Extracto de Malte** — puro (Torch)**Pastilhas** — mentol, eucalipto, etc.**Biberons** — o melhor modelo**Sabonetes** — «Baby Soap», para peles finas**Carne líquida, Leite maltado, Hemoglobina, Oleo de ricino, etc.****APRECIADOS PELOS MÉDICOS
PREFERIDOS PELA ÉLITE.****Folhetos, tabélas e impressos aos Ex.ªs clínicos****TERMÓMETROS HICKS GARANTIDOS****CLÍNICOS**

N.ºs 1, 2, 3 e 17

marca

registada

GENUÍNOS

prismáticos, UM ou MEIO MINUTO

USADOSpelo HOSPITAL DA MARINHA
pela ASSISTENCIA NACIONAL AOS TUBERCULOSOS, etc.**A' venda nas FARMACIAS de todo o mundo****INSULINA 'A.B.'**
MARCA DE  FÁBRICA **Brand**

Esta Insulina foi a 1.ª apresentada na Inglaterra á classe médica e após 5 anos mantém a reputação de ser a de maior confiança e a demais seguros e satisfatorios resultados.

CARACTERÍSTICAS:

Uniformidade das unidades. — Potencia e inalterabilidade em qualquer clima. — Pureza e esterilidade completas. — Ausencia de proteínas que produzam reacção e portanto, dos seus desagradaveis efeitos

A P R O V A D A:pelo Ill.º Prof. Dr. ERNESTO ROMA
pela ASSOCIAÇÃO dos DIABÉTICOS

A de maior venda no pais e

A UNICA adquirida
pela MISERICORDIA DE LISBOA

A acção da INSULINA A. B. avalia-se por meio das mais completas provas fisiológicas e baseia-se na unidade convencionada e no produto-padrão

Cada lote antes de sair da fábrica é vistoriado pelo Conselho Britânico de Pesquisas médicas

Fornece-se em duas forças:

20 UNIDADES — POR C. C.

5 c. c. (frasquinhos de 100 un. ou 10 doses)

25 c. c. (frasquinhos de 500 un. ou 50 doses)

40 UNIDADES POR C. C.

5 c. c. (frasquinhos de 200 un. ou 20 doses)

À disposicao dos srs. clínicos o folheto «Notas Práticas Sobre o Tratamento pela INSULINA».

FABRICANTES UNIDOS:**ALLEN & HANBURY'S, LTD. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.**

Representantes: COLL TAYLOR, LDA. Rua dos Douradouros, 29, 1.º — LISBOA — Telef. C. 1386. Teleg. DELTA

Hämatopan

do Dr. A. WOLFF, BIELEFELD

Depositários:

Henrique Linker, L.da—LISBOA

Rua de D. Pedro V, 32-36

HEMOGLOBINA - FERRO

Extracto de Malte

RICO EM VITAMINAS

simple e composto com arsénio — brometo de cálcio — cálcio — ferro inorgânico — ferro e arsénio — gaiacol — iodo — silício — silício e cálcio — silício, cálcio e gaiacol.

Resultados excelentes!
Sabor agradável

SPETON

PASTILHAS
ANTISEPTICAS
E
PROFILATICAS

O protector
ideal para
as mulheres

Conhecidas
desde ha mais
de 25 anos



GONOCIN

Antibienorragico **INTERNO**
poderoso

Excelente desinfectante das
vias urinarias

Alivia e acalma as dores

É diuretico e anaphrodisiaco

Efeitos seguros em casos
recentes e chronicos de
gonorrea e cistite

Poderoso desinfectante vaginal

Fabricante: TEMMLER-WERKE, Berlin-Johannisthal

Depositarios exclusivos: Henrique Linker, L.^a-Lisboa, R. D. Pedro V, 32-36

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

(PÁGAMENTO ADIANTADO)

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60\$00

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO: 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

PÕ
DE ABYSSINIA
EXIBARD
Sem Opio nem Morphina.
Muito eficaz contra a
ASTHMA
Catarrho — Oppressão
todas affecções espasmodicas
das vias respiratorias.
35 Anos de Bom Exito. Medalhas Ouros e Prata.

H. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C^o
6, Rue Dombasle, 6
PARIS

E BOAS PHARMACIAS

Laboratórios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche

PARIS (França)

Registo comercial: Seine N.º 103 278

ARHÉOL $C^{15} H^{26} O$ 

Princípio activo da Essência de Sândalo
Blenorragia. Cistite. Piérite. Pielonefrite.
Catarro vesical

KOLA ASTIER

GRANULADA



Antineurasténico. Regulador do coração
Gripe. Astenia Surmenage.
Convalescença das doenças infecciosas

NÉO-RIODINE $C^3 H^6 O^4 I S Na$

Solução Aquosa de Iodo
Organico Injectavel



44% de Iodo

ACÇÃO**IMMEDIATA****INTENSA**

Em injeções intramusculares e intra-venosas.

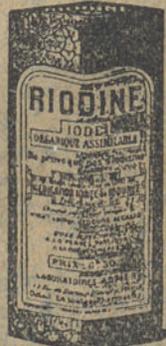
Dose: de 1, 2, 3 a 5 cm³ segundo os casos.

NÃO PROVOCAM ACCIDENTES DE IODISMO

Perturbações cardio-vasculares. Arterio-esclerose. Escléroses pulmonares. Affecções respiratorias chronicas. Rheumatismo. Lymphatismo. Escrofula. Tuberculose. Doenças especificas e em todos os casos em que a medicação iodada ou iodurada é indicada.

RIODINE $(C^{18} H^{33} O^3)^3 (IH)^2 C^3 H^5$

Derivado organico iodado
Ether glycerico
iodado do acido
ricinoleico.

**ACÇÃO****LENTA****PROLONGADA**

Composto definido e estavel
Dose media: De 2 a 6 perolas por dia
após as refeições.

Depositários gerais para Portugal e Colónias:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — Rua Nova da Trindade, 9, 1.º — LISBOA



SUMÁRIO

Artigos originaes

O problema do choque, por Luís Adão.....	pág.	275
Ressecção do joelho por tumor branco segundo a técnica de Fredet, por Amândio Pinto.....	»	310
Notas clínicas		
Colapso e insuficiência cardíaca aguda, por Eduardo Coelho.....	»	328
Sessões científicas do Hospital Escolar		
Sessão de 15 de Abril de 1929.....	»	333
Bibliografia		
Revista dos Jornais de Medicina.....	»	337
Biblioteca da «Lisboa Médica».....	»	350
Notícias & Informaçoes.....	»	XXXV

2.^a Clínica Cirúrgica
(Director: Prof. Dr. Cabeça)

O PROBLEMA DO CHOQUE (*)

(NAS SUAS RELAÇÕES COM OS SERVIÇOS DE CIRURGIA DE URGÊNCIA)

POR

LUÍS ADÃO

«A patient in a condition of profound shock presents a very characterist appearance. He lies perfectly still and pays no attention to what is going on around him. The face is overspread by an ashengray pallor, large drops of sweat hang from the eyebrows, the eyes are weary, lusterless, and deeply sun ken in their sockets, the cheeks hollow, the brow furrowed with anxiety, the skin cold and clammy....»

TRAVERS.

EVOLUÇÃO DO ESTUDO DO CHOQUE

E a TRAVERS (*An inquiring concerning that disturbed state of vital fonctions usually denominated constitutional irritation*) que se deve a primeira descrição do sindroma intitulado: choque. Antes de 1826 as palavras prostração, colapso, letargia, esgotamento, espanto e estupor serviam igualmente para designar os estados depressivos em que certas violências exteriores lançavam por vezes os feridos. Foi, porém, êsse autor inglês *que, desbra-*

(*) Lição feita aos alunos do 5.º ano nos dias 25 e 27 de Fevereiro p. p.

vando o terreno onde havia muita palavra e se aproveitavam poucas ideas (no dizer conceituoso e levemente irónico de um dos seus compiladores), que mais exactamente definiu êsse sindroma, cuja criação por mais de vinte anos parece todavia ter passado despercebida aos tratadistas franceses. Tão esdrúxula inicialmente se afigurou esta entidade nosográfica aos patologistas gauleses e aos dos restantes povos seus parasitas mentais que o vocábulo «*shock*» conservou e talvez mantém, por isso, uma integridade ortográfica muito de admirar na hodierna e niveladora internacionalização lingüística.

TRAVERS encarava basilarmente o choque como uma excitação perturbadora da mecânica celular nervosa. Os seus estudos, a que naturalmente falhava qualquer base de repetição experimental, tinham apenas um fundo de mera análise clínica e assentavam assim sôbre figurações de atípica dinâmica nervosa nos acidentados em desastres graves. Tão friamente porém foram acolhidos os frutos de uma observação, que sob o ponto de vista clínico ainda hoje revela o viço de uma verdade bem pesquisada, que o sábio inglês desolado acabou por se desinteressar também. Foram rolando os anos e só quebrou êste silêncio Sir ASTLEY COOPER, que, em verdade, se pode dizer nada mais ter feito do que reeditar o que já anteriormente fôra exposto.

Em 1864, KEEN, MITCHELL, GROSS e ERICHSEN retomaram o fio dêste género de observações e, atendendo a que as grandes violências exteriores (era apenas o choque traumático que interessava os patologistas) produziam um manifesto abaixamento de temperatura, a palidez da face, o encovamento dos olhos, a cianose dos lábios, etc., pretenderam atribuir, por êsse facto, o choque a um esgotamento do centro vaso-motor.

Em 1870 LEYDEN considera-o como sendo antes uma irritação reflexa e BLUM (*Du choc traumatique*) uma inibição traumática.

MELTZER e outros repetem as teorias de LEYDEN e MITCHELL sem nada, porém, adiantar para o fundo da questão, e assim se entrou a marchar aos cambaleios num amontoar e desfazer de hipóteses nitidamente inconsistentes, porque lhes falhava a base de uma acurada experimentação e até mesmo de penetrante interpretação clínica. CRILE em 1900, com farta bagagem de investigações simultâneamente laboratoriais e clínicas, pode afirmar finalmente *que o fenómeno essencial do choque era a baixa pres-*



são do sangue e, desde que não havia lesões demonstráveis nos casos fatais e efeitos tardios nos que se restabeleciam, se devia imputar a causa d'êste acidente antes ao esgotamento do que a lesões estruturais. Êste esgotamento, acrescenta, podia assentar no músculo cardíaco, no centro cárdio-respiratório e nos centros vaso-motores; predominantemente em qualquer dêles ou em equivalência de estímulo para os três. Era êste o modo de ver de CRILLE e pode dizer-se que foi igualmente a base de ultteriores estudos.

HENDERSON, impressionado pela habitual taquipneia dos chocados, concebeu engenhosamente uma nova teoria (a da acápnia), ou seja a explicação do choque pela diminuição do CO_2 no sangue. A actividade do centro respiratório, afirmava êste autor, é fundamentalmente governada pela taxa de CO_2 ; um excesso de CO_2 produz uma aceleração das respirações; pelo contrário uma diminuição de CO_2 arrasta à bradipneia com inspirações fundas e por fim à apneia. HENDERSON deduzia assim que as respirações rápidas e profundas que os estímulos dolorosos e continuados provocavam baixavam automaticamente a taxa de CO_2 e isso deveria ser portanto a causa primária do choque. Secundariamente a essa acápnia sobreviria uma queda de pressão venosa, uma acumulação de sangue nos espaços venosos, a meiopragia da aurícula direita e por tudo isto uma inevitável hipotensão.

Apoiando-se nas experiências de SHERRINGTON e COPEMAN, que afirmavam igualmente que da diminuição de CO_2 resultava uma fuga do plasma do sangue para os tecidos perivasculares, Henderson via igualmente explicada a concentração de glóbulos que, de facto, é uma outra característica do síndrome (oliguemia).

Como quando se abre o abdómen e os intestinos se expõem é relativamente grande a perda de CO_2 pelas superfícies viscerais (perda quarenta vezes maior do que pela pele), HENDERSON attribuía a êste mecanismo a facilidade de cair em choque o doente demorada e mal manipuladamente operado nessas circunstâncias. Um programa de tratamento dimanou desta concepção e era assim economizar o CO_2 indevidamente perdido. O emprêgo de morfina (bradipneico), o fazer respirar o ar já expirado, banhar as vísceras abdominais em sôro fisiológico sôbre-saturado de CO_2 , que também era injectado intravenosamente, foram, de facto, as linhas gerais dessa terapêutica.

Sempre na eterna busca da verdade outros experimentadores vieram à liça, e assim se apresentaram as teorias da inibição dos nêrvos espinhais e a da excitação cerebral.

Chegava a altura da Grande Guerra e para vantagem destes trabalhos não há que lhe regatear louvores. Ela vinha propiciar largamente a investigação, fornecendo um abundante material que permitiria verificar no homem aquilo que até então e pouco bem se estudava *in anima vili*. De facto, o estudo experimental do choque traumático feito antes da guerra e durante esta quási até 1917 visava, quando muito, confirmar aquilo que os grandes traumatismos (acidentes ferroviários, esmagamento e arrancamento de membros, etc., por sua vez tardiamente observados pelos médicos) revelavam como elemento produtor de sobreexcitação nervosa. Raros casos havia registados em que estes acidentes espectaculosos não tivessem deixado de produzir o choque clássico. Ora foi principalmente a guerra das trincheiras, que rasgou amplos horizontes a êste problema deveras intrincado. Ela permitiu, de facto, aos cirurgiões das primeiras linhas ver os efeitos imediatos do traumatismo, seguindo-os até momento a momento. Observou-se assim que nem sempre o choque era de aparição instantânea mal realizada a incidência traumática, como logicamente o deveria ser se se tratasse apenas de uma inibição, de uma sobreexcitação ou de quaisquer outros fenómenos nervosos reflexos. Às teorias, que nas suas diferentes modalidades visavam o sistema nervoso central e raquidiano, à acápnia de HENDERSON e já mesmo à figuração interpretativa e eclética de CRILE, a toxemia vinha juntar-se.

Não é possível esquecer o magnífico trabalho que a escola francesa, brilhantemente representada nesta ordem de ideas por DENTU, SENCERT, MOCQUOT, DUVAL e tantos outros, prestou ao absorvente e difícil problema do choque; mas há que confessar que à intervenção anglo-americana se deve a sistematização dêste momentoso assunto. CRILE, BAYLISS, TAYLOR, TURCK e CANNON puderam, com rara felicidade através do *comité* para a investigação do choque, orientar os práticos, e todos nós lhes devemos muito.

Feita, como se vê, a larguíssimos traços a história da evolução do estudo dêste síndrome, vamos agora referi-lo nos aspectos que mais poderão interessar aos serviços de urgência.

Iodo-Calcio-Diuretina «Knoll»

Preparado muito bem acolhido, tendo por base a Diuretina «Knoll», desde varios decennios universalmente consagrada.

Sem sabor alcalino. □ Supporta-se optimamente. □ A componente calcica, chimicamente ligada ao iodo, à teobromina e ao acido salicylico, completa d'uma maneira muito feliz a acção conjuncta de todos estes ingredientes.

Doses: 3 vezes ao dia 1 comprimido depois das refeições.
Emballagens originaes: Tubosinhos com 20 comprimidos.

Indicações: Hypertonia, angina de peito, asthma cardiaca, asthma bronchica, dyspnea chronica e cardiaca, aortite luetica, esclerose dos vasos cerebraes, etc. Em muitos casos emprega-se tambem prophylacticamente

*contra os achaques do homem
de idade superior a 40 annos.*

HEXOPHAN



Poderoso medicamento contra a gotta

Ação rápida e duradoura, dissolvente do ácido úrico, não produz transtornos gastro-intestinais. — Internamente :

3 a 4 vezes por dia 1 grama

Empacotamento original «Hoechst».

Tubos de 20 comprimidos de 1 grama

Literatura e amostras a pedido dos srs. médicos

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Departamento Farmaceutico 'Bayer-Meister Lucius'

Representante-depositário **AUGUSTO S. NATIVIDADE**

Rua dos Douradoures, 150, 3.º — LISBOA



CLASSIFICAÇÃO DO CHOQUE

Embora o vocábulo «choque» originariamente se empregasse para definir o estado de depressão consecutivo à incidência de traumatismos graves, concede-se-lhe hoje, por necessidade de terminologia científica, uma maior latitude de referência. Talvez que essas variedades de choque sejam na sua possível essência como que as diferentes facetas de um mesmo cristal; mas ainda assim há didaticamente vantagem em definir, embora concisamente, essas designações, cujo sentido varia, de resto, conforme o qualificativo apenso.

Assim é comum o emprêgo da expressão *choque anafilático*. Por choque anafilático inicialmente se traduziu o conjunto de acidentes que apareciam depois de repetidas injeções da mesma substância albuminóide em dose insuficiente para matar ou até mesmo para tornar doente o animal em experiência. Do campo experimental o neologismo de RICHET passou para a clínica, e é de todos bem conhecido o já vasto grupo de entidades mórbidas consideradas actualmente como doenças anafiláticas. A via para a sensibilização de hipodérmica nos primeiros tempos passou para a clínica, e é de todos bem conhecido o já vasto grupo de entidades mórbidas consideradas actualmente como doenças anafiláticas. A via para a sensibilização de hipodérmica nos primeiros tempos passou a intramuscular, intravenosa, e até mesmo se realiza por reabsorção de mucosas e serosas.

Também se fala do choque emotivo ou psíquico (*shell shock* dos ingleses) e por esta expressão se pretende designar a série de perturbações emotivas simples ou comocionais independentes da gravidade do trauma e sobrevivendo até mesmo sem qualquer ferimento. O choque psíquico pode acompanhar ou não lesões do sistema nervoso central e até seguir manifestações clínicas das mais variadas modalidades. É útil lembrá-lo, porque aos fenómenos gerais que complicam as feridas pode adicionar-se este elemento de reacção psíquica, algumas vezes encadeando-se até com o verdadeiro choque traumático.

São estes os *falsos* choques a opor às variedades: *choque operatório*, que resulta do estado patológico do operado, do grau de traumatismo operatório e da natureza e dose do anestésico empregado; *choque traumático*, em consequência da inci-

dência de traumatismos e cujas características definiremos a seu tempo; *choque por hemorragia*, também denominado colapso hemorrágico, e *choque por infecção*. Havendo que aludir também ao *choque experimental*, só nos ocuparemos das quatro últimas variedades, que constituem (e sobretudo nas modalidades traumática e operatória) o síndrome a que habitualmente nos referimos quando empregamos o termo em questão.

A classificação de choque varia segundo a escola francesa e a anglo-americana. Os franceses, por exemplo, consideram três espécies de choque :

- 1) *Imediato*,
- 2) *Primário*,
- 2) *Secundário*.

Os anglo-americanos, adoptando a classificação do *Medical Research Committee on Surgical Shock*, consideram apenas duas espécies de choque :

- 1) *Primário*,
- 2) *Secundário*.

Definamos :

Choque imediato (dos franceses) ou primário (dos anglo-americanos) é o que sobrevém aos traumatismos tão graves, que rapidamente podem tornar-se mortais. Está ligado igualmente às grandes hemorragias. Os doentes apresentam sinais traduzindo perturbações de alto esgotamento nervoso, a que aludiremos com detalhe na sintomatologia do síndrome (palidez, hipotensão, etc.).

Choque primário (dos franceses) ou secundário (dos anglo-americanos) é o que segue mais tardiamente as feridas graves (fracturas expostas do fémur, feridas contusas musculares sem grandes hemorragias, etc.). Não sobrevém, como já se disse, imediatamente logo após a realização do traumatismo, aparecendo antes passadas algumas horas. A exposição ao frio, o transporte sem cuidados, a falta de aparelhagem permitindo o roçar descompassado dos ossos fracturados, são razões de muita importância para o aparecimento desta variedade. Os franceses apelidam-no igualmente de choque por toxemia, pretendendo assim

DRYCO

IRRADIADO

(LEITE EM PÓ)

o produto preferido
pelos médicos de todo
o mundo para a

Amamentação Artificial

The Dry Milk Company

15, PARK ROW — NEW-YORK

(Instituição Internacional para o Estudo e Preparação dos Produtos de Leite Puro)

Depositarios para Portugal e Colonias

GIMENEZ-SALINAS & C.^A

RUA NOVA DA TRINDADE, 9, 1.^o

LISBOA



VIGANTOL

Vitamina-D

Ergosterina sujeita ás radiações ultravioletas, muito activa e de dosagem exacta, foi lançada no mercado!

Algumas das principaes indicações:

Rachitismo, osteomalacia, carie dos dentes, estados espasmodicos (espasmo-philia, tetano), diatese exudativa, anemias.

Prophylactico na gravidez e no periodo da lactação, nos partos prematuros, na constituição rachitica.

Formas Comerciaes: Frascos de 10 e 50 c. c. dum soluto oleoso a 1 $\frac{0}{10}$; calxas em folha de 25 drageas cobertas de chocolate, a 4 mgr.

I. G. Farbenindustrie
Aktiengesellschaft
Departamento Farmaceutico
"Bayer-Meister-Lucius"
LEVERKUSEN

DEPOSITARIOS:

Augusto S. Natividade
Rua dos Douradores, 150-3.º—LISBOA
Sociedade de Anilinas, L.^{da}
Rua José Falcão, 199—PORTO

E. Merck
FABRICA DE PRODUTOS CHIMICOS
DARMSTADT

DEPOSITARIOS

J. Wimmer & Co.
Rua 24 de Julho, 34
LISBOA
Rua Trindade Coelho, 1 C.
PORTO

evidenciá-lo como conseqüência da reabsorção de produtos desvitalizados do foco traumático.

Choque secundário (dos franceses) ou choque séptico é o resultante da evolução de infecções sépticas por quaisquer complicações de carácter microbiano sobreajuntadas aos elementos causadores do choque primário (dos franceses) ou secundário (dos anglo-americanos).

Em resumo: a classificação do choque assenta um tanto como se vê na hora da sua aparição em relação ao traumatismo. O verdadeiro choque (se é possível empregar sem reparos esta designação), o que continua em linha varonil o choque de TRAVERS, é de facto o que sobrevém à incidência traumática, é o choque que poderemos dizer inevitável. O choque toxémico e o choque séptico estão já um pouco sob a alçada da técnica e essa com as suas progressivas melhorias (*pro incolumitate civium*) cada vez mais os irá sabendo rarear.

ETIOLOGIA DO CHOQUE

O verdadeiro choque traduz-se por uma depressão de todas as funções do sistema nervoso central (do bulbo principalmente) e pode conduzir à morte.

Observa-se o choque:

1.º Nas contusões severas do tórax e abdómen. Nas autópsias destes acidentados não se encontram por vezes lesões manifestas, tendo sido todavia o choque tão profundo que arrastou o doente à morte.

2.º Na manipulação brutal de qualquer víscera, do mesentério, do peritoneu parietal e sobretudo do tecido celular sub-peritoneal, onde, como o provou exaustivamente MACKENZIE, se faz a dispersão das terminações nervosas. Uma das mais importantes causas do choque é, na prática civil, a exposição indevida dos órgãos da cavidade abdominal, que, mercê da anestesia do doente, são vítimas silenciosas desta espécie de agressão. Um facto de carácter axiomático se impõe e é este: *sempre que uma intervenção exceder o prazo de uma hora aes possibilidades de choque e de infecção sobreajuntada aumentam em relação à unidade de tempo em progressão geométrica*. A mudança rápida de posição

durante o acto operatório — do Tredelenburg, por exemplo, para a posição horizontal — pode ser razão para a morte por choque resultante, neste caso, da isquemia acentuada dos centros bulbo-protegeranciais.

3.º Nas intervenções violentas no crânio, no raquis (mais chocantes pela brutalidade das manipulações do que pela demora do acto operatório), nas desarticulações inter-escápulo-torácicas, inter-ílio-abdominais e nas desarticulações da coxa.

4.º Nas operações das vias respiratórias, da laringe principalmente, por manipulações que possam contundir os ramos do vago e simpático.

5.º Nos grandes traumatismos dos membros (esmagamento por máquinas, acidentes ferroviários e nas lacerações extensas produzidas pela enorme variedade de projecteis, com que a guerra largamente beneficiou a civilização).

6.º Nas queimaduras extensas da pele. Neste caso o choque agrava-se e muito mais na razão directa da extensão da queimadura do que pela profundidade da mesma.

Nestas variedades compreende-se facilmente que os centros vitais situados na medula sejam excitados por estímulos intensos e frequentes, que, dimanando das terminações nervosas cutâneas ou viscerais, produzem rapidamente um esgotamento ou inibição.

7.º Nas hemorragias. Hemorragia e choque andam frequentemente combinados, tornando-se por vezes embaraçoso fazer a distinção dos dois. As grandes hemorragias podem por si mesmo reproduzir quasi a fenomenologia do choque. A cromatolise das células da medula e do cerebelo e o esvaziamento dos vasos sangüíneos são, como se sabe, sinais de hemorragia e também condições de choque. No capítulo do diagnóstico diferencial trataremos com mais detalhe do assunto.

8.º Infecções: É bem sabido que certas condições sépticas agudas — tais como pancreatites agudas — são acompanhadas frequentemente de choque. Muitos casos de choque secundário durante a guerra, sobrevivendo 12 a 24 horas depois do acidente, iniciam-se com o desenrolar paralelo de infecções estreptocóccicas ou da gangrena gasosa.

As amputações rápidas e a exereses *larga manu* das massas

musculares laceradas e desvitalizadas reduziram largamente o número de chocados por toxemia, servindo assim para demonstrar que a reabsorção dos produtos de autólise muscular é causa manifesta do choque tardio.

Experimentalmente a produção do choque pode realizar-se, por exemplo:

a) Por obstrução de um vaso de grande calibre. ERLANGER e os seus cooperadores demonstraram que uma situação de choque podia ser produzida obstruindo a aorta ou a veia cava inferior. É o mesmo resultado, aliás, como se por uma hemorragia se esvaziasse acentuadamente o sistema arterial.

b) Por contusão muscular: BAYLISS e CANNON têm demonstrado experimentalmente que a contusão demorada do músculo cria uma situação típica de choque. Se, porém, se laqueia o vaso principal do membro traumatizado e se faz a amputação deste membro, não se desenrola o choque — demonstrando-se assim que, pelo menos nestes casos, a aparição do síndrome é mais devida à reabsorção de produtos tóxicos circulantes (toxemia traumática asséptica) do que à estimulação de carácter nervoso.

c) Injecções de histamina: DALE e LAIDLAW provaram que a injecção de histamina produzia situações idênticas ao choque. A queda da pressão é mais devida à dilatação parálitica dos capilares do que à hiposístolia e dilatação arterial. A histamina, que se pode obter da cravagem, existe igualmente nos produtos de desagregação dos albuminóides musculares.

De bem numerosas experiências que este assunto tem provocado parece-nos que as três acima referidas são de um significado típico, pelo modo como intimamente se ligam com situações similares existentes na prática clínica.

Estas são, como é fácil de calcular, as causas essenciais e as que mais interessa considerar na rotina do Banco. Como causas predisponentes há que lembrar:

- a) Idade. — Mais frequente nas crianças e nos velhos.
- b) Sexo. — Mais frequente nas mulheres nos períodos menstruais e na menopausa.

c) Nacionalidade. — Tanto maior quanto maior fôr a civilização do chocado.

d) Clima. — Mais acentuado nos climas frios. O choque é tanto mais acentuado também quanto maior fôr a diferença entre o clima em que vivia o chocado e aquele em que se deu o choque.

e) Altitude. — Maior nas grandes altitudes.

f) Hora do dia. — Maior de noite e mais mortal também.

g) Estação. — Maior no verão e no inverno.

h) Temperamento. — Directamente proporcional à sensibilidade.

i) Ocupação. — Maior nos intelectuais.

Todas as condições que por qualquer modo deminuem as resistências orgânicas avigoram êste syndroma. Assim as insuficiências hepática e renal, o resfriamento, a inanição, a ansiedade psíquica (o choque é mais freqüente depois de uma batalha perdida do que a seguir à vitória), a desidratação, o transporte sem cuidados, a falta de aparelhagem ou a colocação defeituosa da mesma, contribuem grandemente para a aparição dêste colapso. Diz CANNON, cuja autoridade neste assunto é desnecessário encarcerar, que o aparelho de Thomas, impedindo que os topos ósseos rocem desesperadamente, deve ter deminuído consideravelmente o número de chocados graves, principalmente nas feridas realizadas por projecteis de artilharia.

A anestesia por inalação desempenha também um papel importante na realização do choque e a sua gravidade aumenta por ordem crescente, como vai seriado:

1.º Protóxido de azote.

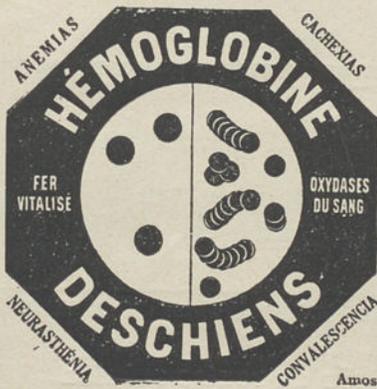
2.º Cloreto de etilo.

3.º Êter.

4.º Cloroformio.

SINTOMATOLOGIA DO CHOQUE

O choque revela-se por um conjunto de sintomas, que dividiremos em dois grupos:



Opothérapie Hématique

Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineræes do Sangue total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS
Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas

DESCHIENS, D^r em P^{ia}, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8^e)
Amostras e Littérature: SALINAS, rua Nova da Trindade 9, LISBOA

“

Ceregumil

Fernández

Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas

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

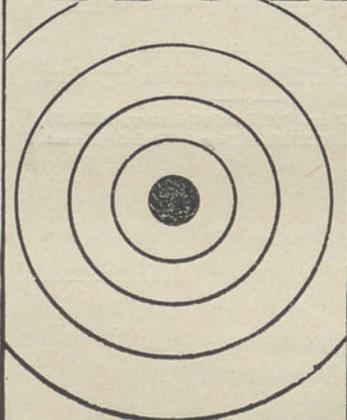
Insostituível como alimento nos casos de intolerân-
cias gástricas e afecções intestinais. — Especial para
crianças, velhos, convalescentes e doentes
do estomago.

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

FERNANDEZ & CANIVELL Y C.^{as}, MÁLAGA
Deposítarios: GIMENEZ-SALINAS & C.^{as}
Rua Nova da Trindade, 9-1
LISBOA

”

NORMACOL



A prisão do ventre crónica
pede antes de tudo um
tratamento absolutamente
inofensivo e não irritante.
Sob esta ideia foi creado o

NORMACOL

que sem ser por si nutritivo,
dá, todavia, aos alimentos
ingeridos uma composição
e uma consistencia que fa-
vorecem a funcção intes-
tinal. Sendo, portanto, mais
um "correctivo da ali-
mentação" do que um
"medicamento" não tem al-
gum inconveniente. Latas
de 100 e 250 grs. Peça
amostras e literatura a

SCHERING LIMITADA,
LISBOA
RUA VITOR CORDON 7-3.º

- 1) Sinais de observação imediata ou clínicos pròpriamente ditos.
- 2) Sinais de observação subseqüente ou laboratoriais.

Os sinais de observação imediata compreendem :

a) *Hipotensão arterial e taquicardia.* Não se determina palpando ou mesmo auscultando o pulso radial. Sempre que a tensão arterial desça abaixo de 8 depois de um traumatismo pode considerar-se iniciado o síndrome de choque. Algumas vezes, porém, poderá haver discrepância entre o grau de pressão superior a 8 e o estado de choque confirmado pelos restantes sinais. Isso verifica-se quando, e principalmente nos primeiros momentos, se realizou uma transitória vaso-constricção. O agravamento da hipotensão corresponde a inevitáveis possibilidades de morte, como pelo contrário um levantamento de pulso é de um feliz augúrio. O pulso vai freqüentemente até 150 e o agravamento da taquicardia varia directamente com o grau de tensão diastólica.

A baixa de tensão (fora dos estados hemorrágicos em que a perda de sangue excede 20 % do total da massa sangüínea) explica-se pela redução de volume do sangue, quer por extravasão do plasma sangüíneo na espessura dos próprios tecidos, quer então porque se realize o fenómeno da exemia (estagnação do sangue em qualquer parte da área vascular — na área esplâncnica, por exemplo). Esta explicação tem sido largamente contestada. Vemo-nos assim obrigados a aceitar que a diminuição do volume do sangue e a concomitante concentração das hemátias no sistema capilar se deve evidentemente à transferência de uma parte considerável do plasma.

Experimentalmente conhece-se que a histamina (produto igualmente da autólise dos albuminóides musculares) tem uma acção permeabilizante sôbre os capilares sangüíneos, permitindo que por osmose se realize a fuga do plasma para os tecidos. Nos chocados a sudação abundante agrava igualmente a redução do volume da massa do sangue.

Alguns tratadistas, sobretudo quando se realiza o choque em casos de fracturas, atribuíam essa redução a uma como que exemia, e neste caso na área da circulação pulmonar. As embolias gordurosas seriam os agentes dessa concentração. A ausência,

porém, de perturbações respiratórias adequadas, de edema pulmonar e mais restantes sinais estetoscópicos prejudicou a aceitação desta hipótese.

b) *Respiração superficial e taquipneia.* O número de respirações vai de 20 a 44, e muitas vezes se entrecortam de fundos suspiros. Em certos casos, e sobretudo nas formas graves, o doente em vez de taquipneia superficial faz respirações profundas e vigorosas, revelando uma como que *fome de ar*. Isto é, de regra, um sinal de prognóstico muito escuro, porquanto é sinal de acidoze manifesta.

c) *Hipotermia.* Por inactividade celular, redução das oxidações. De resto, sempre que há concentração globular é inevitável a sensação de frio e abaixamento de temperatura, que as abundantes sudações propiciam igualmente.

d) *Palidez e cianose.*

e) *Olhar sem brilho, pálpebras superiores descaídas, reacção pupilar preguiçosa, midriase formal na proximidade da morte.*

f) *Face cavada, nariz afilado e boca entreaberta.*

g) *Suores viscosos e abundantes.*

h) *Extremidades frias e por vezes acrocianose.*

i) *Torpor mental.* A sensibilidade geral diminui bastante (hipoestesia), a ponto de alguns cirurgiões utilizarem o estado de choque para a realização de actos cirúrgicos sem anestesia; mas ainda assim não desaparece de todo. Verifica-se mesmo quando se trata do chamado choque séptico (na gangrena gasosa, septicémias peritoneais, etc.) os doentes apresentarem invulgar lucidez. Se o doente igualmente vem crivado de grande número de fragmentos de projectil, em vez do torpor habitual pode apresentar-se excitado — isto é, realizando a forma erética também própria dos alcoólicos e que se faz seguir de agitação, quer contínua, quer periódica e com delírio.

j) *Desaparição, diminuição ou inversão da reflexa óculo-cardíaca.*

k) *Vômitos.*

Sinais de observação subsequente ou laboratorial:

a) *Diminuição da reserva alcalina do sangue.* É muito interessante a ligação entre a reserva alcalina do sangue e a pressão sangüínea. Até 8 a reserva alcalina do sangue mantém-se sensi-

METODO CYTÓPHYLATICO DO PROFESSOR PIERRE DELBET

*Comunicações ás sociedades scientificas e em especial á Academia de Medicina
(Sessões de 5 de Junho, 10 de Julho e 13 de Novembro de 1928)*

DELBIASE

**ESTIMULANTE BIOLÓGICO GERAL POR
HYPERMINERALISAÇÃO MAGNESIA DO ORGANISMO**

UNICO PRODUTO PREPARADO SEGUNDO A FORMULA DO PROFESSOR DELBET

PRINCIPAIS INDICAÇÕES:

Perturbações digestivas, Infecções das vias biliares, Perturbações neuro-musculares, Asthénia nervosa, Perturbações cardiacas por Hypervagotonia, Pruridos e Dermatose, Lesões do tipo precanceroso, Prophylaxio do cancro

DOSE: 2 A 4 COMPRIMIDOS, TODAS AS MANHÃS, EM MEIO COPO D'AGUA

**DEPOSITO: Laboratorio de PHARMACOLOGIE GENERAL
8, rue Vivienne, PARIS**

A pedido mandam-se amostras aos medicos

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

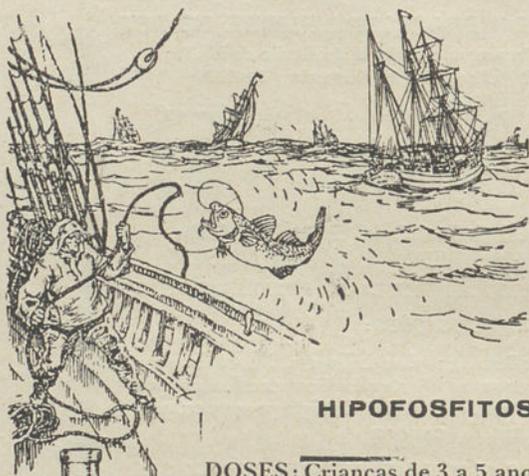
Solução colloidal phagogenia polyvalente.

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 Nova da Trindade, 9, LISBOA



GLEFINA

LABORATORIOS ANDRÓMACO, S. A.

Pl. Central de Tibidabo, 3
BARCELONA

Preparada com:

EXTRACTO DE OLEO DE FIGADO DE BACALHAU.
EXTRACTO DE MALTE.

HIPOFOSFITOS: De manganésio, de cálcio, de potássio, de ferro, de quinina e de estricnina.

DOSES: Crianças de 3 a 5 anos, duas a três colheres das de café por dia.
De 5 a 10 anos, de duas a quatro colheres das de doce por dia.
De 10 a 15 anos, de duas a quatro colheres grandes por dia.
Adultos, de três a quatro colheres grandes ao dia.

Tem um sabor agradável. Não produz transtornos digestivos

GLEFINA é o único meio que o médico tem para formular
ÓLEO DE FÍGADO DE BACALHAU NO VERÃO

Outras especialidades: **TONICO SALVE:** Reconstituinte do sistema nervoso
GOTAS F. V. A. T.: Potente antiescrofuloso.

Deposítários gerais para Portugal: **PESTANA, BRANCO & FERNANDES, L. da**
Rua dos Sapateiros, 39, 1.º — LISBOA

PILULAS **OPOBYL** PILULAS

TRATAMENTO FISIOLÓGICO

das *Ictericias, Hepatites e Cirrroses, Angiocholites e Cholecystites, Lithiasis biliares, Enterocolites,*

Prisões de ventre chronicas, Estados hemorrhoideos.

COMPOSIÇÃO

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

INSUFICIENCIAS Hepatica e Biliar

PHARMACODYNAMIA
Cholagoga, Reeducador das
funções entero-hepaticas,
Descongestivo do figado
e dos intestinos.

MODO DE EMPREGO

Uma a duas pilulas por dia, após as refeições.

Amostras gratuitas, a um simples pedido endereçado aos:

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

velmente na taxa normal. Dêsse grau de pressão para baixo a acidose instala-se e em progressão acentuada. A acidose realiza-se pela baixa na percentagem de oxigénio com que são servidos os tecidos, e isto pela deminuta quantidade de sangue que os irriga na situação de choque. Em vez de CO_2 forma-se o ácido láctico não volátil e que se acumula sob a forma de lactato de sódio, em vez do CO_2 Na H do plasma.

- b) *Aumento nos capilares do número de glóbulos rubros.*
- c) *Aumento de percentagem de hemoglobina.*
- d) *Leucocitose.*
- e) *Aumento de azoto no sangue (azotemia).*
- f) *Retardamento do metabolismo basal.*

DIAGNÓSTICO DO CHOQUE

Dizer ou escrever que o diagnóstico do choque é empresa fácil é quasi produzir uma afirmação leviana. O diagnóstico diferencial dêste síndrome constitui por vezes motivo dos mais sérios embaraços. É por isso, no desejo de metodizar quanto possível os elementos adequados a essa destriça, que julgamos de vantagem destacar as duas espécies mais comuns de choque (traumático e operatório) e discriminar os síndromas afins com os quais, bem entendido, se poderá estabelecer por vezes possível confusão.

Num doente que apareça em estado suspeito de choque traumático há que cotejar êste síndrome com as situações aparentemente semelhantes e que são:

- a) *Síncope.*
- b) *Colapsos por miocardite nos cardiopatas.*
- c) *Comoção cerebral (nos traumatismos cranianos).*
- d) *Comas (alcoólico, opiados, diabético e urémico).*
- e) *Choque eléctrico.*
- f) *Hemorragia (externa ou interna).*

Síncope. — De regra o sincopado não sofreu traumatismo correspondente ao acidente que evidência e que as próprias pessoas que acompanham o doente accusam ter-se bruscamente instalado. As paragens, que se revelam, do pulso e das respirações permitem igualmente confirmar a exclusão.

Colapsos por miocardite. — Certos cardiopatas, mercê até mesmo de um insignificante traumatismo, apresentam depressões do estado geral, que à primeira vista poderão ser tomadas como choque. O pulso, porém, nestes doentes não se mostra tão filiforme nem mesmo chega a desaparecer como nos chocados verdadeiros. A falta de taquipneia, de suores abundantes e viscosos, o exame do estado cárdio-vascular e a acção beneficente e relativamente rápida dos toni-cardíacos permitem completar o diagnóstico em questão.

Comoção cerebral. — Depois dum violento traumatismo craniano o doente poderá aparecer-nos em estado de propícia confusão com o choque. Em face, porém, de um doente nestas circunstâncias, da determinação exacta do verdadeiro síndrome (o que nem sempre é possível, porquanto o traumatismo na região referida é até mais que suficiente para provocar o choque) não advém para a terapêutica benefício de maior. O tratamento, de resto, nestes casos é sensivelmente o mesmo.

Comas. — Os comas variados (hemorragia cerebral, etilismo, pelos opiados, diabético e urémico) não são acompanhados de traumatismos naturalmente correspondentes à gravidade do acidente. Poderá (e algumas vezes nestes doentes um ligeiro traumatismo é a fôrça de desprendimento) ter havido uma interferência traumática, mas pela sua leveza nitidamente incapaz de explicar por si só o quadro que se nos depara.

Electrocução. — O chamado choque eléctrico é revelado, de regra, não só pelas queimaduras *sui generis*, que as altas voltagens produzem, como também pelas informações que os que acompanham o doente fornecem.

Hemorragia. — É este o ponto mais embaraçoso para o diagnóstico diferencial (*Hoc opus hic labor est*). Como o clínico tem de actuar de um modo diferente, conforme a variedade do acidente, calcula-se, por vezes, a sensação de verdadeira angústia em frente dum problema de tal magnitude. De mais, ainda as feridas que permitem o estado de choque podem, por sua vez, acompanhar-se de hemorragia e até mesmo de infecção. Torna-se portanto necessário distinguir tanto quanto possível os fenómenos do choque dos que resultam das condições concomitantes. Ora isto é muito difícil, sobretudo depois das hemorragias graves, tanto mais que o colapso nestes casos mais se deve à he-

morragia do que ao choque pròpriamente dito. A diferenciação, sob o ponto de vista teórico, de que o choque é um esgotamento do centro vaso-motor e a hemorragia apenas uma inibição da função, não nos traz a menor vantagem prática. O que há nesta emergência é que determinar qual dos dois factores predomina e, após isso, actuar adequadamente.

Um doente apresenta-se — supunhamos — com um grave acidente do tórax ou do abdómen. Dêsse acidente resultou um estado de choque que poderá provir apenas da depressão dos vários centros nervosos que presidem à regulação da vida ou de uma copiosa hemorragia. Vê-se a importância que a diferenciação da diagnose possa impor. Se, por acaso, a gravidade do estado do doente provier do choque, basta a realização de uma laparotomia ou de uma toracotomia como operações preliminares para agravar e bastante a vida precária do enfermo. No caso da hemorragia passa-se exactamente o contrário. Aqui urge uma acção pronta para que se salve o doente. Há que laquear os vasos ou hemostasiar os órgãos que sangram. Quando as condições do doente são tais que não se justifique qualquer espécie de demora tendente a desfazer dúvidas, o único caminho (ainda que semeado de espinhos) é então proceder como se fôsse hemorragia.

¿ De que meios poderá lançar mão o cirurgião nestes momentos afflictivos? De alguns recursos da clínica e do auxílio do laboratório. Nos acidentes que interessem a cavidade torácica o exame cuidadoso do tórax, sob o ponto de vista estetoscópico, e a realização das punções permitirão por vezes obter um auxílio eficaz. No caso mesmo de ser possível é de vantagem radiografar o doente. No abdómen as áreas de defesa e macicez em tórno do ponto em que a hemorragia se estiver a fazer são para procurar e apreciar devidamente. O toque vaginal acompanhado de palpação abdominal é muito recomendável. Tem-se proposto (embora sem unanimidade de vistas) o emprêgo de uma injeção intravenosa de sôro fisiológico como elemento de diagnose diferencial. E assim se diz que quando o colapso fôr devido a hemorragia deverá dar-se uma reacção imediata — o que se não verifica sempre que se tratar de um grande traumatismo visceral ou de uma infecção sobreaguda. Uma pequena incisão com anestesia local poderá também algumas vezes permitir o esclareci-

mento da dúvida. É preciso não esquecer também o estado de desassossêgo e ansiedade que igualmente caracteriza os colapsados pelas grandes hemorragias.

O laboratório dá indicações apreciáveis e que até hoje se computam como vai expor-se: Nos chocados pròpriamente ditos a contagem de sangue dos capilares dá uma hiperglobulia (algumas vezes indo mesmo a 2 milhões de glóbulos a mais por milímetro cúbico que o sangue colhido nas veias). Há igualmente um aumento na percentagem de hemoglobina, uma leucocitose (que vai de 16.000 até 500.000); ainda que também uma leucopénia nos choques violentíssimos por inibição formal dos órgãos linfopoiéticos se mostre às vezes.

Na hemorragia regra é haver hipoglobulia e diminuição da viscosidade sangüínea. Nas hemorragias internas (como as conseqüentes às roturas de gravidez extra-uterina, fracturas do rim, do baço e do fígado) há igualmente uma hiperleucocitose; o que permite também destacá-las da obstrução intestinal ou das septicémias peritoneais.

Sob o ponto de vista do choque operatório o diagnóstico deve fazer-se com as:

- a) *Hemorragias.*
- b) *Septicémias.*

A seguir às operações o doente poderá apresentar-se deprimido ou por hemorragia post-operatória ou por septicémia por infecção sobreajuntada. Se se tratar de uma operação feita nos membros ou na superfície externa de qualquer outra parte do corpo a hemorragia destaca-se pela inundação de sangue no penso. O diagnóstico de septicémia, que poderá em alguns casos arrastar igualmente o doente a um estado depressivo, será feito pela hipertermia concomitante e sobretudo pelo tempo decorrido sôbre o acto operatório.

Onde o facto assume uma maior dificuldade é realmente nas operações da cavidade abdominal. Ora é de boa regra não aceitar como choque o colapso post-operatório, que se arrasta para além de algumas horas e que é quasi sempre fruto de uma infecção ou de uma laqueação infeliz. Calcula-se nestes casos quanto a dúvida e a contemporização possam ser custosas para o enfer-

TERAPEUTICA DA SIFILIS

O TRATAMENTO ARSENICAL
HYPODERMICO VERDADEIRA-
MENTE INDOLOR PRATICA-SF
COM O



ACETYLLARSAN

DE COMPOSIÇÃO ACTIVA E SEGURA

AMOSTRAS E LITERATURA

LABORATOIRE DES PRODUITS
"USINES DU RHÔNE"
21, RUE JEAN-GOUJON. PARIS

E. SCHWEICKARDT
AGENTE GERAL PARA PORTUGAL
133, RUA DA PRATA. LISBOA

Omnadina



Vacina total imunizante "MUCH"

Para o terapêutica não específica em todas as

moléstias infecciosas e padecimentos reumáticos e neurálgicos



Mobiliza rapidamente e aumenta eficazmente tôdas as forças defensivas do organismo, assim como encurta consideravelmente a duração da moléstia

Fôrma comercial:

CAIXAS COM 1,3 E
12 EMPOLAS
DE 2 c. c.



EMPACOTA-
MENTO ORI-
GINAL

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Departamento farmaceutico "Bayer-Meister Lucius"

Leverkusen (Alemanha)

REPRESENTANTE-DEPOSITARIO:

Augusto S. Natividade

RUA DOS DOURADORES, 150, 3.º — LISBOA

mo. Como para estes casos em cuidadoso diagnóstico diferencial se possa pretender o recurso laboratorial procurando a hiperleucocitose post-hemorrágica é necessário lembrar que os doentes que tenham utilizado largamente o iodeto de potássio, o quinino, o ácido salicílico e os salicilatos, antipirina, morfina, digitalina e nucleinatos fazem simultaneamente uma policitemia e um aumento de leucócitos. Mesmo nos doentes que tomaram anteriormente purgantes a hiperleucocitose, ainda que passageira, pode bastas vezes verificar-se.

Nas doenças da uretra, da prostata e bexiga o choque é quasi sempre hemorrágico ou séptico e muito menos por perturbações nervosas propriamente ditas.

PATOGENIA DO CHOQUE

Já no decurso de outros capítulos e principalmente quando tratámos da sintomatologia, ainda que concisamente, nos referimos ao possível mecanismo de alguns dos sinais constitutivos do sindroma. De regra, como é comum em biologia, muitas teorias se apresentam algumas porém tão deficientemente apoiadas na boa experimentação que quasi as poderíamos regeitar se outras possuíssemos em melhores condições de aceitação. A patogenia do choque continua realmente a ser assunto de vivas controvérsias e isso só prova que, por ora, mal nos ilumina a luz da verdade desejada.

Com um fim de metodização seguiremos no estudo dêsse mecanismo as alterações de funcionamento dos aparelhos, que mais se revelam ligados à génese do choque. Essas perturbações dizem respeito aos :

- 1) *Aparelho circulatório.*
- 2) *Aparelho respiratório.*
- 3) *Aparelho motor.*
- 4) *Aparelho sensorial.*
- 5) *Órgãos de secreção interna.*

1) *Perturbações do aparelho circulatório.* Derivam principalmente da queda súbita e mantida da pressão sangüínea (que arrasta bem entendido à situação de pulso filiforme ou não pal-

pável, a palidez e ao resfriamento). Essas perturbações prendem-se com:

- a) Deficiência do funcionamento cardíaco.
- b) Alterações do mecanismo vaso-motor.
- c) Diminuição do volume do sangue.

a) As deficiências do funcionamento cardíaco não conseguiram até hoje uma explicação completa. Uma teoria de larga voga foi a que atribuiu a taquicardia a um esgotamento do centro cardio-inibitório (centro vagal). MANN repudiou e com felicidade essa teoria com três grupos de factos: 1.º Num animal profundamente chocado a excitação do topo central do vago seccionado conduzia imediatamente o coração da taquicardia à bradicardia manifesta. 2.º A mesma bradicardia se obtinha pela injeção num animal nas mesmas condições de adrenalina (excitante clássico dos centros do pneumogástrico). 3.º O facto clínico da bradicardia nos hipertensos cerebrais e em profundo estado de choque nos quais se dá *ipso facto* uma nítida excitação do centro vagal.

Nos indivíduos com miocardite a falência do miocárdio é assim revelada e facilmente aceitável como génese deste sinal; nos indivíduos de coração íntegro é ainda o miocárdio o responsável mas em circunstâncias, por ora, desconhecidas na sua intimidade.

b) Alterações do mecanismo vaso motor. As perturbações histo-patológicas do centro vaso-motor são nítidas no colapso hemorrágico. Há, como já se apontou, uma cromatolise manifesta, da qual poderá resultar o esgotamento imediato. No choque traumático não havendo permanentemente alterações estruturais das células do centro respectivo pretendeu transferir-se a razão da hipopressão para a paralisia da camada fibro-elástica do sistema arterial e venoso e muito principalmente na área dos vasos esplâncnicos. A palidez dos tegumentos cutâneos e a não dilatação dos vasos esplâncnicos (o que se verificava nítidamente em doentes laparotomizados durante o tempo do choque) provam que em vez dessa suposta ectásia é a vaso-constricção (e mesmo até sem exceção do sistema capilar) que se efectua. Isto é: em vez de um esgotamento há que antes adotar o critério de uma excitação do centro aludido.

c) Diminuição da massa do sangue. Nos choques por hemorragia a explicação é fácil. Nas outras variedades a diminuição do volume é conseqüente à estagnação do sangue nos capilares e à perda do plasma nos tecidos em torno por anormal permeabilização das paredes vasculares.

2) *Perturbações de carácter respiratório.* Sabemos que o tipo respiratório do choque é caracterizado pela taquipneia inicial a que se segue (sobretudo nos casos fatais) uma série de respirações profundas conhecidas pelo nome de *fome de ar*. O primeiro tipo respiratório teve a explicá-lo a teoria de HENDERSON (acapnia) a que nos referimos já. Experiências ulteriores e melhor conduzidas demonstraram que na maioria dos casos não é a perda de CO_2 que motiva a taquipneia — mas sim a falta de oxigénio ocasiona por sua vez uma alteração do equilíbrio ácido-básico do sangue elevando o PH e pelo que resulta *in articulo mortis* uma violenta estimulação dos centros bulbares arrastando à bradipneia com profundos suspiros.

3) *Perturbações de carácter motor.* Dizem respeito à inércia dos músculos estriados e lisos. Pretendeu se explicar a inactividade para os dois casos, invocando a má conductibilidade dos nervos centrífgos por efeito do esgotamento dos centros respectivos. Pelo que se refere pelo menos aos músculos estriados a explicação pelo esgotamento dos centros, torna-se supérflua visto conhecer-se pela fisiologia que um músculo fracamente irrigado e mais ainda com sangue pobre de oxigénio fica (ainda mesmo com integridade do sistema nervoso central e dos nervos centrífgos) condenado a uma inactividade forçada — isto é torna-se um *músculo surdo*. Os músculos lisos devem a sua inactividade às estimulações violentas do sistema simpático.

4) *Perturbações de carácter sensorial.* Nos animais chocados em hipopressão e com uma taxa deficitária de oxigénio no sangue cria-se uma resistência nas vias centripetas ao lado de um tipo de excitação quási inibitório. Êste duplo mecanismo diz-se contribuir, pelo menos por agora, para a explicação da clássica hipoestesia nos vários estados de choque e sobretudo na variedade traumática.

5) *Perturbações nos órgãos de secreção interna.* Julgou-se que nos chocados os órgãos de secreção interna sofreriam ini-

cialmente uma acção ou inibitória ou estimulante a que seguiria secundariamente um estado de hiposecreção. Esta pobreza no funcionamento endócrino trazia ao metabolismo orgânico um motivo de alteração grave. Entre os órgãos visados indigitavam-se as supra-renais como elementos dos mais atingidos e isso levou a adotar-se comumente na terapêutica o emprêgo da adrenalina.

A repetição em animais do estado de choque com as competentes autópsias e estudos anatomo-patológicos das supra-renais e o exame bastas vezes realizado para determinação de hiper ou hipoadrenalinémia nos chocados de guerra veio demonstrar que as alterações aludidas eram mais fantasiosas que reais.

Não se pretende afirmar que não sofram as glândulas de secreção interna alterações nas suas funções, mas não tão acentuadas como primitivamente se supôs. Coisa curiosa: os chocados injectados com adrenalina somam muitas vezes à sua depressão um estado de crise anafilática por injeções repetidas da droga.

Resumindo: *Sem esquecer a influência que a anestesia e o frio exercem pela baixa de pressão a que arrastam, o choque deriva de causas nervosas, da coexistência de hemorragias agudas ou prolongadas, de crises sépticas e de absorção de productos desvitalizados originados em focos traumáticos. Uma vez isoladamente, outra vez em totalidade ou parcialmente estas causas actuam provocando uma pressão sangüínea prolongada e muito baixa. Esta hipopressão origina uma imperfeita oxigenação dos tecidos, os inevitáveis estados de acidose, diminuição da reserva alcalina do sangue e estase capilar. A estase capilar promove por sua vez a redução da massa de sangue em circulação activa e a má oxigenação dos tecidos permite a formação de productos derivados de um metabolismo imperfeito. É, como se vê, um ciclo vicioso que empurrará fatalmente o doente para a morte a não ser que consigamos dominar o mais grave destes factores e que é o estado de hipopressão sangüínea.*

AS HIPÓTESES DE CRILE

(A GÊNESE DO CHOQUE E A ANOCI-ASSOCIATION)

a) *A génese do choque.* Revendo os seus estudos anteriores e apreciando mesmo as investigações de outros experimentadores

CRILE afirma que — quer as alterações histológicas, quer os fenómenos fisiológicos do choque (baixa depressão sangüínea, diminuição da reserva alcalina, etc.) são quando muito resultados finais. CRILE pretende alcançar uma explicação mais completa isto é, deseja desvendar o *quod* do fenómeno e para isso socorrendo-se dos progressos da físico-química formula os seguintes raciocínios.

Começa por lembrar que cada célula é um composto formado por uma massa nuclear e por um protoplasma; a primeira separada do segundo por uma membrana semipermeável e coráveis o núcleo por tintas ácidas e o protoplasma por tintas alcalinas. Ora uma massa coloidal nuclear (polo-positivo) separada por uma membrana semi-permeável de uma outra massa coloidal de protoplasma (polo negativo) constituem pelas suas diferentes reacções um elemento eléctrico. Cada célula é igualmente separada das suas congêneres por uma membrana semi-permeável e isso permite conceber que um tecido seja um agrupamento de elementos eléctricos ou o que se designa por um mecanismo eléctrico simples. Se o organismo é constituído por aparelhos e estes por tecidos é de crer que o seu funcionamento normal ou patológico deverá depender da orientação num ou noutro sentido das correntes ou descargas eléctricas que se originem nos elementos celulares. Se fôr possível (e é-o) a medição dessas variações poderemos pelas leis da física marcar o tipo das variações normais e até mesmo o das variações patológicas pela intercorrência de factores, que vão diminuir, suspender ou abolir o funcionamento dos elementos eléctricos. Isto é, poder-se há determinar segundo este critério a razão do choque.

Os tecidos do organismo como o cérebro, o cerebelo, a medula, o fígado, a glândula tiroideia, os músculos estriados, o coração, o baço, os rins, o líquido céfalo-raquidiano, a bília e o sangue foram submetidos a essa medição. E por êsse estudo chegou-se ao seguinte grupo de conclusões:

1) *De todos estes tecidos são os mais-sensíveis o cérebro e o fígado.*

2) *Influências que afectem as condições físicas gerais do organismo produzem mudanças na conductibilidade eléctrica dos tecidos acentuadamente sensíveis (cérebro e fígado). Estas mu-*

danças do tonus eléctrico aparecem até mais precocemente do que quaisquer alterações clínicas.

3) *É o fígado o que mais prontamente reage mesmo até quando se não verifique qualquer alteração de conductibilidade do cérebro e cerebello.*

4) *Um estudo neste sentido mostra que essas variações para o mesmo estímulo variam conforme o tecido e o animal em experiência.*

5) *No fígado um estímulo produz inicialmente uma diminuição de conductibilidade seguido de um aumento quando o estímulo se agrave (isto é quando se produz o choque); passando-se o contrário no cérebro e no cerebello.*

6) *Todas as perturbações histológicas celulares, que caracterizam o estado de choque, tem a sua contrapartida na alteração dos caracteres eléctricos.*

Estas investigações que foram executadas em animais vivos permitem demonstrar uma relação definida entre as mudanças histológicas e a conductibilidade eléctrica. Como a actividade vital se calcula evidentemente pela quantidade de calor que resulta das oxidações é pois pelo grau de calor emitido (e medido com aparelhos muito sensíveis) que será possível então avaliar da normalidade ou anormalidade das funções celulares.

E assim se obtiveram as seguintes conclusões :

1) *As alterações de temperatura variam paralelamente com as perturbações histológicas e com a conductibilidade eléctrica. O avançar do esgotamento por qualquer coisa é marcado pela progressiva diminuição da temperatura do cérebro e do fígado; hipotermia directamente proporcional ao grau de esgotamento.*

2) *O tempo da excitação durante a anestesia com o éter é marcado por um aumento inicial de temperatura do cérebro; no decurso da anestesia, porém, o decréscimo vai acentuando-se até à morte.*

3) *Depois da ablação do fígado a temperatura do cérebro declina progressivamente até à morte e a curva resultante sobre põe-se exactamente à que produz a anestesia pelo éter.*

4) *A actividade muscular (voluntária ou produzida por uma estimulação eléctrica e directa do nervo) é acompanhada por*

rápidas alterações na temperatura do cérebro e do figado, correspondendo às fases de actividade muscular. Estas alterações são porém de direcção oposta.

5) *A injeccção de estricnina, de um ácido, de um alcali ou de adrenalina não altera a temperatura do figado perturbando porém a temperatura do cérebro.*

6) *A exposiçção ou traumatismo das visceras abdominais provoca uma baixa de temperatura no cérebro e no figado.*

7) *A introduçção de água quente no estômago é acompanhada por uma immediata elevaçção de temperatura do figado e do cérebro.*

Postas estas afirmaçções e considerando que a água é o único meio em que as substâncias coloidaes podem actuar; que a água possui um alto poder catalítico; que é também um activador químico e que o oxigénio é indispensável para a oxidaçção e que este fenómeno é essencial para a produçção de ácidos por sua vez indispensáveis para a diferença de potencial (razão de funcionamento da célula), considerando também que o cérebro consome por grama-minuto 0,360 de oxigénio, os músculos 0,004 e menos ainda o figado e que todas as células do corpo estão imersa em fluidos ricos em electrólitos por meio dos quais e dos nervos circulam as descargas eléctricas chega CRILE à afirmaçção de a corrente eléctrica se desloca do cérebro em que a oxidaçção é mais alta por intermédio dos nervos para a área de potencial mais baixo — músculos, glândulas de secreçção interna e sobretudo o figado de onde por sua vez regressa ao cérebro.

Todo o corpo humano é um mecanismo electro-químico tendo como polo positivo o cérebro e polo negativo o figado; os fios de conduçção são os nervos, os sais em soluçção — o fluido eléctrico em que o mecanismo electro-químico está imerso.

Pelo que :

1) *Quando um dos polos for tirado ou destruido o organismo morre.*

2) *Como a diferença de potencial das células, da mesma maneira que a diferença de potencial entre os polos (figado e cérebro), depende da quantidade de electricidade produzida pela oxidaçção succede que quando o organismo estiver privado de oxigénio e de água não existirá diferença de potencial entre as cé-*

lulas e entre os órgãos e a morte sobrevirá então como forma de equilíbrio.

3) *Assim como para qualquer mecanismo electro-químico há um ótimo térmico também o organismo humano têm um máximo e um mínimo térmicos compatíveis com a vida.*

Os efeitos opostos da estimulação e do esgotamento sobre a temperatura e sobre a conductibilidade eléctrica do cérebro, dos músculos e dos outros tecidos da área esplâncnica explicam-nos que nos grandes estímulos (intervenções, emoções fortes, dores violentas, etc.) possa realizar-se o desequilíbrio de potencial que é conhecido como choque.

Como defenderemos o organismo? Já que não podemos eliminar a intercorrência do choque, saibamos anular-lhe alguns dos seus efeitos. Defendamos a respiração interna, isto é a taxa de oxigenação como elemento de equilíbrio potencial celular e tissular. Assim os efeitos deverão ser menores. É operatòriamente o que se poderá obter com os confortos morais ao doente, com o mínimo de demora (compatível com as necessidades de diagnóstico) nas enfermarias, com a não perpretação da falta gravíssima que consiste em adiar para o dia seguinte uma operação notificada na véspera, com a deminuição de exposição ao ar das vísceras e com a doçura nas manipulações das mesmas. Humanizando o cirurgião, diz FRASER, deminuïremos as taxas de choque.

b) *Anoci-association ou anociation.* O homem é principalmente um ser motor adaptado multi-secularmente ao ambiente na luta pela vida. Há duas partes essenciais neste ser motor: a parte receptora e o próprio mecanismo em si. A parte receptora apreende as mudanças das ondas de luz, de som, das qualidades químicas, do grau das temperaturas; e até mesmo das características do tacto. O estímulo adequado destes excitantes produz as sensações de visão, de som, de paladar, etc., e é através da memória associativa, que se responde a este ou aquele estímulo. Um dado estímulo, que origine uma associação pode beneficiar um indivíduo ou pelo menos não o prejudicar (e isto se designa por *bene-association* ou pode então prejudicá-lo mais ou menos gravemente *noci-association*).

Quando uma operação cirúrgica é realizada num doente, cujo

PRODUTOS

Serono

Aos Senhores Médicos

pedimos o obsequio de submeter às suas experiências clínicas a

RENASI SERONO

Extracto glicérico total de rim

Tratamento lógico e racional das

Lesões renais iniciais, intoxicações renais, nefrites albuminúria intermitente de origem alimentar, etc.

Productos

Zambeletti

Cada comprimido de

Teobromina Composta "ZAMBELETTI,"

Contém: Teobromina iodeto 0,28 grs.
Nítroso-nitrato de potássio 0,12 grs.

bastando seis destes comprimidos, diariamente, durante algum tempo, para se fazer uma cura de artero-esclerose, hipertensão cardio-vascular, angina pectoris, formas pseudo-anginosas, etc.

Amostras gratis á disposição dos Senhores Medicos



L. LEPORI

R. Victor Cordon, 1-A

Apartado 214 — LISBOA

VA A APARECER LA COLECCIÓN MARAÑÓN

ESTUDOS DE MEDICINA PRÁCTICA DE SUMO INTERÉS CIENTÍFICO

VIENTE SELECTOS LIBROS DE AUTORES ESPAÑOLES,
SUDAMERICANOS, FRANCESES, PORTUGUESES, DANESES, ALEMANES,
AUSTRIACOS E INGLESES

Bajo la dirección del

Doctor G. MARAÑÓN

La integrarán volúmenes de 14 por 22 centímetros, ricamente ilustrados y encuadernados en tela gris, orlas a dos tintas y rotuladas oro.

ELENCO DE OBRAS

Tomos	I	— MARAÑÓN. Manual de las enfermedades del tiroides.
»	II	— KRAUS. Tratamiento económico y eficaz de las enfermedades más frecuentes.
»	III	— GIL CASARES. El neumotorax artificial en la tuberculosis pulmonar.
»	IV	— KLEWITZ. Asma bronquial.
»	V	— DARGALLO. Tratamiento de la tuberculosis pulmonar por la sa-nocrisina.
»	VI	— CURSCKMANN. Enfermedades endocrinas.
»	VII	— VIDAL JORDANA. Transtornos nutritivos del lactante.
»	VIII	— THOMSON-GORDON. Enfermedades reumáticas crónicas. Diagnóstico y tratamiento.
»	IX	— VALDÉS LAMBEA. Terapéutica farmacológica de la tuberculosis.
»	X	— OHNELL. Úlceras del estómago.
»	XI	— BAÑUELOS. Patología y clínica del sistema neurovegetativo.
»	XII	— GUDZENT. Gota y reumatismo.
»	XIII	— FONSECA. Diabetes melitus.
»	XIV	— BLUM. Los diuréticos y su empleo práctico.
»	XV	— AUSTREGESILLO. La neurastenia sexual.
»	XVI	— KRABBE. Neurología.
»	XVII	— ESCUDERO. Diabetes oculta y diabetes latente.
»	XVIII	— BAUER. Constitución y herencia.
»	XIX	— GROTE. Enfermedades de la sangre.
»	XX	— MARAÑÓN. Enfermedades del crecimiento.

TURNO DE APARICION

En 1.º de Mayo	se pondrá a la venta el tomo	II de 238 páginas	Pesetas	10.—
En 15 de Mayo	»	III » 161	» ilustradas	»	9.—
En 1.º de Junio	»	IV » 112	»	»	7.—
En 15 de Junio	»	VI » 190	» ilustradas	»	10.—
En 1.º de Julio	»	I » 195	»	»	—
En 15 de Julio	»	VIII » 200	»	»	8.—
En 1.º de Agosto	»	XII » 280	» ilustradas	»	12.—

APARECERÁ EN 1.º DE MAYO

Tratamiento económico y eficaz de las enfermedades más frecuentes

por el

Pesetas 10

Prof. KRAUS

Pesetas 10

de Berlín

Anunciaremos en Mayo las fechas y tomos sucesivos, y como es de ver no se sigue un turno riguroso de publicación

La COLECCIÓN, una vez terminada, se venderá, al contado, a un precio aproximado de **Pesetas 185**.

Los adquirentes de la COLECCIÓN COMPLETA durante el período de su publicación, beneficiarán del precio conjunto de **Pesetas 150**, pagaderas en plazos mensuales de 10 pesetas, porque una vez terminada se elevará el precio para la cesión a plazos.

Al cliente que hubiese adquirido uno dos títulos de la COLECCIÓN y deseara luego completarla para beneficiarse del precio conjunto, se le abonará a razón de Pesetas 750 cada uno de los volúmenes que haya comprado, sea cual fuer el precio en que lo adquiriera.

Las ordenes a las principales librerías y en la Editorial d

MANUEL MARÍN - Provenza, 273 - BARCELONA

mediante envío de la carta pedido que acompañe el importe de la compra parcial o del primer plazo de la suscripción; o cursándolo por Giro Postal, bien por servicio contra reembolso, bien satisfaciéndolo por letra girada a su cargo por la casa editora, previo la suscripción del contrato en estos casos de adquisición a plazos.



mecânismo receptor não é suspenso pelos anestésicos causa-lhe uma excitação de todo o organismo motor *noci-association*. Se a actividade dos vários mecanismos motores fôr bloqueada ou suspensa isto é se a operação se realizar sem êsse estímulo doloroso e psíquico teremos uma *anoci-association*. CRILE conta a êste propósito o caso de um rapaz descalço que lobra uma pedra. Mal a aflora com o pé tem logo uma descarga nervosa, porque através as idades se fixou que a contusão desamparada além da ferida produz inevitavelmente uma dor.

Com a anestesia suspende-se a sensibilidade psíquica mas não se interrompem os estímulos, que partem do ponto onde houve a operação (sensibilidade somática). Há, de facto, uma grande parte das zonas corticais que não reagem, mas outras zonas continuam vigilantes tais como o centro vaso-motor, cardíaco e respiratório respondendo aos estímulos traumáticos aplicados nas diferentes partes do corpo, onde se dá a intervenção. Uma baixa de pressão sanguínea e alterações de estrutura dos neurones em animais anestesiados mostram as conseqüências de acção dos estímulos em relação aos centros nervosos vigilantes. No cortex e no cerebelo (nos quais em 100 células se verificam destruições de cromatina intra-nuclear completa em 0,7 %; parcial em 28,1 % e apresentando-se integras apenas 71,2 %) as perturbações são mais freqüentes do que na medula.

Isto é: com a anestesia simples conseguimos dominar as conseqüências da dor e do medo; mas não impedimos que os estímulos partidos do ponto traumatizado alcancem os centros nervosos produzindo alterações reveladoras na estrutura dos neurones. Se embebermos as extremidades nervosas regionais bloqueando os estímulos centripetos debelaremos essas conseqüências e impediremos portanto o esgotamento.

Merece citarem-se duas experiências típicas:

1) *Um cão sofre uma secção na medula pela altura da 1.ª dorsal. Passados dois meses êste animal é submetido a violentos traumatismos nos membros posteriores e no próprio abdómen por um período de quatro horas sem que a menor alteração fôsse notada na circulação, na respiração ou na architectura das células nervosas.*

2) *Um outro animal testemunha submetido aos mesmos trau-*

matismos, conservando a integridade das vias centripetas e anestesiado com éter ou até mesmo com protoxido de azote (muito embora e com este anestésico as alterações sejam quatro vezes menores do que com o éter) apresentava acentuadas perturbações da cito-arquitectura nervosa, chegando até a haver mesmo destruição de alguns departamentos nervosos.

Numerosas experiências demonstram que a anestesia feita com o éter e desaparecida lentamente não deixa traços de destruição cerebral. Pelo contrário a mesma anestesia acompanhada de intervenção dá lesões de destruição nervosa tanto mais acentuada quanto mais cedo for iniciada a operação sem que a anestesia esteja perfeita ao começar-se o acto operatório. Na anestesia humana os esforços com que se debate o doente quando a narcose não é perfeita são indicativos da defeza e dos múltiplos estímulos que continuamente desprendidos estão a impressionar os centros vigilantes. Ora concebamos o que resultará numa laparotomia demorada (1 hora e meia por exemplo) com uma má anestesia para se enuclear um tumor com profundas aderências!

Com o medo passam-se idênticos fenómenos. O choque do medo perturba os vários órgãos estimulando uns e inibindo outros.

Órgãos e funções estimulados: *Todo o sistema muscular, vaso-motor e locomotor, o sentido da percepção e respiração, o mecanismo da erecção dos pelos, o mecanismo das glândulas sudoríparas, glândula tiroideia e glândula supra-renal.*

Órgãos e funções inibidos: *As funções digestivas e procreadoras.*

Como se poderá beneficiar com esta experimentação? Diminuindo o medo (curta demora ante-operatória, isolamento dos doentes espectaculosos já operados — morfinação) carinho — levando o operável para a sala de operações já anestesiado o que será o melhor ou pelo menos deitando-o e iniciando logo imediatamente a narcose) e bloqueando as vias de comunicação com os centros vigilantes. A inibição das extremidades nervosas locais, a anestesia dos grandes troncos nervosos ante-operatóriamente, a injeção de cloridrato de quinina e ureia ou farmacos análogos obedecem a êsse intuito.

PROGNOSTICO

O choque é uma complicação grave e numerosos feridos succumbem a ela. Compreende-se portanto que em face de um doente nessas condições o prático naturalmente pretenda apreciar a acuidade do acidente. Apenas com o fim de sistematizar marcaremos ao choque dois períodos: o que vai do seu início até 3 horas depois e o que se segue da 3.^a até à 8.^a hora. Não é porque qualquer dos sinais que já vamos referir possa deixar de se pesquisar e verificar em qualquer altura do decurso do choque, mas simplesmente porque a sua revelação se torna mais perfeita e as conclusões da sua confirmação se impõe como mais valiosas utilizando o critério alvitrado.

Sinais a pesquisar no 1.^o período (3 primeiras horas):

Temperaturas.

Estado mental.

Pupilas.

Estudo da tensão arterial.

a) *Temperaturas.* — Sempre que o chocado, a-pesar do tratamento, se resfrie progressivamente o sinal de morte é manifesto.

b) *Estado mental.* — Nos casos desesperados o torpor agrava-se e o coma aparece.

c) *Estado das pupilas.* — Fixação nos maus casos com tendência para a midríase.

d) *Tensão arterial.* — A baixa da tensão sangüinea sobretudo da pressão diastólica é de um grande valor prognóstico. Todas as pressões mínimas inferiores a 6 são o indício de choque, tanto mais grave quanto mais a marcação for inferior a 6. Devem repetir-se as medidas da tensão, porque assim será possível o conhecimento da pressão diferencial: isto é o afastamento entre a tensão máxima e a tensão minima. Quanto menor for êsse afastamento tanto menor é, de facto, a energia cardíaca.

A medida do índice oscilométrico (isto é a maior amplitude oscilatória verificada no decurso da observação) tem apreciavel valor. A consideração dêstes factores permitiu, por exemplo, a seguinte conclusão de manifesto valor para o prognóstico do

choque: *todo o chocado cuja pressão diferencial é boa (de 2 a 5) ou mesmo a vá acentuando mais, cujo índice oscilométrico for bom (3, 5, 8) e o vá aumentando e cujas oscilações sejam iguais têm tendência a sair do choque mesmo com uma mínima inferior a 6.*

O benefício que o aquecimento possa trazer à tensão sangüínea nem sempre presagia uma cura certa. É possível também um estado de choque e até mesmo grave com uma pressão normal ou quasi normal.

Sinais a pesquisar no 2.^o período (da 3.^a hora por diante:

Medição de urinas.

Análise de urinas.

Análise de sangue.

a) *Medição de urinas.* — O estudo da secreção urinária é sobremodo importante. Os chocados graves não urinam e quando cateterizados mal dão umas gotas. Impregnado o sangue por substâncias nocivas ou profundamente alterado o intercâmbio nervoso cria-se associadamente um estado de diminuto poder eliminatório do rim ou mesmo até um estado de inibição renal. Quando porém o doente tende para a cura a melhoria é progressiva e o doente quer urinar. Realiza-se às vezes uma verdadeira «*débacle*». O doente passa então a emitir 1500 a 2500 gramas de urina durante alguns dias.

b) *Análise de urinas.* — A urina dos chocados graves revela inicialmente uma baixa na taxa da ureia e do amoníaco e a presença de productos cetónicos e cetógenos. Quando o doente tende a melhorar acompanhando a poliuria dá-se uma alta nas quantidades de ureia e amoníaco e uma baixa na dos productos cetónicos e cetógenos.

c) *Análise do sangue.* — Sob o ponto de vista do prognóstico há interêsse em determinar o aumento do azote no sangue, especialmente do azote residual. Convém apontar as conclusões a êste respeito de DUVAL e GRIGAUT: *A evolução geral da curva das substâncias azotadas no sangue dos chocados é diferente conforme o ferido evolue para a cura ou para a morte. Sempre que tende a curar-se o azote total não proteico ainda que muito augmentado entra a diminuir progressivamente; o contrário se passa*

quando a morte é inevitável e então essa taxa aumenta cada vez mais.

A investigação da ureia no sangue permite também precisar o prognóstico, A manutenção das taxas superiores a 1 grama sem tendência ao declínio presagia a morte; — o contrário: se deverá concluir quando a percentagem da ureia diminua ainda que lentamente.

Já dissemos também que nos chocados se dá uma concentração do sangue nos capilares por uma como que fuga do plasma através das paredes dos mesmos e dêste modo o número das hematias pode facilmente exceder a taxa normal de 5 milhões. O exagero dessa taxa anuvia o prognóstico tanto melhor esclarecido por uma comparação com a contagem do sangue colhido nas veias. Nos doentes colapsados por hemorragia é pelo contrário uma hipoglobulia que se verifica. A leucocitose (polinucleose que vai de 16.000 até 500.000) é elemento de bastante valor.

O doseamento da hemoglobina mostra-a aumentada no choque e tanto mais quanto mais grave êste for. A viscosidade aumenta directamente com o grau do choque.

Resumindo :

Os feridos com choque e que devem morrer caem progressivamente num estado de crescente inconsciência e por fim em cômá. O corpo resfria-se cada vez mais, o pulso já mais se sente, a pupila dilata-se sobrevindo nos últimos momentos vômitos e delírio. Quando o elemento microbiano se sobrea junta, à hipotermia pode suceder a pirexia.

Quando, pelo contrário, o doente tende para a cura a melhoria é progressiva, a tensão sobe, o pulso começa a palpar-se, o ferido aquece e por fim quer urinar. Uma verdadeira crise urinária se revela (1500 a 2500 gramas de urina com um débito de ureia de 35, 75, a 100 gramas em 24 horas). Nos casos em que se não suprimiram eficazmente, quando os havia, os elementos desvitalizados do fóco traumático um outro perigo se avizinha e é a aparição da gangrena gasosa. Os dois choques dão-se, por vezes, as mãos no dizer de Cowell.

TRATAMENTO DO CHOQUE

Já no decurso dos outros capítulos e a propósito de considerações expendidas ficaram esboçadas algumas noções de tratamento. Não é possível todavia ordenar êste assunto sem recorrer à classificação do choque e para fins didáticos podemos talvez utilizar a que a escola francesa adota. Começaremos assim pelo choque imediato.

O choque imediato é devido a um estímulo intensivamente abrupto (traumatismos físicos, emoções intensas, etc.) e impeditivo de as células cerebrais transformarem a energia potencial em energia cinética, do que advém então não poder o organismo realizar o seu trabalho normal. Daí colapsos de metabolismo, temperaturas sub-normais e prostração geral. Cada indivíduo encerra em si um certo número de condições de segurança, de cuja interdependência deriva a vida. Se a pessoa é exposta a acidentes que lhe diminuem essas condições é fatal o desequilíbrio. Ora essa oscilação realiza-a um traumatismo violento, uma falta de alimentos ou de água, uma exposição longa ao frio ou à humidade, uma perda de sono, um trabalho físico ou mental excessivo, uma hemorragia interna, uma infecção sobreaguda e até mesmo um funcionamento deficitário dos órgãos de eliminação. Quer as causas do choque sejam psíquicas, traumáticas ou tóxicas — os fenómenos básicos são sempre os mesmos. O indivíduo apresentará desde a evidência máxima até às formas esboçadas (choque atenuado) a série de sinais que já referimos e cujo tratamento há-de inevitavelmente ser constituído pelo repouso, pelo aquecimento, pelo sono e em certos casos pela hemostase. O emprêgo ponderado da morfina, dos soros, a melhoria da ventilação pulmonar e a transfusão sangüínea são elementos cardiais dêsse tratamento.

O primeiro cuidado é, sem dúvida, dar calor ao chocado o que se consegue em compartimentos defendidos de correntes de ar frio e aquecidos com dispositivos de lampâdas, ou com fogões eléctricos como os que se empregam na sala de observações do Banco de S. José; ou na falta disto fazer-se há o envolvimento do tórax, abdómen e membros com agasalhos; cobrindo tudo com mantas de lã com muito pouco pêso todavia em cima do tórax para não dificultar a expansão rítmica do mesmo. O uso

das botijas (entre os pés, entre as coxas e ao lado do tronco) é de recomendar.

Quando o choque provenha de fracturas é absolutamente necessário aparelhar cuidadosamente. Para aliviar a dor quando exista e debelar a taquipneia intensiva emprega-se a morfina não em quantidade brutal como têm sido proposto de 4,5 e mais centigramas, mas sim numa dose calmante e em que o farmaco interfere até como regulador das trocas metabólicas sobretudo quando existe, como nestas emergências, insuficiência de oxigénio.

No caso da fractura ser exposta a regularização da ferida é essencial e muito embora não seja vantajoso somar dois choques (traumático e operatório) a *toilette* da ferida torna-se imperiosa.

Quando houver grande hemorragia proveniente de um membro é necessário o emprêgo do garrote, que não deverá ser tirado senão depois de feita a regularização da ferida e a laqueação dos vasos.

Ainda no choque imediato e depois de ponderados os casos especiais, que aqui foram registados utilizaram-se os seguintes processos de tratamento:

Injecções de pituitrina (efeito temporário como estimulante, mas nocivo em uso continuado);

Injecções de adrenalina e estricnina (muito usadas, mas rejeitadas depois do estudo do Comité do choque);

Injecções de óleo canforado e digitalina (de valor reduzido e apenas como estimulante temporário);

Ingestão de alcool e seus derivados (champanhe, vinhos generosos, etc.) de reduzido valor mesmo porque o doente vomita qualquer líquido que ingere e mais anti-chocante é uma infusão quente do que uma poção alcoólica;

Inalações do oxigénio (na cianose e fome de ar).

Isto é: não há positivamente, além da morfina e em casos muito especiais, qualquer droga que mereça preferente relevo.

Para levantar a pressão sangüínea aumentando o volume de sangue fizeram-se as injecções com sôro fisiológico (só aparentemente bom, visto que o volume da massa sangüínea é apenas transitòriamente aumentado; porque o plasma foge para os tecidos).

dos perivasculares); sôro artificial de HAYEM; sôro de RINGER e sôro de LOCKE. Todos estes sôros obrigatòriamente aquecidos dão uma melhoria passageira porque têm uma viscosidade inferior à do sôro normal e não impedem porisso que a hipotensão reapareça.

As injeções de sôro gomado (sôro de BAYLISS — 6 0/0 de goma arábica e 0,9 de Cl Na ; 200^{cc} de 20^m em 20^m) e de sôro de ERLANGER e GASSER (25 0/0 de goma arábica e 18 0/0 de dextrina) com a mesma posologia, subcutâneamente ou até melhor intravenosamente pretenderam a revertência do plasma para a massa sangüínea. Felizmente, também, estas soluções não produziam qualquer efeito anafilático, não mostravam propriedades hemolíticas ou aglutinantes e não aumentavam demasiado a viscosidade do sangue. Os seus resultados são realmente apreciáveis. Um tipo de boa solução será o obtido adicionando ao sôro fisiológico 3 a 6 gramas por cento de goma arábica.

CRILE recomenda igualmente o uso do seguinte clister gota a gota (bicarbonato de sódio e glucose a 5 0/0) dois a quatro litros em 24 horas.

Em vez de se utilizarem as soluções salinas ou gomosas também se recorreu aos seguintes tratamentos:

a) Sangue desfibrinado. — (Com maus resultados; morreram muitos doentes).

b) Sôro humano. — (Nem sempre é fácil obter; inconveniente de hemólise e de aglutinação).

c) Sôro de cavalo. — (Mau muitas vezes; porque as massas de sangue a empregar levavam fatalmente a reacções anafiláticas).

d) Injeções de sangue citratado.

e) Injeções de sangue puro.

f) Injeções de sangue oxigenado (método de BÉCART).

Os três últimos processos empregam-se principalmente nos casos de choque por hemorragia.

Nos chocados com ferimentos não há sòmente que vigiar as consequências do choque, há igualmente que atender à natureza e extensão dos ferimentos procedendo em harmonia com essas características.

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

AMOSTRAS e LITTERATURA : **SALINAS**, Rua Nova da Trindade, 9, LISBOA

MAGNESIA S. PELLEGRINO

Purga. Refresca. Desinfecta.

Colocámos á disposição do Corpo Medico as amostras
que necessitar para os seus ensaios

LABORATORIO CHIMICO FARMACUTICO MODERNO
- TORINO -

Representantes e depositarios para Portugal e Colónias:

GIMÉNEZ-SALINAS & C.^a - Rua Nova da Trindade, 9, 1.^o - LISBOA



IODALOSE GALBRUN

IDO PHYSIOLOGICO, SOLUVEL, ASSIMILAVEL

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

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

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

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

LABORATORIOS CLIN

COLLOIDES

1º COLLOIDES ELECTRICOS : Electrargol (prata) - Electrauról (ouro) - Electr-Hg (mercurio) - Electrocuprol (cobre) - Electrorhodiol (rhodio) - Electro selenium (selenio) - Electromartiol (ferro). Arrhenomartiol.

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

SULFO-TREPARSEANAN

ARSENOBENZENE INJECTAVEL

Pela via hipodérmica

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

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

NEO-TREPARSEANAN

Syphillis — Plan — Impaludismo — Trypanosomíases.

ENESOL

Salicilarsinato de Hg (As e Hg) dissimulados)

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

Injecções intramusculares e intravenosas.

ADRÉNALINE CLIN

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

CINNOZYL

(Cinnamato de benzylo-Cholesterina e Camphora)

Immunisação artificial do organismo tuberculoso.

Empólas de 5 c.c.

SOLUÇÃO de Salicylato de Soda do D^r CLIN

Dosagem rigorosa - Pureza absoluta

2 gr. de Salicylato de Soda por colher de sopa.

SALICERAL

(Mono-salicyl-glycerina)

Linimento antirreumatismal

LICOR E PILULAS DO D^r LAVILLE

Anti-gottosas

1/2 a 3 colheres das de chá por dia.

SOLUROL

(Acido thymínico)

Eliminador physiologico do acido urico.

Comprimidos doseados a 0 gr. 25.

SYNCAINE

Ether paraaminobenzoico do diethylaminoethanol.

Syncaine pura em sal. — Soluções adranesthetics.

Tubos esterilizados para todas as anesthetics. Collyrios.

ISOBROMYL

(Monobromisovalerylurada)

Hypnotico e sedativo

Comprimidos doseados a 0 gr. 30 :

1 a 3 antes de deitar-se.

VALIMYL

(Diethylisovaleramide)

Antiespasmódico

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

TANACETYL

(Acetylitanin)

Antidiarrheico

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

3 vezes por dia.

INJECCÃO CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINADA

Empólas de 1 c. c. (N^o 596 e 796).

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

CACODYLATO DE SODA CLIN

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

Tubos esterilizados em todas as dosagens usuas.

METHARSINATO CLIN

(Syn. : ARRHENAL)

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

Tubos esterilizados de 5 egr. por c. c.

VINHO E XAROPE NOURRY

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

Lymphatismo, Anemia, Molestias de Peito.

ÉLIXIR DERET

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

De um a duas colheres de sopa por dia.

XAROPE de AUBERGIER

de Lactucario

2 a 4 colheres das de sopa por dia.

1631

O choque primário ou choque toxémico não póde ser evitado senão eliminando prèviamente à sua eclosão os tecidos desvitalizados, que constituem, de facto, o factor etiológico o mais importante. Pela extensão dos ferimentos num membro duas hipóteses sempre se apresentam: amputar ou conservar.

Os esmagamentos extensos e que comprometem largamente não só o envolvero muscular mas a integridade do osso só beneficiam com a amputação e que, a fazer-se em feridos demorados na ameaça ou até mesmo em evolução de gangrena gazosa, terá muitas vezes de ser alta e em *saucisson*.

Os feridos colhidos recentemente e que tem dois terços de integridade muscular lucrarão com a regularisação. Uns e outros deverão ser injectados com sôros anti-gangrenosos. O garrote no primeiro caso só será solto depois de feita a amputação; no segundo caso será levantado só depois de laqueadas as artérias permitindo-se aos vasos venosos uma descarga regular e a seguir à qual a ferida deve ser cuidadosamente lavada com soluto hipertónico de cloreteo de sódio a 20 % para libertar a região traumatizada do edema, que a invade.

Sobre o anestésico: pondo formais contraindicações ao clorofórmio (extremamente chocante pela sua acção tóxica sôbre a célula do órgão mais atingido, que é o fígado) e mesmo ao éter (embora muito menos tóxico para o fígado) mas ambos propiciando a acção da histamina e seus similares; da cloralose injectada intravenosamente (não tóxica para o fígado e coração, mas produzindo movimentos automáticos e coreiformes); do protóxido de azote que não maneamos, só nos resta a anestesia raquidiana ensaiada sem protesto de maior, o cloreteo de etilo e melhor que tudo ainda a anestesia local. O estado mesmo de hipoesesia da maior parte dos doentes auxilia eficazmente esta espécie de narcose.

O colapso hemorrágico exige primeiro que tudo um diagnóstico tão perfeito quanto possível e para isso teremos que recorrer aos princípios, que deixamos esboçados no capítulo respectivo. No fígado com o tamponamento e quando seja possível a sutura; no baço quási sempre com a esplenectomia; no rim com as nefrectomias totais ou parciais; no intestino ou ressecando ou suturando nas melhores hipóteses e para os órgãos da cavidade torácica e craniana procedendo em harmonia com a categoria do

órgão lesado e aludindo dêste modo a tão variadas vísceras esboçamos em traços largos o vasto programa e dilatadas responsabilidades, que um problema desta ordem envolve!

Feita a necessária e oportuna hemostase o doente, aproveitando de uma auto ou heterotransfusão, deverá ser submetido ao aquecimento e à morfina.

No choque séptico, infelizmente, pouco há a fazer. Ou se trata de um agente hipervirulento e que sidera o organismo por mais resistente que êle seja ou (tão grave emergência como a primeira) achamo-nos em face de um organismo debilitado, em que uma exaltação por mínima que seja da virulência microbiana o empolga mortalmente. Se tratar de agente prèviamente determinado ou susceptível de determinação os sôros ou vacinas adequadas são para recomendar. Em qualquer hipótese as medicações apontadas no tratamento do choque imediato, exceptuada a morfina, tem aqui justo cabimento. É muito para considerar a indicação cada vez mais apontada das transfusões nesta espécie de choque.

Para terminar falta-nos aludir a uma variedade de depressão com que o estado de choque se pode confundir — e é o ileus paralyticus. O ileus paralyticus não é mais que um aspecto da septicémia derivada por sua vez da peritonite consecutiva à perfuração aguda ou sub-aguda e posteriormente difusa de uma víscera ôca. São, de regra, o apêndice e o estômago os órgãos que mais largamente contribuem para êste estado sombrio. O diagnóstico diferencial poderá fazer-se pela história pregressa do doente. O tratamento é idêntico ao do choque mas de efeitos conhecidamente precários e tanto mais quanto, para fins de esclarecida diagnose mais movimentada tiver sido a laparotomia executada.

Adenda:

FISHER (do serviço de Gibson de Nova York) apoiado nos resultados obtidos com o tratamento pré e post-operatório da acidose pela *insulina* e *dextrose* alvitrou êste processo para a terapêutica do choque cirúrgico. Alegava então que os estados de choque qualquer que fosse a sua causa revelavam sensivelmente o mesmo quadro clínico, indiciando um estado de esgotamento

orgânico e como as células moribundas não poderiam utilizar moléculas extremamente complexas era por êste modo a insulina injectada subcutâneamente para que oxidasse a dextrose e a tornasse assim assimilável.

O tratamento é feito nestas condições :

Tão depressa que entra um doente em choque administram-se-lhe intra-venosamente 1000^{cc} de uma solução de dextrose a 5 ou a 10 0/0, que deve ser dada lentamente (1 hora) e à temperatura de 43°. A insulina é injectada na razão de 1 unidade (U-20) por cada 2 a 3 gramas de dextrose e em 2 injeções; a 1.^a 15 minutos depois do início e outra metade no fim da aplicação do soluto de dextrose.

RESSECÇÃO DO JOELHO POR TUMOR BRANCO SEGUNDO A TÉCNICA DE FREDET

POR

AMANDIO PINTO
Cirurgião dos Hospitais

A experiência mostra que as directrizes segundo as quais se deve encaminhar o tratamento da tuberculose ósteo-articular na criança e no adulto são completamente distintas.

Emquanto na primeira o tratamento conservador, aliado a um regime higieno-dietético adequado, é susceptível de, e mbora num prazo longo, levar na grande maioria dos casos à cura, no segundo, raras vezes, por êste meio, seremos conduzidos ao êxito, e daí a necessidade de recorrermos de preferência aos processos operatórios.

Dêstes o melhor, até hoje e quando é possível, é a ablação integral do foco da doença, que pode ir da sinovectomia mais ou menos extensa até a ressecção da articulação.

A seu lado, e principalmente para os casos em que isto se não pode realizar, temos as operações imobilizadoras, consistindo, duma maneira geral, em implantações ósseas, de que é tipo a operação de Albee para o mal de Pott.

Paralelamente a estes processos e há poucos anos surgiu um outro proposto por Lavallo, professor em Buenos Aires, que não tem conseguido a fortuna que os sucessos apresentados pelo autor autorizariam a prever.

Para isto tem contribuído, não só o facto de aqueles que o têm pôsto em prática não terem apontado idênticos resultados, como também a circunstância de, contrariando a sua afirmativa de que todos os casos se curam, dois, que êle operou em Paris, terem sido particularmente infelizes.

E é pena que assim seja pois, embora seja talvez um processo aplicável sobretudo na criança, a verdade é que a rapidez com que levaria à cura e os resultados anatómicos obtidos são bem de molde a adjectivá-lo de maravilhoso.

Lavalle pensou que a predilecção da tuberculose pelas epífises se explicaria pela pobreza do respectivo sistema circulatório, e assim lembrou-se de activar o desenvolvimento da circulação epifisária, a fim de criar um terreno tão desfavorável quanto possível à evolução da tuberculose, colocando duas espécies de enxertos ósseos, uns que partem da diáfise e penetram até a epífise, atravessando a cartilagem de conjugação, e outros, subcutâneos, em relação com as extremidades externas dos anteriores.

Recentemente, ao que parece, estes últimos já não são utilizados.

O método que foi primeiro empregado exclusivamente no joelho, mas depois generalizado a outras articulações e mesmo a outras formas de tuberculose, é duma simplicidade pasmosa.

O futuro dirá a importância que verdadeiramente lhe cabe.

Uma das articulações mais freqüentemente atingidas na tuberculose ósteo-articular é o joelho e, desde Ollier, que a ressecção desta articulação por tumor branco se encontra regulada por forma a obter-se uma percentagem grande de bons resultados.

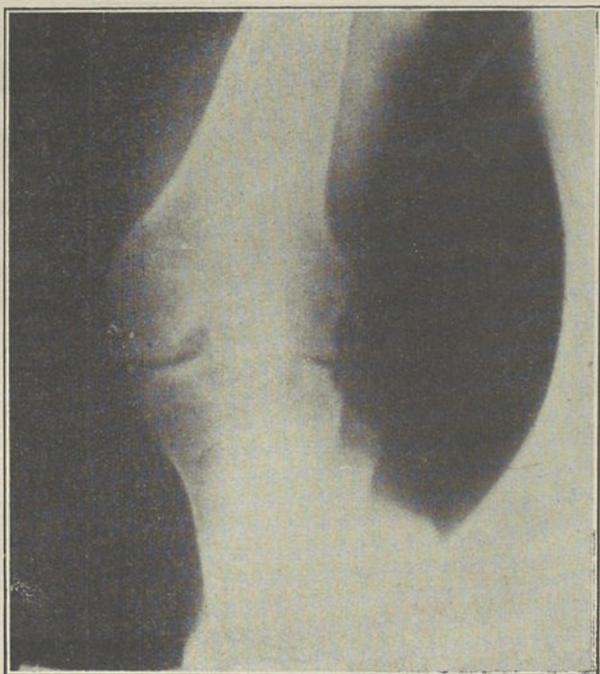


Fig. 1

Os insucessos, porém, não são raros, e assim, noutros tempos, alguns vimos de molde a inspirar-nos a idea de nunca empregar êsse método.

Na realidade nêle, além da preocupação de conservar o aparelho ligamentar da articulação bem como o periósteo, base do processo de Ollier tirada da sua teoria sôbre a osteogênese, tem ainda o inconveniente de todo o trabalho ser feito por dentro da articulação, isto é, em pleno foco doente.

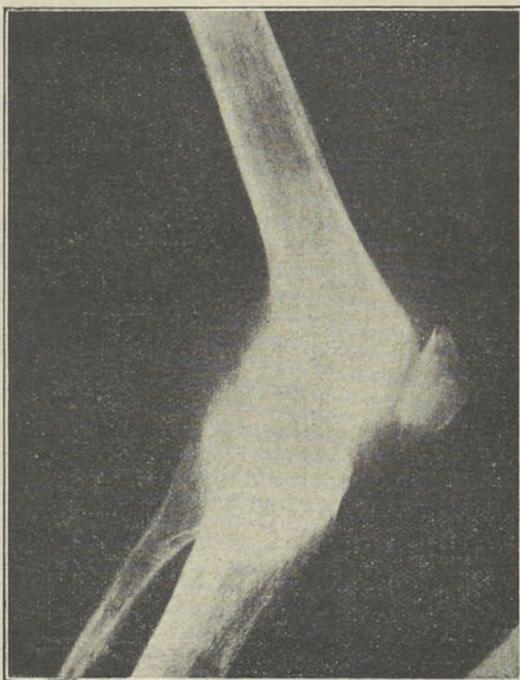


Fig 2

Dêstes dois princípios resulta não só a possibilidade de se deixar partes doentes como também de se fazer novas inoculações. Para obviar a estes inconvenientes propôs Bardenheuer a extirpação em bloco da articulação, a chamada ressecção extra-articular.

Além de ser duma técnica difficil, esta operação comporta um exagerado encurtamento do membro, dado o comprimento do segmento de que se torna necessário fazer a ablação.

Não conseguiu,

por isso, entrar na prática corrente.

Conjugando, dentro do possível, os princípios da técnica clássica com os desta última, conseguiu Fredet estabelecer um método que, pelos resultados obtidos na nossa prática, sem ser duma infabilidade absoluta e, de resto, não há métodos infalíveis, nos parece digno de generalização.

Daí a razão dêste trabalho que pretende apenas contribuir para a sua vulgarização.

O princípio fundamental do processo é a extirpação sistemática de todas as partes doentes, trabalhando-se o menos possível dentro do foco. Para este efeito, torna-se, primeiro que tudo, necessário evitar o derrame de sangue que iria prejudicar a visão conveniente do campo operatório e, portanto, não permitiria uma boa destriça das partes a eliminar. Far-se há, assim, a hemóstase temporária com um garrote colocado na raiz da coxa. A incisão cutânea tem igualmente grande impor-

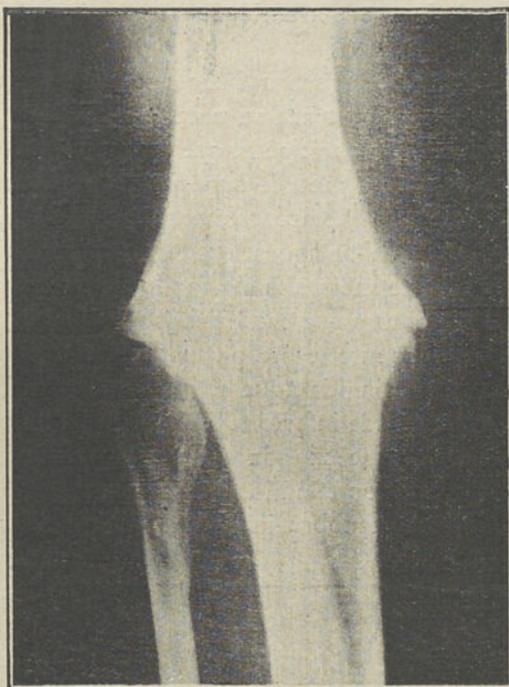


Fig. 3

tância, pois só sendo traçada convenientemente, se obtém a exposição necessária. Este resultado consegue-se traçando-a em U com a parte inferior quasi horizontal, passando logo acima da tuberosidade anterior da tibia, e os ramos laterais muito posteriores, em coincidência quasi com os bordos dos côndilos femurais, e atingindo os seus pontos mais altos a parte superior destes. Levanta-se o retalho cutâneo, assim delimitado, até bem acima e a seguir secciona-se o ligamento rotuliano, logo abaixo, da rótula, mas sem abrir a articulação, e rebate-se para baixo fazendo então, da sua parte inferior, irradiar para os lados duas incisões que interessam o plano aponevrótico e se estendem para trás tanto quanto possível. Então, partindo bem de baixo, levantam-se todas as partes moles aderentes à tibia, levando com elas os fundos de saco serosos menisco-tibiais até o ponto em que estes se inserem na tibia, isto é, na vizinhança da superfície articular, ficando-nos assim adiante e

aos lados a extremidade superior da tíbia apenas presa pela serosa.

Passa-se agora a fazer a mesma operação do lado do fémur.

Para isto, traça-se uma incisão nos planos aponevróticos e tendão do quadrícipete, que tem uma parte média correspondente e adjacente à metade superior da periferia da rótula, e que depois se prolonga horizontalmente para os lados indo o mais longe possível. Vai-se agora levantar o quadrícipete para podermos atingir a parte mais alta do fundo de saco sub-quadrícipal.

Aqui torna-se necessário fender o respectivo tendão, longitudinalmente e na parte média, até uma altura conveniente e, uma vez atingida aquela, rebate-se para baixo tudo o que envolve a extremidade inferior do fémur, adiante e aos lados, até se chegar junto da inserção da sinovial no rebôrdo cartilágneo da tróclea adiante e dos cõndilos aos lados.

Nesta manobra inclui-se também a desinserção dos ligamentos laterais e do tendão do popliteu. Falta-nos agora a libertação da parte posterior da cápsula, mas para isso é necessário ir através da articulação.

Nesse objectivo é nosso hábito ressecar toda a parte já libertada, incluindo a rótula, cortando as inserções da sinovial, até êste momento poupadas, divergindo assim um pouco de Fredet que apenas corta as inserções no fémur, deixando para o fim, quando já está libertada a parte posterior da cápsula, a remoção em bloco.

A nossa maneira de fazer, porém, além de facilitar um pouco as manobras

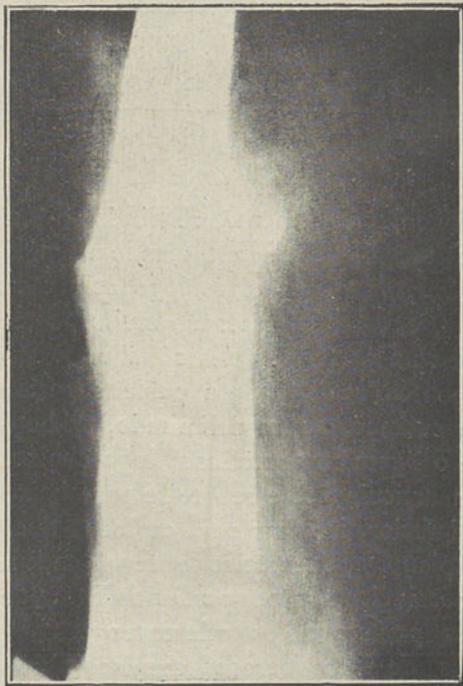


Fig. 4

subseqüentes, permite a remoção imediata duma porção importante de material tuberculoso.

Faz-se em seguida a flexão forçada do joelho e seccionam-se os ligamentos cruzados junto da inserção femural. Afastando agora a tibia do fémur põe-se em evidência a inserção femural da parte posterior da cápsula articular que é seccionada, começando-se a dissecá-la de cima para baixo.

Este tempo é um pouco delicado, pela proximidade do feixe vásculo-nervoso, mas a verdade é que, conhecida a situação deste, fácil é executá-lo sem perigo.

Chegados à inserção tibial da cápsula é esta seccionada levantando-se o fundo de saco sinovial e removendo-se então o que ainda resta das partes moles articulares. Nesta porção posterior há pequenos divertículos que se devem também remover, bem como a bôlsa serosa do popliteu.

Resta agora ressecar as extremidades ósseas. Para este efeito, compreende o processo dois pontos

fundamentais: em primeiro lugar, a ressecção óssea é feita com o membro em extensão, e, em segundo lugar, a direcção do plano da secção varia com a localização das lesões, tornando-se apenas indispensável que os planos segundo os quais essa secção se faz nos dois ossos sejam rigorosamente paralelos.

Quere dizer, desta forma a ressecção óssea é o mais econó-

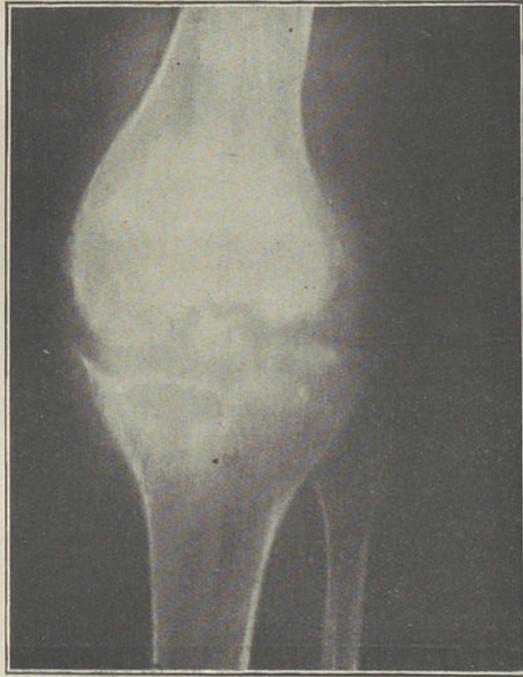


Fig. 5

mica possível, sendo além disso duma precisão que o método clássico não comportava.

Dada a posição do membro em que os ossos são serrados, torna-se indispensável proteger as partes moles da cavidade popliteia, para o que se emprega um protector metálico, em forma de H e de dimensões adequadas (altura 6 cm., largura 16 cm., largura dos ramos laterais e transversal 4 cm.), cuja parte média, convenientemente insinuada entre essas partes moles e os ossos, effectua eficazmente a protecção.

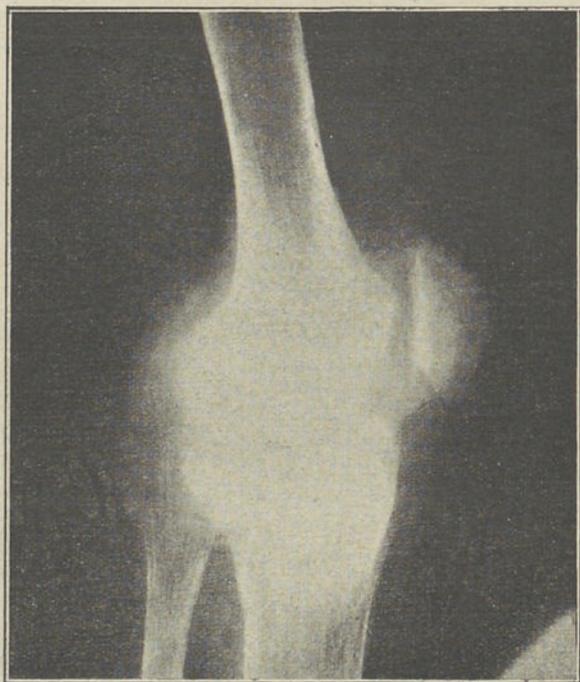


Fig. 6

Para obter um paralelismo conveniente entre os planos de ressecção dos dois ossos emprega Fredet dois serrotes de lâmina larga, atacando um dos ossos com um deles, e convém sempre que seja o mais lesado o primeiro, e deixando-o em posição com o osso incompletamente serrado, guiando-se em seguida

pela sua posição para com o segundo serrote atacar o outro osso.

Por nossa parte temos sempre utilizado unicamente um desses instrumentos, não tendo nunca encontrado dificuldade em obter o resultado desejado.

Resta completar a operação. Para isto suprime-se a hemostase temporária, laqueiam-se os pontos que sangram e faz-se a coaptação óssea.

Esta é mantida por meio dum fio metálico passado em X,

pela forma que adiante as radiografias mostram, com o auxílio dum vulgar perfurador passa-fios de tamanho adequado.

Feito isto, os planos músculo-aponevróticos da coxa são suturados aos da perna e acaba-se por suturar a pele, sendo necessário ressecar um pouco do retalho que primeiro se talhou e que, nesta altura, após encurtamento do esqueleto do membro, se reconhece ser exuberante.

A sutura da pele é por nós feita a *cat-gut* e, contrariamente ao indicado por Fredet, nunca estabelecemos qualquer drenagem.

O membro é em seguida immobilizado, na nossa maneira de fazer, com duas talas de madeira suficientemente compridas para a interna se apoiar no sulco génito-crural e a externa vir encostar-se à crista iliaca. Não havendo indicações contrárias, e em todos os nossos casos até hoje não houve, só ao fim dum mês se levanta o primeiro penso.

Ao fim de dois meses, em regra, a consolidação está feita, autorizando-se pouco depois o doente a levantar-se. Adiante se aponta um caso de retardamento de consolidação bem como a conduta que perante êle se entendeu seguir.

Resta-nos apresentar os casos clínicos:

CASO I.—Francisco D., de 34 anos, entrado na enfermaria n.º 3 do Hospital de Arroios em 12-III-1926. Há quatro anos começou a sentir pequenas dores no joelho direito, que apareciam principalmente após marchas prolon-

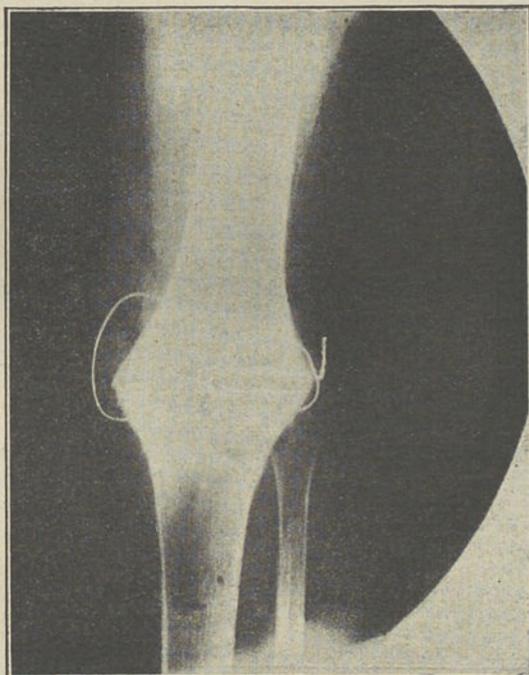


Fig. 7

gadas e cessavam com o repouso. Durante três anos manteve-se êste estado de cousas, passando pior de inverno, pelo que o seu mal era atribuído a reumatismo.

Há um ano o joelho começou a aumentar de volume, tornando-se cada vez mais difíceis os respectivos movimentos activos, até que, há dois meses e meio, a marcha se tornou de todo impossível, fixando-se a articulação em ligeira flexão, e as dores passaram a ser contínuas e de tal intensidade que não lhe tem sido possível conciliar o sono. A observação o joelho direito está, de facto, em flexão moderada, fazendo a perna com a coxa um ângulo

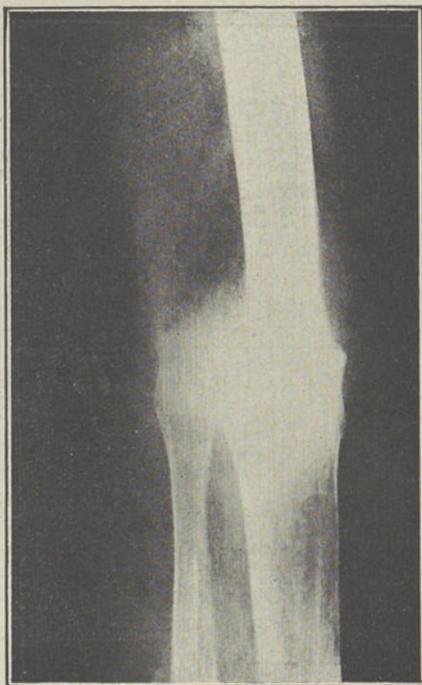


Fig. 8

de cêrca de 120° , estando bastante tumefacto e verificando-se que o seu perímetro máximo é de 44 cm. contra 38 do lado são. Grande atrofia dos músculos da coxa e perna e impossibilidade dos movimentos, quer activos quer passivos pela grande dor que provocam. Não há fistulas nem a pele apresenta sinais de tendência para isso. A palpação provoca-se grande dor e tem-se a impressão correspondente à existência de fungosidades dentro da articulação, principalmente no fundo do saco sub-quadrípital muito distendido.

Fez-se um exame radiográfico, em planos perpendiculares, de que se vêem nas fig. 1 e 2 os respectivos positivos. O relatório diz: - «O espaço inter-articular do joelho direito encontra-se bastante reduzido apresentando a epífise da tíbia, ao nível da respectiva espinha, um aspecto floculoso com manchas arredondadas muito transparentes e confluentes, que devem corresponder a perdas de

substância óssea. Imagem idêntica se nota no espaço intercondiliano do fêmur. As superfícies articulares apresentam corrosões em vários pontos, mais acentuadas ao nível dos cõndilos externos da tíbia e fêmur. Estes sinais radiográficos são indicativos dum processo de osteo-artrite de natureza tuberculosa. — *J. Caldas*».

Operado em 30-III-926. Ressecção do joelho pelo processo de Fredet. Anestesia: clorofórmio + éter (1 : 3).

Não há qualquer incidente no decurso post-operatório, não fazendo o doente nunca mais de $37,2$ de temperatura.

Ao fim dum mês levanta-se o penso. Sutura bem. Reaplica-se o aparelho

que só será de novo levantado ao fim de mais trinta dias. Nesta altura há consolidação óssea mas não se julga ainda prudente fazer levantar o doente. Radiografias feitas, logo após a operação e dois meses depois, mostram, as primeiras, a boa coaptação óssea, e as últimas, a recalcificação das epífises femural e tibial. Aguardam-se ainda quinze dias mas, entretanto, começa a formar-se um estreito trajecto fistuloso sôbre o lado externo do joelho, que se calcula ser provocado pelo fio metálico, por ter sido aqui que ficou o respectivo nó. Por êsse motivo é aquele retirado, sob anestesia local, produzindo-se ao

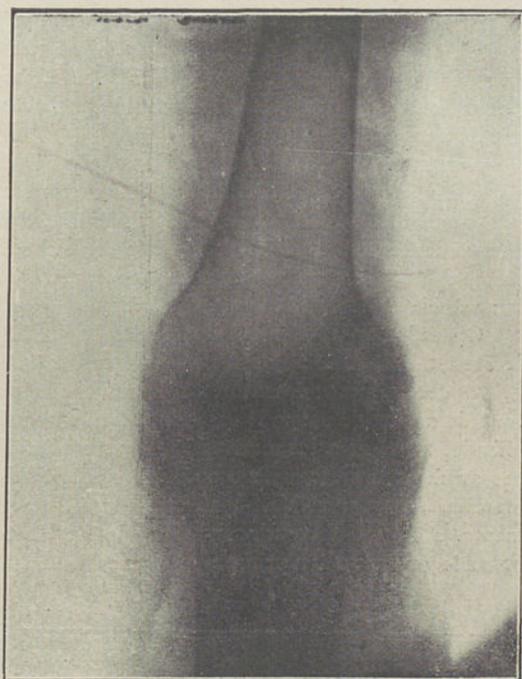


Fig. 9

fim de alguns dias a cicatrização completa. Em fins de Junho começa o doente a levantar-se, para o que se lhe mandou fazer na bota, correspondente ao pé direito, sola e salto mais altos.

A pouco e pouco se foi habituando a marchar, tendo alta em 28 de Julho, completamente curado e marchando razoavelmente apoiado numa bengala. Três meses depois, conforme recomendação feita, aparece na revisão. Marcha bem, sem qualquer dificuldade, e nunca mais teve dores. O encurtamento é de 6,5 cm.

Radiografias feitas então (fig. 3 e 4) mostram o bom aspecto das epífises femural e tibial bem como o calo que as une.

CASO II. — João M., de 23 anos, entrado na enfermaria n.º 3 do Hospital de Arroios em 5 de Maio de 1926. Há cinco anos, cêrca de seis meses após uma queda em que contundiu fortemente o joelho direito, começou a sentir neste umas picadas, primeiro na face interna e depois adiante, que, de princípio, pouco o incomodaram e não contendiam com a mecânica articular. Ao fim de um ano, porém, instalaram-se dores sucessivamente crescentes e começaram a tornar-se difíceis os movimentos. De há um ano para cá está completamente impossibilitado de marchar.

À inspecção ressalta o engrossamento do joelho direito, tornado mais apa-

rente pelas atrofia dos segmentos do membro atinentes. Pele de aspecto normal. Ligeira flexão do joelho, fazendo a perna sôbre a coxa um ângulo de 160.º À palpação provoca-se dor e tem-se a sensação de fungosidades nos fundos de saco articulares. Impossibilidade absoluta dos movimentos articulares, quer activos quer passivos.

O relatório do exame radiográfico (fig. 5 e 6) diz: «Destruição muito acentuada das superfícies articulares do fémur e tibia, ao nível do joelho direito, com perdas de substância óssea, formando escavações e *encoches*. O espaço inter-articular está todo deformado, irregular, policíclico. Não há neoformação de osso. Sinais radiológicos de ósteo-artrite de origem bacilosa com predominância de lesões ósseas. — *J. Caldas*».

Operado em 18-V-1926. Ressecção do joelho direito segundo o processo de Fredet. Anestesia: clorofórmio + éter (1:3).

O decurso post-operatório não acusa qualquer incidente. O penso é levantado ao fim de um mês estando a ferida completamente cicatrizada. Reaplicado, torna-se a levantar ao fim doutro mês. Consolidação óssea. Deixa-se passar mais uma semana e o doente começa a fazer os primeiros ensaios de marcha. Alta em 26 VIII-1926 completamente curado e marchando regularmente. O fio não dá qualquer perturbação. O encurtamento é de 7 cm., compensado por uma maior espessura de sola e salto respectivos. Tendo compa-

recido à revisão em Janeiro de 1927, está perfeitamente bem, andando sem qualquer apoio e descalço, por a sua profissão de marítimo não lhe permitir andar doutra forma, claudicando, de resto, assim, ligeiramente. O fio metálico continua a não o incomodar. Um exame radiográfico feito nessa ocasião (fig. 7 e 8) mostra a perfeição do resultado sob o ponto de vista ósseo



Fig. 10

Caso III. — Eduardo C., de 37 anos, entra na enfermaria n.º 3 do Hospital de Arroios em 17-V-1926 dizendo que, já há uns quatro anos, teve uma dor súbita no joelho esquerdo muito intensa e que depois se prolongou por muito tempo, obrigando-o a estar na cama ao

mesmo tempo que aquela articulação engrossava e, pouco a pouco, a perna se ia flectindo sobre a coxa. Não se lembra de ter tido febre e os movimentos activos tornaram-se de todo impossíveis. A lesão foi diagnosticada como tumor branco e, ao fim de alguns meses, começou a levantar-se mas apoiado em muletas que nunca mais deixou. As dores foram desaparecendo, persistindo, porém, a flexão do joelho. Houve depois um largo período sem dores até que, há quatro meses, estas voltaram tornando-lhe a vida impossível. Veio para o hospital porque lhe disseram que só com uma amputação o seu caso se resolveria, operação a que está disposto, não só para se ver livre do seu mal como também por lhe ser completamente inútil a perna tal como a tem. Á inspecção vê-se que o joelho esquerdo se encontra em flexão muito acentuada, fazendo a perna com a coxa um ângulo quasi recto. O joelho está muito engrossado não havendo fístulas. A palpação provoca-se dor, principalmente do lado interno, onde também há a sensação de fungosidades. Movimentos, quer activos quer passivos, da articulação, impossíveis, por anquilose.

Fez-se um exame radiográfico (fig. 9 e 10) cujo relatório diz: «As radiografias do joelho esquerdo mostram dois processos distintos: um traduzido em várias neoformações ósseas anquilosando a articulação e unindo a rótula à epífise femural, e o outro constituído por irregularidades com aspecto fungoso mais acentuadamente nas faces laterais dos côndilos do fêmur e tíbia. Deve ter havido um processo antigo ósteo-artrítico de natureza tuberculosa que se curou pela anquilose, havendo, porém, agora, uma reactivação. — *J. Caldas*».

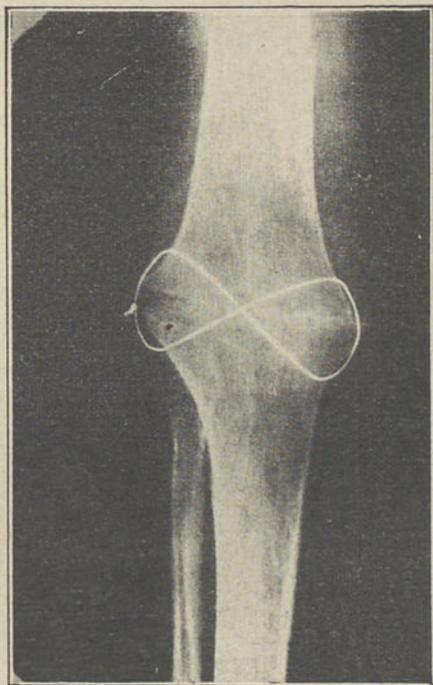


Fig. 11

Operado em 24-VII-1926. Ressecção do joelho esquerdo segundo o processo de Fredet. Anestesia: clorofórmio + éter (1 : 3).

Nos primeiros dias do decurso post-operatório há pequenas elevações de temperatura que depois desaparecem. O primeiro penso é feito da mesma maneira só um mês após a intervenção.

Há uma pequena colecção sangüínea sobre o lado interno da articulação, estando a sutura, de resto, bem. Evacua-se aquele. Em virtude deste incidente o penso é renovado nos dias subseqüentes, obtendo-se a cicatrização

completa rapidamente. Ao fim de dois meses o doente não tem ainda a consolidação completa. Só no fim de Outubro esta nos parece suficiente, começando então a levantar-se. Poucos dias passados, porém, começou a queixar-se dum picadas localizadas à face externa do joelho que se supôs provocadas pelo nó do fio metálico fixador. Fez então um exame radiográfico, de que se vê na fig. 11 a imagem tirada de frente, na qual se não nota qualquer indício de osteíte. O fio é por isso retirado sob anestesia local, verificando-se então que as respectivas pontas, como a radiografia também mostrava, estavam levantadas e dirigidas para a pele, mecanismo que tinha sido determinado pelo processo de neoformação óssea. A cicatrização foi obtida sem incidente, tendo o doente alta, curado e marchando bem, em 20-XI-1926.

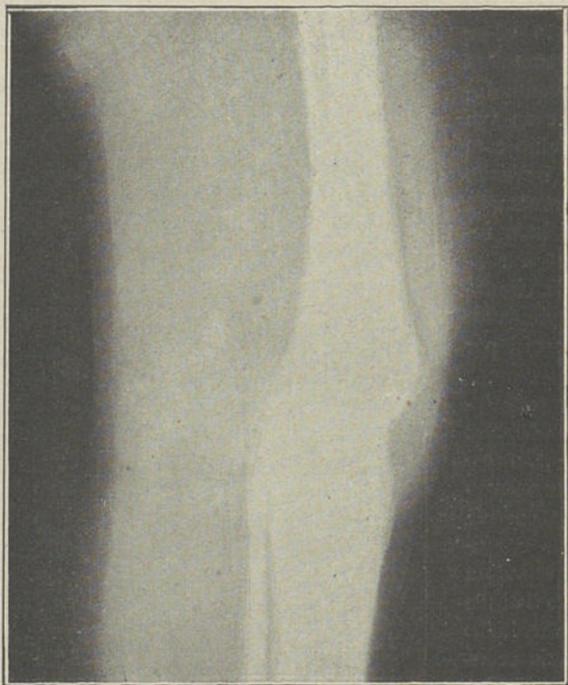


Fig. 12

A fig. 12 reproduz uma radiografia de perfil então feita. O encurtamento do membro era de 6 centímetros. Meses depois, conforme recomendação feita, escrevia-nos dizendo passar sem incidente.

Caso IV.—Manuel P., de 26 anos, entra na enfermaria n.º 3 do Hospital de Arroios em 29-VIII-1927, dizendo que, há cerca de um ano, começou com uma dor sobre o lado interno do

joelho esquerdo, a princípio pouco intensa, mas que, pouco a pouco, se foi acentuando ao mesmo tempo que a marcha se lhe ia tornando difícil. Há três meses as dores tornaram-se intoleráveis, não o deixando mesmo dormir, e os movimentos da articulação, até aí já limitados, deixaram de ser possíveis. À observação nota-se que o joelho esquerdo está bastante tumefacto, com o aspecto clássico de tumor branco, provocando-se pela palpação grandes dores ao mesmo tempo que se apreende a sensação especial correspondente à existência de fungosidades. O joelho está em ligeira flexão, sendo completamente impossíveis os movimentos quer activos quer passivos.

Fez-se um exame radiográfico (fig. 13 e 14) cujo relatório diz: «Junto das

superfícies articulares do joelho esquerdo há uma ligeira osteoporose, especialmente do lado da tibia junto do espaço intercondiliano do fémur. No côndilo interno dêste há como que uma corrosão da camada cortical. O perióstio, ao nível da espinha da tibia, está separado numa linha fina e esfumada. Radiologicamente estes sinais são em favor duma ósteo-ârrite crónica muito provavelmente de natureza tuberculosa. — *J. Caldas*.

Operado em 10-IX-927. Ressecção do joelho esquerdo segundo o processo de Fredet. Anestesia: clorofórmio + éter (1 : 3).

Decurso post-operatório sem incidente. Ao fim de um mês levanta-se o penso estando a sutura bem. Outro mês decorrido reconhece-se que a consolidação não se fez, havendo mesmo fraca união entre as duas extremidades ósseas. Passados dias aplica-se um aparelho de gesso que se mantém durante dois meses.

Retirado ao fim dêste tempo, verifica-se que, embora aquelas extremidades estejam mais firmemente unidas, não há, contudo, ainda consolidação óssea. Retira-se nessa altura o fio metálico, sob anestesia local, e o doente começa a fazer banhos de sol. Em Abril de 1928 ainda não existe consolidação e, feito um exame radiográfico, nota-se a existência dum processo de descalcificação muito acentuado das extremidades ósseas.

Por isso, em 1 de Maio, fez-se a implantação de dois segmentos ósseos, retirados do peróneo do mesmo lado,

que atravessam as extremidades do fémur e da tibia em X. Um mês depois a consolidação é maior mas não ainda completa, e na parte interna da tibia, no ponto correspondente à implantação óssea, formou-se um trajecto fistuloso, de aspecto tuberculoso, dando saída a pus em quantidade. Em 4 de Junho é o doente reoperado, fazendo-se-lhe uma simpaticectomia peri femural no vértice do triângulo de Scarpa. O resultado obtido foi realmente surpreendente. Quinze dias depois não só se tinha obtido a consolidação completa como também o trajecto fistuloso estava inteiramente cicatrizado. O doente começou a marchar em

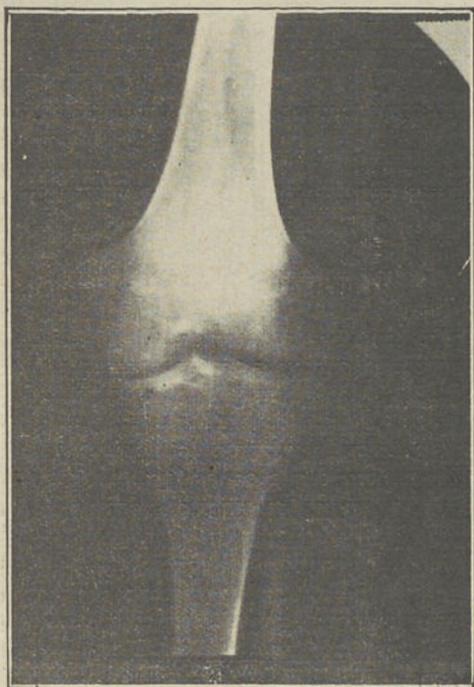


Fig. 13

Julho e teve alta em 4-VIII-1928 completamente curado. As fig. 15 e 16 mostram o aspecto radiográfico então obtido. O encurtamento era de 6 centímetros.

Os casos relatados mostram bem, a nosso ver, a eficiência do método. Nem doutra forma seria de esperar, pois, dada a maneira sistematizada como as lesões tuberculosas são sucessivamente extirpadas, essa eficiência é lógica.

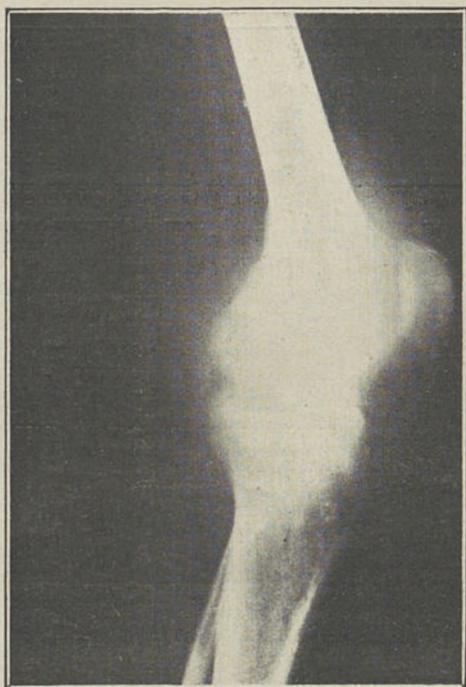


Fig. 14

menos como causa preponderante, embora o facto de o ter retirado, auxiliado ainda com a implantação de segmentos ósseos, não fôsse suficiente para obter aquela consolidação.

Na verdade, porém, se é certo que num determinado período êsse fio desempenha um papel importante, a verdade é que, depois, se torna inútil e pode dar acidentes, e assim julgamos de boa prática retirá-lo em todos os casos logo que a consolidação se obteve, tanto mais que esta pequena intervenção, feita com anestesia local, é da máxima simplicidade.

É interessante, contudo, notar como se faz rapidamente a recalcificação dos topos ósseos. Alguns comentários nos são, porém, sugeridos pelas observações que queremos agora frisar.

O emprêgo do fio metálico para obter a fixação dos topos em posição correcta é, a nosso ver, indispensável e não notámos que daí proviesse qualquer inconveniente. Tardiamente, contudo, vimos em dois casos dar acidentes, e num, o quarto, atribuímos à sua presença a falta de consolidação óssea, se não como elemento único, ao

Tudo se reduz a incisar as partes moles em cima do nó, o que demanda saber-se bem onde êste ficou, cortar o fio e puxar pela ponta a que aquele ficou agarrado.

O nosso último caso é particularmente interessante por ter apresentado um acidente, o retardamento da consolidação, a que Fredet se não refere a não ser para apontar um caso em que, devido a êle, praticou uma amputação ulterior.

Tratamos êsse caso como se tratam as pseudo-artroses e, não tendo obtido resultado com as implantações ósseas, recorreremos à simpaticectomia peri-articular, ainda não há muito apontada como eficaz nas consolidações retardadas das fracturas.

O resultado obtido excedeu a nossa expectativa, não só sob ponto de vista da consolidação óssea como também pela acção sôbre as lesões tuberculosas, que julgámos a princípio ocasional, mas depois voltámos a verificar noutro caso ainda em tratamento no Serviço.

Na realidade, em trabalho recente de Leriche, verificamos que vários já tinham notado o mesmo, a ponto de empregarem deliberadamente a simpaticectomia peri-articular como tratamento da tuberculose ósteo-articular. Como aquela intervenção tem por resultado aumentar a circulação sangüínea no território dependente da respectiva artéria, no caso particular, na articulação doente, estes factos parecem vir em apoio da hipótese formulada por Lavallo para justificação do seu método.

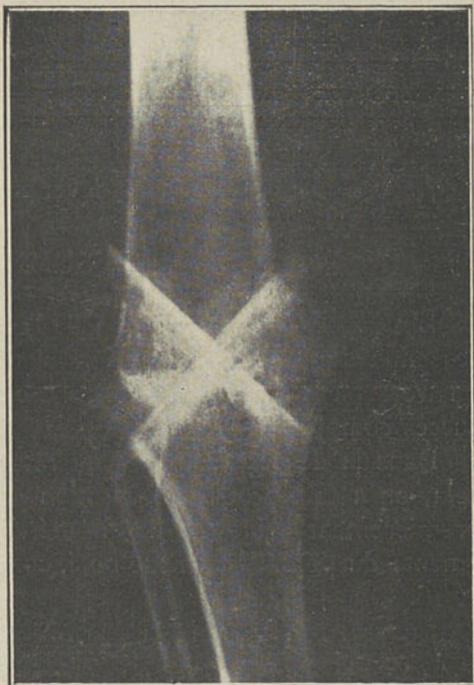


Fig. 15

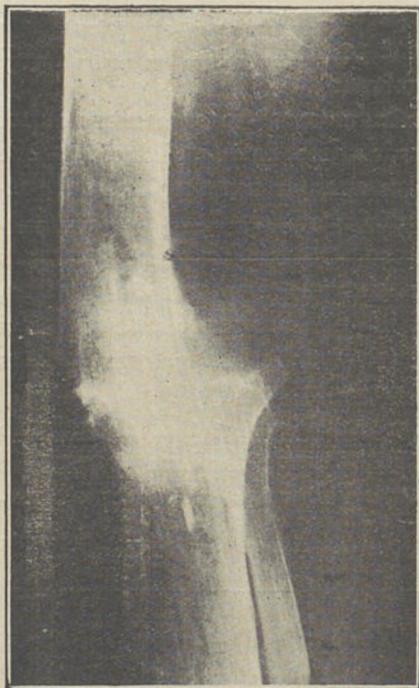


Fig. 16

a que conduz, entendemos dever ser o método a preferir.

Em resumo, toda a operação ressecadora empregada na tuberculose ósteo-articular deve, fundamentalmente, subordinar-se à idea de conseguir uma extirpação completa das lesões e evitar o mais possível a dispersão de produtos tuberculosos no campo operatório.

Para o caso especial do joelho o processo de Fredet satisfaz absolutamente a estas indicações, já por se fazer uma ressecção extracapsular já por se reduzir ao mínimo o tempo intra-articular.

Atendendo pois ainda à sua relativa facilidade técnica e aos resultados

RESUMÉ

L'A. après une description de la technique de Fredet, pour la resection du genou pour tumeurs blanches chez l'adulte, présente quatre cas à lesions extenses où il a employé cette opération avec succès complet.

Dans un de ces cas il y a eu retard de consolidation et, par cela, on a fait, après immobilisation prolongée sans résultat, tout premièrement l'ablation du fil métallique et l'implantation de segments du péroné du même coté, comme on voit dans les fig. 15 et 16.

Encore une fois on n'a pas obtenu la consolidation après un mois et même, sur le coté interne du tibia, apparut un trajet fistuleux d'aspect tuberculeux. On a fait, alors, une sympathicectomie peri-fémural et dans un délai de quinze jours la consolidation

s'est présenté et le trajet se tarit par complet. Le malade était complètement guéri dix mois après la première opération.

L' A. propose l'ablation systématique du fil métallique après la consolidation obtenue. On évite ainsi, avec une intervention très simple, qu'on fait avec anesthésie locale, des accidents possibles.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — FREDET, P. — Sur quelques points de technique à propos de la resection du genou pour tumeurs blanches. — *Bul. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1921, pag. 1001.
- 2 — FREDET, P. — Série intégrale de resections du genou par le procédé extra-capsulaire pour tumeurs blanches chez l'adulte. — *Bul. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1926, pag. 43.
- 3 — FREDET, P. — Technique de la resection extra-capsulaire du genou pour tumeurs blanches chez l'adulte. — *Journ. Chir.*, 1925, t^omo. XXVII, pag. 241.
- 4 — KLAPP, R. — Die extrakapsuläre totale kniegelenksresektion nach Bardenheuer, in BIER, BRAUN, KUMMEL — *Chirurgische Operationslehre*, Bd. V, S. 513.
- 5 — LAVALLE, C. R. — L'emploi de greffons ostéo-périostés dans le traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du genou chez l'enfant. — *Bul. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1923, pag. 812.
- 6 — LAVALLE, C. R. — Traitement par les greffes osseuses de toutes les ostéo-arthrites tuberculeuses. — *Bul. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1926, pag. 955.
- 7 — LERICHE, R. — Surgery of the sympathetic system. Indications and results. — *Ann. of Surg.* Sept., 1928, pag. 449.
- 8 — TAVERNIER, L. — Sept opérations de Robertson Lavalle pour ostéo-arthrites tuberculeuses de la hanche et du genou. — *Bul. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1928, pag. 21.

NOTAS CLÍNICAS

COLAPSO E INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA

(REVISTA GERAL)

POR EDUARDO COELHO

Sob a designação de «insuficiência cardíaca» se denominam tantas vezes erradamente certos estados patológicos cuja patogenia nem sempre reside no coração, mas no sistema circulatório periférico. As primeiras perturbações pertencem aos vasos, e só secundariamente aparece a insuficiência do miocárdio.

No decurso de algumas doenças, principalmente das doenças infecciosas agudas, pode sobrevir um conjunto de perturbações circulatórias que escurece imediatamente o prognóstico. A temperatura desce bruscamente; aparecem suores viscosos, palidez acentuada, ligeira cianose, taquicardia, muitas vezes embriocardia, pulso pequeno, irregular, filiforme nos casos graves; respiração acelerada e superficial; sons cardíacos apagados; língua sêca, meteorismo, diminuição da sensibilidade dolorosa, etc. Dizemos, então, que se trata de um estado de *colapso*. Se a fisionomia clínica não melhora prontamente, o doente morre por agravamento da função circulatória e por paralisia respiratória.

No colapso grave a morte dá-se repentinamente; mas existem diferenças graduais entre os vários estados de colapso, podendo nós considerar as formas médias e atípicas. As pseudo-crizes que aparecem no decurso da pneumonia e do tifo constituem, destas, um exemplo bem conhecido. Como estados análogos do colapso (*Analoge zustände, Eppinger*), podem considerar-se os que se observam no choque anafilático, nas grandes hemorragias e no decurso da peritonite aguda generalizada.

O colapso pode desencadear-se durante a convalescença das doenças infecciosas agudas, e há, até, indivíduos são predispostos para o colapso. Algumas lipotimias não têm outra explicação para o seu mecanismo.

Embora os clínicos do século passado tenham atribuído à insuficiência miocárdica os fenómenos circulatórios que constituem o colapso, já Naunyn e Quincke começaram a distinguir êsse síndrome da insuficiência cardíaca, notando a sua semelhança com algumas perturbações provocadas pela paralisia dos vaso-motores, em animais com a medula seccionada.

Em 1889, Romberg e seus colaboradores filiaram o colapso nas perturbações da circulação periférica quando fizeram o estudo experimental dêste síndrome no coelho. Injectaram pneumococos, bacilos piocianicos e diftéricos no coelho, demonstrando com tãda a clareza que a causa residia na paralisia vascular consecutiva às lesões do centro bulbar vaso-motor. Como na secção da medula cervical, sobrevinham também uma diminuição da tensão arterial e uma distribuição atípica de sangue nos diferentes territórios.

NEO=PLASTINA SEIXAS=PALMA



NEO-PLASTINA
SEIXAS-PALMA

10 EMPOLAS DE 1,5 CC.
EMULSÃO ASEPTICA DE LECITINA
LUTEINAS-EM-SORO FISIOLOGICO

LABORATORIO DE BIOLOGIA
QUIMIOTERAPIA · LISBOA

*Emulsão aseptica de lecitina
e luteinas em soro fisiológico*

*Este preparado
não provoca reacção*



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

NEO=PLASTINA

SEIXAS=PALMA

Emulsão aseptica de lecitina e luteinas em sôro fisiológico

Este preparado não provoca reacção

Receitae a

NEO=PLASTINA

SEIXAS=PALMA

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

» » » 6 » » 5 » »

Porque é

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

TODOS OS EX.^{MOS} CLINICOS PODEM REQUISITAR AMOSTRAS AOS NOSSOS DEPOSITARIOS:
VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, L.^{DA}—Rua da Prata, 237—LISBOA
LOURENÇO FERREIRA DIAS, L.^{DA} -- Rua das Flores, 153 — PORTO

O sangue acumulava-se nos vasos das vísceras abdominais, existindo em pequena quantidade no coração, no cérebro e nos músculos. A causa primária, afirmava Romberg, residia na paralisia dos vaso-motores por efeito de uma acção tóxica; a insuficiência do coração era um fenómeno secundário. *Das Herz kann geschädigt werden, aber erst sekundär, infolge der durch die Vasomotorenlähmung auftreten mangelhaften Durchblutung der Coronargefäße.*

Levado pelas investigações de Romberg, estabeleceu Pässler diferenças entre os medicamentos cardiacos, sob o ponto de vista da sua acção como excitantes dos vaso-motores. Entre estes distinguiu a coriamitrina e a cafeína como os mais enérgicos; o ergotino e a estrienina considerou-os também muito importantes.

Foi ainda sob a influência de Romberg que Heinecke verificou a existência da paralisia tóxica do centro vaso-motor na peritonite experimental.

As investigações de Romberg, certamente por terem incidido em experiências no animal, não tiveram a repercussão que mereciam, nem delas se tiraram as conseqüências terapêuticas que se impunham. Foram de todo esquecidas, continuando a atribuir-se à insuficiência do miocárdio perturbações de origem extracardiaca.

Só nestes últimos anos é que Dale, Laidlaw, Eppinger, Schürmeyer e Wollheim procederam a numerosas investigações, estabelecendo definitivamente a diferença entre a insuficiência miocárdica aguda e as perturbações da circulação periférica que originam o colapso e outros estados análogos.

O diagnóstico diferencial entre a insuficiência do coração e o colapso torna-se, por vezes, muito delicado, porque ao lado das perturbações circulatórias do colapso podem existir fenómenos análogos resultantes da insuficiência miocárdica. Assim, nas doenças infecciosas pode existir um dos dois estados ou até as duas situações se podem combinar na mesma doença. Há sintomas comuns, como a taquicardia, o enfraquecimento dos sons cardiacos, a dispneia (polípnea) e os suores. Mas, no colapso, observa-se palidez acentuada, queda brusca da temperatura, hipotensão arterial, embriocardia, pulso dicroto e filiforme, coração de dimensões normais, diminuição da sensibilidade, língua seca, vômitos, meteorismo, astenia geral, lipotímias, coma; ao passo que, na insuficiência cardíaca aguda, existe a cianose, a hipotensão sistólica e hipertensão diastólica, dilatação do coração, estase venosa, pulso venoso, sopro sistólico no foco mitral, alterações do ritmo (extra-sístoles, taquicardia paroxística, fibrilação, perturbações da condutibilidade), estase visceral.

A repleção excessiva das jugulares, determinando a sua dilatação, constitui um dos sintomas mais importantes da insuficiência cardíaca aguda, e de grande valor para o diagnóstico diferencial destes dois síndromas.

Se examinarmos mais de perto a natureza da insuficiência cardíaca e do colapso, e os fenómenos circulatórios que derivam destes dois síndromas, melhor se compreenderá o seu diagnóstico diferencial.

Se muitas vezes a insuficiência miocárdica tem a sua justificação na existência de lesões musculares, valvulares, na hipertonia arterial, ou no au-

mento excessivo das exigências do trabalho cardíaco, noutros casos não há fundamentos anatómicos que condicionem a insuficiência cardíaca. Demais, mostrou Eppinger que o miocárdio se pode comportar diferentemente em idênticas situações de trabalho e com o mesmo estado anatómico (1).

Segundo Eppinger, Kisch e Schwarz (*Das Versagen des Kreislaufes* — Theorie der Herzinsuffizienz, pág. 204) a insuficiência cardíaca acompanha-se de alterações do metabolismo do miocárdio. Durante a sístole a glicose transforma-se em ácido láctico por intermédio do lactocidogénio; na diástole, é queimada uma quinta parte do ácido láctico, sendo a parte restante novamente transformada em glicose.

Para o professor de Friburgo e seus discípulos o que caracteriza o miocárdio insuficiente é principalmente a diminuição desta capacidade de transformação do ácido láctico em glicose, resultando uma acidose e um exagêro dos processos de oxidação.

Seja qual fôr a doutrina patogénica que admitamos, certo é que as consequências que resultam da insuficiência cardíaca consistem na diminuição do volume da sístole e da velocidade sanguínea, e numa distribuição anormal de sangue. Por êste mecanismo se explicam todos os sintomas da estase circulatória. A dilatação cardíaca, sintoma primordial da insuficiência miocárdica, é a expressão da própria insuficiência. Estes fenómenos eram de há muito conhecidos dos clínicos.

Relativamente à natureza do colapso, e aos fenómenos circulatórios que dêsse síndrome resultam, só as investigações recentes de Eppinger e Schürmeyer conseguiram dar-nos dêste capítulo da patologia da circulação um conhecimento mais exacto.

As investigações experimentais de Barcroft, também recentes, e que vieram esclarecer tantos problemas obscuros dos tumores esplênicos, foram o ponto de partida dos trabalhos de Eppinger, servindo de base para resolver o problema do colapso. Demonstrara Barcroft que uma parte do sangue do corpo se não encontra em circulação, e que é por efeito de determinadas circunstâncias (o aumento da temperatura exterior e o trabalho muscular), que se aumenta a quantidade de sangue circulante. Se essas circunstâncias desaparecem, diminui novamente a quantidade de sangue em circulação, podendo experimentar oscilações de 1 litro a 1 litro e meio. Assim, na expedição realizada por Barcroft e Haldane verificaram estes fisiologistas as seguintes modificações do volume do sangue: em Cambridge 4,6 litros, Panamá 6,3 litros, no Peru 5,3 litros. O factor que modificava a quantidade de sangue em circulação era a diferença de temperatura. Por outro lado, mostrou Barcroft que o lugar principal onde se dava essa reserva de sangue residia na polpa esplênica.

A seguinte experiência é elucidativa: intoxica-se um animal com óxido

(1) A *miocardia* (Laubry, etc.), como alguns autores designam estes estados funcionais do coração, é mais uma palavra sem direitos de cidade em fisiopatologia,

de carbono; o baço mantém-se livre desta substância. Seis minutos depois de uma intoxicação mortal o sangue da carótida apresenta 25 % de óxido de carbono, enquanto no baço mal se encontram vestígios.

Eppinger e Schürmeyer, induzidos pelos fenómenos observados por Barcroft, verificaram que, no colapso, uma parte do sangue circulante é imobilizada. Antes de procederem à medição do volume do sangue no colapso humano observaram o que se passava no colapso experimental dos cães, provocado por injeções de peptona e de histamina e pela secção da medula.

Este *choque* experimental já provocado por Dale e Laidlaw apresenta o quadro geral do colapso, acentuando-se principalmente a queda da pressão sanguínea.

Mostraram estas experiências (1) que à descida da pressão sanguínea e à diminuição do volume da sístole (*schlagvolum*)—modificações circulatórias que se observam durante o colapso experimental—correspondem as variações da quantidade de sangue que se reduz a 40 e até a 72 %.

Demonstraram, demais, estes autores que ao lado do baço há outros territórios onde o sangue se deposita. Em animais esplenectomizados os resultados do colapso experimental eram idênticos aos que acima foram enunciados.

No colapso humano e noutros estados patológicos observaram Eppinger e Schürmeyer a seguinte redução do sangue circulante:

1. Colapso, redução até 2,10 litros.
2. Febre (40°,5), 5,93 litros.
3. Narcose, a diminuição da quantidade do sangue depende da qualidade do narcótico.
4. Coma diabético, até 1,98 litro.
5. Queimadura grave, redução até metade do normal.

De sorte que no colapso imobiliza-se uma grande quantidade de sangue em determinados lugares à custa do sangue circulante, tudo se passando como se o indivíduo tivesse feito uma sangria dentro dos seus próprios vasos.

As investigações de Eppinger e Schürmeyer permitem-nos destringer as perturbações circulatórias que pertencem ao colapso e as da insuficiência cardíaca. No colapso, em resumo, o factor principal reside na diminuição da quantidade de sangue circulante, com hipotensão arterial e venosa; na insuficiência cardíaca há uma distribuição anormal de sangue, com hipotensão arterial e hipertensão venosa. No colapso, como disse Gottlieb, o que falta é o material de trabalho; na insuficiência cardíaca a capacidade de trabalho do coração (*Bei der eigentlichen Herzschwäche fehlt es dem Herzen Arbeitsfähigkeit, bei der Gefäßlähmung aber an Arbeitsmaterial*, Gottlieb, pág. 387).

Esta doutrina patogénica da Escola de Friburgo, estabelecendo a separação do colapso e da insuficiência cardíaca, teve as suas consequências terapêuticas. Se não aumentou nem orientou diferentemente o tratamento

(1) Estas experiências encontram-se descritas desenvoldidamente in *Klinische Wochenschrift*, n.º 17, 1928.

da insuficiência cardíaca, mostrou que alguns medicamentos de resultados benéficos num dos síndromas podem ser prejudiciais no outro. Mostraram, ainda, as experiências de Wolheim que a dedaieira, além das propriedades já conhecidas, reduz a quantidade de sangue circulante por intermédio da sua acção sobre o sistema motor periférico, não devendo, portanto, empregar-se no colapso e noutros estados análogos (choque, grandes hemorragias, etc.).

Impondo-se no tratamento do colapso e estados análogos o restabelecimento da quantidade de sangue circulante, mobilizando os depósitos, a terapêutica a seguir consiste no aquecimento, massagens da região precordial, transfusões de sangue, ou de soluções isotónicas glicosadas ou salinas, gôma arábica (*choque* post-hemorrágico), estricnina, cafeína, pituitrina, cloreto de bário, adrenalina, anidrido carbónico (a 20 %), óleo canforado, hexetona, cardiazol, coramina, etc.

Empregam-se todos os medicamentos que excitam os centros vaso-motores e os capilares. Na prática, a mais importante terapêutica do colapso é constituída pela cafeína e pela estricnina.

Eppinger e Schürmeyer demonstraram que êsses medicamentos desempenham um papel importante no tratamento do colapso, mobilizando a massa de sangue em depósito, por intermédio da sua acção sobre os vaso-motores.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- BARCROFT. - The respiration function of the blood. - Cambridge, 1925. Parte 1.
- BRUGSCH, TH. - Lehrbuch der Herz- und Gefässerkrankungen. - Berlim, 1929.
- EPPINGER, KISCH e SCHWARZ. - Das Versagen des Kreislaufes. - Berlim, 1927.
- EPPINGER, LASZLO e SCHÜRMEYER - Über die Mutmasslichen ursachen der unökonomie im Herzfehlerorganismus. - *Klin Woch.* N.º 47. 1928.
- EPPINGER e HINSBERG - Ueber die Möglichkeit einer peripheren Behandlung der Herzkranken. - *Klin Woch.* N.º 48. 1928.
- EPPINGER e SCHÜRMEYER. - Ueber den Kollaps und Analoge Zustände. - *Klin Woch.* N.º 17. 1928.
- KREHL, L. - Pathologische Physiologie. - 12.ª ed. Leipzig, 1923.
- KROGH. - Anatomie und Physiologie der capillaren. - 2.ª ed. Berlim, 1929.
- LAZSLO. - Stoffwechseluntersuchungen bei Herzkranken. - *Klin Woch.* N.º 7. 1928.
- MEYER und GOLT Lieb - Experimentelle Pharmacologie. - 7.ª ed. Berlim, 1925.
- ROMBERG, E. - Lehrbuch der Krankheiten des Herzens und der Blutgefässe. - 4.ª e 5.ª ed. Stuttgart, 1925.
- ROMBERG, PÄSSLER, BRUHNS e MÜLLER. - D. Arch. f. klin. Med. Vol. 64, pág. 652 1889, cit. de *Krehl*.
- WOLHEIM, E. - Kompensation und Dekompensation des Kreislaufes. - *Klin Woch.* N.º 27. 1928.

Sessões científicas do Hospital Escolar

Sessão de 15 de Abril

Comunicações:

- I. *A arteriografia nos aneurismas*, pelo Prof. REINALDO DOS SANTOS.
- II. *Um caso de tumores múltiplos do encéfalo*, pelos Prof. EGAS MONIZ e Dr. ALMEIDA LIMA.

Relatam um caso bastante complexo pelo que respeita à sintomatologia, sem sinais neurológicos de localização ou de lateralização dos tumores. O doente entrou para o Serviço de Neurologia em 12 de Outubro de 1928 com visão ainda relativamente conservada. O exame oftalmológico mostrou a v. do o. d. = 5/10 e do o. e. de 5/30. Estase papilar.

Perdeu a visão por completo à esquerda em algumas semanas, e à direita só contava dedos com dificuldade. Em pouco tempo ficou amaurótico.

Cefaleias violentas. Sonolência. Obnubilação mental.

Anosmia dos dois lados. Audição diminuída dos dois lados.

Ligeira paresia facial direita. Teve perturbações afásicas, sensoriais e motoras, por crises (duas no Serviço) voltando depois ao normal.

Os outros nervos cranianos normais.

Ataques epilépticos repetidos, a princípio espaçados, no final bastante repetidos.

Reflexos tendinosos muito enfraquecidos. Os plantares respondem com extensão de todos os dedos, menos o grande, dos dois lados.

Líquido em 13 de Outubro com albumina aumentada (0,8 %) e citose de 3,2.

Em 29 do mesmo mês a citose passou para 6,6.

R. W. negativa.

Prova encefalográfica. Levantamento dos grupos silvicos dos dois lados, mais à direita. Embora encarassem a hipótese de dois tumores do lobo temporal e a forma dos desvios os inclinasse para hipótese de gliomas, ficam hesitantes, tão raros são esses casos.

Recorreram também à prova ventriculográfica de Dandy. Por ela fazia-se o diagnóstico de um tumor do lobo temporal à direita. O desvio do grupo silvico à esquerda explicar-se-ia pela existência de uma grande dilatação do corno esfenoidal do ventrículo lateral desse lado.

Não se decidiram pela operação. O estado do doente era muito grave e, apesar de tudo, hesitava-se no diagnóstico de um ou dois tumores que, sendo gliomas, seriam inextirpáveis. O doente veio a falecer há dias no Serviço.

A autópsia revelou a existência de dois enormes tumores, simétricos, dos lobos temporais, sendo maior o da direita.

Além destes dois tumores, que de facto parecem ser gliomas, ainda existia um outro no hemisfério direito do cerebello, sem que tivesse produzido a sin-

tomatologia clássica das neoplasias dêsse órgão. Está a fazer-se o exame histológico.

Este caso veio trazer-lhes preciosos ensinamentos pelo que respeita à prova encefalográfica. O diagnóstico de um tumor duplo, até aqui impossível de estabelecer-se, faz-se hoje, em certos casos, à custa da prova arteriográfica cerebral. É especialmente para chamar a atenção para êste facto que trouxeram aqui o caso. Os cortes do cérebro mostram nitidamente a causa dos desvios arteriais dos grupos silvicos que se observam nas radioarteriografias.

III. Resultados tardios do tratamento da doença de Basedow pela insulina, pelo Dr. EDUARDO COELHO.

(Apresentação de uma doente).

Quando há três anos estudámos a acção da insulina no hipertiroidismo (1) verificámos que êste produto opoterápico modifica a sintomatologia de alguns doentes. Não é, apenas, o pêso que aumenta; mas o exoftalmo, a taquicardia, os tremores e o bôcio que diminuem. Observámos ainda uma acção notável sôbre o metabolismo basal (2). Mostrámos, então, que, em certos casos, o tratamento pela insulina dá resultados felizes.

Das doentes que estudámos em 1926 seguimos uma (IV caso do trabalho citado) durante todo êste tempo; é a que lhes vamos apresentar.

A 1.ª observação (Maio de 1926) apresenta, em resumo: Doente há quatro anos. Emmagrecimento, tremores, grande emotividade, taquicardia (130 pulsações), exoftalmo acentuado, sinais de Stellvag e de Gräfe positivos. Bôcio simétrico, mole, pulsátil. Perímetro cervical, 34 cm. Pêso, 58,500. Menstruações irregulares. Diarreia.

Não se fez o exame do metabolismo basal por não existir ainda o aparelho para a sua determinação no *Hospital Escolar*. Mas a exuberância da sua sintomatologia não permitia dúvidas sôbre o diagnóstico. Fizemos-lhe o tratamento pela insulina desde 11 de Maio a 15 de Junho de 1926, repetindo-o de três em três mezes por um período de três semanas.

Resultado da observação nessa data:

Pêso: 63,100. A taquicardia continua à volta de 110. Desaparecem as perturbações menstruais e digestivas. Diminuem os tremores. Melhoras acentuadas do estado geral. Perímetro cervical, 33 cm.

M. B. determinado três meses depois = + 6 % (Outubro de 1926).

Nesta data a sintomatologia modificára-se inteiramente.

São volvidos perto de três anos e a doente que hoje lhes apresentamos dá-nos as seguintes modificações dos seus sintomas:

Os tremores desapareceram completamente, como vêem; pulso, 68-70 p. p. m.; sinais de Stellvag e de Gräfe negativos; perímetro cervical, 31 cm; pêso, 65,900. A doente perdeu a *facies* típica da doença que apresentava há três anos.

(1) Eduardo Coelho — «A insulina no tratamento do hipertiroidismo e o antagonismo tiro-pancreático» *Lisboa Médica*, n.º 12, 1926.

(2) Observação I do trabalho inserto no n.º 2 de 1927 da *Lisboa Médica*: «O metabolismo basal: sua importância no diagnóstico do hipertiroidismo».

O estado que hoje nos apresenta é idêntico ao que apresentava já em Outubro de 1926. Encontra-se clinicamente curada. ¿Remissão e coincidência feliz?

Tudo nos leva a crer que esta doente deve o seu estado actual à benéfica acção da insulina e não a uma remissão, que viria já de há dois anos e meio.

IV. *O hipotiroidismo fruste*, pelo Dr. EDUARDO COELHO.

(Com a apresentação de duas doentes).

Além do mixoedema espontâneo do adulto, do mixoedema congénito e infantil, do cretinismo endémico, do mixoedema post-operatório ou caquexia estrumípriva, caracterizados por uma rica sintomatologia de insuficiência tiroídea, a que se pode associar a insuficiência de outras glândulas de secreção interna, existem ainda formas larvadas ou abortadas de hipotiroidismo, o chamado «hipotiroidismo fruste», em que os doentes possuem perturbações psicomotoras, astenia, preguiça intelectual, hipotermia, apatia física, etc. Se bem que o hipotiroidismo fruste seja mais frequente que o mixoedema espontâneo do adulto, este apresenta uma sintomatologia tão típica que, na maior parte dos casos, torna quasi desnecessários os exames laboratoriais para fins diagnósticos. Pelo contrário, nos casos de hipotiroidismo fruste, com uma sintomatologia pouco nítida, raríssimas vezes se atina com o diagnóstico se não lançarmos mão da prova do metabolismo basal. A dificuldade é ainda maior se com o hipotiroidismo coexistir o bócio simples, como nos doentes que lhes vamos apresentar. É que os bócios simples apresentam, por via de regra, o metabolismo basal normal, fenómeno já por nós verificado variadas vezes.

É no diagnóstico do hipertiroidismo e do hipotiroidismo fruste e ainda na eliminação do quadro do hipotiroidismo das chamadas neuroses vegetativas cárdio-vasculares que a prova do metabolismo basal assume maior utilidade.

O hipotiroidismo fruste, ainda denominado hipotiroidismo crónico incompleto pelos autores alemães, pode apresentar-se com um conjunto de sinais ou manifestar-se por uma sintomatologia isolada — o hipotiroidismo monosintomático.

A este último grupo pertencem certos casos de reumatismo muscular (Kocher, Parhon, Papiníau), a alguns edemas da idade climatérica, o hipotiroidismo cardíaco. Esta variedade constitui o equivalente cardíaco da hipotirose crónica incompleta, descrita por Zondeck, em numerosos casos com dilatação cardíaca, bradicardia, hipotonia (coração vago, de Kraus).

Temos encontrado, entretantes, casos de «hipotonia bradicárdica» sem diminuição do metabolismo basal, que não são de origem tiroídea.

Os dois casos que lhes trazemos realizam o síndrome de Hertogh, e pertencem, portanto, ao primeiro tipo.

Observação I. — Sofia M. C., Enf.^a M 1 B, de 19 anos, solteira: cefaleias rebeldes, cansaço, obstipação crónica, inaptidão para o trabalho, sensação de frio; tem feito tratamento anti-sifilítico, apesar de R. W. sempre negativas. Indicaram-lhe a radioterapia e chegou a entrar para uma enfermaria de cirurgia para ser operada.

Pêso, 61,200. Pulso, 58 p/m. Bócio simples.

Tensão arterial, $11\frac{1}{6}$ (ao Pachon).

Teleradiografia do coração: normal.

M. B. = - 34 ‰. Repetiram-se estes exames que deram resultados sensivelmente idênticos.

Começa a tomar 0,003 gr. por dia de tiroxina «Schering».

Ao fim de oito dias, M. B. = - 23 ‰.

Tem melhorado dos sintomas subjectivos.

Observação II. — Ana P. G., de 39 anos, casada.

Fraqueza, emmagrecimento, cefaleias, preguiça mental, cabelos friáveis, sonolência.

Bócio simples. Pêso, 54,800. Pulso, 70.

Tensão arterial, $12\frac{1}{7}$.

M. B. = - 27 ‰

Tratamento. — Tiroxina «Schering» (0,003-0,006 gr. por dia); 15 dias depois, M. B. = - 10 ‰.

Melhora dos sintomas subjectivos.

Verificámos, além disso, como em outro doente da consulta privada com *mixoedema adultorum*, que a tiroxina não modifica o pulso nem o electrocardiograma desses doentes.

De acôrdo com Means e Burgess (*Arch. Int. of Med.*, 1922, p. 507) excluídas a febre, a acromegalia (1), a lucémia e a anemia, a elevação do metabolismo basal é indício de hipertiroidismo. De igual sorte, excluídos o hipoadrenalismo, a diminuição do metabolismo basal exprime a existência de hipotiroidismo. Nas duas doentes que trazemos a esta sessão a prova terapêutica vem mostrar-nos, ainda, a exactidão da prova laboratorial.

Em matéria de conclusão, e para que alguma cousa fique do que acabamos de expor, nunca devemos prescrever a radioterapia ou o tratamento cirúrgico aos doentes com bócio simples sem previamente obtermos os resultados da prova do metabolismo basal, porque pode coexistir um hipotiroidismo incompleto, como nos doentes que lhes apresentamos. (2)

(1) Em dois casos de acromegalia observámos o metabolismo basal normal.

(2) Na «Internationale Kropfkongferenz in Berne» de Agosto de 1927 (Vide *Bericht*, p. 250, Berne, 1928), apresentou J. Holst, da Noruega, um caso de bócio e mixoedema (M. B. = - 26 ‰), ao qual uma *tiroidectomia sub-total* fizera subir o metabolismo e desaparecer o mixoedema. Neste resultado, aparentemente paradoxal, a intervenção cirúrgica como explica o autor, libertou o parênquima da cápsula que isolava o bócio nodular. A doente realizou primeiro um bócio nodular, e depois um mixoedema por isolamento do parênquima tiroideo. Só estes casos — que constituem excepção — têm indicações operatórias.

Revista dos Jornais de Medicina

A eliminação dos bacilos de Koch pela urina. A sua demonstração e o seu significado em doentes com tuberculoses cirúrgicas. (*Tuberculosis bacilluria. Its incidence and significance amongst patients suffering from surgical tuberculosis*), por R. HARRIS. — *Brit. Jour. of Surg.* Janeiro 1929.

A eliminação do B. de Koch pela urina pode demonstrar-se por meio da inoculação positiva na cobaia em um certo número de casos de tuberculose cirúrgica, óssea ou articular, sem manifestações clínicas de localização no parênquima renal.

A percentagem em que se verificou esta bacilúria foi de 37 % para os doentes adultos e de 13,8 % para os casos juvenis.

De uma maneira geral em todos os casos de tuberculose cirúrgica se deve pensar na possível localização renal e proceder à inoculação das urinas na cobaia. Esta averiguação deve também passar à categoria de rotina clínica, facilitando-se com ela o diagnóstico precoce da tuberculose renal.

MORAIS DAVID.

Diabetes açucarada com limiar renal baixo. (*Diabetes mellitus with low renal threshold*), por R. LAWRENCE. — *Brit. Med. Jour.* 2 Fevereiro 1929.

O A. refere oito casos de diabetes açucarada, com sintomas próprios da doença e com valores altos da glicémia para o regime alimentar ordinário e para a prova da glicémia experimental. Para o tratamento de 3 dos doentes bastou a imposição de um regime alimentar apropriado mas nos 5 casos restantes foi necessário o emprêgo da insulina.

Os valores dos limiares renais para a glicose foram 0,1 %, 0,1 %, 0,11 %, 0,14 %, 0,08 %, 0,09 %, 0,9 %, 0,15 %.

A glicosúria em qualquer dos doentes foi sempre subordinada, na sua intensidade, aos valores da concentração do açúcar no sangue. Em 2 doentes o limiar manteve-se baixo durante cinco anos e nos outros, em períodos de observação mais curtos, também não se encontraram variações sensíveis para o limiar da glicose. Nos casos de diabetes renal o débito da glicose urinária costuma ser relativamente constante e independente do tipo dos alimentos e do valor do limiar renal para o açúcar.

MORAIS DAVID.

O valor da medicação hepática no tratamento da anemia post-hemorrágica. (*The value of liver in the the treatment of anemia due to hemorrhage*), por W. MURPHY e J. POWERS. — *Surg. Gin. and Obst.* Abril 1929.

Os AA. estudaram a acção combinada da opoterapia hepática e do regime alimentar seleccionado sobre a regeneração sanguínea, em vários casos

de anemia secundária por perdas de sangue. Para isso procederam ao exame de 17 doentes; 11 receberam diariamente 180 a 240 grs. de fígado de boi ou de vaca, 300 grs. de frutos e cêrca de 100 grs. de carne, e 6 doentes, além desta mesma dieta, fizeram também tratamento pelo ferro. Como têrmo de comparação para os resultados dêstes dois métodos terapêuticos os AA. examinaram a evolução de 7 casos de anemia secundária, de feição clinica semelhante aos 17 referidos, nos quais não fizeram tratamento especial de qualquer ordem.

Os exames hematológicos constam de avaliações repetidas das percentagens da hemoglobina, do número dos glóbulos rubros, do volume do sangue e do índice icterico.

Nos 7 doentes sem tratamento, houve apenas uma variação mínima nos valores da hemoglobina e no número dos glóbulos rubros, no espaço de quinze dias. Dos 17 doentes submetidos ao tratamento pelo fígado ou pelo fígado e ferro, em 14 verificou-se um aumento sensível da hemoglobina e do número dos glóbulos vermelhos e em 3 não se demonstraram sinais de melhoria apreciável. O aumento da hemoglobina foi mais acentuado nos doentes que tinham ao inesmo tempo tratamento com fígado e ferro.

MORAIS DAVID.

Um estudo de 343 casos de obstrução intestinal. (*A study of three hundred forty three surgical cases of intestinal obstruction*), por C. MILLER. — *An. Surg.* Janeiro 1929.

Conclusões do artigo :

A mortalidade na obstrução intestinal, que como regra se calcula em cêrca de 30 a 40 %, parece ser de facto um tanto mais elevada e corre entre 55 e 65 %. O factor que com maior pêsso intervêm na explicação de uma tão elevada mortalidade é o atraso com que se põe o diagnóstico e o tratamento. Neste atraso têm culpas o doente, o médico e o cirurgião. Na obstrução intestinal podem descrever-se três fases :

1.^a obstrução simples com impedimento na progressão do conteúdo intestinal. 2.^a lesão da parede do intestino, que pode chegar à gangrena. 3.^a toxemia. Os sintomas capitais da obstrução são a dor abdominal, os vômitos e a obstipação completa; no quadro clinico da doença pode porém faltar qualquer destes sintomas.

A simples suspeita de obstrução intestinal autoriza a exploração cirúrgica.

O estado do doente é que deve condicionar o processo cirúrgico a empregar e, como princípio geral, pode-se dizer que mais vale pecar por tratamento insufficiente que demasiado.

Não obstante a corrente em contrario, parece concluir-se do estudo dos 343 casos cirúrgicos, apresentado pelo A., que o método da anestesia geral provou melhor que as anestésias locais por infiltração ou injeção intra-raquidiana.

A intervenção cirúrgica executada em tempo devido é a única medida terapêutica que pode reduzir os números com que se representa a elevada mortalidade dos casos de obstrução intestinal.

MORAIS DAVID.

Reprodução experimental das lesões da doença de Kodgkin. (*Reproduction expérimentale des lésions de la maladie de Hodgkin*), por AM. COYON e C. BRUN. — *Bul. Soc. Med. des Hôp.* 28 Janeiro 1929.

Numa doente em que coexistiam lesões generalizadas de linfogranulomatose e lesões de tuberculose localizada, umas e outras demonstradas macro e microscópicamente, extraíram um fragmento de tumor mediastínico e com êle fizeram depois inoculações à cobaia.

Em uma inoculação directa e em uma segunda passagem por via sangüínea, conseguiram reproduzir a doença de Hodgkin, com todos os seus característicos anátomo-patológicos, sem manifestações de natureza tuberculosa, não obstante o fragmento que serviu como material de inoculação apresentar simultaneamente lesões dos dois tipos e contra a experimentação feita anteriormente por outros AA. em que se produziram a par a tuberculose e a linfogranulomatose.

MORAIS DAVID.

Alteração da condutibilidade auriculo-ventricular no reumatismo agudo. (*Impaired auriculo-ventricular conduction in rheumatic fever*), por R. LEVY e K. TURNER. — *Arch. Int. Med.* Fevereiro 1929.

As perturbações na condutibilidade auriculo-ventricular são encontradas com maior frequência no reumatismo poli-articular agudo do que em qualquer outra doença.

A deminuição da condutibilidade traduzindo-se pelo aumento do intervalo PR é muito mais comum do que o *heart block*.

Qualquer destas duas perturbações costuma ser transitória no reumatismo.

As perturbações de condutibilidade aparecem com uma frequência imediatamente mais baixa nos casos de hipertensão e artério-esclerose, mas nestas condições com um carácter definitivo.

Segundo se pode concluir das investigações levadas a cabo em um serviço geral de medicina, cerca de 27 % dos casos de reumatismo agudo mostram certo retardamento na condutibilidade auriculo-ventricular e esta perturbação acompanha-se de leucocitose no período de maior acuidade dos sintomas gerais da doença

O aumento no PR acima de 0,2 de segundo ou o *heart block*, aparecendo em um indivíduo com idade inferior a 35 anos, sem sífilis ou tratamento pela digitalis, é um elemento de grande probabilidade para o diagnóstico da miocardite reumatismal.

As alterações electro-cardiográficas são por vezes muito duradouras e podem constituir a única seqüela reumatismal.

MORAIS DAVID.

A etiologia das leucemias agudas. (*Etiology of acute leucemias*), por A. S. RUBNITZ. — *The Jour. Lab. Clin. Med.* Março 1929.

A classificação actual das leucemias fundamenta-se na morfologia diferente dos elementos celulares da fórmula hematológica e também na evolução clínica da doença. Não possuímos ainda um critério patogénico ou etiológico que sirva para a destrição das formas clínicas.

Nas leucemias agudas assim como nas crónicas é tradicional distinguir o tipo linfático e o tipo mielóide, consoante os elementos embrionários predominantes provêm da série linfática ou granulocítica, respectivamente. Todavia esta diferenciação em muitos casos é de todo impossível. A semelhança da marcha clínica e do quadro sintomático nas formas de leucemia aguda tendem a explicar a sua classificação em um tipo comum.

A reacção da oxidase só tem valor quando positiva e há tipos de leucemia mielóide em que ela é negativa.

As leucemias agudas traduzem-se por sinais tóxicos intensos, processos sépticos das mucosas, particularmente da mucosa bucal, e grave discrasia hemorrágica.

Os resultados negativos de toda a investigação orientada no campo da hipótese inflamatória conduzem à impossibilidade de aplicar os fenómenos predominantes do cortejo sintomático da doença em função de um agente séptico especial.

Schutz e Weise descreveram um quadro de agranulocitose que, pela sua fisionomia clínica, bastante se parece com as leucemias agudas: os mesmos sinais sépticos, as mesmas lesões necróticas nas mucosas, a mesma terminação pela morte. Somente a numeração globular, em contraste com as leucemias, mostra uma diminuição dos glóbulos brancos a números bastante inferiores ao normal com desaparecimento dos elementos da série granulocítica.

Poderiam conciliar-se estes dois aspectos sob a mesma égide patogénica, supondo que tanto em uma como em outra condição, e após os fenómenos necróticos com que se abrem os quadros clínicos, se daria a absorção de determinadas citotoxinas aí produzidas, com acção citolítica marcada sobre os glóbulos brancos e sobre os órgãos hematopoiéticos. Na agranulocitose, por uma absorção de maior quantidade de uma *leucocitolisina*, haveria destruição globular e sideração dos órgãos hematopoiéticos, ao passo que nas leucemias agudas a acção citolítica exercida sobre os glóbulos não impediria a regeneração compensadora e desordenada dos órgãos leucopoiéticos.

MORAIS DAVID.

Achados histopatológicos em cérebros, no mixedema congénito (tiroaplasiá). (*Histopathologische Befunde in Gehirnen von Kongenitalem Mixoldem*) (*Thyreoplasié*), por F. LOTMAR (Bern) — *Zeitschrift fuer die gesamte Neurologie und Psychiatrie*. Vol. 119. Fasc. 4. Abril 1929. Págs. 491-513.

Diz o A.: Em dois doentes com tiroaplasiá, que morreram relativamente cedo (19 e 27 anos), foi feito o estudo do cérebro.

**OPOTERAPIA
FEMININA**

GIMECINA

SEIXAS-PALMA

**EXTRACTO HORMONAL
PLURIGLANDULAR A' BASE DE OVARIOS,
CAPSULAS SUPRARRENAES,
HIPOFISES E TIROIDEA.**

**DE OPTIMO RESULTADO
EM TODOS OS CASOS DE:
IRREGULARIDADES MENSTUAES
PERTURBAÇÕES DA MENOPAUSA
NEURASTENIA SEXUAL.
HISTERISMO.
ACIDENTES CONSECUTIVOS A' OVARIOTOMIA.
NEVROSES CARDIACAS.
ASMA NERVOSA.
NEURASTENIA GERAL.**

**LABORATORIOS
DE**

**BIOLOGIA E
QUIMIOTERAPIA
R. S. THIAGO 9 - LISBOA**

FOI para obviar as perniciosas consequências derivadas de insuficiência das glândulas endocrínicas que foi preparada a

GÍNECINA

que é isenta de princípios excitantes tornando-se mais económica e de resultados mais seguros que a tradicional ovarina.

Aproveitamos a oportunidade para chamarmos a atenção de V. Ex.^a para os seguintes preparados de criação própria, cujos resultados têm merecido os mais rasgados elogios:

EXTRACTO OVARICO COMPLETO — INDICAÇÕES: Histerismo, idade crítica, acidentes consecutivos á ovariectomia. Vomitos ocasionados pela gravidez. — DOSE: 2 a 3 comprimidos por dia antes das refeições.

EXTRACTO OVARICO ANTIAMENORREICO — INDICAÇÕES: *Retenção ou desaparecimento da menstruação.* Começar o tratamento 8 dias antes da data em que devia aparecer a menstruação. — DOSE: 1 comprimido por dia e augmentar successivamente até 3.

EXTRACTO OVARICO ANTIAMENORREICO N.º 2 — Se depois de tomar 2 tubos de Extracto Ovarico Antiamenorreico não obtiver o resultado desejado, continue o tratamento com o *Extracto Ovarico Antiamenorreico N.º 2* — DOSE: 2 comprimidos por dia.

EXTRACTO OVARICO ANTICONGESTIVO — INDICAÇÕES: Hemorragias uterinas — DOSE: 3 comprimidos por dia. Raras vezes este extracto falha, mas caso se registre este facto convidamos V. Ex.^a a recorrer á **TIROIDINA Seixas-Palma** em tubos de 75-80 comprimidos a 0,1.



As lesões eram caracterizadas por alterações architectônicas no córtex cerebral e no cerebello (pobreza de células na 2.^a e 3.^a camadas em áreas extensas, especialmente nos lobos frontal e parietal, deslocamento de numerosas células de Purkinje para a camada molecular, mostrando essas células, além disso, formas atípicas; notável aumento do número de células de Golgi na substância branca do cerebello). Estas alterações exprimem uma paragem do desenvolvimento; apenas pelo que diz respeito ao deslocamento das células de Purkinje carece esta maneira de ver ainda de ser confirmada, pois que a êste propósito são ainda em parte duvidosos os fenómenos de desenvolvimento. Outras alterações que mostram em parte ser possível, em parte verosímil, uma estreita relação com a destruição da tiróide são as seguintes alterações metabólicas do tecido, muitas delas significando já uma involução precoce: edema do córtex cerebral, com alterações edematosas das células nervosas, especialmente também nas camadas superiores, alterações celulares crônicas incaracterísticas ou degenerescência gorda das células nervosas nas camadas profundas, extensos precipitados de cálcio no *pallidum*, pseudo precipitados de cálcio no núcleo dentado. Com a sua combinação de paragem de desenvolvimento, perturbações do metabolismo e (verosimilmente também) involução precoce, o quadro das lesões cerebrais na tiroaplasi entra no restante quadro anátomo-patológico da destruição tiroidea (*Wegelin*). Dois casos referidos na literatura médica, um de *Muratow* depõe a favor de uma causa tóxica, outro de *Bourneville-Philippe* a favor de uma «disgenesia». É de notar, porém, que estes casos foram publicados já há bastantes anos, sem um minucioso estudo que apenas se limitava ao córtex cerebral.

Os factores individuais dão logar a diferenças na gravidade geral das modificações, que podem fazer variar a distribuição das perturbações de desenvolvimento pelos diferentes andares do sistema nervoso.

A. ALMEIDA DIAS.

Contribuição para a anatomia patológica das coreias crônicas. (*Contributo all'anatomia patologica delle coree croniche*), por CESARE BELLAVITIS.— *Rivista di Patologia nervosa e mentale*. Vol. xxxiii. Fasc. 3. Págs. 407-434.

Estudo baseado sôbre 3 casos: dois de coreia de Huntington, e um de coreia crônica consecutiva a uma coreia aguda. Estabelece o confronto das lesões anatómicas próprias da forma hereditária com as da outra forma crônica e resume como segue os resultados a que foi levado pela observação clínica e anátomo-patológica dos casos:

1.º Coreia de Huntington e coreia crônica consecutiva a uma coreia aguda parecem ser, tanto anátomo-patológica como clinicamente, doenças diversas, representando a primeira um estado principalmente degenerativo e assemelhável às doenças sistemáticas do nevraxe, emquanto que a segunda, sendo um estado mórbido difuso, deve ser considerada como a consequência de um processo inflamatório inicial.

2.º Ainda hoje é arriscado afirmar uma génese nitidamente estriada para tãdas as coreias, incluindo neste número a coreia hereditária. Devemos ater-nos a uma teoria menos restrita, admitindo a possibilidade de se darem manifestações coreicas também por lesões corticais, cerebelosas e talâmicas. Pelo que respeita particularmente à coreia de Huntington, parece dever admitir-se um complexo anatómico constituído por lesões estriadas e fronto-rolândicas.

3.º Deve sempre em todos os síndromas coreicos prestar-se especial atenção ao fígado, averiguando da eventual interdependência entre êsse órgão e as doenças cerebrais em geral, e especialmente as doenças do sistema estriado.

A. ALMEIDA DIAS.

Sôbre a influência da hioscina, hiosciamina e atropina sôbre o trabalho muscular e sôbre a mentalidade dos parquinsónicos post-encefalíticos. (*Ueber den Einfluss des Hyoscins, Hyoscyamins und Atropins auf die Muskelleistungen und den Geist von Parkinsonismuspatienten nach der Encephalitis epidemica*) por W. BEYERMAN e A. TH. LEICHER. — *Zeitschrift fuer die Gesamte Neurologie und Psychiatrie*. Vol. 119. Fasc. 1. 11 Março 1929. Págs. 1-16.

Fez em 7 doentes estudos da fôrça de preensão digital por meio do dinamómetro. Averiguou do trabalho muscular em repetidas contrações musculares rápidas com grande amplitude de movimento, servindo-se do ergógrafo digital de Mosso. Estudou ainda o tremor e a coordenação de um músculo em contração, bem como a velocidade, coordenação e regularidade dos movimentos da mão e resume como vamos referir os resultados das investigações a que procedeu.

A melhoria subjectivamente perceptível dos fenómenos musculares pelo uso da hioscina ou hiosciamina é verificável objectivamente pelo ergógrafo ou pelo gráfico da velocidade do movimento.

Pareceu-nos ser mais favorável a acção da hioscina do que a da hiosciamina.

Ensaio feitos suspendendo o uso das drogas mostraram que também o psiquismo melhorava manifestamente sob a acção dos alcalóides.

O estudo comparativo dos resultados obtidos no ergógrafo com aqueles que dava o dinamómetro permite distinguir o que nos fenómenos musculares se deve atribuir ao *rigor* e à parestia.

A hioscina, e também em pequena escala a hiosciamina, têm mais acção sôbre o *rigor* do que sôbre a parestia.

Os ensaios para estudar a consciência e a capacidade de associação são pouco dignos de fé, desde que intervenha um órgão dos sentidos.

Os nossos estudos não mostraram qualquer alteração da affectividade directamente ligada aos alcalóides. Devemos, porém, fazer notar que a melhoria da rigidez tem uma grande influência sôbre a disposição moral dos doentes.

Os nossos estudos mostram que os parquinsónicos se podem dividir em vários tipos, consoante o rigor, a paresia ou a capacidade de associação estão mais ou menos alterados.

A. ALMEIDA DIAS.

Sobre a etiologia da encefalite após a vacina (*Remarks on the etiology of encephalitis after vaccination*), por D. WIERSMA.—*Acta Psychiatrica et Neurologica*. Vol. iv. Fasc. 1, 1929. Págs. 75-95.

Transcrevemos a seguir as conclusões com que o A. termina o seu trabalho:

1.º O aspecto clínico, a histopatologia e a epidemiologia da encefalite após a vacina e de outras espécies de encefalite estreitamente ligadas com a primeira mostram ser quasi impossível, ou pelo menos altamente improvável, que a virulência da vacina, a bactéria ou a albumina nela contida seja de importância para a etiologia de qualquer dessas encefalites, especialmente da post-vacinal.

Podem produzir-se muitos argumentos para defender a hipótese segundo a qual a vacina introduzida no organismo humano activa outro vírus já ali existente que, activado por qualquer maneira, causa a encefalite.

3.º As características clínicas e as modificações histológicas observadas na encefalite após a vacina provam que o vírus desta não pode ser o da encefalite letárgica.

4.º É contudo muito possível que a introdução no organismo de albuminas estranhas tenha um certo papel na etiologia da encefalite após a vacina.

5.º Um factor constitucional é talvez também de importância no desenvolvimento da encefalite.

A. ALMEIDA DIAS.

A neurologia infantil em 1927. (*La Neurologie, etc.*), por LEENHARDT e PAGÈS.—*Revue Française de Pédiatrie*. Tome iv. N.º 4. Août, 1928. Págs, 522, 539.

Os AA. assinalam numa curta revista várias publicações sobre questões de actualidade no campo da neurologia infantil, saídas à luz durante o ano de 1927. Pena é que a sua compilação se ressinta um pouco da falta de documentação do movimento nos países que não são da língua latina. Fazemos aqui um resumo da revista geral.

Encefalites.— Os autores americanos tomaram a iniciativa terapêutica de substituírem o tratamento individual das seqüelas da encefalite epidémica pelo tratamento colectivo dos pequenos doentes dessa doença, agrupados segundo a sua idade e a natureza das perturbações, e consistindo sobretudo em ocupá-los durante o dia segundo um plano cuidadosamente regulamentado, o que lhes trouxe resultados favoráveis.

MARTIN WERNER conclui que o prognóstico da encefalite na criança é em geral desfavorável, e tanto mais quanto mais nova é a criança. 69 % dos casos evoluíram para o parquinsonismo.

Parece estabelecido que certas manifestações convulsivas originam às vezes da «doença de Cruchet». WIMMER dedicou um estudo à epilepsia encefalítica, facilmente confundível com a e. essencial e algumas vezes afectando o tipo jacksoniano. GLASER atribui a mesma etiologia a certas convulsões infantis.

A aparição duma amaurose, com ou sem lesão do fundo do olho, deve fazer suspeitar da e. epidémica (GENET e LUDO VAN BOGOERT). Um dos AA. publicou a observação única conhecida na literatura infantil, de miastenia encefalítica, na qual ao síndrome miasténico se juntava o síndrome adiposo-genital.

A encefalite post-vacinal sofre ainda muita discussão. Vários trabalhos, entre os quais o de COMBY e de VOIZARD e BAIZE, põem o assunto em dia, devendo assinalar-se a importante publicação de LEVADITI e NICOLAU tendente a, com a ajuda de argumentos de ordem experimental, ilibar o vírus vacinal, e ao qual se antepõe o de RICARDO JORGE que inculpa êsse vírus.

Semelhantes a esta parecem ser o caso de encefalite publicado por REDLICH, o caso de oftalmoplegia aparecida na evolução dum sarampo complicado de varicela de REDSLOB, e que incrimina o vírus da varicela, e o estudo dos acidentes centrais complicando a tosse convulsa (BERARDI), bastante raros mas já conhecidos desde COMBY.

Mencionem-se ainda às dificuldades do diagnóstico diferencial entre o abcesso de cérebro e a encefalite otogénea de que CATHALA e OD'NET e SALVATORE publicaram dois casos recentes.

Antes de terminar com êste grupo das encefalites devem-se lembrar as pesquisas de FOIX e da sua escola sobre a esclerose cerebral centro-lobar de tendência simétrica, e que realiza uma espécie de transição entre as escleroses cerebrais e as encefalites, representando para FOIX e JULIEN MARIE a variedade crónica da encefalite periaxial difusa de SCHILDER. Clinicamente caracteriza-se no período de estado por perturbações visuais (cegueira, hemianopsia dupla), paralisias com contractura de tipo triplégico ou quadriplégico e perturbações psíquicas (apatia, indiferença, lentidão de ideação, demência progressiva). Anatômicamente tem como substracto uma esclerose da neuroglia da substância branca da zona sub-cortical e do córtex.

FOIX atribue-lhe uma origem infecciosa e SCHILDER e BARRÉ incriminam uma intoxicação, bem como THICHIA, ELEKES e MITALESKO que dão essa intoxicação como de origem supra-renal.

Os exames de BAILEY e SCHALTENBRAND permitem uma aproximação desta doença e da encefalite epidémica, pois verificaram que as lesões de esclerose neuroglia são precedidas duma degenerescência mucosa da oligodendroglia.

Aparecendo por vezes nas crianças, é bom que o pediatra conheça a doença e saiba do estado da questão.

No capítulo das encefalopatias infantis nada de bem novo se publicou. BABONNEIX cita a heredo-sífilis como uma das causas mais frequentes (12

vezes em 38), e ainda o traumatismo obstétrico, e a infecção materna (tifoide) durante a gravidez.

A propósito dos acidentes relacionados com o parto citam os AA. largamente o estudo de ALBERTO MARQUE sobre as paralisias obstétricas, dividindo-as em paralisias obstétricas verdadeiras (causadas por uma lesão nervosa traumática), pseudo-paralisias obstétricas devidas a uma lesão traumática ósteo-articular e paralisias obstétricas combinadas, tendo origem nos dois modos precedentes, conjuntamente.

Para o autor as pseudo-paralisias são as mais frequentes, contrariamente à opinião clássica, e representam 85 % dos casos ; 10 % são paralisias combinadas, 5 % apenas paralisias obstétricas verdadeiras.

R. WAITZ dedicou um largo estudo às lesões cérebro-meningeas devidas ao parto. Ao lado das lesões traumáticas, raras, distingue lesões extremamente frequentes resultantes de perturbações da circulação útero-placentária e que descreve em diferentes localizações (meninges, ventrículos, plexos coroideos, parênquima nervoso) e em diversos estadios evolutivos, consagrando uma referência especial às seqüelas e às lesões secundárias precoces.

Este trabalho permite compreender como às perturbações anatómicas se sucedem os sintomas clínicos : as lesões imediatas (congestão, edema, hemorragias), são responsáveis pelo sofrimento fetal e a morte aparente ; as convulsões, as perturbações da regulação térmica derivam duma meningite asséptica que se produz ao contacto do transudado albuminoso sub-aracnoideu ; as seqüelas (paquimeningite, focos hemorrágicos meningeos ou cerebrais, alteração dos plexos) e as lesões secundárias (agenesias, degenerescências, hidropisia ventricular) explicam certas encefalopatias e certas hidrocefalias.

JUAN CARLOS NAVARRO e AQUILES MAROTTA fizeram uma revista geral sobre a distonia de torsão ou espasmo de torsão, muito notável, dando o segundo daqueles autores uma contribuição original para o mesmo assunto. Mostra que a opinião outrora emitida por OPPENHEIM sobre o carácter inexoravelmente progressivo da doença nem em todos os casos se verifica, pois pode o síndrome fixar-se ou regressar, como o testemunham variedades atípicas, parciais ou mesmo monossintomáticas.

Nas formas progressivas podem distinguir-se três estados : de comêço, de acme (até aos quais a doença se pode deter ou regressar) e emfim o estado terminal que corresponde à hipofunção.

KRAKORA observou uma marmorização do corpo estriado num caso que não parecia clinicamente assemelhável ao de C. VOGT, pois se tratava duma idiotia com epilepsia e paralisia espástica quasi total acompanhada de atrofia e de movimentos atetóides. O autor insistiu sobre a dificuldade duma classificação racional das paralisias cerebrais infantis.

COMBY faz uma revista do síndrome que denominou epilóia, e que se refere a uma doença congénita caracterizada por uma insuficiência psíquica associada a ataques epileptiformes, adenomas sebáceos (que aparecem no 4.º ou 5.º ano), e tumores do rim ou de outros órgãos. Mais frequente nas raparigas, parece não ter relação com a sífilis hereditária. Anatomicamente corresponde a uma esclerose nodular do córtex, algumas vezes associada a um

espessamento das meninges, o que leva a fazer admitir uma origem inflamatória das lesões, as quais se desenvolveriam depois do 7.º mês da vida intra-uterina, pois as circunvoluções têm uma disposição normal nos casos verificados anatomicamente.

GARDÈRE e JEANNIN insistem na importância diagnóstica e no valor prognóstico da acetonúria, e nas suas relações com certas convulsões. Um dos AA. desta revista do ano neurológico infantil mostra na tese de ANDRÉ DESHOUS as reservas que se deve ter sobre o valor da constatação da acetona, que indica apenas, a seu modo de ver, um estado de jejum hidro-carbonado, e a sua significação diagnóstica e prognóstica deve ser cuidadosamente interpretada para não provocar enormes erros.

MARCHAND e BAUER apenas encontram a sífilis hereditária em 4,5 % dos casos de epilepsia.

Sobre a terapêutica da epilepsia pelo regime cetogêneo, e que deriva da ligação do mal comicial a uma alcalose, consistindo em estabelecer progressivamente um regime rico em gorduras, reduzido em substâncias proteicas e sobretudo em hidratos de carbono, alguma cousa se deve tornar assente. A ração de cada individuo assim tratado deve ser regulada pela determinação do metabolismo basal ou dando cêrca de 75 a 80 calorias por quilograma e por dia, de modo a permitir o desenvolvimento suficiente da criança.

HELMHOLTZ obteve em 144 crianças, dos 3 aos 15 anos, em 49 bons resultados, em 18 dos quais as crises não se reproduziram apesar-da volta ao regime normal. As vertigens epilêpticas parecem ser as mais favoravelmente influenciadas. O único inconveniente observado é a aparição de diarreia e de vômitos, sucedida às vezes, e que cede facilmente à administração de sumo de laranja. Vários autores referem igualmente resultados favoráveis.

PAYAN e MASSOT notam a recrudescência da doença de Heine-Medin na região de Marselha, e a frequência relativa do início meníngeo, cujo prognóstico funcional é severo, bem como o das formas quadriplégicas e bulbares, que parecem excepcionais.

KNAPP, GODFREY e AYCOCK referiram a história duma epidemia em que o leite foi o vector do vírus.

A paralisia infantil foi tratada com amplitão por DUHEM no 5.º Congresso dos pediatras da lingua francesa, em Lausanne, sobre a fisioterapia, por ETIENNE sobre a soroterapia e por NICOL sobre a correcção ortopédica.

A ROSENOW e NICKEL deu a terapêutica antipoliomiélito-estreptocócica resultados interessantes e a DELCROIX sucederam efeitos notáveis no processo de balneação quente, que consiste em submeter os membros paralisados a uma imersão na agua do mar aquecida e ionizada pelos raios ultra-violetas.

SCHOEFFER observou uma seringomielia iniciada aos 14 anos por uma cifose, e pergunta se certas seringomielias não poderão manifestar-se durante muito tempo por perturbações tróficas ósseas puras

GUILAIN, ALAJOUANINE e PÉRON chamaram a atenção para uma variedade particular espasmódica familiar distinta do tipo Strümpell-Lorrain, do tipo Marinesco e da diplegia congénita familiar de Freud.

Os dois irmãos observados tinham uma paralisia espástica com contractura em flexão, uma cifoscoliose semelhante à da d. de Friedreich, com hi-

pertrofia dos pés, pés chatos e *talus-valgo*, um síndrome extrapiramidal representado por hipertonia dos braços e da face com aspecto parquinsoniano; perturbações psíquicas (debilidade mental, puerilismo) e uma fala lenta, monótona e nasalada. A existência da contractura em flexão e de perturbações extrapiramidais e psíquicas leva os autores a preguntarem se se não deverá atribuir a êste conjunto uma origem cerebral.

A dosagem do açúcar e dos cloretos do líquido c. raquid. não tem grande valor para o diagnóstico diferencial, segundo NANEICHVILI; o aumento do açúcar sucedâneo a uma baixa do mesmo é um bom sinal prognóstico no decurso da meningite cérebro-espinhal.

Para DEBRE e CREMIEU-ALCAN a origem etiológica da meningite tuberculosa parece estar num contacto curto e intenso com uma tuberculose muito contagiosa; em 57 % dos casos a origem da infecção é extra-familiar. O período latente entre o contágio e a eclosão meníngea é quasi sempre inferior a um ano e meio. O sarampo, tosse convulsa e a heredo-sífilis desempenham um papel mínimo. A frequência é maior no outono e sobretudo na primavera.

MUGGIA refere o 4.º caso conhecido de meningite tuberculosa do tipo bovino.

A meningite de bacilo coli dos lactantes não tem nada de típico no seu aspecto clínico ou no *liquor*; segundo DUPÉRIÉ e DUCASSE. A terapêutica compreende vacinas e injeções de uroformina ou de metais coloidais nas meninges ou nos ventrículos.

A injeção de soro antimeningocócico feita por MAC LEAN e CAFFEY em onze casos de meningite cérebro espinhal, nos ventrículos ou na gr. cisterna, deu uma cura completa em nove casos.

As hemorragias meníngeas do lactante estão no primeiro plano de actualidade, preguntando-se se não haverá para elas um vírus autónomo como o que certos autores admitem para as hemorragias meníngeas dos adolescentes e adultos.

*
* *
*

Continúa acesa a discussão sobre a origem da acrodinia, emitindo-se várias hipóteses, as quais temos exposto por diversas vezes, nas páginas da *Lisboa Médica*.

MENESES

A questão da bilirubinémia nas mulheres grávidas. (*La question de la bilirubinémie chez les femmes enceintes*), por E. QUARTER, S. RAPHALKES e I. KAGANOVITCH. — *Gynécologie et Obstétrique*, n.º 3. 1929,

Os progressos da hematologia influenciaram consideravelmente a obstetrícia e a ginecologia. O estudo da bilirubinémia torna possível analisar e apreciar fenómenos importantes no decurso da gravidez, tais como a insuficiência da função hepática, o estado do aparelho retículo-endotelial e as trocas feto-maternais.

As observações dos AA. levam-nos a afirmar que:

1.º Durante a gravidez observa-se bilirubinémia em 72,8 % dos casos, sem ultrapassar entretanto os limites fisiológicos normais;

2.º A bilirubinémia diminui gradualmente e atinge os valores mais baixos no período puerperal normal;

3.º A quantidade de bilirubina do sangue do feto ultrapassa de mais do dôbro a da bilirubina do sangue da mãe;

4.º Os resultados da reacção de Ehrlich (diazot-reacção) são a favor da formação da bilirubina por hiperfunção do sistema retículo-endotelial e não do fígado; a grande quantidade de bilirubina no sangue do feto explica-se, como o pensam os AA, pela actividade do sistema retículo-endotelial (células de Kupfer) do feto.

5.º O número de gestações ou de abortos anteriores, a idade da mãe, a sua profissão e o pêso do feto não são factores de importância em relação à quantidade de bilirubina no sangue da mãe ou do feto;

6.º A bilirubina observada em 72,8 % dos casos de gravidez não é um sintoma diagnóstico seguro deste estado;

7.º Nas doenças sépticas depois de parto ou abôrto observa-se sempre bilirubinémia (100 %);

8.º A quantidade de bilirubina no sangue dos doentes sépticos (depois do parto ou abôrto) depende exclusivamente da gravidade do processo hemolítico que os acompanha.

F. FONSECA.

Hidrosalpinge de válvula. (*De l'hydrosalpinx à soupape*), por EL. BÉCLERE.—
Gynécologie et Obstétrique, n.º 3. 1929.

Nos casos de esterilidade e de dores pélvicas persistentes há um interêsse em praticar um exame radiológico por injeccção intra-uterina de lipiodol quando o exame clínico não revela grandes modificações macroscópicas dos anexos.

Os sinais radiológicos tão nítidos da ejaculação em gotas e sobretudo da estagnação persistente, sem alguma difusão peritoneal das manchas tuliárias, permitirão afirmar o diagnóstico de hidrosalpinge bilateral de válvula.

O diagnóstico precoce desta lesão explicará a esterilidade e as dores. Permitirá seguir a evolução da doença e evitará a aparição possível de complicações ao doente. Estas complicações, sempre graves, poder-se hão evitar por uma intervenção feita a tempo.

F. FONSECA.

Dermografismo e increção (*Dermographismus und Inkretion*), por R. NORTHAUS.—*Klinische Wochenschrift*, n.º 18. 1929.

O A. descreve um aparelho com o qual consegue provocar o dermografismo sempre nas mesmas condições.

Das experiências relatadas verifica-se que há uma relação regular entre o tempo de latência do dermatografismo e o metabolismo basal. O tempo de latência é normalmente seis a oito segundos e que para o metabolismo elevado êsses valores aumentam, para o baixo diminuem.

Na insuficiência das glândulas sexuais, excepção feita para o climatério natural, há inversão destas condições.

Com êste método consegue consolidar o diagnóstico nos casos duvidosos de hipertiroidismo, e em muitos outros casos dar indicação para a medição do metabolismo e controlar objectivamente a medição do metabolismo basal

F. FONSECA.

Sobre as relações entre o cancro e o metabolismo lipóide (*Ueber Beziehungen zwischen Krebs und Lipoidstoffwechsel*) —Primeira comunicação, por F. BURGHEIM.—*Klinische Wochenschrift*, n.º 18. 1929.

Em seguida à irradiação de cancerosos há aumento passageiro da coles-terina do sangue, ao contrário do que sucede para outras doenças; êste aumento desaparece quando se extirpa o tumor.

O quadro histoquímico mostra a existência de grandes quantidades de coles-terina nos tumores malignos, ao contrário do que sucede nos tumores benignos.

Em virtude das alterações observadas no metabolismo lipóide dos cance-rosos chama o A. a atenção para a sua importância no problema do cancro.

F. FONSECA.

Antigénico equinocócico, (*Echinokokkenantigen*), por J. BOTTERI.—*Klinische Wochenschrift*, n.º 18. 1929.

Das observações experimentais no homem o A. tira as seguintes conclu-sões:

1) O antigénico equinocócico, animal ou humano, livre de albuminas pode dar reacções alérgicas ou de sensibilização, mas não sintomas de anafilaxia geral.

2) A reacção precoce, no sentido da formação secundária duma papila é uma reacção sensível para a equinococose, mas infelizmente pouco especí-fica e em grande parte dependente das disposições funcionais da pele.

3) Na reacção precoce o agente activo é constituído com grande probabi-lidade por produtos inferiores da decomposição das albuminas, produtos êsses solúveis no alcool.

4) Êsses produtos de decomposição albuminóide (polipeptidos e ácidos aminados) solúveis em alcool e que condicionam a reacção precoce parecem idênticos aos produtos dializáveis que *in vivo* se difundem através a mem-brana equinocócica e condicionam a alergia cutânea.

5) A reacção tardia, na forma do edema específico característico, e as

manifestações anafiláticas gerais, verdadeira anafilaxia, são devidas a um antigéneo completo que *in vivo* está contido no líquido hidático e só entra em circulação quando há lesão da membrana equinocócica.

6) Na reacção de fixação do complemento e em analogia com a reacção de Wassermann, reagirá principalmente a fracção lipóide do antigéneo e na cuti-reacção principalmente a reacção proteica.

F. FONSECA.

Biblioteca da «Lisboa Médica»

Obras recebidas :

Considérations anatomiques sur le paquet sylvien vu à la radiographie chez le vivant. (Arquivo de Anatomia e Antropologia, vol. xi, 1927. Director Prof. H. de Vilhena), por EGAS MONIZ.

O A. discorda da descrição clássica da artéria cerebral média, ou silvica. Publica filmes artério-gráficos mostrando que o *grupo silvico*, como êle designa o conjunto das artérias que seguem pela fenda de Sylvius para o lobo da insula, é constituído quasi sempre, desde a sua origem, pelas três artérias: silvica, parietal posterior e temporal posterior. Há excepções mas a descrição orientada nesta base corresponde mais à verdade dos factos. Os filmes publicados mostram também o sifão carotídeo, como o A. denominou as curvas da carótida interna adentro do crânio, e que é constante nos individuos normais.

Les méthodes radio-diaphoriques dans la localisation des tumeurs cérébrales. Nouvelle technique radiologique de l'encéphalographie arterielle. (Revue Neurologique, n° 1, Juillet, 1928, tom. II), por EGAS MONIZ.

O A., após uma curta resenha sobre a sintomatologia dos tumores cerebrais, defende a necessidade, pelo menos em alguns casos, de recorrer a meios radiológicos de contraste, — métodos rádio-diafóricos ($\delta\gamma\alpha\varphi\omicron\rho\grave{\alpha}$ — diferença, contraste) — idênticos aos que se usam nos outros ramos da medicina e cirurgia e a que se devem assinalados progressos. Refere-se à ventriculografia de Dandy e à encefalografia arterial de sua autoria. Os dois métodos não se excluem, antes, em alguns casos, se podem auxiliar.

Trata em seguida da técnica da encefalografia e da interpretação dos filmes arteriográficos. Para obter radiografias bem nítidas das artérias é preciso que estas estejam próximas do *chassis*. Para isso recomenda uma disposição especial que permite ao operador injectar, com facilidade, o soluto de iodeto de sódio do lado onde se aplica a placa fotográfica. Aproveita para

isso a disposição de um diedro recto-metálico. Uma gravura mostra como a cabeça deve ficar colocada, apoiando-se no polo occipital e fixando-se com uma ligadura contra o *chassis*.

Un nouveau cas de diagnostic de tumeur cérébrale «post-mortem» par l'encéphalographie arterielle. (Revue Neurologique, nº 1, Juillet, 1928, tom. II), por EGAS MONIZ et ALMEIDA LIMA.

Os autores descrevem o caso de uma doente falecida de tumor cerebral no Serviço de Neurologia de Santa Marta, a quem, devido ao seu estado grave no momento da entrada, não pôde ser feita a prova encefalográfica em vida. Fez-se lhe, porém, depois de morta, e o desvio do grupo silvico permitiu fazer o diagnóstico de um tumor na parte posterior do lobo temporal direito que teve confirmação necrósica.

Tratava-se de um pequeno glioma quístico dessa região bastante superficial e extirpável.

A documentação gráfica (radiografia e base do cérebro) mostra à saciedade o acerto dos autores. Comparando este filme com outros obtidos, descrevem dois aspectos do desvio silvico, um denunciando o tumor na parte anterior do lobo temporal e outro na sua porção posterior.

Nouvelle technique de l'encéphalographie artérielle. Quelques cas de localisation de tumeurs cérébrales. (Presse Médicale, nº 14 du 2 Juin 1928), por EGAS MONIZ.

Extenso trabalho em que uma parte é destinada à descrição da técnica da carótida primitiva, que o autor supõe mais fácil do que a primeira adoptada, em que era sistematicamente procurada a carótida interna. Na nova técnica é temporariamente laqueada, com a pinça de Martins, a carótida externa para que a injeção dada na carótida primitiva seja forçada a seguir pela carótida interna. É afinal a técnica inicial que permitiu ao autor obter a primeira encefalografia no cão. Refere-se a particularidades de técnica, quer cirúrgicas quer radiográficas, e às radiografias estereoscópicas das artérias que conseguiu pela primeira vez no vivo com uma disposição mecânica que classifica de rudimentar e em que utiliza um escamoteador de chapas de sua invenção, de tracção manual. Ao mesmo tempo é deslocada a empôla. Julga poder obter essas duas manobras simultâneas por um processo mecânico aperfeiçoado.

Em seguida publica sete casos com as provas encefalográficas dos dois lados e em que se mostram desvios, havendo confirmação em três casos, dois dos quais operados pelo Sr. Prof. Francisco Gentil. Em dez casos de hipertensão crâniana (um publicado na *Revue Neurologique*) a prova encefalográfica só ficou muda em dois. Resta saber se as alterações observadas cor-

respondem sempre a neoplasias colocadas nos lugares indicados. Só uma grande casuística o poderá completamente elucidar.

Depois de uma longa exposição tira o A. as seguintes conclusões :

1.^a) A prova encefalográfica arterial é inofensiva quando se empreguem soluções de iodeto de sódio quimicamente puro;

2.^a) É indispensável obter boas radioarteriografias cerebrais, o que não é difícil, para deduzir localizações dos tumores do encéfalo;

3.^a) As arteriografias cerebrais podem fornecer importantes indicações diagnósticas, e em percentagem muito elevada, na localização dos tumores do cérebro;

4.^a) As localizações obtidas por êste método parecem ser bem precisas e limitadas.

A propósito das injeções carotídias. Aspectos fisiológicos e fisiopatológicos. (A Patologia Geral — Rio de Janeiro, Set. 1928, n.º 5, ano XIII), por EGAS MONIZ.

Trabalho de conjunto em que são abordados alguns assuntos de grande interêsse neurológico.

Entre êles destacaremos o que se refere a três casos de melhoras acentuadas de hipertensão craniana com as injeções intra-carotídias de iodeto de sódio. Nota que as W. R. foram negativas nestes três casos.

As arteriografias cerebrais não denunciaram a existência de tumores. Tratar-se há de meningite serosa? A propósito relata um caso dessa doença, como conseqüência de uma gripe, com cefaleias e perda considerável de visão. O estado da doente inspirava sérios cuidados. Não se faziam ainda nessa época as injeções intra-carotídias e aconselhou uma trepanação imediata que foi realizada pelo Sr. Prof. Francisco Gentil. A doente melhorou, a sua vista quasi reganhou o normal e já vão passados seis anos. ¿O iodeto de sódio actuará por forma tão enérgica como a descómpressão craniana? Só novos casos poderão esclarecer o assunto.

L'action spasmodique de l'iode libre dans l'arbre artériel de la carotide interne. (Revue d'Oto-Neuro-Ophthalmologie, 1928), por EGAS MONIZ.

O A., a propósito de um caso em que a solução de iodeto de sódio a 25 %/o utilizada na prova encefalográfica, tinha vestígios de iodo livre, verificado, pela análise, nas empôlas testémenhas, relata que essa doente fez uma hemiplegia do lado direito acompanhada de afasia total. Êste grave síndrome desapareceu, por completo, sem deixar o menor vestígio, em quatro dias.

O A. pretende explicar êste fenómeno pela irritação da túnica interna pelo iodo livre que, tendo determinado um verdadeiro reflexo espasmódico da

árvore arterial atingida, teria provocado uma forte diminuição da irrigação do cérebro sem perturbações duradouras.

Se algumas alterações importantes se tivessem produzido nas células nervosas não se teria dado esta *restitutio ad integrum* e em tão curto espaço de tempo.

L'encéphalographie artérielle. (Journal de Médecine de Bordeaux, n.º 23, de 25 Novembro 1928, págs. 915-922), por EGAS MONIZ.

Este artigo, excelentemente documentado com magníficas gravuras, as melhores que foram até aqui publicadas em trabalhos do A., é uma exposição de conjunto de todos os resultados obtidos até princípio de novembro de 1928 através das suas numerosas experiências e observações clínicas. Tendo o A. sido convidado pelo decano da Faculdade de Medicina de Bordéus a ir fazer naquela Faculdade uma conferência nos «Dias Médicos» ali realizados em 7 de Novembro, foi dada integralmente à estampa na conhecida revista bordelêsa. É um trabalho cuidadosamente ordenado em que o A. aborda as questões mais importantes que se referem aos subsídios prestados pela radiologia ao diagnóstico e localização das neoplasias cerebrais. Pela enumeração dos capítulos se pode ajuizar da importância deste trabalho:

Na primeira parte ocupa-se o A. dos «Tumores opacos; Calcificação da glândula pineal; Lesões do crânio; A ventriculografia e a encefalografia; Soluções opacas; Encefalografia arterial no cão; Rêde arterial do cadáver; Encefalografia no homem».

Na segunda parte trata do «Diagnóstico dos tumores cerebrais no cadáver (2 casos); Técnica da injeção carotídea; Material cirúrgico especial; Material radiológico; Radiografia do lado injectado; Radiografias estereoscópicas; Radiografias falhadas; Doses da solução a injectar; Precauções a tomar; Operação».

A terceira parte é dedicada ao estudo do «Aspecto normal das arteriografias cerebrais; Cerebral anterior; Cerebral posterior; Artéria silvica».

Finalmente na quarta parte da conferência, essencialmente clínica, estuda o A. o «Diagnóstico arteriográfico, insistindo na necessidade de se tirarem sempre as arteriografias dos dois lados; Tumores do lobo frontal; Tumores do lobo temporal; Tumor da região temporo-parietal».

E conclui desta maneira: «O método encefalográfico começa a ser utilizado; mas é indispensável ter um avantajado número de casos para se tirarem conclusões seguras. Mostra-se já, porém, muito preciso como elemento de diagnóstico. Por outro lado a prova não oferece perigo algum para o paciente quando a técnica é bem executada. Por vezes os doentes melhoram consideravelmente do síndrome hipertensivo com as injeções iodadas carotídeas».

Em dois deles as cefaleias e as perturbações visuais desapareceram. Uma das radiografias publicadas pertence a uma destas doentes. É necessário seguir estes casos, em que é possível tratar-se de meningites serosas.

Não podemos afirmá-lo com segurança, mas a prova encefalográfica foi negativa quanto a desvios arteriais

Diz-se que a injeção intra-carotídea é difícil de fazer para se alcançar um bom filme. Não é exacto. Observando-se as particularidades técnicas que acabamos de descrever obtêm-se, com a maior facilidade, boas radiografias. Além disso os doentes nada sofrem no caso de ter de se repetir a prova na mesma sessão operatória. Repetindo-a mais tarde a cicatriz poderá embaraçar o cirurgião.

Depois dos factos apresentados, acrescenta o A., e pelo menos nos casos de diagnóstico muito difícil, a prova encefalográfica é um recurso que poderá prestar importantes indicações diagnósticas.



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

As origens do método experimental, particularmente nas ciências biológicas

Quando se iniciou o método experimental?

Eis um problema destinado a aguçar a curiosidade dos que lidam nas ciências experimentais, aos quais a ciência interessa tanto pelo seu conteúdo, como pelo seu significado humano.

«Poder-se hia dizer com igual justeza, afirma Lalande, que a origem é muito recente, ou que se perde na noite dos tempos. Muito recente, se se consideram os processos sistemáticos e reflectidos de exploração praticados por Leonardo de Vinci, os astrónomos da Renascença, Galileu e digeridos por Bacon num novo *Organum*; muito antiga, se se consideram as *démarches* espontâneas, das quais a ciência moderna é a racionalização». (1)

Os sábios antigos não tiveram laboratórios; nem mesmo os houvera no Museu de Alexandria. Como observa M. Egger (2), nas idéas de antano, a ciência e a experimentação eram coisas distintas, quasi opostas. A idéa de laboratório andava associada às de magia, de superstição e de charlatanismo.

Entretanto, nos médicos chamados empíricos ou scépticos encontra-se já uma noção justa do método experimental (3). Tiveram a idéa de uma análise sistemática — no estudo da medicina — comportando a invenção de idéas teóricas, primeiro; depois, a verificação pelos factos. Opunham também a ciência à experimentação.

Nos tempos coetâneos só os fenómenos constituem o objecto da ciência; para os antigos não podia haver ciência onde só existiam fenómenos. Mesmo negando a ciência, êsses médicos empíricos, como postula Brochard, «faziam dela uma idéa mais elevada do que os que hoje se mostram os seus mais zelosos apologistas».

Todavia, a origem da formação do método experimental nas ciências biológicas deve remontar-se a Leonardo de Vinci. Sômente «a experiência nunca engana», diz Leonardo (4). Lamentando a falsa idéa de nobreza filosófica que regeita como inferior o que vem dos sentidos, afirma que é preciso interrogar a natureza, que só se exprime pelas nossas sensações. Em Leonardo, como

(1) — Lalande: *Les Théories de l'Induction et de l'Expérimentation*, Paris, 1929.

(2) — *Science ancienne et moderne*, cit. de Lalande.

(3) — *Les médecins sceptiques*, in Brochard: *Les sceptiques grecs*, 2.^a ed. Paris, 1923.

(4) — Vidé: E. Müntz: *Léonard de Vinci, l'artiste, le penseur, le savant*, 1 vol.; G. Séailles: *Léonard de Vinci, l'artiste et le savant*, 1 vol.; Duhem: *Études sur Léonard de Vinci*, 3 vol.; Bottazzi: *La vie et l'œuvre de Léonard de Vinci*, — *Rev. Gén. des Sciences*, n.^{os} 15-16, 1919.

em Bacon e em Descartes, encontramos o interesse pela «sciência activa», por uma «filosofia» que nos faça senhores da natureza.

Entre os que iniciaram o espirito humano para a intelligência das novas verdades, só Leonardo deixara a descrição minuciosa das etapas do seu pensamento, redigindo, por assim dizer, o jornal de viagens dos descobrimentos que constituíram a sua vida; à medida que uma proposição nova se oferecia às suas meditações elle a anotava com inteira sinceridade, sem dessimular qualquer hesitação, de sorte que podemos seguir em tôda a sua obra as fôrmas diversas da invenção, desde o instante em que o génio de Vinci suspeitou vagamente a verdade através das brumas da dúvida até ao momento em que elle a contemplou em plena evidência.

Considerado por todos os sábios como o fundador da anatomia científica, iniciou também a técnica da dissecação anatómica, revelando-se igualmente o fundador da Fisiologia experimental. Nos seus manuscritos estão registadas numerosas observações e experiências de fisiologia pura, relativas, p. ex., às acções nervosas reflexas e automáticas, às funções dos órgãos dos sentidos, especialmente do olho (descobriu, entre outros fenómenos, o princípio da visão binocular), aos músculos abdominais e intercostais, ao diafragma, aos pulmões, etc. Na análise da mecânica respiratória não foi ultrapassado pelos fisiologistas modernos. Estudou particularmente o coração, verificou a correspondência numérica das pulsações cardíacas com as do pulso radial, e o sincronismo das sistoles cardíacas com as pulsações da ponta do coração de encontro à caixa torácica.

Alfim, a idéa da impossibilidade de criar ou de destruir a força (a energia) ficou nitidamente exposta nos seus cadernos: «a força no corpo não pode criar-se sem uma outra força», escreve Leonardo. É o que nós chamamos, hoje, a lei da conservação da energia, da qual Leonardo teve a intuição quatro séculos antes de Roberto Mayer.

Nos seus cadernos, indica o processo de se estudar o crescimento das plantas, o vôo das aves, etc. Afirma, como mais tarde o repetiram Bruno, Bacon, Pascal, que o espirito humano é semelhante a um homem que aprende de cada vez mais, e que a antiguidade era a infância do saber.

O movimento intelectual da Renascença, que acrescentou à cultura fórmulas, fundamentais da experiência científica, concentra-se e amplia-se na obra de Bacon.

Uma acção mais directa, no sentido da experiência e da observação das coisas, é dada pelo culto da natureza e da vida que dominou no século XVI com Rabelais, Bruno, etc.

Com a intenção de deminuir a obra de Bacon, alguns críticos attribuíram a Galileu o papel de criador do método experimental. E, todavia, não houve em Galileu nem uma concepção geral do conjunto das sciências nem sequer o problema do método. Como afirmou Brunschvicg, embora admirando profundamente, e com razão, a obra científica de Galileu, se há nos *Discorsi* belos exemplos de raciocínio experimental, não existe uma teoria do método experimental. A-pesar disso — acrescenta Brunschvicg — a relação entre a hipótese e a verdade, que é também a relação entre a razão e a exper-

riência, encontra-se colocada numa luz maravilhosa pela marcha seguida através da terceira jornada dos *Discorsi*. (1)

Se Galileu não teve a idéa da exploração metódica da natureza no seu conjunto, foi, entretantes, como apóstolo do método experimental, um dos iniciadores do pensamento moderno. Mostrou-nos Paul Tannery que, «contrariamente à opinião geral, Galileu procedeu sobretudo *à priori* e só recorreu à experiência para confirmar as suas teses». (2)

A ciência experimental tal qual se desenvolveu depois de Bacon encontra-se de acôrdo com os planos que ele gizou e com os processos que recomendava.

O *Novum Organum* constituiu a primeira grande tentativa para formular a teoria do método experimental. (3) Mas foi Leonardo Vinci quem criou o método, em ciência, como processo de investigação.

Podem dizer-se que Leonardo de Vinci foi o *legislador do método experimental*. «O meu descobrimento está feito, — disse Gauss; — resta saber como o fiz». Os cadernos de Vinci mostram-nos todas as passadas dos seus descobrimentos e as razões por que as pizara.

A metodologia das ciências tomou vulto nos cadernos que Leonardo nos legou.

Se mais tarde, Harvey, ao descrever o método das verdades científicas que descobrira, nos deixa também a metodologia das ciências experimentais, só em Claude Bernard nos aparece o quadro clássico do método, não só nas ciências biológicas, mas em fisico-química.

«É que, com efeito — diz Bernard — estes processos e estes métodos científicos só se aprendem nos laboratórios, quando o experimentador enfrenta os problemas da natureza; é para aí que primeiro se devem dirigir os jovens: a erudição e a crítica científica fazem parte da idade madura; não podem dar os seus frutos senão quando se começou a iniciar-se na ciência, dentro do seu santuário real, isto é, no laboratório. Para o experimentador, os processos do raciocínio devem variar ao infinito, segundo as diversas ciências... O espírito do naturalista não é o do fisiologista, e o espírito do químico muito menos o do físico... Os preceitos úteis são apenas os que saem dos pormenores de uma prática experimental numa ciência determinada. Eu quiz dar nesta *Introduction* uma idéa, a mais precisa da ciência fisiológica e da medicina experimental. Entretanto, estarei longe de ter a pretensão de supôr que dei regras e preceitos para se seguirem de uma maneira rigorosa e absoluta por um experimentador. Citei exemplos de investigação, mas evitei dar explicações supérfluas ou traçar uma regra única e absoluta, porque eu penso que *o papel de um mestre deve limitar-se a mostrar claramente ao aluno o fim a que a ciência se propõe, e a indicar-lhe*

(1) Brunschvicg: *L'Expérience humaine et la causalité physique*, 1 vol. Paris.

(2) Art.º Galilée, in *Grande Encyclopédie*.

(3) Sobre a influência de Bacon de Verulam e o lugar que occupa na história do pensamento ler o belo estudo de P. Sortais in *Philosophie moderne*, vol. I, pág. 426 a 52

todos os meios que pode ter à sua disposição para o atingir. As sciências só avançam pelas idéas novas e pela potência criadora do espirito». (1)

A técnica do método experimental foi ainda objecto de uma análise crítica em Ernesto Mach (*Erkenntnis und Irrtum*, 1905), em Duhem (*La Théorie Physique*, 1914), Henri Poincaré (*Science et Methode*, 1908, *La Science et l'Hypothese*, 1910), Henriques (*Les Concepts Fondamentaux de la Science*, 1913); e para as sciências biológicas, em Cajal, nas *Reglas y Consejos sobre Investigación Biológica* (4.^a ed. 1916), livro que se não atingiu o poder de crítica científica e filosófica da *Introduction* de Claude Bernard, constitue um estudo do método experimental que nenhum cultor das sciências biológicas da Hispânia (*hispani omnes sumus*, André de Rezende) deixou de meditar no seu apprendizado.

EDUARDO COELHO.

Nova clínica Oto-Rino-Laringológica da Faculdade de Medicina de Strasbourg

Ano de 1929

Curso de aperfeiçoamento do Prof. Georges Canuyt
desde 2.^a-feira 1 de Julho a sábado 13 de Julho de 1929

Este curso será essencialmente prático e cirúrgico. Os ouvintes serão exercitados individualmente nos métodos de exame e de tratamento. Dar-se há um desenvolvimento especial ao ensino da anestesia local e regional, da patologia infantil e da cirurgia oto-rino-laringológica.

Todas as intervenções serão descritas, projectadas no *écran* e executadas no vivo. Todos os ouvintes operarão no cadáver.

Para todos os esclarecimentos, dirigir-se ao Prof. Canuyt, Faculdade de Medicina de Strasbourg.

Faculdades de Medicina

De Coimbra

Foi contratado para segundo assistente da cadeira de Neurologia da Faculdade, o Dr. José Augusto Correia de Oliveira.

(1) Claude Bernard : *Introduction a l'étude de la médecine expérimentale* 3.^a parte, cap. IV, Págs. 394-396, O itálico é nosso.

De Lisboa

O Conselho resolveu abrir concurso para o provimento de um lugar vago de professor catedrático da cadeira de Oftalmologia.

— Foram nomeados assistentes de Medicina Legal os Drs. Xavier da Silva, António Francisco, José Aleixo de Santana Rodrigues e Brás de Jesus Nogueira.

— Na última reunião do Conselho da Faculdade procedeu-se novamente à eleição do director e secretário. Os resultados da eleição foram os que seguem: Para director: Prof. Augusto Monjardino, Prof. Egas Moniz, e Prof. Moreira Júnior. Para secretário: Prof. A. Padesca, e Prof. Carlos de Melo. Para delegado do Senado Universitário foi eleito o Prof. Azevedo Neves

Sociedade das Ciências Médicas

No dia 5 de Abril, realizou o Dr. Albert Capmas uma conferência, na Sociedade das Ciências Médicas, subordinada ao tema «O estado diatético, sua importância primordial em patologia e o seu tratamento».

Na mesma sessão, o Prof. Silvío Rebêlo fez uma comunicação, com projecções luminosas, sobre «O estudo experimental dos anti-helmínticos no Instituto de Farmacologia e Terapêutica de Lisboa».

O Dr. Anastácio Gonçalves, na sessão de 20 de Abril, da mesma Sociedade, fez o relato de uma viagem de estudos sanitários que realizou pela Sérvia, Alemanha, Hungria, Holanda, Bélgica e França.

No dia 30 de Abril, o Prof. Costa Sacadura fez uma comunicação acêrca de «O abôrto sob o ponto de vista médico-social».

Sociedade Portuguesa de Estomatologia

Na reunião do dia 15 de Abril, o Dr. Pereira Varela apresentou dois casos de quistos paradentários do maxilar superior notáveis pela sua extensão e sintomatologia. Sobre esta comunicação falaram os Drs. Tiago Marques, Ferreira da Costa e Sacadura Falcão.

O Dr. Marcelino Martins mostrou dois doentes um dos quais com um aneurisma artério-venoso e o outro com uma osteíte.

* *

Sociedade Portuguesa de Biologia

Sessão de Abril.

No início da sessão, o presidente propôs votos de sentimento pela morte dos Drs. Manuel Mira e Oliveira Frias.

O Dr. Nuno dos Santos apresentou uma comunicação acêrca da influência exercida pelo estanho sôbre os bacilos da tuberculose «in vitro».

O Dr. Gonçalves da Cunha falou sôbre a impregnação argêntica no estudo da evolução do condrioma, e sôbre a origem dos condroplastos.

O Dr. Alberto de Carvalho apresentou um trabalho sôbre «A acção do esplâncnico sôbre o rim».

Sessão de 7 de Maio.

Comunicações :

A punção lombar como preparação operatória nos casos de tumores cerebrais, pelo Prof. Egas Moniz.

— O luminal como preventivo dos acessos epilêpticos provocados, pelo Prof. Egas Moniz.

— Das injecções intracarotídeas com fim terapêutico, pelos Prof. Egas Moniz e Dr. A. Lima.

— Sôbre a circulação dos meningiomas, pelo Prof. Egas Moniz.

— A acção da tiroxina sôbre o coração, pelos Drs. Eduardo Coelho e José Rocheta.

— Investigações experimentais sôbre a embôlia das coronárias, pelos Drs. Eduardo Coelho e José Rocheta.

— Accção da adrenalina em injecção intravenosa sôbre os músculos fatigados, pelos Prof.* Ferreira de Mira e Joaquim Fontes.

— Novas investigações sôbre a acção da adrenalina em injecção intravenosa, pelos Prof.* Ferreira de Mira e Joaquim Fontes.

— Isolamento de um fungo, por D. Matilde Bensaúde.

— Aditamento à última comunicação sôbre a acção do ião estanho no desenvolvimento do bacilo tuberculoso, pelo Dr. Nuno dos Santos.

— Sôbre o trabalho de parto, pelo Prof. Joaquim Fontes.

* *

Sociedade de Antropologia

No Pôrto, reuniu-se a Sociedade de Antropologia.

O Dr. Amândio Tavares apresentou um estudo sôbre anomalias arteriais dos membros superiores.

O Dr. Luís de Faria relatou os estudos anatómicos realizados sobre um negro de Moçambique, com a colaboração dos Drs. Alvaro Rodrigues e Sousa Pereira. Acêrca desta comunicação falaram os Prof.ª Pires de Lima e Mendes Correia.

Hospitais

Civis de Lisboa

Atingiram o limite de idade os directores de enfermaria Drs. Gaetano Maria Ferreira da Silva Beirão, João Pedro de Almeida, José Agostinho Maria de Sousa e José Eduardo Fragoso Tavares.

Escolar

Foi encarregado o tenente-coronel farmacêutico José Maria Pinto da Fonseca de proceder a uma rigorosa sindicância aos serviços farmacêuticos do Hospital Escolar.

Semana Médica Portuense

Promovida pelo corpo clínico do Hospital da Misericórdia do Pôrto, realiza-se no próximo mês de Junho a Semana Médica Portuense.

Curso de História da Medicina

Na Faculdade de Medicina de Lisboa abriu o curso de História da Medicina sob a regência do Dr. Augusto da Silva Carvalho.

Congresso Internacional de Psicologia

O Govêrno português foi convidado pelo Govêrno americano a fazer-se representar no 9.º Congresso Internacional de Psicologia que se realiza na Yale University em New Haven, Connecticut, de 1 a 7 de Setembro do ano corrente.

Ensino Universitário

Foi publicado um decreto determinando que a presença às sessões dos Conselhos Escolares, Senado e Assembléas Universitárias prefere a todos os serviços docentes, sendo instaurado processo disciplinar a todo o professor que dê, em cada ano, três faltas não justificadas. O serviço de exames é, do mesmo modo, obrigatório.

Prof. Gabriel Florence

No anfiteatro de Fisiologia da Faculdade de Medicina de Lisboa realizou uma série de conferências o Prof. Gabriel Florence da Faculdade de Medicina de Lyon. Os temas das conferências são: «Os narcóticos», «Os anestésicos locais» e «Os compostos arsenicais».

Na Faculdade de Medicina do Pôrto também êste professor realizou uma série de conferências cujos títulos foram: «Os fisiologistas franceses do século XIX», «Contribuição química e propriedades fisiológicas», «Estereoquímica e biologia», «Adrenalina», Equilíbrio ácido-básico dos humores».

Ainda na Faculdade de Medicina de Coimbra, o Prof. Florence fez algumas conferências.

Dr. Silva Correia

Os trabalhos apresentados pelo Dr. Correia da Silva, sub-director dos serviços de saúde da Índia Portuguesa e professor da Escola de Medicina de Nova Gôa, no congresso de Medicina Tropical do Cairo foram: «O clima e a nosografia da Índia Portuguesa», «A peste na Índia Portuguesa», «A endemo-epidemia meningocócica em Gôa», «O cólera na Índia Portuguesa», «Os Ranas de Satary».

Saúde Pública

Sob a direcção do Dr. Gonçalves Braga, inspector-chefe da Sanidade Marítima Internacional, iniciou-se há dias o combate aos mosquitos que infestam a cidade de Lisboa.

—Por determinação do Governo, os navios portugueses serão desratizados de seis em seis meses, estando êsse serviço a cargo da Inspeção de Sanidade Marítima.

Carbúnculo em Portugal

Foi encarregado o sub-inspector chefe de saúde de Montemor-o-Novo, Dr. Francisco Zeferino Malta de Mira Mendes, de proceder a um inquérito sobre a existência do carbúnculo em Portugal.

Prof. José M. Jorge

Esteve em Lisboa o Dr. José M. Jorge, professor de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas de Buenos Aires.

Êste professor visitou algumas das principais instituições médicas e hospitais da capital, tendo assistido a uma operação feita pelo Prof. Cabeça no Hospital Escolar.

Febre amarela

Têm-se manifestado bastantes casos de febre amarela no Rio de Janeiro.

Homenagem

Em Matosinhos inaugurou-se um monumento ao Dr. Afonso Cordeiro que foi médico naquela vila.

Prof. Azevedo Neves

Os Prof.^{as} Moreira Junior, José Gentil, Sobral Cid, Egas Moniz, Augusto Monjardino, Adélino Padesca e Carlos de Melo, ofereceram, no dia 14 de Abril, um almoço de homenagem ao Prof. Azevedo Neves.

No decorrer do acto foram recebidos telegramas dos Prof.^{as} Custódio Ca-



beça e Lopo de Carvalho, Dr. Eloi do Amaral e maestro Luís de Freitas Branco.

Assistiu ao final do almoço o Prof. Henrique de Vilhena.

Prof.^o Ricardo Jorge e Gama Pinto

A Academia das Ciências resolveu associar-se à homenagem que a Faculdade de Medicina de Lisboa prestou aos prof.^o Ricardo Jorge e Gama Pinto.

— Pelo ministério da Instrução foi publicado um decreto, determinando que os Institutos de Higiene e Oftalmológico se denominem, respectivamente Institutos Ricardo Jorge e Gama Pinto.

Dr. António de Meneses

Realizou o Dr. António de Meneses, no Hospital Infantil do Menino Jesus de Madrid uma conferência sobre assunto da sua especialidade. Esta conferência sairá impressa na revista «Pediatria Española».



Tratamento completo das doenças do fígado e dos síndromas derivativos

Litíase biliar, insuficiência hepática, colemia amiliar,
doenças dos países quentes,
prisão de ventre, enterite, intoxicações, infecções



Opoterapias hepática e biliar
associadas aos colagogos
2 a 12 pílulas por dia
ou 1 a 6 colheres de sobremesa de **Solução**

PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos científicos

Lavagem
de Extracto de Bilis
glicerinado
e de Panbiline



1 a 3 colheres em 160 gr.
de água fervida
quente.
Crianças: 1/3 dose

Depósito Geral, Amostras e Literatura: LABORATÓRIO da PANBILINE, Annonay (Ardèche) FRANÇA
Representantes para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a, Rua Nova da Trindade, 9-1.º — LISBOA

TRATAMENTO DA **DIABETES** E SUAS MANIFESTAÇÕES

PELA **INSULINA BYLA**

ADOPTADA NOS HOSPITAIS DE FRANÇA

Agentes para Portugal: **Gimenez-Salinas & C.^a**

Rua Nova da Trindade, 9 — LISBOA



Nutromalt

Assucar nutritivo para creanças de mama, preparado segundo Soxhlet.

Cura as perturbações digestivas sem submeter as creanças a uma dieta debilitante.

INDICAÇÕES: Para creanças com saude em vez de assucar de leite ou de cana, assegura uma digestão facil, sem perturbações gastricas ou intestinaes. Em todos os casos de desarranjos das funções digestivas do bebé acompanhadas de fezes ácidas e diarréicas, isto é, na maior parte dos casos de dispepsia aguda ou crónica, perturbações do leite, d'atrofia ou diarréia estival.

DOSE: A maior parte das vezes basta substituir o assucar natural pelo NUTROMALT. Segundo os casos deve prescrever-se 2 a 8% de NUTROMALT por biberon. V. literatura.

O NUTROMALT contem as vitaminas de crescimento (factor b) indispensaveis ao desenvolvimento normal do organismo infantil.

DR. A. WANDER S. A. BERNE

Unicos concessionarios para Portugal

ALVES & C.^ª (Irmãos)

Rua dos Correeiros, 41-2.^o - LISBOA

Amostras, e literatura gratis



Assucar nutritivo para creanças de mama

Sala
Est
Tab
N.º