

Ano VI

N.º 6

Junho 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

FLUORIFORMIO

Em solução aquosa e saturada. Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

PNEUMONIAS AGUDAS — TUBERCULOSE — TOSSE

Peça-se literatura dos agentes 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, DYSYPNEA, OPPRESSAO, EDEMA**, Lesões de RAES, **CARDIOPATHIAS da INFANCIA e dos VELHOS**, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

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

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

3, Boulevard St-Martin, Paris — PHARMACIAS.

RICINOSAL

OLEO DE RICINO EM PÓ EFERVESCENTE

Purgante eficaz e muito

✽ agradável de tomar ✽

Verdadeiro substituto do

✽ oleo de ricino vulgar ✽

II INDICADO PARA II

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 7
Est. 9
Tab. 1
N.º 12

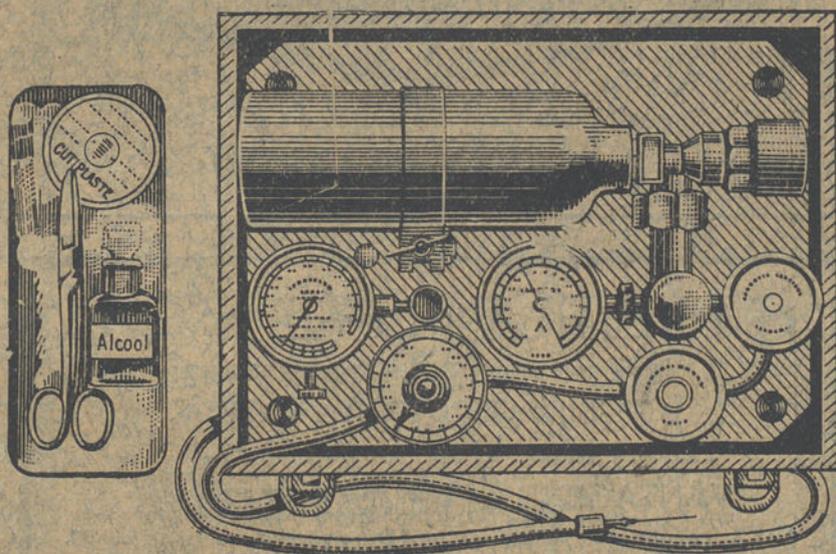
OXIGENADOR DO DR. LESIEUR

DA

S. T^E 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 demonstraões aos representantes e depositarios

DAVITA, L.^{DA}

Rua Eugenio dos Santos, 81
LISBOA

MEDICAÇÃO NUCLEO-ARSENIO-PHOSPHATADA
GRANULADO, INJECTAVEL

NUCLÉARSITOL

"ROBIN"

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

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo D. N. S. P. N.º 825-827
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias:

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

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminarsenofenol

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)

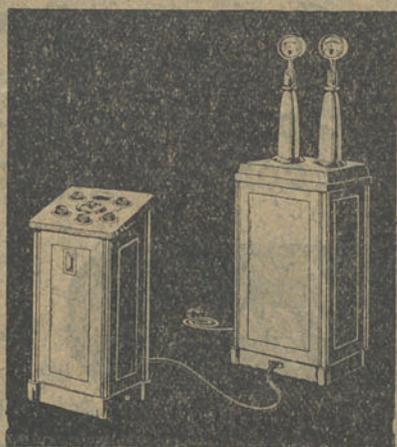
Muito **EFICAZ** na orquite, artrite e mais complicações locais de **Blenorragia, Metrite, Salpingite, etc.**

Preparado pelo LABORATÓRIO de **BIOQUÍMICA MÉDICA**

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVIe)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.^a, L.^{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.^{ca}, Engenheiros, RUA DOS FANQUEIROS, 334-LISBOA

Nenhuma aplicação terapêutica
têm sido tão universalmente re-
ceitada por um tão grande nú-
mero de médicos como a

Antiphlogistine
TRADE MARK

Esta grande popularidade, os meritos excepcionais
e a uniformidade de acção em todos os climas.
Empregue também com toda a confiança a
ANTIPHLOGISTINE como adjunto terapêutico,
para o que poderá pedir amostras gratuitas e res-
pectiva literatura.



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, 8

LISBOA

A L I M E N T O S**E S P E C I A L I D A D E S****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 (Byrol)**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 ELITEFolhetos, tabélas e impressos aos Ex.^{mos} clínicos**TERMÓMETROS HICKS GARANTIDOS****CLÍNICOS**

N.º 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 III.^{mo} Prof. Dr. ERNESTO ROMA
pela ASSOCIAÇÃO dos DIABÉTICOS
A de maior venda no país e
A ÚNICA 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. (frascinhos de 100 un. ou 10 doses)
25 c. c. (frascinhos de 500 un. ou 50 doses)
40 UNIDADES POR C. C.
5 c. c. (frascinhos de 200 un. ou 20 doses)
A disposição dos srs. clínicos o folheto «Notas Práticas Sobre o Tratamento pela INSULINA».

FABRICAN S UNIDOS:

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

Representantes: COLL TAYLOR, LDA. Rua dos Douradoures, 29, 1.º — LISBOA — Telef. C. 1366. Teleg. DELTA

Hämafopan

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

simples 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

Antibienorrhagico **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

(PAGAMENTO ADIANTADO)

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60\$000

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80\$000

NÚMERO AVULSO: 8\$000 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.

SENHOR DOUTOR!

Sirva-se receitar em fumigação

o PÕ EXIBARD

Sem Opio nem Morphina

o qual allivia sem demora

a **ASTHMA.**

Para evitar as contrafacções
exija-se a assignatura

Exibard

H. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C^o, 6, Rue Dombasle, Paris, e boas Pharmacias.

Laboratórios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche

PARIS (França)

Registo comercial: Seine N.º 103 278

ARHEOLC¹⁵ H²⁶ O

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

KOLA ASTIER

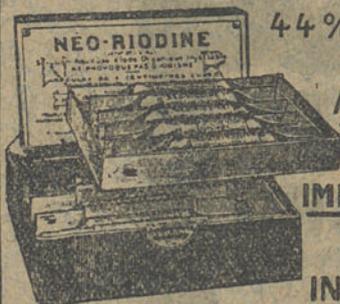
GRANULADA



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

NÉO-RIODINEC³ H⁶ O⁴ I₃ Na

Solução Aquosa de Iodo
Orgânico Injectável



44% de Iodo

ACÇÃO**IMEDIATA****INTENSA**

Em injeccões 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. Escleroses pulmonares. Affectções respiratorias chronicas. Rheumatismo. Lymphatismo. Escrofula. Tuberculose. Doenças especificas e em todos os casos em que a medicação iodada ou iodurada é indicada.

Depositários gerais para Portugal e Colónias:

GIMENEZ - SALINAS & C.^a — Rua Nova da Trindade, 9, 1.^o — LISBOA**RIODINE**(C¹⁸ H³³ O³)₃ (IH)² C³ H⁵

Derivado organico iodado
Ether glicerico
iodado do acido
ricinoleico.

**ACÇÃO****LENTA****PROLONGADA**

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



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Dermato-fibromas progressivos e recidivantes ou Dermato-fibro-sarcoma protuberans</i> , Álvaro Lapa.....	pág.	355
<i>O significado clínico das alterações electrocardiográficas na angina «pectoris»</i> , por Eduardo Coelho	»	377
Notas clínicas		
<i>O tratamento médico das hemorróidas</i> , por Mário Rosa.....	»	384
<i>Epidemia de exantema infeccioso na Mina de S. Domingos</i> , por Francisco A. Valente Rocha	»	388
Bibliografia		
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	»	392
<i>Noticias & Informações</i>	»	XLV

DERMATO-FIBROMAS PROGRESSIVOS E RECIDIVANTES OU DERMATO-FIBRO-SARCOMA PROTUBERANS

POR

ÁLVARO LAPA

O dermatofibro-sarcoma da pele é uma afecção extremamente rara do tegumento ou, pelo menos, uma variedade de neoplasia que somente desde outubro de 1924 logrou ocupar um lugar à parte nos quadros da nosografia e da oncologia.

DARIER, baseando-se no estudo de quatro observações, das quais três eram pessoais, descreveu este tipo de tumores como um processo neoplásico bem definido, tanto sob o ponto de vista clínico, como pelos caracteres histológicos apresentados.

Pela sua aparência clínica a afecção, descrita por DARIER e FERRAND em 1924, apresenta, em virtude da analogia morfológica das mais importantes lesões observadas, os caracteres de uma entidade mórbida em que se tivessem associado simultaneamente os aspectos objectivos de uma esclerodermia em placas e os de uma neoplasia fibromatosa. A evolução da doença é progressiva e esta caracteriza-se, sobretudo, por uma grande rebeldia ao tratamento, por uma tendência muito pronunciada para a multiplicação de novos elementos e pelo aparecimento freqüente de recidivas logo após a destruição das manifestações constitutivas das principais lesões cutâneas. Em consequência da reunião destes caracteres clínicos DARIER concluiu que a afecção deveria apre-

sentar sempre um certo grau de malignidade local. Igualmente o mesmo médico, no seu primeiro estudo a respeito d'êste tumor, atribuiu o valor de um carácter patognomónico à localização frequente e quasi exclusiva da moléstia na parede abdominal dos seus doentes; no entanto êsse carácter é secundário, eventual e só se tem encontrado na metade dos casos de fibro-sarcomas apontados e descritos até hoje em toda a literatura médica.

Pela configuração objectiva e estrutura histológica, as lesões da pele parece, pelo menos na placa inicial, apresentarem alterações que as identificam com as das dermatosclerose; depois um pouco mais tarde adquirem a forma típica e morfológica do fibroma fasciculado; e, por fim, em consequência da evolução do processo patológico, as manifestações cutâneas transformam-se, modificam-se, e os tumores aumentam de volume, mostrando, então em vários pontos, a contextura do sarcoma fuso-celular.

A análise minuciosa e particularizada dos diferentes caracteres histológicos desta neoplasia cutânea revelaram a DARIER que o processo patológico se inicia por uma fibromatose intersticial do tegumento, seguida, a breve trecho, de uma transformação de tecido fibroso em tecido sarcomatoso fasciculado, transformação proveniente de uma multiplicação e de uma diferenciação especial dos elementos celulares.

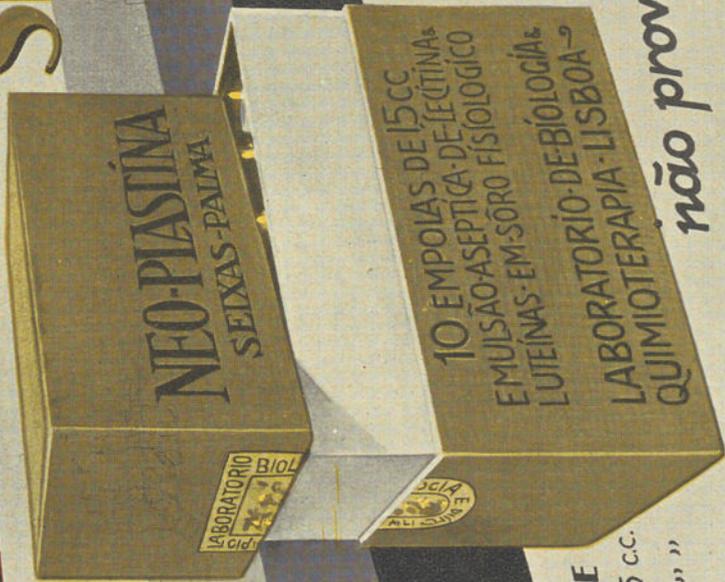
Em janeiro de 1925, — quatro meses depois de ter sido inserto nos *Ann. de dermat. et syph.* o estudo de DARIER — HOFFMANN relatava também a história clínica de três casos desta particular entidade mórbida e, depois de ter procedido a uma pesquisa exhaustiva de toda a literatura médica, êste autor verificava que a curiosa afecção de que se trata já tinha sido objecto de estudo do cirurgião COENEN, em 1909, e que KUZNISZKY e GRABISCH também já tinham mencionado, em 1921, vários casos que poderiam identificar-se com a descrição de DARIER.

HOFFMANN conseguiu assim coligir a história clínica de oito observações desta doença, o que, somado com as observações indicadas por DARIER, perfazia o total de quinze casos, no ano em que HOFFMANN publicou a sua monografia sobre o assunto.

Em 1926 DARIER novamente mostrou e descreveu um outro caso clínico e êsse agora com uma localização diversa dos precedentes.

Na América, e no mesmo ano, SENEAR, ANDREWS e WLILIS apre-

NEOPLASTINA SEIXAS=PALMA



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

*Emulsão aseptica de lecitina
e luteínas em soro fisiológico*



*Este preparado
não provoca reacção*

NEO=PLASTINA

SEIXAS-PALMA

Emulsão aseptica de lecitina e luteinas em sôro fisiologico

Este preparado não provoca reacção

Receitae a

NEO=PLASTINA

SEIXAS-PALMA

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

» » » 6 » » 5 » »

Porque é

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

sentaram na reunião anual da Sociedade Dermatológica de Chicago mais duas observações clínicas de fibro-sarcoma da pele, neoplasia que, no primeiro dos casos apontados, se encontrava localizada na parede do ventre, o que, na grande maioria dos casos, constitui a sede habitual destas neoformações.

Do exame das quatro observações, que primeiro ministraram a DARIER os elementos clínicos necessários à diferenciação nosográfica desta nova espécie mórbida, concluiu este médico que a afecção começava geralmente por uma pequena placa ou nódulo duro, fibroso, situada em qualquer ponto da parede do ventre; a placa aparecia espontaneamente, sem traço ou vestígio de qualquer dermatose anterior, ou sinal de traumatismo evidente.

A placa cutânea, que esse autor observou e descreveu no primeiro dos seus casos clínicos, mostrava a forma de um trapézio de angulos arredondados, colocado transversalmente por cima do umbigo; a lesão media 10 centímetros de comprimento por 6 de altura e os bordos apresentavam contornos bem nítidos os quais se destacavam dos tecidos circunvizinhos. A placa não se deixava dobrar facilmente e os dedos percebiam, na pele, a existência de vários nódulos dérmicos que davam a impressão de que a dermatose era constituída pela aglomeração de pequeníssimos fibromas, atingindo alguns porém o volume médio de uma ervilha. Depois de um período de evolução clínica mais ou menos longo — seis meses no primeiro caso descrito — apareceram sobre as placas saliências de côr avermelhada, de superfície lisa e de aspecto túrgido, tendo algumas delas no decurso da afecção atingido o volume de um ovo de galinha e mais. Esses tumores, especialmente no período terminal da doença, sangravam com facilidade. As lesões porém não eram dolorosas. E nunca se observou também, nestes casos, a presença de adenopatias.

A uniformidade clínica das manifestações cutâneas que DARIER observou levou-no a afirmar que se tratava de uma lesão de desenvolvimento lento e progressivo com predilecção manifesta pela parede abdominal e aparecendo quási sempre próximo do umbigo ou da região ingüinal.

A placa inicial de dermatosclerose deve ser constituída pela aglomeração de pequenos nódulos quási microscópicos de hiperplasia de tecido fibroso; esses nódulos dérmicos e hipodérmicos serão, no decurso da evolução da doença, o ponto de partida de

formação de outras nodosidades, as quais, por crescimento próprio e multiplicação dos elementos neoplásicos primitivos, irão aumentando progressivamente de número e tamanho. Em consequência do volume atingido por essas neoplasias, que não são geralmente dolorosas, elas constituem muitas vezes um embaraço sério para os seus portadores; e, nalguns casos, o atrito provocado durante a marcha pelo movimento do corpo e pelo vestuário podem dar lugar à formação de erosões secundárias, as quais, porém, não exercem qualquer acção destruidora particular sobre a massa geral dos tumores; quando muito, nestas condições de verdadeira excepção, poder-se há assistir ao aparecimento de pequenas infecções secundárias e formação concomitante de crostas ou de simples serosidade sero-sanguinolenta.

Como o processo neoplásico progride muito lentamente, só muito tarde (depois de os doentes estarem enfraquecidos em consequência de qualquer afecção de carácter genérico, ou por diminuição notável de resistência local dos tecidos provocada por intervenções terapêuticas violentas, tais como aplicações intensivas de raios Roentgen, electrólises, intervenções cirúrgicas incompletas), é que os tumores podem mortificar-se e apresentar zonas de necrose mais ou menos extensas. Os gânglios correspondentes às regiões invadidas, ainda mesmo no decurso da infecção secundária, não mostraram ter sido infectados intensamente.

Esta neoplasia cutânea pode considerar-se portanto — pelo menos até nova ordem — como uma afecção relativamente maligna sob o ponto de vista local, ainda que não exerça qualquer influência apreciável sobre o estado geral dos indivíduos.

DARIER na sua monografia igualmente mencionou que os pequenos tumores constitutivos do dermatofibro-sarcoma usufruíam da singular propriedade de resistirem com extrema tenacidade à acção terapêutica dos agentes físicos, químicos, mais diversos. Assim, a electrólise, a radioterapia, applicadas com método e persistência, ainda que de um modo transitório consigam reduzir parcialmente os tumores, não obstam, no entanto, nem à aparição de novas produções neoplásicas, nem ao rejuvenescimento lento e progressivo das primitivas neoplasias. A destruição pelo termo-cautério ou a simples ablação cirúrgica dos tumores determinam, por via de regra, com intervalo de poucas semanas, o aparecimento de lesões recidivantes.

DRYCO

IRRADIADO

o único leite em pó que
durante o verão

faculta aos Ex.^{mos} Médicos
uma alimentação lactea

rigorosamente pura
absolutamente estéril

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,

LISBOA



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



A extirpação cirúrgica dos tumores, mesmo com a placa fibrosa anexa que lhes serve de base, não deu, em dois casos, a DARIER resultados nitidamente satisfatórios, atribuindo-se talvez a causa dêsse insucesso à circunstância de que, em ambos os casos operados, as lesões eram muito extensas: num tinham realizado anteriormente, pelo menos, duas intervenções cirúrgicas e o processo neoplásico que invadira profundamente a parede abdominal já durava também há mais de vinte e cinco anos.

HOFFMANN, além de um caso pessoal, conseguiu reunir as observações de oito casos diversos verdadeiramente autênticos da variedade cutânea de fibro-sarcoma. Êste autor supõe que a afecção não deve ser excessivamente rara e que muitos cirurgiões terão tido ensejo, no decurso da sua carreira, de proceder à ablação de muitas neoplasias desta natureza, registadas com a simples rubrica de tumores fibromatosos, sem todavia se lhes atribuir na oncologia o lugar que esta neoformação merece pelos seus caracteres especiais e pela sua individualidade bem determinada.

DARIER, como já foi dito, considerou, a princípio, esta entidade mórbida como um processo de neoplasia quási que exclusivamente reservado e adstrito à parede abdominal, visto que essa região tinha sido exclusivamente atacada em todos os quatro primeiros casos descritos. HOFFMANN, porém, ao contrário dessa primitiva suposição, mostrou que estes tumores podiam observar-se indiferentemente em quaisquer outras regiões do tegumento. Assim, no quinto e último caso identificado e descrito por DARIER, as lesões nodulares apareceram pela primeira vez na parede torácica, próximo da região do mamilo direito, emergindo sôbre uma pequena placa dura, violácea, que já durava há mais de vinte e cinco anos.

O. KIESS publicou também uma observação da doença de DARIER, em Janeiro de 1928. Tratava-se de um homem de vinte e oito anos, tendo a sua afecção começado, dezóito meses antes, por uma pequena placa fibrosa situada na região supra-púbica; a lesão atingiu o tamanho de uma palma da mão de uma criança.

Fez-se uma ablação larga da placa e dos tecidos circunvizinhos, e oito meses depois não tinha aparecido ainda qualquer indício de recidiva. KIESS, como DARIER, supõe que a neoplasia tem uma origem perivascular sanguínea.

SENEAR e WILLIS, procedendo recentemente à revista crítica das observações de dezóito casos dos melhor estudados dessa afecção, verificaram que, em seis observações, os tumores estavam situados na parede anterior do ventre ou na região ingüinal; em cinco na região torácica; em duas na axila e na espádua; em duas também na região lombar; e que, finalmente, três vezes em regiões completamente diferentes (um caso na nádega, um na face interna da coxa, e outro na face anterior do antebraço); as lesões neoplásicas tinham sido perfeitamente observadas.

Corroborando o estudo descritivo da afecção realizado por DARIER e HOFFMANN, KIESS, SENEAR e WILLIS concluíram igualmente que as manifestações cutâneas características da dermatose começavam, em geral, por uma pequena placa de dermatose esclerose de localização variável. Nessa placa dura, de côr levemente pálida, semelhante às lesões da esclerodermia em placas, ou de colorido róseo-azulado, logo desde o início — e êste é um facto a que todas as observações se referem — pode verificar-se o aparecimento de pequeníssimos nódulos cutâneos ou subcutâneos, caracteristicamente indolores e que são apenas perceptíveis pela palpação. As lesões, depois de um período mais ou menos longo de evolução — que é geralmente lento e pode durar muitos anos — aumentam de extensão, agrupam-se e unem-se intimamente, constituindo uma densa placa fibrosa, de contornos bem delimitados, mas que goza da propriedade de se deslocar com facilidade sôbre os tecidos subjacentes. A placa, sôbre a qual mais tarde se desenvolvem os nódulos, pode atingir em alguns casos, segundo as observações feitas, as dimensões correspondentes às de uma área que será a de duas vezes a da palma da mão. Durante muito tempo os nódulos são difficilmente perceptíveis, visto que não fazem saliência sôbre a superfície do tegumento; porém, mais tarde, crescem, tornam-se salientes, formando sôbre a placa excrescências — tumores — de várias formas e tamanhos. Contudo no começo a manifestação cutânea tem mais o aspecto de uma placa de esclerodermia, de um simples quelóide, do que o de uma lesão de aspecto nitidamente neoplásico.

O momento em que os tumores ou as pequenas excrescências fazem a sua aparição sôbre a placa varia, mais ou menos, conforme os casos; assim, numa observação de DARIER e noutra de SENEAR as lesões neoplásicas apareceram logo ao cabo de um ano

de evolução da doença, ao passo que, num caso apontado por HOFFMANN, os tumores só se manifestaram quarenta e seis anos depois do início da placa fibrosa do tegumento. Logo, porém, que os tumores se tornam salientes, o seu crescimento é rápido e a sua evolução acelera-se, modificando-se por completo o aspecto clínico da primitiva manifestação cutânea esclerodérmica. Nestas condições as lesões neoplásicas de coloração vermelho-escura ou vermelho-azulada podem em pouco tempo atingir o tamanho igual ou superior ao de uma pequena laranja. Os tumores dispõem-se sobre a lesão de maneira irregular: alguns, pelo modo especial de crescimento, tomam o aspecto de neoformações pediculadas; outros são sésseis, ligeiramente protuberantes, dando ao tato a sensação especial de que são constituídos por um tecido eréctil, abundantemente vasculizado. A pele da área ocupada pelo processo mórbido apresenta-se tensa, esticada, transparente, um pouco adelgada e de aspecto atrófico. Observa-se também que, na superfície da zona do tegumento invadida pelos tumores, existe quasi sempre uma rede bastante desenvolvida de pequenos vasos dilatados, cujas paredes são delgadas e que, percorrendo em várias direcções toda a extensão da zona ocupada pelas neoplasias, concorrem, pelo desenvolvimento anormal do sistema capilar, para que as lesões adquiram um aspecto mosqueado especial. Entre os nódulos ou excrescências tumorosas, o tegumento pode, em muitas circunstâncias, tomar um aspecto cicatricial ou — como acontece nos últimos períodos da evolução desta entidade mórbida — ser mesmo a sede de um verdadeiro processo de atrofia cutânea. Em consequência da distensão progressiva da pele motivada pelo crescimento constante e pressão gradual exercida pelos tumores subcutâneos, afluindo à superfície do tegumento, ou em consequência do atrito provocado pelo contacto do vestuário, o tecido cutâneo pode ceder, a pele estalar e, através da fenda causada pela rotura do estroma dermo-epidérmico, saírem massas de cor vermelho-escura constituídas por um tecido de aspecto fungoso, vegetante. Os tumores, por via de regra, são duros e fibrosos, mas, depois da rotura da pele, modificam-se, tornando-se flácidos e moles.

Quando o tegumento está intacto é evidente que as lesões não sangram, mas, apenas as massas neoplásicas abrem caminho e emergem através de qualquer efracção cutânea, os tumores

passam a sangrar com facilidade, infectam-se secundariamente, e sobre uma superfície erosiva formam-se então crostas séricas ou sero-purulentas; as hemorragias são, em geral, pouco abundantes; contudo, em sete dos casos conhecidos — especialmente nos períodos mais avançados da afecção, quando as lesões apresentavam já um aspecto muito acentuado de malignidade local — constatou-se que as hemorragias eram profundas e repetidas.

Os tumores nunca se ulceram; pelo menos, até hoje, nunca em algum dos casos apontados se verificou o aparecimento ou a existência espontânea dessa complicação.

Tanto nas observações publicadas por DARIER e HOFFMANN, como nas de SENEAR e WILLIS, as manifestações neoplásicas circunscrevem-se, limitando-se apenas a ocupar a parte mais superficial do tecido subcutâneo e a invadir a pele. Este facto não impede porém que os tumores se desloquem com facilidade sobre os tecidos profundos. Só num dos casos relatados por KUZNETSKY, e que tinha como sede a parede torácica, se verificou que os músculos peitorais haviam sido atingidos também pelo processo neoplásico.

Os gânglios correspondentes às regiões onde o processo neoplásico cutâneo aparece e se desenvolve podem apresentar um certo grau de hipertrofia, significando apenas esse ligeiro aumento de volume um simples estado de reacção inflamatória, reacção esta que só raras vezes, e em poucos casos, tem sido observada.

Também poderá igualmente afirmar-se que as metástases não existem ou que, pelo menos, nunca se mostraram de uma maneira concludente e segura durante o longo decurso de um processo neoplásico que é caracterizado principalmente por uma evolução lenta e em extremo prolongada. Contudo, DARIER, na observação do seu primeiro caso de fibro-sarcoma (que era formado por uma placa neoplásica situada transversalmente na parede abdominal, por cima da região umbilical, e que se prolongou desde 1898 até 1915) relata que, nesse ano, cinco meses antes de o doente morrer, lhe apparecera um novo foco do volume de uma cereja grande abaixo do mamilo esquerdo e a 13 centímetros de distância do bordo duro e fibroso da primitiva placa neoplásica. Na região compreendida entre as duas lesões, nem a inspecção visual, nem a palpação, indicaram a presença de quaisquer ou-

tros nódulos que explicassem o fenómeno como uma propagação por via hipodérmica e, nessas condições, difficil seria, como afirma DARIER, duvidar neste caso da existência provável de metástase.

Em Setembro do mesmo ano o primitivo tumor ulcerou-se, observaram-se, em seguida, manifestações de gangrena e o doente morreu vitimado pela caquexia e por súbitas complicações prostáticas. As lesões neoplásicas, a que nos referimos, só muito tardiamente, e depois de vários anos de lenta evolução, é que terminam por exercer qualquer influência sobre o estado geral dos doentes.

Em alguns casos de fibro-sarcoma, os tumores — sem que o facto tenha qualquer significação patológica especial — encontram-se associados com outros tipos mórbidos. Nas observações coligidas por DARIER — no terceiro caso mencionado, por exemplo — a neoplasia cutânea era acompanhada por um fibroma uterino.

O incómodo que as produções neoplásicas podem causar aos doentes é mais devido ao atrito provocado pelo crescimento dos tumores em contacto com as peças do vestuário, do que propriamente às dores que os tumores sejam capazes de determinar.

SENEAR e HOFFMANN registaram, no emtanto, o aparecimento de dores, ainda que ligeiras, em alguns dos casos que estudaram.

O dermato-fibro-sarcoma parece ser uma afecção mais frequente nos homens do que nas mulheres: em dezóito dos casos mencionados, e acêrca dos quais há referências exactas, sete pertenciam ao sexo feminino e onze ao sexo masculino. A neoplasia tem sido observada em doentes cujas idades oscilam entre dez e cinqüenta e oito anos. A evolução extremamente arrastada dos tumores, evolução que não exerce qualquer influência sobre o estado geral — a não ser as hemorragias e as possíveis complicações gangrenosas do período terminal — permitem estabelecer para estas manifestações um período de duração de algumas dezenas de anos, e essa média não tem sido inferior — pelo menos nos casos conhecidos — a quinze anos.

A causa etiológica desta perturbação mórbida é-nos completamente desconhecida. E também é obscura a influência que a hereditariedade possa ter na génese da afecção. O traumatismo,

causa acessória e de influência remota, parece todavia ter desempenhado em dois casos um papel relativamente preponderante. KUZNITSKY, nas suas observações, alude à circunstância especial de, em dois casos, os doentes terem sofrido, alguns anos antes, violentos traumatismos nas regiões onde os tumores apareceram mais tarde; assim, um dêles recebeu uma forte pancada na clavícula direita e, quatro anos depois, no mesmo local, desenvolveu-se-lhe uma placa de dermato-fibroma. Num dos casos registados por HOFFMANN, o aparecimento da placa fibrosa, característica do tumor, no punho de um dos doentes atribuiu-se à irritação traumática produzida constantemente pela pressão e pelo atrito que sôbre a pele determinava a presença de um botão de camisa.

A histologia patológica desta dermatose e o estudo dos principais caracteres da estrutura das lesões tumorosas foram realizados exclusivamente por DARIER e HOFFMANN.

De um modo semelhante ao que sucede com o aspecto clínico *sui generis* desta afecção cutânea, as alterações histológicas são idênticas nas suas linhas gerais, variando apenas numa ou noutra particularidade.

DARIER demonstrou, logo após o exame das suas primeiras preparações histológicas, que se tratava de uma autêntica neoplasia fibromatosa e que essa neoformação era constituída, principalmente, por feixes de tecido fibroso adulto, sendo, todavia, as células em número variável apesar-de, em alguns pontos das preparações, aparecerem quási sempre em grande quantidade. As células eram alongadas, de aspecto fusiforme, e apresentavam-se em alguns sítios tão intimamente ligadas, que era difícil encontrar, entre estas, fibrilhas do tecido conjuntivo. Por êsse facto especial DARIER afirmou que as alterações histológicas observadas poderiam, de preferência, comparar-se ao aspecto típico do sarcoma fasciculado, e por essa razão incluído o tumor, sob a designação de fibro-sarcoma, na classificação de neoplasias mixtas do tecido conjuntivo formadas por tecido fibroso e tecido sarcomatoso desenvolvendo-se simultâneamente.

Em plena placa fibrosa verificava-se que o fibroma preenchia toda a altura da derme, parecendo até que essa neoformação substituíra por completo, nalguns pontos, o tecido dérmico normal. O estroma de tecido elástico, isto é, a rêde elástica da

derme — ainda que em alguns sítios pareça ter diminuído de extensão e de importância, apresentando-se seccionada em vários fragmentos — mantém-se por completo, devendo atribuir-se esse aspecto especial à circunstância do estroma elástico ter sido distendido pelo crescimento progressivo da neoformação fibrósa intersticial. O tecido fibroso ocupava a derme quasi em toda a sua extensão; no entanto, na zona do corpo papilar e na região subpapilar, num plano um pouco superior ao do plexo vascular, o processo fibromatoso não era tão denso, o tecido não se apresentava tão desorganizado e as papilas mostravam, de preferência, o aspecto de uma esclerose intensa do tecido, tendo, todavia, aumentado de comprimento e largura. Na parte mais profunda da derme, porém, observava-se que, ao contrário do que sucedia na zona papilar, o tecido fibromatoso aumentava gradualmente de espessura, tornava-se mais compacto e infiltrava-se até entre os principais elementos constitutivos da hipoderme, dissociando os feixes fibrosos de conexão existentes entre os vasos da região, os lóbulos adiposos e os glomérulos sudoríparos, terminando finalmente por os substituir por completo.

O aspecto histológico apresentado pelas diferentes camadas da epiderme varia também, conforme o grau do desenvolvimento dos tumores; assim, quando os elementos neoplásicos atingem um certo tamanho, o seu crescimento ocasiona a distensão gradual das camadas epidérmicas e, em consequência desse facto, começam por diminuir e desaparecem finalmente por completo os prolongamentos inter-papilares; a epiderme atrofia-se e fica reduzida a duas ou três assentadas de células. A distensão da pele motivada pelo aumento excessivo das massas tumorosas conjugada com os atritos exteriores provoca com facilidade o aparecimento de erosões traumáticas; a desagregação do tecido dermo-epidérmico causa o aparecimento, num ou noutro ponto da placa fibrosa, de uma ligeira camada sero-purulenta constituindo uma crosta que se infecta rapidamente em virtude da intervenção de agentes microbianos banais, agentes estes que, na maioria dos casos, dão lugar apenas ao aparecimento de uma ligeira reacção local de polinucleose.

A rede vascular dos tumores mais volumosos é muito desenvolvida; no entanto, a distribuição dos vasos sanguíneos e o seu calibre são variáveis, conforme as zonas; regiões há onde eles

são pequenos e em grande número, outras onde são largos, sinuosos e de aspecto empolado.

DARIER estudou em preparações sucessivas o desenvolvimento gradual do processo neoplásico (principalmente no bordo da placa de dermato-esclerose, onde as lesões cutâneas tomavam o aspecto de pequenos elementos de esclerodermia em placas, isto é, nos pontos em que a neoformação fibromatosa estava ainda no início) e concluiu que a formação da neoplasia e o seu crescimento se faziam segundo características verdadeiramente especiais. A neoformação fibromatosa não tinha a sua origem, como se poderia supor, num pequeno fibroma, núcleo inicial do processo histológico e em tôrno do qual a lesão fôsse progressivamente aumentando; a neoplasia é, desde o comêço das manifestações cutâneas, intersticial, descontínua, desenvolvendo-se, simultaneamente, em pontos diversos da derme, próximos ou não do fibroma já constituído. Na derme notava-se, além disso, entre os elementos normais do tecido conjuntivo e os do processo fibromatoso, o aparecimento de uma outra estrutura celular constituída especialmente por células conjuntivas de grandes nucleos e de citoplasma abundante, granuloso, encontrando-se êsses elementos isolados no meio de uma grande quantidade de fibrilhas conjuntivas que difficilmente se reúnem em feixes ou aglomerados. Êsse tecido de nova formação, já diferente do tecido adulto pela sua maior riqueza celular, distingue-se ainda dêste pelas reacções menos intensas aos corantes habituais (o *Van Gieson*, em vez de imprimir ao tecido conjuntivo a côr vermelha habitual, apenas o cora de um tom levemente amarelado, e a côr rósea do tecido corado pela hematoxilina-eosina é substituída também por um tom levemente lilás).

Entre os elementos do tecido conjuntivo adulto, a rêde de fibras elásticas mantém o seu aspecto habitual, ao passo que se observa uma diminuição muito apreciável do número e espessura das fibras elásticas, principalmente nos pontos onde são mais abundantes os elementos do tecido da neoformação celular.

A infiltração neoplásica parece apresentar uma certa preferência pelas regiões vascularizadas, estabelecendo-se próximo do trajecto dos principais vasos sanguíneos da derme, ou mesmo em volta dêles, e, como êstes se mostram geralmente dilatados,

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 BIOLOGICO 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

VIGANTOL

Em todas as perturbações do metabolismo osseo, tais como:

Raquitismo, Osteomalacia, Artrismo deformans, Osteoartrópia, Tuberculose ossea com ou sem formação de fistulas, Raquitismo tardio, etc.

VIGANTOL

preparado de VITAMINA D, altamente activo

O V.GANTOL regula o teor do sangue em fosforo e calcio e favorece os depositos calcicos dos ossos.

■

Embalagens originais:
Vigantol - solução - oleo.
Vigantol - Chocolatada em drageas.

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

DARIER concluiu que o processo fibro-sarcomatoso poderia ter tido aí o seu início.

As produções neoplásicas não apresentam uma estrutura uniforme: há zonas, nos tumores, em que os elementos celulares predominam pelo seu número, desenvolvimento e tendência invasora, diminuindo, portanto, a riqueza do tecido fibromatoso; e há outras em que sucede exactamente o contrário. Em qualquer das circunstâncias, porém, é tão íntima a ligação entre estas duas espécies de tecidos diferentes que elas devem considerar-se como fazendo parte da mesma estrutura patológica, divergindo apenas na maior ou menor variação dos elementos constitutivos e da riqueza celular apresentada.

Nas placas duras de aspecto fibroso, esclerodérmico, predomina, em geral, o tecido fibromatoso, enquanto que nos tumores desenvolvidos sobre as placas cutâneas — e portanto em plena actividade do crescimento — se verifica pelo contrário, nesse tecido patológico, o predomínio de elementos celulares de configuração e aspecto especial. A neoformação histológica — quando, nas preparações, as células apareciam cortadas longitudinalmente — dava a impressão de ser constituída, pelo menos na zona mais infiltrada e mais rica de elementos celulares, por células fusiformes fasciculadas, compridas, com citoplasma abundante e um grande núcleo oval ou alongado, possuindo uma rêde cromática ténue e pouco perceptível. As cariocineses eram numerosas. Nas preparações, porém, em que os elementos celulares foram cortados transversalmente, ainda que não se conseguisse observar de um modo rigoroso o contôrno exacto dos corpos celulares, os núcleos eram no emtanto bem visíveis, e entre êles notava-se igualmente a rêde ou os pontos que representavam o corte dos prolongamentos celulares.

Sob o ponto de vista morfológico, não será erro afirmar que estes tumores pertencem provavelmente à categoria especial dos sarcomas de células fusiformes. Ora como a estrutura lacunar dos vasos é considerada como um característico importante e peculiar dos tumores de natureza sarcomatosa, DARIER constatou que, tanto nas zonas invadidas pela fibromatose, como nas outras mais ricas em células, os vasos — mesmo aqueles de um certo calibre — não possuíam parede própria: a rede vascular mostrava-se, em geral, muito dilatada e a luz dos canais era revestida

apenas por uma simples assentada de células planas, endoteliais, que difficilmente se distinguiam dos elementos celulares circunvizinhos.

Os tópicos fundamentais de descrição das lesões histológicas estudadas por DARIER foram corroborados em todos os seus pormenores por HOFFMANN; contudo, êste autor, além de se referir ao aspecto lacunar característico do tecido sarcomatoso, observou ainda que era possível a transformação mixomatosa das lesões, transformação que êle encontrou num caso e que KUZNETSKY já tinha observado anteriormente em outro.

HOFFMANN, em consequência do modo particular de crescimento dos fibro-sarcomas e da sua malignidade local, supõe que estes tumores deveriam ser classificados, de preferência entre os fibromas e os sarcomas, numa situação intermédia, que seria perfeitamente comparável àquela que os epiteliomas baso-celulares ocupam entre as simples disqueratoses e os epiteliomas espinocelulares. Os seguintes argumentos servem de apoio à afirmação dêsse illustre dermatologista: a grande cronicidade das lesões; a carência completa — pelo menos confirmada com segurança — de metástases; a malignidade local bem manifesta pela tendência constante para o aumento dos tumores; e finalmente a recrudescência e recidiva de todas as manifestações neoplásicas.

ESTUDO DE UM CASO CLÍNICO

Recentemente observei um caso da doença descrita por DARIER e HOFFMANN, e, como se dá a circunstância de esta neoplasia cutânea ser, em geral, pouco conhecida dos dermatologistas e cirurgiões, julguei oportuno publicar a resenha da sua observação clínica, tanto mais que, pelo aspecto morfológico e pela estrutura histológica apresentada, ela se identifica facilmente com todos os outros casos já descritos e registados na literatura médica.

A história clínica é a seguinte:

M. R., 50 anos, casada, doméstica, veio à consulta de dermatologia, a 20 de Dezembro de 1928, enviada pelo Dr. Mascarenhas de Melo que desejava saber qual era a nossa opinião a respeito de uma dermatose de aspecto fibroso que a doente apresentava na parte inferior da parede abdominal.

M. R. é uma mulher ainda vigorosa, casada há trinta anos, nunca teve sífilis, nem qualquer outra doença grave de carácter agudo ou crónico. Teve quatro filhos: todos são vivos, robustos e saudáveis.

Há cinco anos observou que, sem traumatismo prévio — do qual pelo menos se recorde — e também sem ter notado anteriormente a presença de qualquer dermatose, lhe apareceu, pela primeira vez, na parede do ventre,



FIG. 1 — Dermato-fibroma da parede abdominal

próximo da virilha, um pequeno nódulo duro, fibroso, do tamanho de uma moeda de cinco réis, de cor levemente rósea, bem aderente aos tecidos, incrustado na pele e completamente indolor. A lesão, desde essa época, nunca mais cessou de crescer, aumentando sempre, por uma forma lenta e progressiva, a zona ocupada na parede do ventre pela marcha invasora deste processo mórbido. Sobre a placa dura e fibrosa que apresentava na parede do ventre, não longe da região ingüinal, existem actualmente dois tumores que

apareceram há dois anos. Como nos últimos meses tenham aumentado rapidamente de volume, resolveu consultar o seu médico assistente — tanto mais que os tumores lhe causavam, além de uma sensação particular de corpo estranho e de dor, um certo incômodo determinado pelo atrito das peças do vestuário, roçando continuamente sobre a parede do ventre.

O exame geral da doente mostrou-nos tratar-se de uma mulher robusta, sem qualquer alteração notável no funcionamento dos seus principais órgãos.

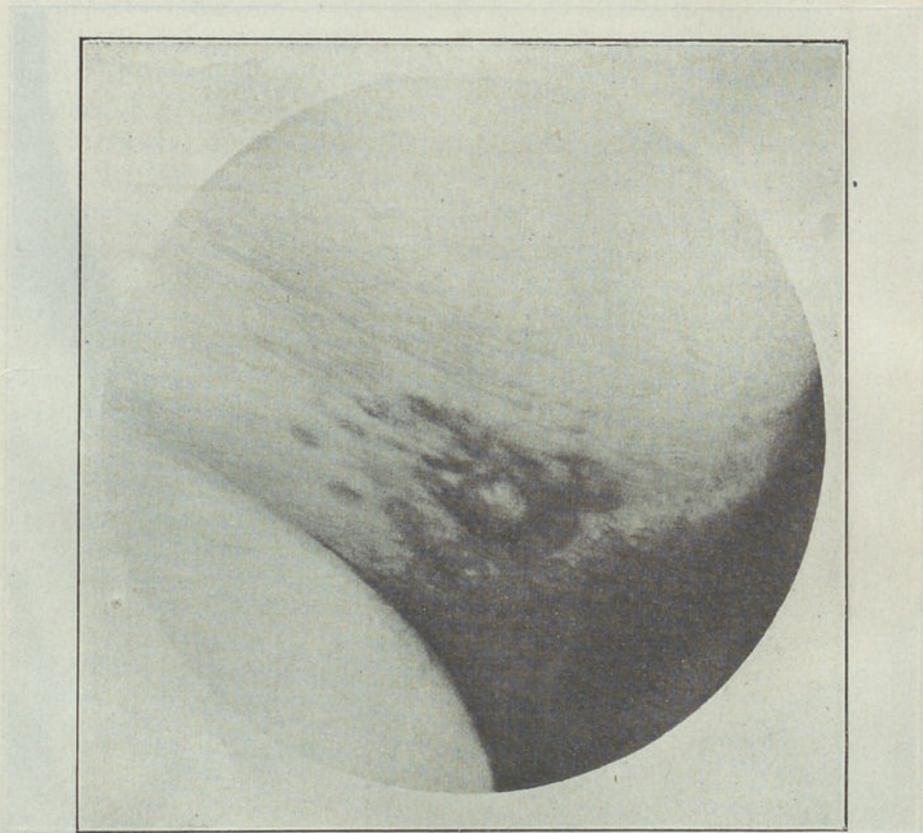


FIG. 2 — Dermato fibroma da parede abdominal.

A reacção de Wassermann foi negativa. Sobre a parede abdominal, a 8 centímetros de distância da prega da virilha direita, constata-se, na pele, a presença de uma placa de tecido duro, fibroso, de 11 centímetros de comprimento e de 6 centímetros na sua máxima largura; essa lesão cutânea de bordos arredondados, aderente aos planos profundos, está disposta numa direcção quasi obliqua à da prega da virilha, apresentando a forma aproximada e grosseira de um triângulo de vértice externo e de base paralela à linha

média e é caracterizada pela cor escura e intensa da epiderme, pigmentação que se acentua com mais intensidade principalmente na zona mais interna, onde as lesões parecem ter maior actividade. Nessa mesma área interna, sobressaindo de um halo muito pronunciado de pigmentação, observa-se a presença de um tumor do tamanho de um ovo de pomba, de cor vermelho-escura, dando ao tato a sensação de que é constituído por um tecido túrgido, erétil, mas pouco doloroso. Próximo deste tumor, e quasi junto do limite inferior do bordo da placa dura e fibrosa, encontra-se uma outra neoformação do volume de uma ervilha, igualmente sésil, muito vascularizada e indolor. Palpando a placa, sobretudo junto da base, na região interna, na zona onde o processo mórbido é mais activo, verifica-se a existência de numerosos e pequeníssimos nódulos subcutâneos, intra dérmicos e epilérmicos, tendendo a agruparem-se e a constituírem, talvez pela coa'escência dos seus elementos principais, as futuras neoformações de aspecto morfológico fibro-sarcomatoso.

Não se encontram vestígios de qualquer adenopatia, tanto nas regiões en-güinais como nas axilas.

A marcha deste processo neoplásico é curiosa pelo aspecto clínico das lesões epidérmicas, pela pigmentação, pela atrofia cutânea parcial da zona mais antiga da placa de aspecto fibroso, como também pelo início sob a forma de uma dermatto-esclerose, lesões estas que recordam a evolução clínica de uma esclerodermia em placas. Todavia, neste caso, ao cabo de cinco anos de lenta progressão das manifestações cutâneas, as lesões de dermatto-esclerose, que iniciaram provavelmente a afecção na parte externa da zona invadida da parede abdominal, quasi que desapareceram, verificando-se agora apenas a existência de um ligeiro grau de atrofia e de pigmentação cutânea.

A pele da zona externa da placa apresenta-se reduzida de espessura, mais transparente e apergaminhada, e, pela palpação, só com dificuldade se encontra um ou outro pequeníssimo nódulo subcutâneo. Preside ainda à evolução muito especial deste processo cutâneo neoplásico um carácter muito pronunciado de difusão centrífuga, ao mesmo tempo que parece assistir-se ao desenvolvimento lento e constante, pelo menos há alguns anos, de um fenómeno de regressão patológica do processo inicial da dermatto-esclerose, visto que é só na parte mais interna e recente da placa que as manifestações tumorosas surgiram e as neoplasias adquiriram, depois de um longo período evolutivo, um crescimento rápido e intenso.

O resultado histológico do exame de um fragmento de um dos tumores confirmou igualmente o diagnóstico clínico de dermatto-fibro-sarcoma. A simples inspecção do fragmento de tumor indicava-nos que êle era formado por um tecido túrgido, essencialmente vascular, tendo sido difficil, por essa circunstância, obter a cicatrização imediata da região onde se efectuou a biopsia. A observação microscópica do fragmento do tumor revelou-nos imediatamente, em todas as preparações, a presença abundante de um tecido fibroso disposto em forma de turbilhões e provido também de numerosos elementos celulares; o tecido fibromatoso ocupa quasi toda a derme e, em alguns sitios, o estroma fibroso invade a hipoderme, sobrepõe-se ao tecido normal, insinua-

-se entre os lóbulos adiposos, comprime os vasos e as glândulas sudoríparas.

Na região subpapilar e papilar da derme não se encontram, porém, vestígios da formação de qualquer tecido neoplásico e apenas, num ponto ou noutro, se constata que as papilas aumentaram principalmente de altura, que se dilataram, notando-se o aparecimento de um ligeiro grau de esclerose.

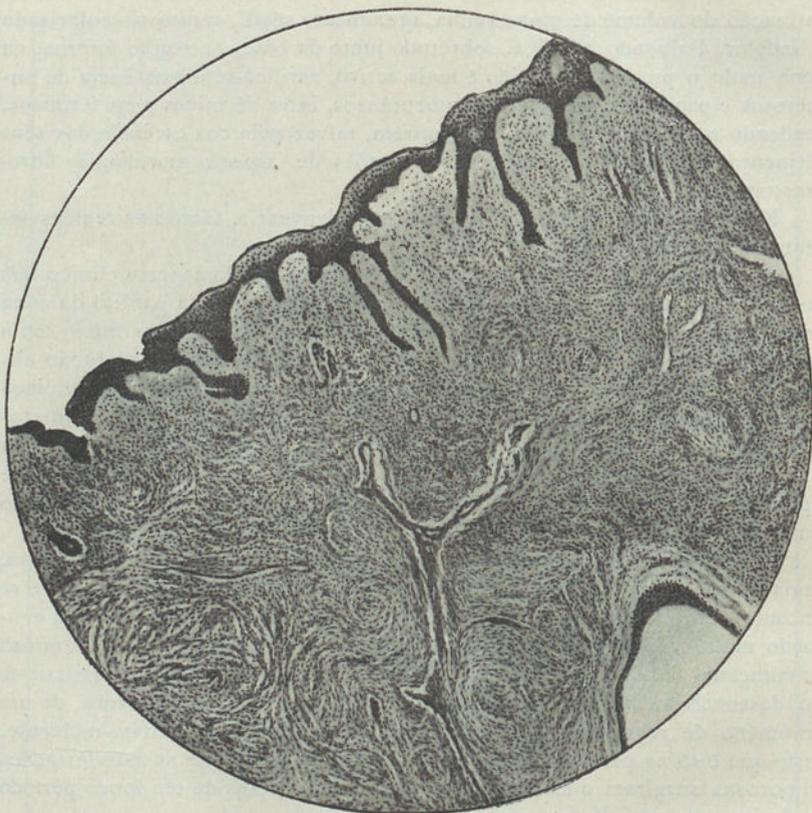


FIG. 3 — Fibroma fasciculado da derme

epiderme está ligeiramente espessada, os prolongamentos interpapilares penetram profundamente na camada dérmica. As papilas apresentam-se esclerosadas.

À esquerda o tecido da derme foi substituído por um tecido fibromatoso

Na epiderme, as diferentes camadas tornaram-se mais espessas, e nalguns pontos, em consequência da reacção inflamatória sofrida, os prolongamentos interpapilares alongaram-se, penetrando profundamente na camada dérmica, enquanto que, em outros, os prolongamentos interpapilares quasi que desapareceram e a epiderme apresenta-se atrofiada e reduzida apenas a duas ou três assentadas de células.

A contextura típica do tumor fibromatoso da derme não é uniforme e, em alguns sítios, os elementos fibrosos estão separados de uma outra zona de tecido reticulado, granuloso, rico em células conjuntivas de aspecto embrionário, por um tabique mais ou menos espesso ou parede constituída por feixes de tecido conjuntivo adulto; em outras zonas, porém, a separação não é tão nítida e a transição entre os dois tipos celulares faz-se de um modo in-

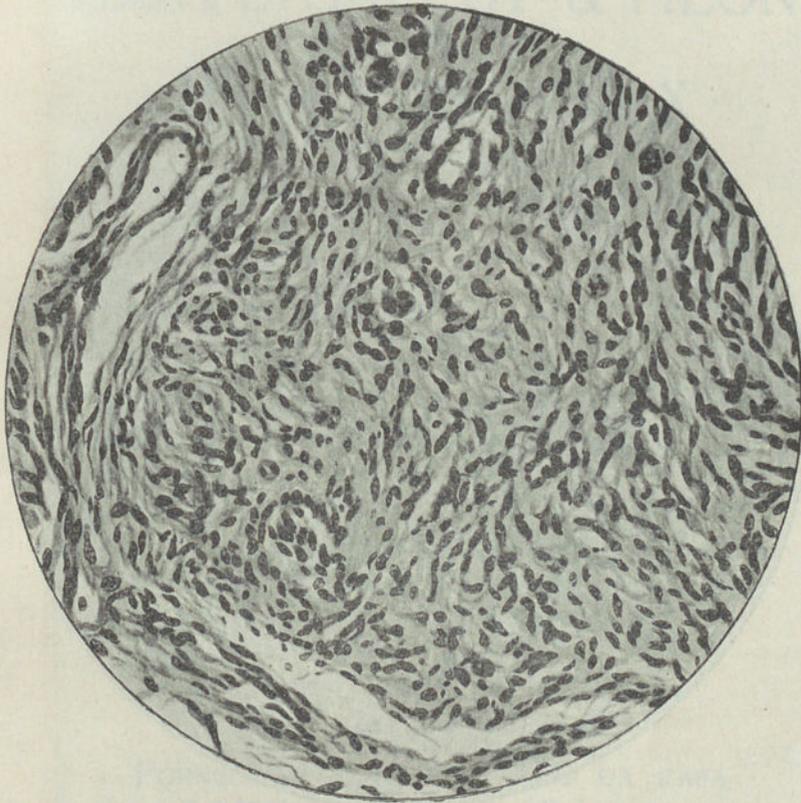


FIG. 4 -- Neoformação do tecido conjuntivo da derme

À esquerda, vestígios de feixes de tecido conjuntivo adulto; no centro elementos de neoformação constituídos por grandes células conjuntivas fusiformes. Nota-se também a presença de capilares e no limite inferior da preparação uma lacuna de origem provavelmente linfática

sensível, encontrando-se as duas estruturas diferentes de tecido intimamente associadas.

Empregando no exame das preparações microscópicas uma ampliação um pouco maior, vê-se que esse tecido rico em elementos de neoformação é formado por células fusiformes fasciculadas com um protoplasma abundante e núcleos bem corados, apresentando, uma ou outra célula, figuras caracterís-

ticas de cariocinese. Entre os núcleos dos corpos celulares cortados transversalmente verifica-se, num ou noutro ponto, a presença de uma rêde fina que constitui a secção dos prolongamentos celulares. Em todo êsse tecido abundante em elementos celulares encontra-se uma excessiva riqueza de estrutura lacunar. Lacunas provavelmente de origem linfática estão larga e difusamente espalhadas entre êsses elementos especiais de neoformação; e

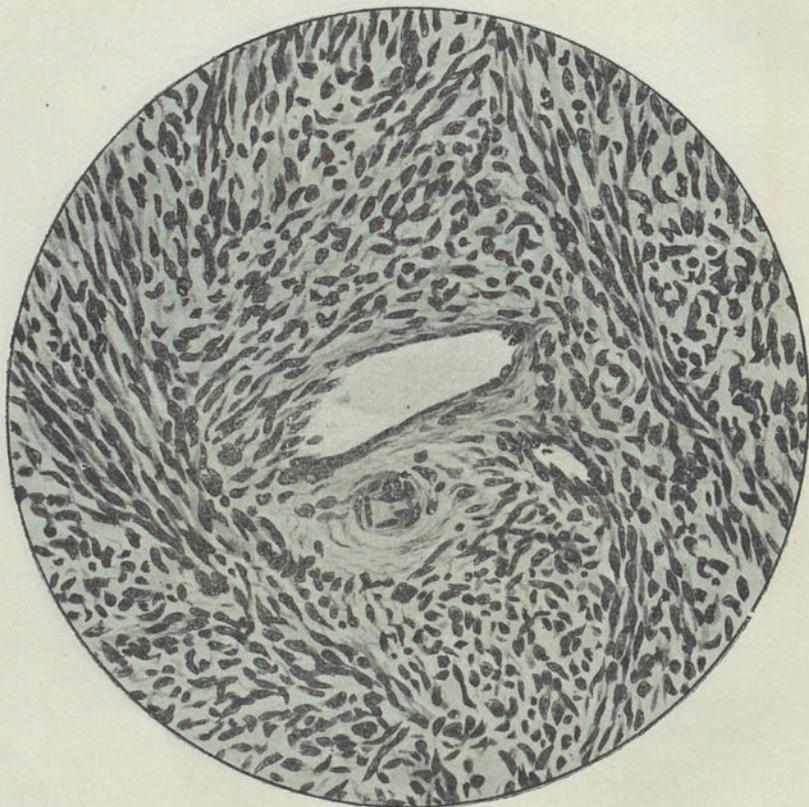


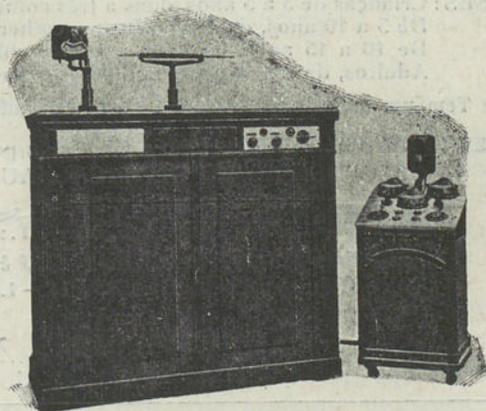
Fig. 5 — Aspecto da neoformação do tipo do sarcoma fasciculado

No centro da preparação observa-se a presença de um vaso sem parede própria lacunar e as células que o formam são idênticas às células constitutivas do tumor. À esquerda nota-se a existência de células fusiformes, observando-se, em uma ou outra célula, figuras de cariocinese

os vasos sanguíneos que, na região subpapilar e entre os turbilhões do tecido fibromatoso, mantêm inalteravelmente a sua estrutura, perdem, no entanto, em pleno tecido sarcomatoso, as túnicas próprias e a parede dos canais é revestida por células endoteliais que são perfeitamente idênticas às células circunvizinhas constitutivas da neoplasia.

É curioso registar que o predomínio da estrutura sarcomatosa observado

APARELHOS PARA ELECTROMEDICINA
DA CASA
GAIFFE-GALLOT & PILON
PARIS
INSTALAÇÕES DE RAIOS X
«TUBOS COOLIDGE»
ACESSORIOS



CONTACTO GIRATORIO TIPO M. S.

FORNECIMENTOS DE RADIO DA CASA
RADIUM BELGE — BRUXELAS

CONCESSIONARIOS EXCLUSIVOS
S. I. C. E.

SOCIEDADE IBÉRICA DE CONSTRUÇÕES ELÉTRICAS, LDA
PRAÇA DOS RESTAURADORES, 78, 1.º — LISBOA
TELEFONE: NORTE 3849



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:** Reconstituente do sistema nervoso
GOTAS F. V. A. T.: Potente antiescrofuloso.

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

FORXOL BAILLY

ASSOCIAÇÃO SYNERGICA, ORGANO-MINERAL
sob a forma concentrada dos principios medicamentosos mais eficazes

FERRO, MANGANEZ, CALCIUM

em combinacao nucleinica, hexoso-hexaphosphorica e monomethylarsinica vitaminada

ADYNAMIA DOS CONVALESCENTES
ESTADOS AGUDOS DE DEPRESSAO E ESTAFAMENTO
ASTHENIA CRONICA DOS ADULTOS
PERTURBAÇÕES DO CRESCIMENTO
FRAQUEZA GERAL, ANEMIA E NEUROSES

LIQUIDO
AGRADÁVEL toma-se no inicio das refeições, n'agua, ou em outro liquido (decente e leve)

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

parece apenas pertencer à zona do tumores e que na base dêstes, ou na restante placa, logo o tecido fibromatoso readquire uma superioridade incontestada sôbre o primeiro tipo morfológico.

Em consequência da gravidade local, demonstrada em tantos casos pela evolução ulterior desta neoplasia cutânea, foi a doente enviada ao Prof. F. Gentil para ser operada. E, para evitar o perigo de uma possível recidiva, êste mesmo professor (a quem agradeço a gentileza da sua cooperação) procedeu a uma larga e vasta intervenção cirúrgica que não ficou circunscrita apenas à placa fibrosa com os tumores, mas que abrangeu também uma grande quantidade de tegumento e tecido sãos em tórno da zona ocupada pela placa cutânea de dermatosclerose e as neoplasias. Verificou-se que os músculos da parede abdominal, na região correspondente às lesões cutâneas superficiais, pareciam estar isentos de qualquer alteração macroscópica.

A doente encontra-se neste momento em estado satisfatório e em via de completo restabelecimento.

CONCLUSOES

A afecção reconhecida, em dermatologia, sob o nome de *dermato-fibromas progressivos e recidivantes de Darier* ou o *dermato-fibro-sarcoma protuberans de Hoffmann*, é, em resumo, uma entidade neoplásica, caracterizada pelo aparecimento de pequenos nódulos de côr vermelho-escuro sôbre uma placa de tegumento de aspecto esclerodérmico.

A evolução arrastada desta neoplasia, os seus caracteres objectivos especiais e, sobretudo, a sua enorme resistência ao tratamento pelos agentes físicos e as recidivas constantes após as ablações parciais imprimem, na verdade, ao processo neoplásico de que nos ocupamos uma fisionomia especial e inconfundível.

Do mesmo modo a estrutura histológica dos tumores com os seus caracteres particulares de tecido fibroso, alternando ou associando-se com a estrutura típica do sarcoma fasciculado, completam, sob o ponto de vista da anatomia patológica, o aspecto particular dessa curiosa e rara afecção neoplásica.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — COENEN. — *Beitr. z. Klin. Chir.* 43:340. 1909.
- 2 — DARIER. — Un nouveau cas de fibrosarcome de la peau, opéré et guéri. — *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.* N.º 1. 1926.

- 3 — DARIER e FERRAND. — Dermatofibromes progressifs et récidivants — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*. N.º 10. 1924.
- 4 — T. SENEAR, ANDREWS e WILLIS — Progressive and Recurrent Dermatofibrosarcoma — *Archives of Dermatology and Syphilology*. N.º 6. 1928.
- 5 — HOFFMANN. — Dermatofibrosarcoma Protuberans — *Dermat. Ztschr.* N.º 1. 1925.
- 6 — KUZNILSKY and GRABISCH. — *Arch. f. Dermt u. Sypli.* N.º 2. 1921.
- 7 — O. KIESS. — Ein neuer Fall von Dermatofibrome progressif oder Fibrosarcome (DARIER) bzw. Dermatoibrosarcome Protuberans — *Dermatologische Wochenschrift*. N.º 1. 1928.

O SIGNIFICADO CLÍNICO DAS ALTERAÇÕES ELECTROCARDIOGRÁFICAS NA ANGINA «PECTORIS»

(NOTA PRÉVIA)

POR

EDUARDO COELHO

Mostrámos já em trabalhos anteriores (1) que não existem sinais electrocardiográficos específicos da angina *pectoris*.

Recordaremos que os estudos feitos nesta matéria não são numerosos e que os resultados se têm mostrado inconstantes nos electrocardiogramas que a literatura médica nos apresenta

A variabilidade dos aspectos electrocardiográficos do *angor* justifica-se, em nosso entender, por não existir idêntico substracto anatómico em todos os anginosos, por serem diferentes as causas de produção do acesso.

Mas a análise dos traçados eléctricos de muitos anginosos permite-nos destringer anomalias que umas vezes nos levam a filiar o mecanismo da angina em determinados dados anatómicos, outras vezes nos revelam alterações do músculo cardíaco que, se não nos dão as condições patogénicas do acesso anginoso, nos prestam ensinamentos importantes sobre o prognóstico. As aberrações do complexo ventricular nos anginosos são, portanto, do maior interesse clínico.

OPPENHEIMER e ROTHSCHILD notaram já, há mais de dez anos, que essas alterações dos complexos ventriculares se encontravam com frequência nos anginosos. WILLIUS e PRUSIK observaram a presença de aberrações ventriculares e da negatividade da onda T. Estes autores tiram ainda deduições relativamente ao prognós-

(1) Vide principalmente: *Angina «pectoris», patogenia e tratamento*, 1 vol., 1928.

tico. Segundo WILLIUS o prognóstico é tanto mais grave quanto mais a onda T se encontra contemporaneamente negativa nas três derivações. PRUSIK concede uma particular importância à diminuição da soma algébrica da onda T nas três derivações. Outros clínicos mostraram a existência de modificações passageiras dos acidentes ventriculares (Arrillaga, Clerc e Bascourert) e alongamento do intervalo S-T durante a crise anginosa (Meakins). PETERSEN, AVEZZU e CHINI notaram com grande frequência sinais de bloqueio dos ramos do feixe de His. CUTLER e FINE obtiveram traçados eléctricos normais em sete anginosos. Outros autores fizeram observações idênticas.

Os anginosos não se encontram a miúdo na clínica hospitalar. Aparecem, entretanto, com relativa frequência na clínica da cidade. Conseguimos estudar ultimamente onze anginosos sob o ponto de vista electrocardiográfico. Publicamos hoje os primeiros resultados dêste estudo. Quatro doentes com freqüentes crises de angina (um com dilatação e esclerose da aorta; dois com aortite sifilítica; o quarto sem alterações objectivas do coração e da aorta) não apresentaram modificações dos traçados eléctricos.

Os sete restantes apresentavam alterações do complexo ventricular do electrocardiograma, quer relativas ao grupo Q. R. S. ou apenas à onda T. Dêsses, um caso com aneurisma da aorta, acessos ao menor esforço, apresentava apenas a voltagem da onda R diminuída na 1.^a e 2.^a derivações; um segundo (síndrome anginosa por intoxicação saturnina) mostrava a voltagem da onda R diminuída na 1.^a derivação e o grupo Q. R. S. alargado na 2.^a Nos restantes cinco casos, as modificações electrocardiográficas são mais importantes. Vamos resumir as suas observações, reproduzindo os respectivos electrocardiogramas.

OBSERVAÇÃO I. — Maria M. M., de 57 anos, casada. Lisboa. Enfermaria M-1-B. Junho de 1927. Entrou para o Serviço, queixando-se de opressão, sensação de angústia, cansaço, dor pre-esternal, irradiando para a omoplata e braço esquerdos, aparecendo com o menor esforço. Palpitações. Formigueiros nas extremidades.

D. a. sem importância.

Status praesens. — Constituição regular, bom estado de nutrição.

Área cardíaca aumentada. Diagrama da percussão — 4; 4,5; 11. Sons cardíacos bem batidos. Pulsação supra-esternal e das jugulares. Tensão arterial: $\frac{23}{10}$ (Pachon-Gallavardin). Pulso rítmico, com 100 pulsações p/m. e fraça recorrência.

Radioscopia. — Aumento da opacidade da aorta ascendente e hipertrofia do ventrículo esquerdo.

Electrocardiograma (fig. 1). — Predomínio esquerdo (levocardiograma) e onda T negativa na 1.ª derivação.

OBSERVAÇÃO II. — Augusto C. de F., de 45 anos, casado. Rio Maior. Novembro de 1929. Queixa-se de há três anos de dores epressão na região precordial, principalmente depois de um esforço, que se propagam para a omoplata e braço esquerdos, deixando êste braço sem forças. Batedouros, zumbidos.

Status praesens. — Fácies pálida e emmagrecida.

Dança das artérias nos braços e no pescoço. Alargamento da área cárdio-aórtica. Sôpro sistó-diastólico no foco aórtico, prolongando-se para os vasos do pescoço. Desdobramento do 1.º som na ponta. Tensão arterial: $25/8$.

Radioscopia do coração e aorta. — Ectasia da aorta ascendente. Hipertrofia e dilatação do ventrículo esquerdo.

R. W. + + + + (Instituto Câmara Pestana).

Electrocardiograma (fig. 2). — Alargamento do grupo Q. R. S. nas três derivações; onda T negativa nas três derivações; levocardiograma.

Electrocardiograma típico de *bloqueio do ramo direito*.

Conseguimos obter um gráfico durante um acesso anginoso (fig. 3), que apresenta taquicardia, onda P muito aumentada e onda T positiva.

OBSERVAÇÃO III. — Manuel C. R., de 50 anos, casado. Lisboa. Setembro de 1928. Queixa-se de cansaço, dispneia, uma ou outra vez. Batedouros e zumbidos, de vez em quando. Tem feito diferentes curas hipotensoras sem grande resultado.

D. a. sem importância.

Status praesens. — Boa constituição. Área de macicez cardíaca dentro dos limites normais. Sons cardíacos normais. Tensão arterial: $24/12$ (Pachon).

Radioscopia. — Aumento de opacidade da aorta. Alargamento da base. Hipertrofia do ventrículo esquerdo.

Electrocardiograma. — Normal.

Outubro de 1928:

A 4 de Outubro, de madrugada, depois de um jantar mais abundante e de algumas horas de jogo de bilhar, o doente é tomado súbitamente de uma violenta dor pre-esternal, irradiando para o braço esquerdo. Apresenta febre (38,5 e 38), macicez cardíaca aumentada. Taquiarritmia. Sons cardíacos bem batidos. Tensão arterial: $16/11$ (Pachon).

A dor mantém-se durante 24 horas e não cede à trinitrina nem à morfina.

Diagnosticamos: *trombose coronária*.

Como o doente residia longe da instalação electrocardiográfica, foi-nos impossível obter traçados eléctricos.

Convalescença longa.

Tem, de vez em quando, crises de *angor*, que sobrevêm em repouso ou com o esforço.

Retomou o trabalho moderado, definitivamente reduzido.

Março de 1929:

Radioscopia.—Área cardíaca ligeiramente aumentada, à custa do ventrículo esquerdo e aurícula direita.

Electrocardiograma (fig. 4).—Alargamento do complexo ventricular nas três derivações. Onda T negativa na 1.^a derivação.

A onda R apresenta entalhes. Predomínio esquerdo (levocardiograma).

Electrocardiograma do tipo do *bloqueio do ramo direito*.

Maio de 1929:

Electrocardiograma.—Apresenta maior alargamento do complexo ventricular eléctrico, persistindo as restantes alterações.

OBSERVAÇÃO IV.—Leonor G., de 58 anos, casada. Lisboa. Fevereiro de 1929. Há dez anos que sofre do coração; de há quatro meses que se queixa de uma dor violenta na região precordial, que sobrevém principalmente com o esforço, tomando-lhe o peito e prolongando-se para ambos os braços e mãos. Se a dor aparece com a marcha, tem de parar imediatamente.

D. a.—Reumatismo articular agudo aos 18 anos. Nega sífilis.

Status praesens.—Aumento da área de macicez cardíaca. Pulsação supra-esternal e das jugulares. Sôpro de vai-vém no foco aórtico. Pulso rítmico, freqüente. Tensão: $31/11$ (Pachon).

Radioscopia.—Ectasia da aorta

Análises:

R. W., negativa. Doseamento da ureia do sangue, normal. Análise de urinas, normal.

Electrocardiograma.—Alargamento do complexo ventricular na 1.^a e 2.^a derivações. Onda T negativa na 1.^a derivação. A onda R apresenta entalhes em todas as derivações. Predomínio esquerdo (levocardiograma).

Electrocardiograma típico do *bloqueio do ramo direito do feixe de His*.

OBSERVAÇÃO V.—José V. H., de 62 anos. Lisboa. Setembro de 1928. Há um mês que sente sôbre o esterno, ao nível do apêndice xifoídeo, uma dor violenta durante o esforço. Quando sobe umas escadas ou qualquer ladeira a dor é tão intensa que o obriga a parar três a quatro vezes. Cansaço e dispneia.

D. a.—Bronquite crônica. Apendicectomia.

Status praesens.—Indivíduo magro, de boa constituição. Área de macicez cardíaca aumentada. Sons cardíacos enérgicos. Taquiarritmia. Extrasístoles.

Pulso arítmico, 110 pulsações p. m. Tensão arterial: $120/80$ (Riva-Roci).

Radioscopia.—Aumento da área cardíaca em todos os seus diâmetros.

Electrocardiograma (fig. 6).—Extrasístoles ventriculares de diferentes focos de produção. Atipismo dos complexos ventriculares; electrocardiograma do tipo do *bloqueio de arborização*. Fibrilação auricular.

Electrocardiograma tirado em Outubro: atipismo do complexo ventricular mais acentuado. Extrasístoles ventriculares de aspecto diferente das do

primeiro electrocardiograma. Persiste a fibrilação auricular, que não cede à medicação.

Em Novembro. *Exitus* num dos acessos de *angor*.

Dos 11 doentes com angina *pectoris*, que temos seguido desde a primeira observação e estudado sob o ponto de vista das modificações electrocardiográficas, 4 apresentam electrocardiogramas fisiológicos, e 7 traçados eléctricos com alterações: T invertido na 1.^a derivação, nas três derivações, bloqueio dos ramos, bloqueio de arborização com extrasístoles ventriculares e fibrilação auricular ou, apenas, deminuição da voltagem de R e alargamento do complexo ventricular. Conseguimos ainda obter um traçado durante um acesso de *angor* e a onda T, que era negativa, tornou-se acentuadamente positiva.

Se o número limitado das nossas observações não nos permite, por ora, tirar conclusões definitivas, responde peremptoriamente às afirmações de alguns autores, segundo as quais não há modificações nítidas nos electrocardiogramas dos anginosos.

Existem anginas com traçados eléctricos normais; todavia, encontram-se com certa frequência nas formas graves do *angor* sinais de alterações da condutibilidade do estímulo cardíaco nos diferentes segmentos do tecido específico, além de outras modificações.

Determinadas aberrações electrocardiográficas, que apresentam alguns anginosos, não dependem do síndrome, em si, mas exprimem certas condições cardíacas que se associaram à angina.

As nossas observações aproximam-se das de HERRICK e SMITH, WILLIUS, WITHE e VILSO, que insistem na frequência concomitante do *angor* e dos bloqueios intraventriculares. Estas alterações foram encontradas por ROSSI e CHINI nas miocardites escleróticas, e particularmente nos doentes que possuíam lesões aórticas (ectasia, aneurisma) de natureza sífilítica. OPPENHEIMER e ROTSCCHILD observaram-nas com frequência nas lesões das coronárias.

¿ Que relações existem entre as alterações electrocardiográficas e o *angor* ?

Foram os trabalhos experimentais de diferentes procedências

que, cotejados com os electrocardiogramas do homem, nos permitiram valorizar as alterações electrocardiográficas dos doentes com enfarte miocárdico e dos que se colheram em alguns anginosos, principalmente no *angor* de génese coronária (1).

As lesões anatómicas encontradas nos anginosos (aórticas, coronárias, etc.) são a causa de algumas das modificações electrocardiográficas observadas nos nossos doentes. Alterações idênticas da onda T foram registadas por SMITH, PARDEE e WILLIUS, depois do enfarte miocárdico, e por nós na esclerose das coronárias (2).

No 3.º doente, após a trombose das coronárias, aparece a inversão da onda T na 1.ª derivação. O atipismo dos complexos ventriculares tem tendência para aumentar. Êste caso parece mostrar a *patogenia coronária* dos anginosos nos quais o acidente T é negativo.

No 1.º doente não há atipismo do complexo, mas apenas inversão da onda T na 1.ª derivação. Enquanto êste doente tem acessos anginosos de longe a longe, o 3.º tem-nos repetidamente.

No 5.º doente, que apresentava alterações mais profundas, o agravamento do mal era acompanhado de mais intenso atipismo dos complexos ventriculares. Foi o único caso de morte.

Se há aspectos electrocardiográficos que dependem do processo que origina a própria angina, podem existir nos traçados determinadas alterações dos complexos ventriculares que são a expressão de profundas lesões miocárdicas. Os chamados bloqueios dos ramos e bloqueios de arborização, que se encontram frequentemente nas lesões crónicas, têm esta patogenia. A sua existência no decurso de diferentes doenças do coração, exprimindo condições anatómicas e funcionais graves, que acompanham a cardiopatia, nenhuma relação tem com a angina.

Nos anginosos com alterações permanentes dos complexos ventriculares, as condições patológicas do miocárdio concomitan-

(1) Vide : Eduardo Coelho e José Rocheta : *Recherches electrocardiographiques sur la ligature des artères coronaires chez le chien*. Société de Biologie, 1929. — *Les troubles electrocardiographiques de l'infarte miocardique expérimental après la section des nerfs vago-sympathiques cervicales*. Ibidem, ibid. — *Investigations expérimentales sur l'embolie des coronaires*. Ibidem, ibid.

(2) Aspectos electrocardiográficos da esclerose das coronárias. *Lisboa Médica*. Junho, 1927.

Na Amenorreia, Menopausa,
Dismenorreia, etc.,

A

METRANODINA SERONO

é de provada eficácia:

suaviza os incómodos da interrupção e da supressão; elimina as dores e regularisa o fluxo, tornando-o normal em quantidade e aspecto.

amostras grátis aos srs. Médicos

L. LEPORI

Rua Victor Cordon, 1-A

Apartado 214 - Lisboa

Os srs. Médicos

que desejarem ensaiar o

Arseniato de ferro solúvel Zambelletti

(em gotas ou injeções)

em todos os estados de anemia, clorose, nas convalescências de doenças longas e debilitantes e, duma maneira geral, em todas as alterações da crase sanguínea.

podem requisitar amostras grátis a

L. LEPORI

Rua Victor Cordon, 1-A

Apartado 214 - Lisboa

TERAPEUTICA DA
SIFILIS

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



ACETYLARSAN

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

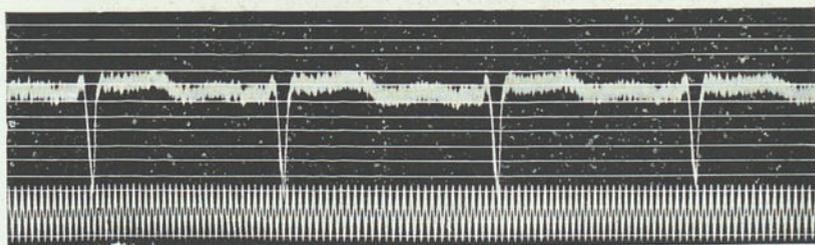
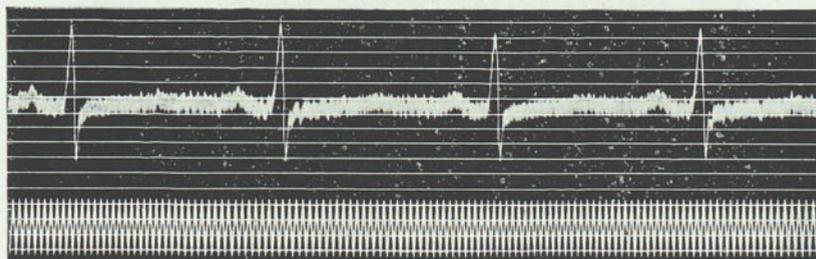
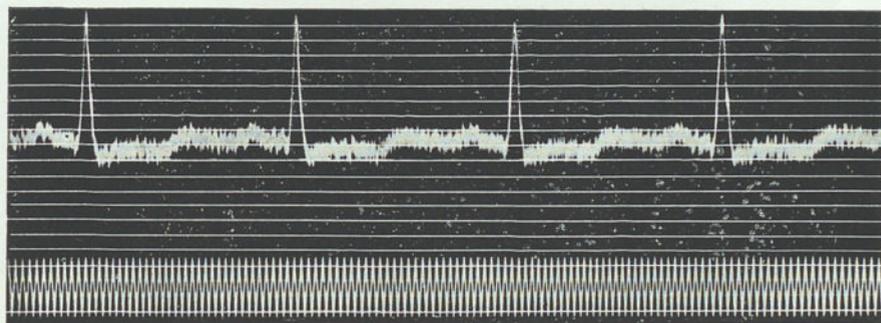


Fig. 1 — Electrocardiograma nas três derivações

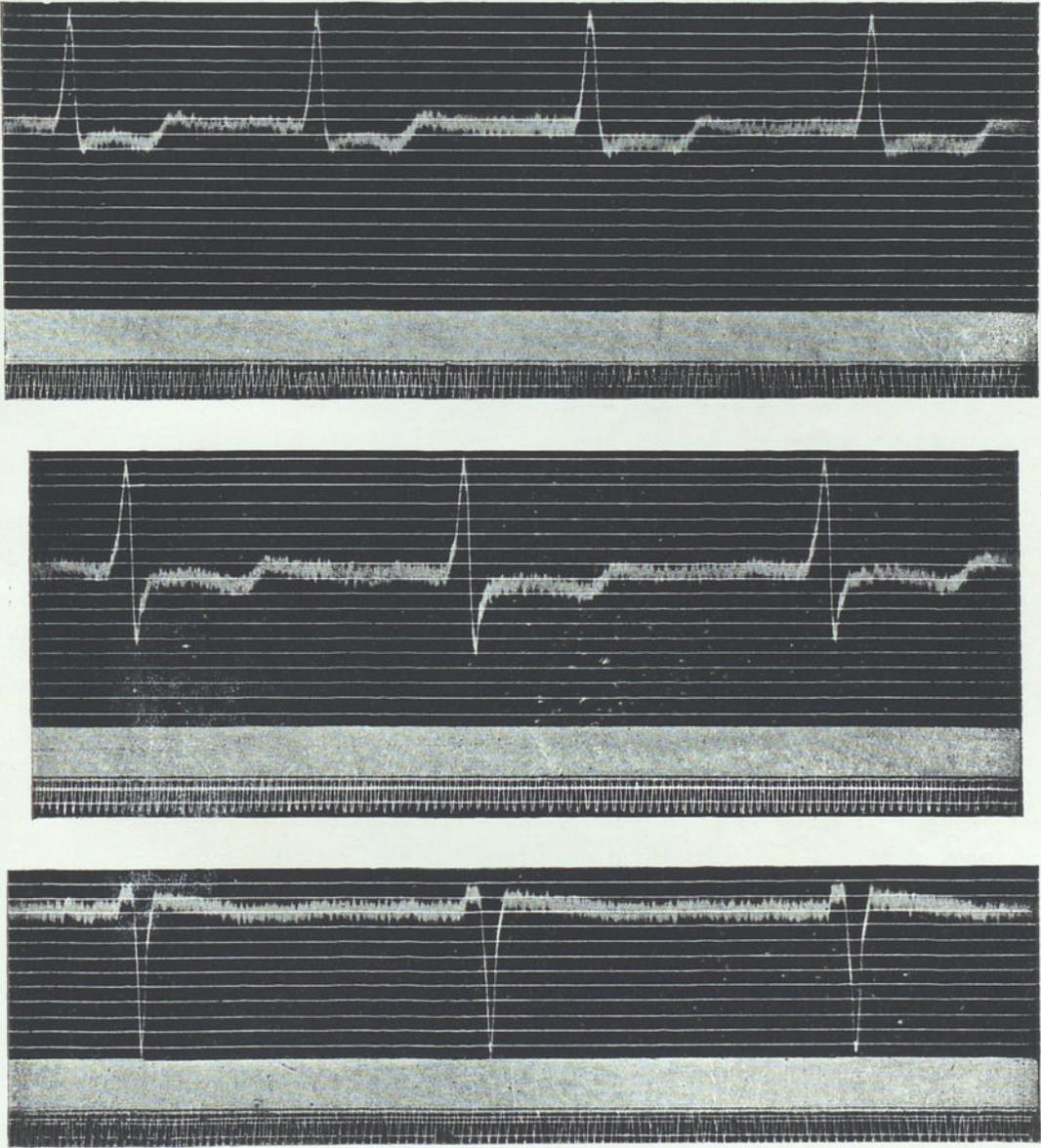


Fig. 2— Electrocardiograma nas três derivações

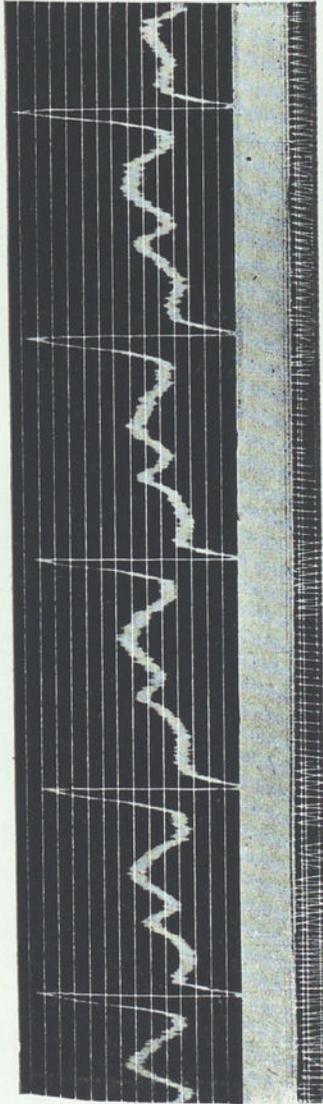
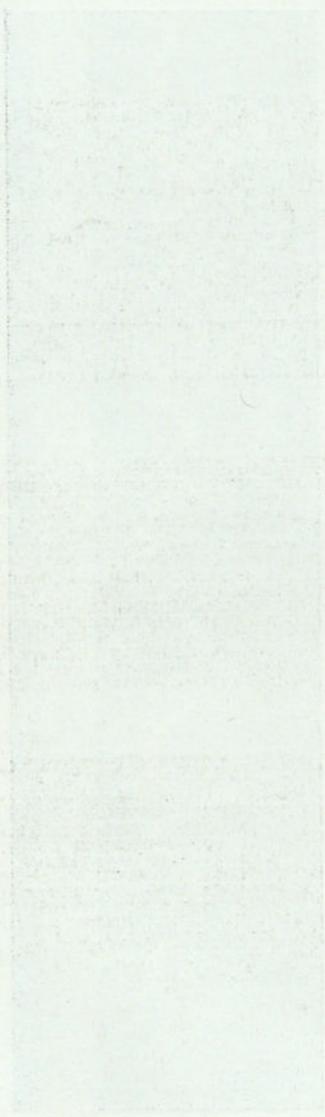


Fig. 3 -- Electrocardiograma na segunda derivação durante um acesso de angor (obs. II)



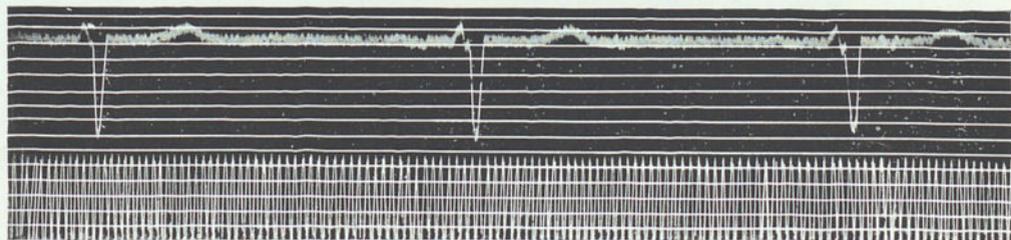
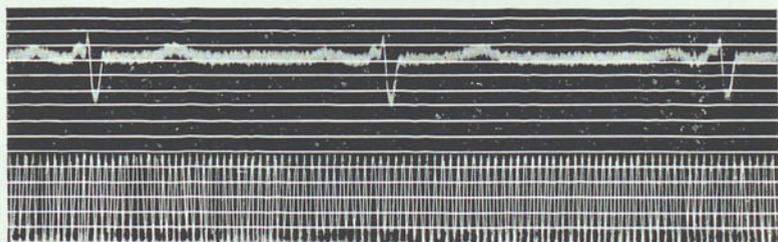
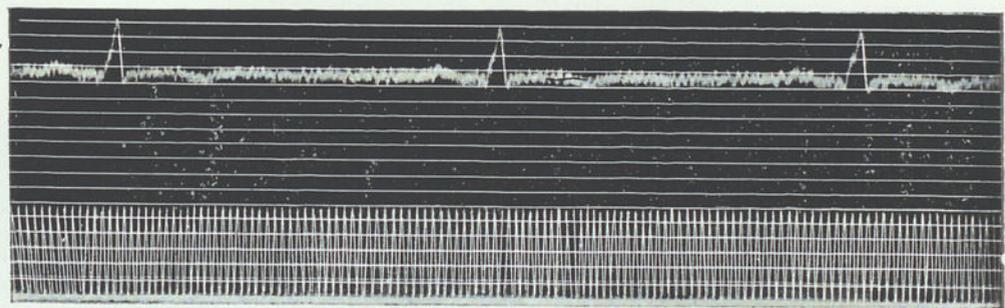


Fig. 4 — Electrocardiograma nas três derivações

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

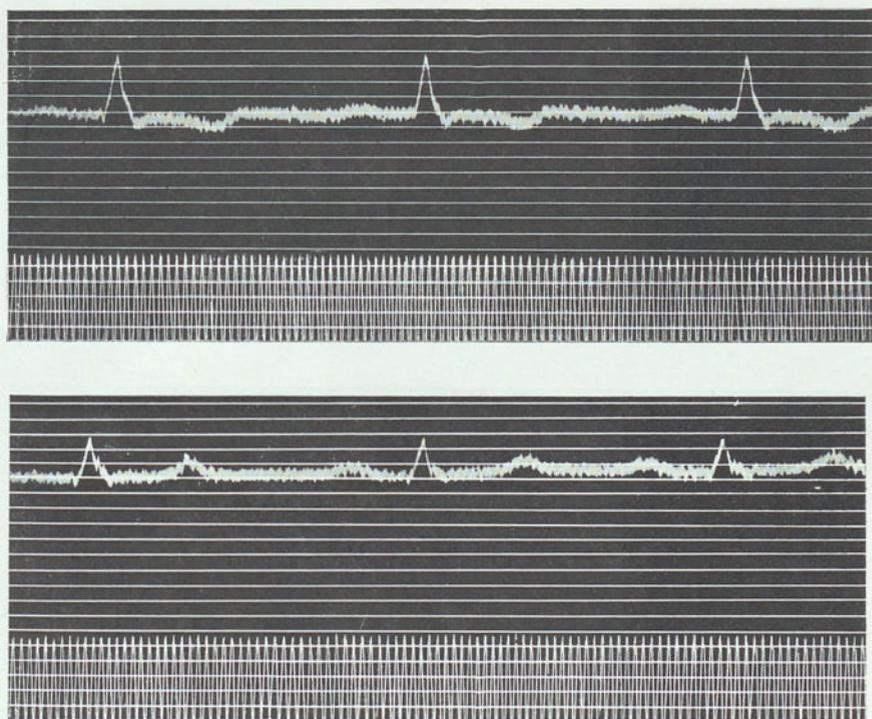


Fig. 5 — Electrocardiograma na primeira e segunda derivações

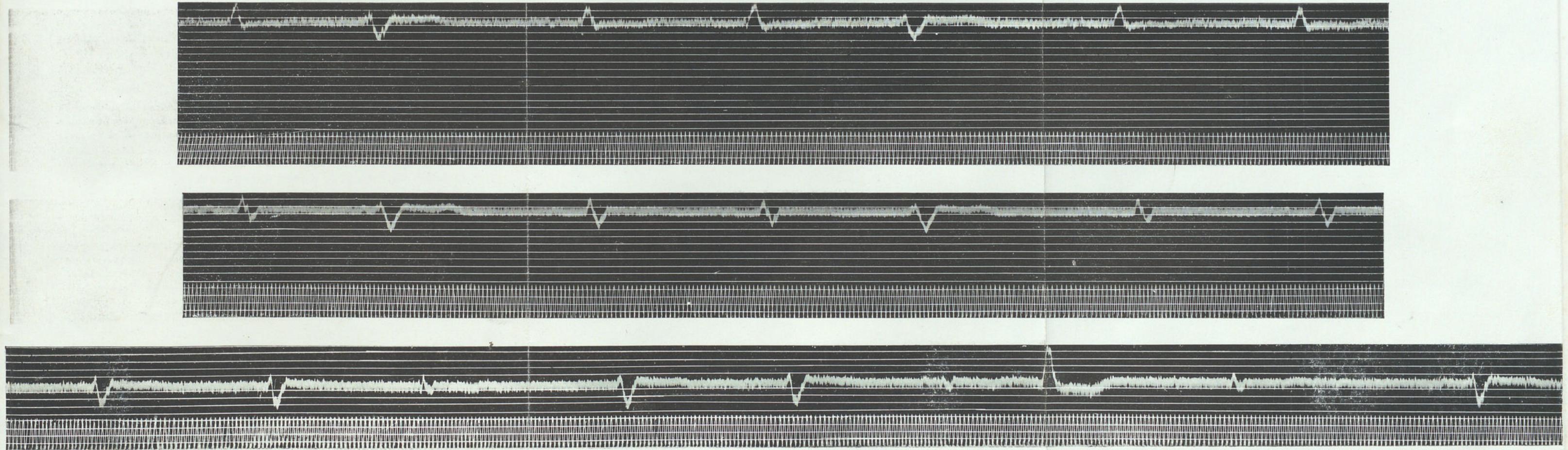


Fig. 7 - Electrocardiograma nas três derivações

tes à angina, que originam essas aberrações ventriculares, agravam notavelmente o prognóstico, independentemente da natureza e da intensidade dos acessos anginosos. Na angina isolada com perturbações dos traçados eléctricos, o síndrome assume maior gravidade do que nos anginosos com electrocardiogramas fisiológicos.

No único caso de morte que registamos dos 11 casos estudados tratava-se precisamente dum doente com traçados atípicos.

Em conclusão :

As anomalias permanentes ou progressivas do complexo ventricular eléctrico dos anginosos, quer a angina seja isolada ou associada a outra cardiopatia, têm uma grande importância para o prognóstico, e ainda, em certos casos, para o diagnóstico patogénico do síndrome anginoso, principalmente quando êste é desencadeado por perturbações anatómicas ou funcionais das artérias coronárias.

BIBLIOGRAFIA

Será publicada no trabalho completo do qual êste artigo constitui, apenas, uma *nota prévia*.

NOTAS CLÍNICAS

O TRATAMENTO MÉDICO DAS HEMORRÓIDAS

Até Galeno a palavra hemorróida, derivada do grego (*haima* — sangue e *rhoos* — fluxo), era sinónimo de hemorragia e só mais tarde, como se verificasse que existiam afinidades entre as perturbações viscerais e as hemorragias ano-rectais, se estabeleceu a chamada *doença hemorroidária*.

Modernamente foi abandonado tal conceito e as hemorróidas foram consideradas como uma afecção ano-rectal, ainda que nalguns casos ela seja puramente sintomática.

Podemos definir as hemorróidas como varizes ano-rectais que formam, no seu início, pequenos sacos, como cabeças de alfinetes, os quais se vão dilatando e aproximando uns dos outros, dando então o aspecto de um círculo tuberoso vermelho-azulado. São os chamados botões hemorroidários.

Por fim apresentam-se como tumores de tamanho variável, duros ou moles, consoante a quantidade de sangue que contêm.

Os tumores hemorroidários podem rebentar, causando hemorragias, por vezes abundantes, não devendo porém esquecer-nos que, na maioria dos casos, as hemorragias não são devidas a rotura dos tumores, mas sim dos capilares da mucosa, afectada secundariamente.

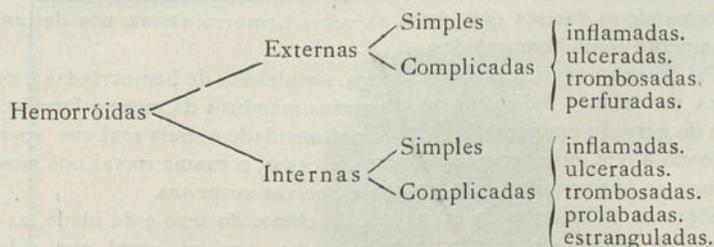
Vários autores têm pretendido substituir o termo hemorróida por outro mais significativo, mas aquele tem corrido o mundo e continuará certamente a prevalecer. Duas alterações, na aparência semelhantes, têm sido designadas erradamente como hemorróidas: as hemorróidas capilares e as hemorróidas arteriais. Aquelas correspondem a telangiectasias dos capilares, com estroma conjuntivo, e estas a uma artéria envolvida de tecido fibroso. Não são pois verdadeiras hemorróidas, mas somente estruturas que, como outras, podem tumefazer-se e sangrar.

Na classificação, sob o ponto de vista anatómico, temos de considerar as hemorróidas externas e as internas, segundo se desenvolvem na parte externa ou interna do esfíncter externo do ânus. No primeiro caso, as veias afectadas são tributárias das hemorroidárias inferiores e pertencem assim à circulação geral; no segundo, são tributárias das hemorroidárias superiores e dependem por conseguinte do sistema da veia porta, por intermédio da pequena mesaraica. As duas variedades podem coexistir no mesmo individuo, falando-se então de hemorróidas externo-internas ou mixtas.

Clinicamente, a classificação que mais nos interessa é a de simples e complicadas e neste caso qual a complicação.

O seguinte esquema é extraído do livro de Montague (1), o conhecido proctologista americano:

(1) Montague: *The modern treatment of hemorrhoids*.



No tratamento a primeira coisa a considerar é a possível causa mecânica, que dê lugar à estase sanguínea no respectivo território venoso. São os casos de hemorróidas secundárias ou sintomáticas que exigem evidentemente um tratamento para a doença primitiva, originária, se não queremos assistir a um insucesso ou a uma recidiva.

Como causas mais frequentes, a seguir à gravidez, mencionamos;

- 1 — Cirrose do fígado.
- 2 — Neoplasia do fígado.
- 3 — Neoplasia do intestino.
- 4 — Quisto do ovário.
- 5 — Fibroma do útero.
- 6 — Retroversão do útero.
- 7 — Hipertrofia da próstata.
- 8 — Apêrto da uretra.
- 9 — Constipação.
- 10 — Colite.
- 11 — Lesões valvulares do coração.

Sabe-se que diversas condições, que temos de tomar em conta no tratamento da doença, favorecem o desenvolvimento das hemorróidas, tais como a vida sedentária, a equitação, as carnes suculentas, as especiarias, o café, o alcool, os prazeres sexuais, a constipação, os purgantes, nunca sendo porém suficientes para a produzir por si só. É que dentro dos factores etiológicos a predisposição, representada por uma fraqueza do tecido venoso, é sem dúvida o mais importante, a que se vêm juntar então os ocasionais, resultantes de uma ou mais das quatro alterações: 1) congestão crónica da mucosa; 2) estase portal; 3) pressão anormal intra-abdominal; 4) compressão mecânica dos vasos.

Esta fraqueza do sistema venoso pode ser hereditária, havendo assim uma hereditariedade de terreno e não de doença. Antigamente admitia-se o temperamento hemorroidário, cujos portadores sofriam de vertigens, de *epistaxis* e de ataques de hipocondria e apresentavam as artérias pequenas e as veias desenvolvidas; hoje, abandonando embora tal idea, não podemos deixar de admitir, como salienta Montague, que *a weakness of the vascular tissue may be inherited*.

Nestas condições, as veias, sob a acção dos factores ocasionais, dilatam-

-se, formando as varizes que, para as veias hemorroidárias, nós designamos clinicamente como hemorróidas.

Tal herança explica-nos a presença simultânea de hemorróidas e outras varizes no mesmo individuo ou em vários membros da mesma família, passando de geração em geração. Esta simultaneidade é mais real que aparente, atendendo a que, num grande número de casos, o exame rectal nos mostra a presença de hemorróidas, sem que haja queixas suspeitas.

Sobre as influências da ocupação, do clima, do sexo e da idade, as estatísticas não falam de acôrdo. Sabe-se duma maneira geral que a doença tanto ataca os homens como as mulheres e que não poupa idade alguma. De resto, é mais freqüente em alguns países, mas sem se saber porquê.

Para terminar estas considerações, transcrevemos as seguintes palavras de Montague :

«Hemorrhoids are an ailment of relatively frequent occurrence. They are, however, not as frequently present as they are diagnosed. They are apparently slightly more prevalent in the male sex. They appear to be more frequent during the life periods third, fourth and fifth decades. These are the only generalizations which I believe to be of practical value in the maze of statistics on the subject».

Entrando próprioamente no tratamento, não falaremos sobre a dietética e os cuidados higiênicos, conhecidos de todos nós, dizendo apenas que a sua observância pode sustar muitas vezes o desenvolvimento da doença, sobretudo quando ela esteja ainda no seu estado incipiente. Sobre as numerosas pomadas e supositórios aconselhados, contendo os mais diversos medicamentos, isolada ou associadamente, muito poderíamos escrever; mas, como hoje estamos convencidos da sua pouca ou nenhuma eficácia sobre as hemorróidas em si, parece-nos preferível deixar de lado estas terapêuticas, sempre paliativas, isto sem perfilhar em absoluto a maneira de ver de Montague, resumida assim :

«Suppositories have no field of usefulness in the treatment of hemorrhoids. They are completely ineffective, and by deluding the patient or his physician, induce a neglect of more certain measures directed toward the cure of the condition».

Na verdade, os clínicos receitam supositórios sobre supositórios, variando a sua composição ou simplesmente o seu nome do comércio, esquecendo-se da patologia das hemorróidas.

¿ Como podemos pretender, senão hipoteticamente, modificar as veias afectadas pela aplicação de drogas na mucosa adjacente ?

Mas Montague, quando faz a condenação dos supositórios, esquece-se, por seu lado, da rectite que tantas vezes acompanha as hemorróidas. As melhoras apontadas pelos doentes vêm certamente das modificações ao nível da mucosa e não dos tumores hemorroidários.

Também têm sido em grande número os medicamentos internos aconse-



O valor de **Radio-Malt** na prophylaxia e no tratamento de muitas doenças é devidamente apreciado pelos medicos em toda a parte do mundo.

O **Radio-Malt** contem Vitamina A., Vitamina B 1 e B 2 e Vitamina D. em quantias cuidadosamente calculadas e determinadas; é receitado como um prophylatico no tratamento de consequencias resultantes de deficiencias destas vitaminas.

O **Radio-Malt** corrige o defeituoso metabolismo do calcio e phosphoro, promove o crescimento saudavel e o desenvolvimento dos ossos e dentes.

O **Radio-Malt** sustem a carie dos dentes evita o stasis intestinal, estimula o appetite e actua como tonico geral.

Alem de ser um definitivo galactagogue é um producto extradietetico de muito valor para as mulheres que amamentam.

RADIO-MALT

Pedir literatura descritiva e amostras para experiencias clinicas a

T. RODNEY HATHERLY

RUA DA CONCEIÇÃO, 35, 2.º — LISBOA

THE BRITISH DRUG HOUSES LTD. — LONDON

RADIOSTOL

Sinónimos: { ERGOSTEROL IRRADIADO
VITAMINA D.

RADIOSTOL é o ergosterol original irradiado; é um corpo que contém radio nas proporções precisas, isto é, não é irradiado nem de mais nem de menos; nem contém qualquer producto tóxico. O *Radiostol* é de notavel valor para as crianças como preventivo e tratamento das doenças dos ossos ou seu imperfecto desenvolvimento incluindo a demorada cicatrização da fontanela; é também importante o seu valor na tetania e spasmophilia e na dentição defeituosa ou demorada. Nos adultos tem-se provado serem benéficos os seus resultados nos casos de osteomalacia e no tratamento da carie dentaria, e ainda na digestão para melhor assimilação do calcio e phosphoro da comida e como tónico em geral.

O **RADIOSTOL** é preparado sob a forma de pilulas e em solução. Tanto as pilulas como a solução são rigorosamente reguladas por experiências fisiológicas. Cada pilula de **RADIOSTOL** possui a acção da Vitamina D. equivalente a 60 grammas do mais puro óleo de fígado de bacalhau e cada c. c. da solução possui a acção da Vitamina D. equivalente a 100 grammas do mesmo óleo.

Tanto as pilulas como a solução são de sabor agradável e não deixam o menor mau paladar.

Amostras para médicos enviam-se gratis quando pedidas ao agente em Portugal da

The British Drug Houses, Ltd. de Londres:

T. Rodney Hatherly, R. da Conceição, 35-2.º E. - Lisboa

lhados com o fim de modificar o estado das veias afectadas; mas, como de resto para as outras varizes, os seus resultados são sempre duvidosos e por isso os medicamentos vão sendo sucessivamente abandonados.

Dos tratamentos paliativos não queremos deixar de falar na diatermia. Nós adoptamos a técnica de Meyer, que nos foi permitido seguir no Serviço do Dr. Bensaúde (Paris). Como êle, fazemos um tratamento combinado de diatermia local e transabdominal.

Tivemos occasião de tratar alguns doentes portadores de hemorróidas proci-dentes e mais ou menos turgescerentes ou mesmo estranguladas, tendo para isso de substituir a vela de Hegar, que serve habitualmente de electrodo, por um tampão de algodão embebido em água salgada, aplicado sôbre a região anal.

Em poucas sessões conseguimos uma redução do prolapso, com desaparecimento dos sinais inflamatórios, preparando assim os doentes para o tratamento definitivo.

Como curar as hemorróidas?

Dois métodos estão em uso, com os seus defensores apaixonados, médicos dum lado, cirurgiões do outro.

O tratamento cirúrgico só nos interessa para o indicar quando julgamos conveniente.

Nós praticamos exclusivamente o tratamento médico, constituído pelas injeções esclerosantes. Das três substâncias mais empregadas, a glicerina fenicada (Mitchell, Roux), o alcool a 96° (Boas) e o cloridrato duplo de quinina e ureia (Terrel, Bensaúde), só temos utilizado a última, por ser a de mais fácil emprêgo e isenta de complicações secundárias. Fazemos as injeções perivenosas, seguindo o método de Bensaúde, que durante alguns meses vimos praticar pelo autor.

Em dezenas de casos tratados verificámos sempre umas melhoras rápidas, ficando as hemorróidas, ao fim de algumas injeções, em estado quiescente. A cura, pelo menos clínica, obtém-se com um número variável de injeções, que vai de 6 a 12, conforme os casos. Sôbre as hemorragias a acção é verdadeiramente notável, não sendo raro que o doente nos diga, depois da primeira injeção, que não deitou mais sangue.

Os casos de ineficácia pertencem ao número daqueles que não servem para o tratamento, pois o método só deve aplicar-se às *hemorróidas internas e simples*, quer dizer, não havendo qualquer das complicações que ficaram expostas atrás. De resto, o método tem enormes vantagens sôbre os outros, como sejam:

- 1) Não exige anestesia geral ou local.
- 2) Não obriga ao repouso no leito.
- 3) O tratamento é ambulatório, podendo o doente continuar com as suas occupaões.
- 4) É, por assim dizer, indolor.
- 5) Não produz qualquer acidente notável.

Por estas vantagens nós o temos preferido, utilizando-o com exclusão de todos os outros.

Resta-nos falar das recidivas. Elas podem aparecer por insuficiência de tratamento ou por persistência da causa primária das hemorróidas. Mas estas recidivas sobrevêm também nos casos tratados cirurgicamente.

Os cirurgiões reservam as injeções esclerosantes para os casos em que está contra-indicada a intervenção; ao contrário, os internistas só indicam a operação quando o método das injeções não pode ser executado.

Em resumo, quere-nos parecer que com a diatermia e as injeções esclerosantes nós, os internistas, podemos resolver a grande maioria dos casos de hemorróidas.

MÁRIO ROSA.

Epidemia de exantema infeccioso na Mina de S. Domingos

Há dois para três meses tive ocasião de observar duas crianças que, a par de sintomas gripais, apresentavam um ligeiro exantema difuso a que não liguei importância de maior e que se curaram rapidamente, sem complicações, com um tratamento dirigido contra a gripe. Poucos dias depois tive conhecimento de que em Espanha (Sevilha e Huelva) reinava uma epidemia caracterizada por exantemas, atacando grande número de pessoas mas apresentando um carácter benigno, e a que chamavam pitorescamente — *el colorado*.

Há cerca de duas semanas apresentaram-se vários casos de uma afecção com nítido carácter epidémico, não só na povoação da Mina mas também nos lugarejos vizinhos, sendo êste carácter que me chamou a atenção. Estando já a preparar êste artigo, vejo na *Presse Médicale* de 5 do corrente os artigos dos Srs. Boinet et Jean Piéri — «Épidémies d'exanthème infectieux de nature indéterminée observées sur le littoral méditerranéen» — e D. Olmer et Jean Oliver — «Typhus éxanthématiques et infections avec exanthèmes» — e julgo tratar-se, se não da mesma doença, pelo menos de uma epidemia similar, se bem que em muitos casos haja diferenças notáveis.

A situação desta povoação a cerca de 3 quilômetros da fronteira representada pela ribeira de Chança que nos separa da província espanhola de Huelva e as constantes idas e vindas de trabalhadores que lá se empregam, junto á existência nessa província de uma epidemia de casos com exantemas, levam a crer que os casos que aqui nos estão aparecendo de lá nos tenham vindo.

Trata-se de uma doença exantemática geralmente benigna, impossível de filiar nos quadros das doenças exantemáticas descritas, atacando muito raramente os adultos e caracterizada por um exantema que rapidamente se difunde por todo o corpo, sem dado de eleição certa para início, mas mais frequentemente começando pelos antebraços ou parte superior do peito, poupando na maior parte dos casos a face e nunca aparecendo nas palmas das mãos e nas plantas dos pés. Êste exantema é mais aparente nas regiões

lombares e sagrada, parte superior do peito e baixo ventre, origina prurido e descama-se mais ou menos intensamente sob a forma furfurácea.

Dois fenómenos quasi constantes a acompanhar a doença são: uma angina que precede sempre o aparecimento do exantema, nuns casos ligeira durante toda a evolução da doença, noutros agravando-se gradualmente mas sem nunca tomar grande gravidade; e edemas que na maioria dos casos se limitam à face mas sendo nalguns generalizados, tomando então a doença um carácter de certa gravidade, contendo a urina sempre um certo grau de albumina que vai de vestígios até quantidades elevadas.

Tenho observado casos extremamente benignos e em que apenas por precaução os doentes recolhem à cama, evoluçionando subfebrilmente, com ligeira angina e sem edemas nem perturbações digestivas, salvo um vômito que se não repete, e casos começando bruscamente com arrepios de frio e temperaturas elevadas nos primeiros dias, acompanhados de diarreias moderadas e angina considerável, com infartos ganglionares do pescoço e edemas.

São frequentes os casos em que os doentes se queixam de dores por todo o corpo, com carácter gripal. Um outro facto notável é a presença muito frequente de uma tumefacção do baço que é nitidamente apreciável pela palpação, mas indolor.

Tenho observado várias formas de início da doença, que nuns casos começa bruscamente com arrepios de frio e febre elevada, dores por todo o corpo e cefalalgias, e noutros insidiosamente, notando a mãe que o seu filho entristece, perde a vontade de brincar e o apetite e que apresenta uma tumefacção ligeira da face, mais aparente nas pálpebras superiores que se tornam *papudas*, e dois dias depois a criança torna-se rapidamente febril.

Em ambos os casos a criança queixa-se da garganta e a própria mãe nota que ela apresenta alguns *caroços* no pescoço. Pelo terceiro dia aparece o exantema, começando em geral pela parte superior do peito ou antebraços, e à medida que se vai estendendo a todo o corpo torna-se mais aparente nas regiões em que primeiro apareceu. É constituído por pequenas máculas de contornos difusos, que rapidamente se transformam em pápulas apenas salientes, confluentes, deixando entre si pequenos intervalos de pele normal, lembrando um fino marmoreado. A côr carrega-se nas regiões primeiro atacadas até atingir em muitos casos o vermelho vivo e esmorece à medida que novos territórios são invadidos e que vão tomando o mesmo aspecto, atingindo a máxima intensidade em confluência e coloração no peito, espáduas, regiões lombares e às vezes na parte inferior da parede anterior do abdómen e mais raramente nas raízes das coxas. Desaparece a pressão digital para reaparecer imediatamente. A face é com frequência poupada e nunca vi o exantema nas faces palmares das mãos e plantares dos pés. Esta erupção evoluciona umas vezes em um ou dois dias e outras vezes dura uma semana e desaparece por empalidecimento seguido de uma ligeira descamação furfurácea acompanhada de prurido, que por vezes se faz sentir desde o início do exantema. Nunca observei casos com petéquias. A duração do exantema e a sua intensidade não estão em relação com a gravidade da doença. Os fenómenos de angina são geralmente pouco violentos e limitam-se a uma vermelhidão mais ou menos intensa dos pilares, véu palatino e amígdalas, que se

tumefazem, mas nunca vi ulcerações nem exsudados. A língua está levemente saburrosa e húmida. No primeiro dia de doença há às vezes vômitos e as fezes ou são normais durante toda a evolução, ou mais freqüentemente poucos dias depois do início aparece uma diarreia moderada semifluida amarelada-escura e fétida. Nunca notei injeção conjuntival. O tempo de duração é muito variável, consoante a gravidade dos casos, que nos leves se resume apenas a poucos dias e noutros se estende a mais de uma semana.

¿ Tratar-se há de uma entidade mórbida exantemática ainda mal conhecida, no género das epidemias que têm aparecido em Marselha, Sevilha e Huelva?

¿ Haverá qualquer relação entre ela e o tifo exantemático nas suas formas leves, afecção de que mais se poderá aproximar?

Não querendo entrar em discussão, parece-me interessante notar o seu aparecimento e julgo que talvez não fôsse descabido um estudo mais aprofundado baseado, além da observação clínica, em meios de investigação laboratoriais para determinação do agente produtor e da forma por que se faz o contágio.

Terminarei com a descrição resumida de dois casos, sendo um do tipo mais benigno e o outro o único mortal que observei:

I — R. R., 8 anos, Mina. Adoeceu uma tarde com um vômito alimentar e perdendo o apetite; no dia seguinte sou chamado por notarem na criança uma vermelhidão pouco intensa no peito e por se queixar um pouco da garganta.

A observação mostra um estado geral bom e nota-se apenas um exantema no peito, de pequeninas pápulas confluentes, roséolas, desvanecendo-se para o ventre. O exame da faringe revela uma angina vermelha pouco acentuada. Temperatura na virilha 37,1. Não tem apetite. No dia seguinte o exantema acentua-se e estende-se para o ventre, espáduas, dorso e face, onde é apenas aparente, e raízes das coxas. Ficam poupadas as faces palmares e plantares das mãos e pés. Pelo sexto dia o exantema, que tem empalidecido, desaparece com uma ligeira descamação furfurácea, acompanhada de prurido. As temperaturas máximas observadas nas virilhas são de 37,3. Conservou sempre bom estado geral, passando o dia a brincar sentado no leito e apenas não tendo de noite o dormir sossegado habitual. Nunca se palpou o baço nem apresentou edemas.

II — J. M. A., 3 anos, Mina. Adoeceu em 3 de Novembro, notando-lhe a mãe que tinha as pálpebras *papudas* e que mostrava menos entusiasmo pela brincadeira. Dois dias depois, à tarde, a tumefacção das pálpebras tinha-se acentuado e, a-pesar-de gordo, a mãe nota que a criança tem a cara e as pernas *inchadas* e que está febril. Queixa-se de dores de cabeça e das pernas. No terceiro dia aparece um exantema no peito e espáduas.

A criança é então trazida à consulta e a observação mostra que ela está fortemente febril e apresenta um exantema com os caracteres já descritos

Tratamento específico completo das **AFECCÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

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

MAGNESIA S. PELLEGRINO

Purga. Refresca. Desinfecta.

Colocamos 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:

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



IODALOSE GALBRUN

IODO PHYSIOLOGICO, SOLUVEL, ASSIMILAVEL

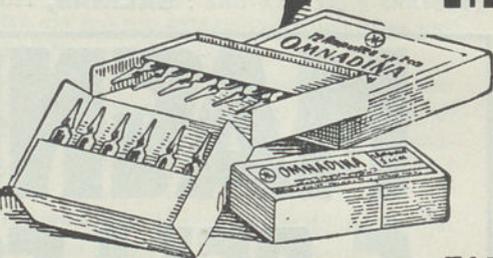
A IODALOSE é a ÚNICA SOLUÇÃO TITULADA DO PEPTONIODO
Combinação directa e inteiramente estável do Iodo com a Peptona
DESCOBERTA EM 1896 POR E. GALBRUN, DOUTOR EM PHARMACIA
Comunicação ao XIII^o Congresso Internacional de Medicina, Paris 1900.

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

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

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

Omnadina



Vacina total imunizante "MUCH"

Para o terapêutica não específica em todas as

**moléstias infecciosas e padeci-
mentos reumáticos e neurálgicos**



Mobiliza rapidamente e aumenta eficazmente tôdas as
fôrças 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

ocupando o peito, espáduas e dorso. Há edemas generalizados, sobretudo na face. O exame da faringé mostra uma angina vermelha; o baço é nitidamente palpável mas indolor. Não se consegue que a criança urine.

No dia seguinte à tarde o exantema desapareceu sem descamação nítida, tem tomado bem o leite e o edema é menor.

No quinto dia o edema tem aumentado, aparece dispneia e fezes diarréicas semifluidas, amarelas e fétidas, e queixa-se levemente do ventre. Consegue-se obter urina que é fortemente albuminosa. Nos dias seguintes o estado geral vai-se agravando, continuando com diarréia e mantendo-se os edemas a-pesar-dos antissépticos intestinais e diuréticos.

Aumenta a dispneia, mostrando a auscultação sinais de bronquite difusa, e morre no dia seguinte.

Novembro, 1927

FRANCISCO A. VALENTE ROCHA

Médico da Empresa da Mina de S. Domingos

Revista dos Jornais de Medicina

Investigações experimentais para o problema do mecanismo do sono. (*Experimentelle Untersuchungen zum Problem des Schlafmechanismus*), por G. MARINESCO, O. SAGER e A. KREINDLER. — *Zeitschrift fuer die gesamte Neurologie und Psychiatrie*. Tômoo 119. Fascículo 2-3. Março de 1929. Págs. 277-306.

Os AA. serviram-se para estes estudos do gato como animal de experiência, pois parece que êste animal é o que mais se presta para investigações dêsta natureza.

Procuraram averiguar a importância que poderia ter a lesão de certos centros nervosos no aparecimento do sono e estudar mais detalhadamente a influência dos iões potássio e cálcio sôbre êsses centros.

Num outro grupo de experiências estudaram o efeito da polarização anódica e catódica sôbre os mesmos centros. Os seus estudos ocuparam-se ainda de conhecer da influência, sôbre o sono de substâncias farmacológicas com acção vegetativa, quando injectadas por via intraventricular.

As conclusões a que chegaram são como segue :

1 — Feridas por picada das paredes laterais do 3.º ventrículo produzem nos gatos fenómenos típicos de sono reversível.

2 — Injecções de cálcio nesta região favorecem o sono ; êste aparece mais depressa e dura mais. A duração do sono foi de certo modo proporcional à dose injectada.

3 — Injecções de potássio na mesma região impediram por algum tempo o aparecimento do sono. Logo após a injectação seguiu-se um período de excitação forte.

4 — Nas experiências com o cálcio a curva da profundidade do sono tinha dois máximos que estavam separados um do outro por um curto periodo de vigília. O primeiro máximo deve attribuir-se ao efeito do cálcio, o segundo a própria lesão produzida pela picada.

5 — A polarização anódica das paredes laterais do 3.º ventrículo no lugar de eleição provoca um sono que começa muito rapidamente, que é muito profundo e que tem também, como o observado após injecções de cálcio, uma curva da profundidade com dois máximos.

6 — A polarização catódica não tem qualquer efeito inibitório claro.

7 — Injecções de ergotamina e cloreto de cálcio no 3.º ventrículo provocam um sono típico que começa passados 50-55 minutos e dura 3 1/2 - 5 1/2 horas.

8 — Injecções de cholina e cloreto de potássio no 3.º ventrículo provocam um típico sono que começa passados uns 55 minutos, quando se emprega a cholina, e que no caso de potássio chega a tardar umas 2 horas. Ambas as substâncias causam, imediatamente a seguir à sua aplicação, um forte estado de excitação e fenómenos de hipertonia muscular.

9 — O estudo anatomo-histológico do material mostrou que para provocar experimentalmente o sono é necessário lesar os centros da parede lateral do 3.º ventrículo, provavelmente o núcleo justatrigonal e as suas circunvizinhanças.

A. ALMEIDA DIAS.

Investigações fisiológicas após ressecção do hemisfério cerebeloso direito no homem. (*Physiologische Untersuchungen nach Resektion der rechten Kleinhirnhemisphäre am Menschen*), por M. H. FISCHER e O. POTZL. — *Zeitschrift fuer die gesamte Neurologie und Psychiatrie*. Vol. 119. Fascículo 2-3. 1929. Págs. 163-275.

As investigações realizaram-se sobre um caso, em que foi feita a ablação de uma grande parte do hemisfério cerebeloso direito por tumor (angioma quístico).

O doente há 3 anos que se encontra praticamente curado, capaz de trabalhar e com um estado geral que se tem mantido estável. O caso pareceu aos AA. especialmente adequado para estudar as alterações resultantes da falta de uma grande parte dum hemisfério do cerebelo e da compensação de outras regiões do sistema nervoso central.

Vamos resumir as conclusões do trabalho :

Durante a doença sentia o paciente como que uma tracção para a direita. Havia inclinação da cabeça e do corpo para a esquerda, desvio dos braços para a direita com abaixamento do braço direito em relação ao esquerdo (prova da elevação dos braços). Tendência à queda para a esquerda e para trás. A prova labirintica de água fria, tanto à direita como à esquerda, transformava essa queda espontânea em queda directamente para trás.

Após o primeiro tempo da operação (simplesmente abertura do crânio e incisão dos quistos) desapareceu a tracção para a direita ; diminuiu a inclinação da cabeça e do corpo para a esquerda, melhorando o doente rapidamente do sensório (descompressão).

Após o segundo tempo da operação (excisão do hemisfério direito do cerebelo, tendo apenas sido poupada uma pequena parte da região média e uma margem de uns 2 cm. junto do ângulo pontino, respeitando-se todavia o núcleo dentado e as partes dorso-orais do hemisfério) apareceu *transitoriamente* adiadococinesia d > e, e modificação do desvio dos braços que *agora se dava para a esquerda*.

Desapareceu o desvio da cabeça e do corpo para a esquerda.

Paresia transitória do facial, priapismo e retensão vesical, também transitórios.

Também transitoriamente, mas durando todavia algumas semanas, diminuição dos reflexos tónicos vestibulares. Foi esta a única anomalia que a investigação vestibular deste caso mostrou, se abstrairmos de uma insignificante diferença para mais, na excitabilidade do labirinto direito.

Perturbação transitória da marcha. Mais acentuada à esquerda que à direita. Desapareceu 3 meses após a operação.

Durante os primeiros seis meses após a intervenção parestesias fugazes ao tomar o corpo a posição horizontal com rotação para a direita. Obscurecimento episódico da visão ao olhar para a direita. Às vezes gaguez de tipo tónico. Dêstes sintomas só as parestesias foram mais persistentes. A inclinação da cabeça para a esquerda (acompanhada de uma ligeira rotação para o mesmo lado e opistótono também ligeiro) que já tinham desaparecido voltam a aparecer e mantêm-se durante o período estacionário na fase de compensação. O desvio dos braços para a esquerda volta a aparecer, quasi pela mesma época, e permanece ainda que não tão acentuado como anteriormente.

As investigações durante o estado estacionário de compensação deram o resultado seguinte :

Movimentos das extremidades perfeitamente coordenados. Rotação da cabeça para a esquerda mais lenta e limitada que para a direita. Na rotação para a esquerda o movimento é no final *saccadé* e nota-se um esbôço de tremor. O doente evita todo e qualquer movimento brusco. Audição normal.

As provas labirínticas não mostraram um sensível desvio do que normalmente se observa.

Fala normal.

Fôrça nos braços medida ao dinamómetro, sensivelmente normal. Sensibilidade cutânea e muscular normais. *O doente sente melhor e mais longamente as vibrações do diapásão nas extremidades direitas do que à esquerda.*

Vê sem deformação as figuras desenhadas, não havendo perturbações de localização.

Resfriamento do hemisfério esquerdo do cerebelo, applicando sôbre a pele da nuca cloreto de etilo (a ablação do ôsso tinha sido extensa de um e outro lado da linha média, estando pois a parte esquerda do cerebelo apenas recoberta pela pele e dura-mater (prova W. Trendelenburg feita com a técnica de Barany). dá em ambos os braços (à direita mais que à esquerda) um *desvio para a direita*. Aquecimento da mesma região por meio de uma lâmpada *Sollux reforça o desvio espontâneo dos dois braços para a esquerda.*

A comparação dêstes resultados vem confirmar os pontos de vista da Escola de Utrecht que considera independentes do cerebelo os reflexos labirínticos, mesmo até nas regiões hemisféricas neocerebelosas do homem. O único efeito seguramente averiguável devido ao hemisfério cerebeloso esquerdo isolado e privado de simetria pela ablação do direito parece-nos ser uma regulação de correlações entre a posição dos braços, a posição da cabeça e tronco, que predominante *mas não exclusivamente* se exerce sôbre o membro homolateral superior e cuja perturbação se manifesta por desvio dos braços para a esquerda e pela inclinação da cabeça para o mesmo lado.

Além disso do decurso e das modificações do quadro nos vários períodos inferem-se relações recíprocas entre as regiões lesadas nas suas condições de simetria e as partes intactas do cerebelo. Relações recíprocas cuja observação comparativa torna plausível a seguinte conclusão: As anomalias sensoriais existentes podem explicar-se por uma diminuição da faculdade de transforinar as excitações cerebelo-petais.

As assimetrias na distribuição do *tonus*, pelo contrário, parecem indicar-nos que a influência do cerebelo sôbre os dois núcleos vermelhos se tornou

assimétrica e que esta assimetria cria uma nova posição de equilíbrio à qual se referem então os reflexos tónicos vestibulares e outras reacções análogas.

As alterações da função eferente do cerebello traduzem as modificações sofridas pela sua capacidade de transformar as influências aferentes, manifestando-se esta anomalia numa nova distribuição correlativa do *tonus* e do seu equilíbrio.

A. ALMEIDA DIAS.

Acerca da duração da imunidade conferida pela vacina antitífica. (*Sur la durée de l'immunité déterminée par le vaccination antityphoïdique*), por H. VINCENT. — *Bul. Acad. Med.* 8 de Janeiro de 1929.

VINCENT apresenta um resumo dos resultados obtidos pelo uso da sua vacina polivalente (T A B), tifo-paratifo, no combate contra a febre tifóide. Dêsses resultados ressalta o valor da vacina como agente profiláctico.

A imunidade dos individuos vacinados para a febre tifóide desenvolve-se rapidamente e permanece por largo tempo; em alguns exemplos parece ter ido até 16 anos. Para a febre paratifóide, a protecção conferida pela vacina é mais fugaz.

MORAIS DAVID.

O tratamento da endocardite sub-aguda pela transfusão de sangue provindo de doadores imunizados. (*The treatment of subacute bacterial endocarditis by transfusion from immunized donors*), por C. KURTZ e P. WHITE. — *New Eng. Jour. of Med.* 7 de Março de 1929.

Em um caso de *endocarditis lenta* (estreptococo *viridans*) os autores experimentaram a acção terapêutica da transfusão de sangue, com doadores vacinados por meio de culturas mortas do estreptococo *viridans*.

O caso clínico a que se faz allusão vem pormenorizadamente descrito e terminou pela morte, como é a regra nos portadores de tal septicémia.

Não se pôde descobrir qualquer modificação na marcha da doença que de alguma forma justificasse uma interferência favorável do método terapêutico seguido.

Os estudos serológicos repetidos, através das provas de aglutinação, mostraram um título do anticorpo mais elevado no doente do que em qualquer dos doadores de sangue.

MORAIS DAVID.

O quadro hematológico na cirrose hepática, portal. (*The blood picture in portal cirrhosis of the liver*), por R. KING. — *New Eng. Jour. of Med.* 7 de Março de 1929.

Os exames hematológicos de 100 casos de cirrose hepática, tipo portal, mostraram que a leucopénia, a leucocitose e a numeração normal dos glóbulos brancos apparecem em proporção sensivelmente iguais.

A capacidade regeneradora da medula em condições de infecção, hemorragia ou *shock* operatório está geralmente diminuída.

Mesmo na ausência de perdas sanguíneas, a cirrose hepática acompanha-se em regra de um certo grau de anemia secundária.

A icterícia manifestou-se em 50 % dos casos e não pareceu que os resultados das reacções de Wassermann nos casos estudados fôsem alterados pela influência da icterícia.

MORAIS DAVID.

Anemia perniciosa. Resultados do tratamento pelo fígado ou seus derivados, em 67 casos. *Pernicious anemia. Results of treatment with liver or its derivatives in 67 cases*, por W. RICHARDSON. — *New Eng. Jour. Med.* 14 de Março de 1929.

Depois de Março de 1926 foram tratados pelo fígado ou pelo extracto hepático, e seguidos clinicamente, 67 casos de anemia perniciosa. A morte sobreveio em 6 casos, sendo 5 por complicações intercorrentes e 1 por anemia com toxemia. As manifestações de sistema nervoso apareceram em 14 casos, em 7 com sintomas de somenos importância e em outros 7 com sintomas acentuados. A regressão destas manifestações nervosas foi nítida em 8 doentes, moderada em 4, e em 2 não houve alteração na intensidade dos sintomas. É a regra que os sinais do sistema nervoso se modifiquem lenta e demoradamente, mas também é a regra que a sua atenuação se produza desde que os números dos glóbulos rubros se mantenham constantemente elevados pelo emprêgo de quantidade adequada de fígado.

Só em um dos casos que constituem o objecto do trabalho se declararam sinais de parestesia e dores nevralgicas em pleno período de tratamento.

A reacção da medula óssea faz-se primeiro pela elevação do número de glóbulos brancos, depois pelo aumento transitório dos reticulocitos e finalmente pelo aumento do número de glóbulos rubros.

A elevação da taxa da hemoglobina, a diminuição do valor globular e a redução no diâmetro dos hematias são simultâneos e posteriores ao aumento do número dos glóbulos rubros. A dose de fígado necessária para cada caso é variável e só se pode determinar convenientemente por meio do exame clínico dos doentes.

As transfusões foram limitadas a raras condições de debilidade extrema dos doentes. O ácido clorídrico foi prescrito naqueles casos em que se tornou indicado o tratamento de certos sintomas digestivos.

MORAIS DAVID.

O tratamento das úlceras de perna com o sulfato de magnésio. (*The treatment of ulcers of the leg with magnesium sulphate*), por J. H. YOUNG. — *The Lancet.* 11 de Maio de 1928.

Y. aconselha o tratamento das úlceras de perna com pensos húmidos de sulfato de magnésio em soluto aquoso de 5 a 10 %, renovados três vezes por

dia. Segundo o autor o método é applicável aos tipos habituais de úlcera, independentemente da sua natureza. Vêm descritos dois casos em que o autor conseguiu o mais completo successo terapêutico, não obstante o facto de serem formas rebeldes a outros tratamentos anteriormente empreendidos.

MORAIS DAVID.

Um estudo sôbre o tratamento das varizes pelas injeções esclerogêneas. (*A study of the injection treatment for varicose veins*), por L. GREENSFELDER e R. HILLER. — *Surg. Gyn. Obst.* Maio de 1929.

Como medicamento esclerogêneo das veias os AA. dão a preferênciã ao soluto hipertônico de cloreto de sódio (soluto a 20 %) e enumeram os outros diversos fármacos que têm si lo propostos para o mesmo fim. Fazem um estudo clínico, experimental e anátomo-patológico. Citam dois casos tratados com o soluto de cloreto de sódio em que sobrevieram sintomas desagradáveis muito possivelmente ligados a uma acção secundária do agente esclerogêneo usado. Um dos casos é o de um individuo de 60 anos em que, após a injeção, se intercalou um período transitório de auricular *flutter* e o outro o de um doente com varizes nos membros inferiores em que se observaram sintomas de claudicação intermitente marcada depois do tratamento.

A parte que trata da anatomia patológica das lesões determinadas pelas injeções esclerogêneas contém o estudo das alterações das paredes das veias depois das injeções intravenosas ou perivenosas de solutos de glicose a 50 % e de cloreto de sódio a 20 %. O estudo é effectuado nas veias de cães. O cloreto de sódio tem uma acção esclerogênea mais pronunciada do que a glicose em injeção intra e extravenosa. O processo de trombose é fundamentalmente o mesmo, tanto para o cloreto de sódio como para a glicose, mas, ao que passo que o trombo é a consequência habitual da injeção de cloreto de sódio, é uma raridade em relação com a injeção de glicose.

Por vezes as alterações abrangem todas as tûnicas da veia—peri, meso e endo-flebite, com descarnação maior ou menor do endotélio e fragmentação das fibras elásticas.

«Pela comparação dos resultados obtidos pela operação e pela injeção do soluto de cloreto de sódio no tratamento das varizes no homem, achamos que o método das injeções oferece muitas vantagens sôbre o método operatório. Os resultados do tratamento nas mulheres parecem menos brilhantes».

Os AA. introduzem a substância esclerogênea nas veias injectando-a em um sentido contrário ao da corrente sanguínea.

MORAIS DAVID.

O tratamento ambulatório das hemorróidas. (*The ambulatory treatment of piles*), por W. S. PERREN. — *Lancet.* 16 de Março de 1929.

Os tratamentos ambulatórios das hemorróidas resumem-se ao método das injeções esclerogêneas e ao da cauterização sob anestesia local. O segundo

método é mais propenso a complicações e por isso justamente menos aconselhável.

O soluto esclerogéneo deve, entre outros predicados, possuir uma acção antiséptica suficientemente forte para impedir a infecção possível das hemorróidas e a quantidade a introduzir pela injeção deve ser de molde a não determinar processos necróticos, com infecções ou hemorragias secundárias.

O A. dá a preferência ao fenol associado a duas partes de glicerina e a duas partes de água destilada.

O médico prático precisa conhecer estes três pontos capitais no tratamento das hemorróidas:

Qual o tipo de hemorróidas em que o tratamento médico pelas injeções está indicado, qual a sua anatomia e o seu modo de desenvolvimento, e por fim quais as alterações que o tratamento é capaz de produzir e o benefício que delas se pode esperar.

Como regra, sem excepção, é preciso fixar que as hemorróidas externas estão excluídas da categoria das hemorróidas susceptíveis de tratamento por injeções.

Das hemorróidas internas, situadas acima da linha muco-cutânea de Hinton, são as menos volumosas e mais recentes, com tendência às hemorragias frequentes e recobertas de mucosa de aparência normal (hemorróidas no 1.º estado) as que provam melhor com o tratamento médico e aquelas em que é lícito esperar um melhor resultado.

As hemorróidas no 2.º e 3.º estado, menos volumosas, acompanhadas de menor ou maior reacção esclerosa com proclividade transitória ou permanente, com raras e pequenas hemorragias e exuberância dos tegumentos perianais, têm já indicações terapêuticas diferentes. As injeções têm a maior indicação para as hemorróidas na 1.ª fase, algumas indicações para as da 2.ª fase, mas as hemorróidas na 3.ª fase muito volumosas, com grande reacção conjuntiva e quasi intratável prolapso, estão fora da simples intervenção médica.

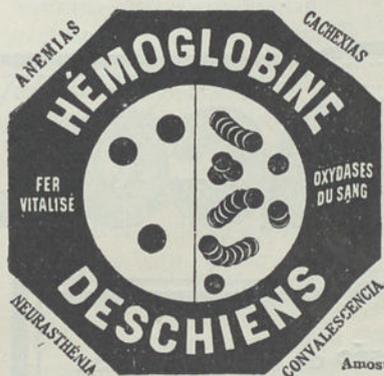
MORAIS DAVID.

Ideas recentes acerca do tratamento do hipertiroidismo pelo iodo. (*New views on the treatment of hyperthyroidism with the iodine*), por L. DAUTREBANDE. — *Lancet*. 27 de Abril 1929.

Se a opinião dos que têm estudado o tratamento do bócio exoftálmico é unânime em afirmar as vantagens do uso do iodo, outro tanto não sucede quando se aborda a questão do mesmo tratamento nos casos de adenoma tóxico da tiroideia.

Para esta variedade há AA. que formulam as mais aterradoras contra-indicações, considerando o método inconveniente e até perigoso pelas alterações que pode produzir e que, nas formas mais graves, terminam no chamado iodo-basedovismo.

Os AA. americanos e de Quervain assinalam esta contra-indicação e reprovam o uso do iodo nas formas de adenoma tireotóxico. Outros AA. porém, e entre elles figura Dautrebande, empregam o iodo nestas formas de



Opothérapie Hemática

Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineraes do Sangue total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS

Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas

DESCHIENS, D^r em P^{la}, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8^a)

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 minerais (fosfatos naturais).

Insustituível 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.^{la}-MÁLAGA
Depositários: GIMENEZ-SALINAS & C.^a
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 favorecem a função intestinal. Sendo, portanto, mais um „correctivo da alimentação” do que um “medicamento” não tem algum inconveniente. Latas de 100 e 250 grs. Peça amostras e literatura a

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





adenoma, assinalam vantagens iguais à que se obtém no bócio exoftálmico e comprovam-nas pelos estudos repetidos do metabolismo basal. Supõe Dautrebande que esta discordância provém das condições geográficas diferentes em que operam os diferentes AA.

Ainda, segundo certas opiniões, a atenuação dos sintomas do bócio por intermédio do iodo é transitória e tende a decrescer com a continuação do tratamento.

Dautrebande faz o tratamento contínuo e prolongado por meio de doses progressivas, e desta maneira consegue a atenuação progressiva dos sintomas tóxicos e a baixa sucessiva do metabolismo basal. Cada vez que o metabolismo tende a subir, o A. aumenta a dose de iodo. A altura apropriada para a intervenção operatória nos doentes pode, com vantagem, ser atrasada de alguns meses com aumentos de pêso que chegam até 10 quilogramas e melhorias correspondentes dos sinais cardíacos. Logo que a dose de lugol atinge as 20 gotas diárias propõe mais o A. o desdobraimento em doses pequenas distribuídas pelo decurso do dia, e com esta técnica torna demonstrável a acção terapêutica do iodo em certos casos que se mostravam rebeldes às doses maciças.

MORAIS DAVID.

Tratamento das dispepsias do lactante pelo sôro com leite de amêndoa, segundo Moll. (*Traitement*, etc.), por DIENTS (Bruxelas e Vienna de Austria). — *Revue Française de Pédiatrie*. Tômoo IV, n.º 4. Agosto de 1928. Págs. 436-448.

A mistura de leite de amêndoas e de sôro do leite, prescrita por Moll, e que é já conhecida há perto de cinco anos, mostrou-se ao A. muito eficaz na estabilização das diarreias e nas dispepsias do lactante alimentado artificialmente.

Os sintomas tóxicos, as diarreias e a perda de pêso, desaparecem dêste modo com mais segurança do que com os alimentos-medicamentos de base de caseína, sendo talvez até mais económico.

O seu valor calórico, igual ao do leite da ama preserva a criança da inanição e da acidose.

A riqueza em sais protege-a contra as grandes perdas de água.

Depois da estabilização do pêso e da desapareição das perturbações dispepticas, permite passar sem perigo para uma alimentação contendo leite de vaca, quer directamente, quer com escala por um alimento-medicamento.

MENESES.

A xantocromia fisiológica do liquido céfalo-raquidiano. Investigações nos recém-nascidos. (*La xanthochromie*, etc.), por J. P. GARRAHAN. — *Revue Française de Pédiatrie*. Tômoo IV, n.º 4. Agosto de 1928. Págs. 483-505.

A xantocromia do liquido céfalo-raquidiano é fisiológica no recém-nascido. Em 117 liquidos de crianças de 9 a 10 dias, apenas 20 tinham aspecto cristal de rocha.

A intensidade da côr amarela aumenta em geral nos primeiros dias e começa a diminuir na segunda semana. A presença de hematias, mesmo numerosos, é normal no líquido céfalo-raquidiano do recém-nascido.

Das investigações do A. não parece evidente a influência do traumatismo do parto na produção da xantocromia estudada neste trabalho. A côr amarela do líquido parece ser devida à bilirubina, dando a reacção indirecta de VAN DER BERGH um resultado quasi sempre positivo, e tendo todos os recém-nascidos ictericos um liquido amarelado.

Esta xantocromia, cuja génesis não está ainda bem esclarecida, não tem valor no diagnóstico da hemorragia meníngea do recém-nascido, e isso é que é importante saber-se.

MENESES.

A auto-hemoterapia na diátese exsudativa. (*La autohemoterapia, etc.*), por J. A. ALONSO MUÑOYERRO. — *Archivos Españoles de Pediatría*. Ano XII-1928. N.º 9. Págs. 610-617.

São de todos conhecidas as applicações da auto-hemoterapia nas afecções cutâneas dos adultos. Não há discussão possível sobre o efeito magnífico que se obtém com êste processo terapêutico na furunculose e nas doenças estafilocócicas da pele. Todos temos sido testemunhas da cura de casos rebeldes de furunculos múltiplos, e às vezes de antrazes, que se tinham mostrado rebeldes a todo outro tratamento e que cederam dum modo definitivo a algumas injeções subcutâneas de 5 ou 10 c. c. de sangue.

A dificuldade técnica de extrair sangue às crianças fez com que êste processo da auto-hemoterapia não se tenha empregado na clínica pediátrica. Um trabalho de MAZZEO (1925), referindo 11 casos de auto-hemoterapia nas manifestações eczematosas da diátese exsudativa, demonstra que um novo recurso terapêutico permite tratar êsses eczemas desesperantes.

Se obedecem a uma diátese constitucional exsudativa, é inútil conformar-se com o tratamento local se se não modifica ao mesmo tempo a alimentação, e, em certos casos, basta êste tratamento dietético para obter o êxito. Quantas vezes a simples mudança da alimentação artificial para o peito é bastante para que desapareçam por completo as manifestações.

Há que reduzir as gorduras em toda a alimentação das crianças diatésicas, por ser êsse o alimento cujo metabolismo está alterado.

A técnica da auto-hemoterapia nas crianças está dificultada pela maneira de extrair o sangue, sobretudo das crianças muito pequenas.

Diversos AA. falam com uma facilidade talvez demasiada na possibilidade de puncionar as veias do sangradouro ou as do coiro cabeludo, o que não é possível pela pequenez da veia e pela falta das veias pericrânicas sufficientemente dilatadas, como só estão nos raquíticos e nos heredo-sifilíticos.

A jugular externa é a que mais acessível está, mas tem o inconveniente de ser muito móvel e pequena, e ora se deprime ora se dilata com o choro da criança.

Quando não é possível tentá-lo temos de recorrer ao seio longitudinal superior na fontanela posterior, se existe, ou em último caso na bragmática.

Com muita assepsia, nenhuma precipitação nem receio, obtém-se sempre sangue, sem prejuízo para a criança.

O A. comprovou-o em milhares de casos, e apresenta 9 casos bem observados de auto-hemoterapia em crianças com diátese exsudativa

Quanto à maneira de interpretar a verdadeira acção da auto-hemoterapia, é difícil chegar a uma explicação satisfatória. O sangue é vector de todos os anticorpos defensores do nosso organismo. Quando se injecta subcutânea ou intramuscularmente, levamos a estes tecidos directamente todas estas defesas, aumentando o poder bactericida dos mesmos e estimulando a produção maciça de novos elementos defensivos. Além disto, os órgãos hematopoiéticos são também excitados pelo sangue injectado, respondendo-lhe a fórmula sanguínea no sentido da elevação do número de hemátias e leucócitos (sobretudo linfócitos).

A maioria dos AA. aceitam a idea de que a auto-hemoterapia actua como uma proteinoterapia.

Widal pensa que haja uma acção coloidal curativa do sangue injectado sobre o que anda em circulação.

A hipótese de Tenckoff é que a hemoterapia deve a sua acção curativa à faculdade estimulante sobre o sistema simpático.

Como resumo das teorias da acção da auto-hemoterapia, pode dizer-se que no seu mecanismo entram em jôgo muitos factores, e seja por proteinoterapia não especifica ou por excitações sobre o sistema simpático, o facto é que se produzem estímulos que dão lugar a modificações humorais fisico-químicas que favorecem os meios da defesa orgânica, e com êles a cura das lesões.

O A. em alguns casos empregou conjuntamente a auto-hemoterapia e a hemoterapia com o sangue da mãe

MENESES

O tratamento precoce das paralisias obstétricas do braço. (*Le traitement*, etc.), por PARISEL (Paris). — *La Pédiatrie Pratique*. N.º 3. Março de 1928.

As lesões que se podem apresentar no recém-nascido, na região do ombro, depois dum parto distócico, são de natureza diversa e o diagnóstico preciso do traumatismo obstétrico é frequentemente muito difícil. Na maior parte das vezes faltam dados sobre as operações executadas durante o parto e a radiografia não nos permite afirmar a existência de um descolamento epifisário da extremidade superior do húmero ou de uma fractura.

Três teorias se podem invocar para explicar a patogenia das paralisias obstétricas: lesão do plexo braquial, lesão articular e lesão da extremidade superior do húmero, as quais dão origem a quatro tipos diversos de impotências funcionais, descritas por FRÜHLICH (1919) e outros:

Paralisia total, no momento do nascimento, terminando ou pela cura ou com o ombro pendente; contractura dos músculos rotadores internos do ombro com descolamento variável da cabeça humeral; anquiloses parciais ou totais da cabeça do húmero; encurtamento do braço com limitação dos movimentos do ombro.

O A. estuda os casos nos quais não se encontra equimose tardia ou deformidade da região epifisária que permitam diagnosticar o descolamento da epífise, mas apenas uma ligeira paresia ou uma leve contractura.

Estes casos são os mais frequentes; estudando-os, mostram-nos as lesões irremediáveis da paralisia obstétrica que necessitam, mais ou menos tarde, operações ortopédicas paliativas.

O clínico deve intentar reconstituir, quanto possível, as manobras e as tracções que o membro deve ter sofrido durante o parto. A presença dum hematoma do esterno-cleido-mastoídeo pode ser a causa da paralisia do plexo braquial, e outras lesões vasculares profundas podem também provocar esta paralisia, a tracção e a rotação do braço podem levar ao descolamento epifisário da extremidade superior do húmero, e os grandes descolamentos epifisários com afastamento originam mais tarde um atraso de desenvolvimento com encurtamento do braço.

Qualquer que seja a forma da lesão, o sintoma predominante é a imobilidade do braço e do antebraço, que estão unidos ao corpo por abdução; a criança sente amiudadas vezes uma dor mais ou menos viva ao mover o braço. A abdução e a rotação interna acentuam-se durante a primeira semana, e, passados uns dez dias, a deformidade instala-se e com ela a contractura.

No descolamento epifisário a epífise é levada à rotação extrema pelos músculos que se inserem na tuberosidade; a diafise, pelo contrario é atraída pelos músculos rotadores internos. Produz-se também uma separação dos fragmentos e, se se não tem cuidado, a consolidação viciosa torna-se definitiva. A consequência é a rotação interna e permanente do braço com diminuição da abdução e elevação do membro.

Estas considerações anatómicas têm uma grande importância debaixo do ponto de vista do tratamento, porque é preciso impedir a rotação interna. Quer a lesão seja óssea ou nervosa, o tratamento será sempre o mesmo, devendo porém ser precocemente instituído. Depois de se ter submetido o braço a uma distorsão, devemos pô-lo em supinação forçada, em abdução e extensão, mantendo-o, em relação ao corpo, num ângulo de 90°. Um aparelho gessado, partindo da extremidade dos dedos e compreendendo todo o tórax, pode fixar esta atitude

O A. tratou, alguns meses antes, por êste método um recém-nascido cujo braço paralisado apresentava a attitude característica: rotação interna, supinação e braço unido ao corpo, caindo inerte ao tentar levantá-lo. O aparelho gessado, bem suportado pela criança, devia ser trazido durante três semanas, pôsto que os pais o tivessem tirado ao fim de quinze dias. A cura foi, porém, completa.

N. do R. — A nós também êste método nos deu cura completa em três casos de paralisias obstétricas.

É certo que há paralisias obstétricas que se curam sem tratamento algum. Porém, como é impossível na prática averiguar a natureza do traumatismo que causou a lesão, não se pode precisar se se trata de uma simples distensão nervosa susceptível de se curar espontaneamente ou de uma lesão

mais extensa, capaz de levar a impotências e deformidades irremediáveis. O tratamento que acaba de ser descrito deve ser aplicado em todos os casos de paralisia obstétrica, logo após o nascimento. A posição em abdução e rotação externa é muito favorável à cura espontânea das lesões do plexo braquial, e é a ideal, evitando lesões nervosas, para o descolamento epifisário e para a torsão do braço.

MENESES.

Resultados do tratamento dessensibilizador da febre do feno. (*Erfahrungen über die dessensibilisierenden Behandlung des Heufibers*), por H. PETOW e F. LOEB. — *Klinische Woch.*, n.º 21. 1929.

Baseados nas experiências de três anos os AA. afirmam que o tratamento específico da febre dos fenos com extracto de pólen cura ou melhora cêrca de 65 % dos casos tratados.

F. FONSECA.

Sobre a acção da alcalose experimental nas trocas gasosas do homem. (*Über die Wirkung experimenteller Alkalose auf den Gaswechsel beim Menschen*), por O. WUTH. — *Klinische Woch.*, n.º 21. 1929.

A ingestão de 50 gr. de bicarbonato de sódio dissolvido em água determinou num homem saudável de 17 anos um desvio da reacção do organismo no sentido da alcalinidade e simultaneamente uma subida do metabolismo basal de — 3 a + 14.

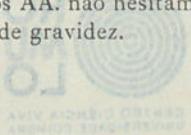
F. FONSECA.

Experiências sobre o diagnóstico da gravidez pela urina segundo Zondek e Ascheim. (*Untersuchungen über die Schwangerschaftsdiagnose aus dem Harn nach Zondek e Ascheim*), por F. WERMETER e E. SCHULZE. — *Klinische Woch.*, n.º 21. 1929.

As investigações dos AA. foram feitas segundo o método original de Zondek e Ascheim.

Em 51 casos de gravidez normal a reacção foi positiva 50 vezes. Em 18 casos de gravidez com cinco a seis semanas a reacção foi sempre positiva; num dos casos a reacção conservou-se negativa até o 40.º dia e depois positiva a partir do 46.º Em 16 casos entre a 7.ª e 8.ª semanas a reacção foi sempre positiva. Em 17 casos de gravidez entre o terceiro e décimo mês a reacção foi positiva 16 vezes; o caso negativo é considerado pelos AA. como erro da experiência, visto durante esta última terem morrido dois dos cinco ratos empregados no decurso da experimentação.

Nos restantes casos em que os AA. empregaram a prova (interrupção da gravidez por morte do feto, aborto e amenorreia) os resultados obtidos são de tal forma satisfatórios que os AA. não hesitam em aconselhar o seu emprego em todos os casos suspeitos de gravidez.



Em 8 casos de amenorreia não gravídica a reacção foi sempre negativa, reaparecendo mais tarde a menstruação em todos êles.

F. FONSECA.

Pesquisas sôbre as funções do estômago nas doenças do coração e rins. (*Untersuchungen über die Funktionen des Magens bei Herz-und Nierenkrankheiten*), por J. FLIEDERBAMN e N. PIANKO. — *Klinische Woch.*, n.º 23. 1929.

Nas doenças do coração e rins que decorrem sem edema e sem uremia as funções gástricas são normais.

Na insuficiência renal com uremia elevada observa-se muitas vezes uma aumentada excreção de ureia pelo estômago.

Nos edemas cardíacos e renais diminui a secreção gástrica bem como os cloretos e acidez. Está também retardada nestes casos a eliminação do vermelho neutro administrado por injeção intramuscular.

Nos edemas provenientes de causa local não se verifica nenhuma dessas alterações.

As modificações da função gástrica não dependem da intensidade da lesão cardíaca ou renal. Seguem paralelamente à predisposição ao edema da pele (medido pelo tempo da pápula dérmica), à secura da boca e à oligúmia e, por vezes podem preceder a formação de edemas.

F. FONSECA.



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Sóbre o «mercantilismo da nossa profissão»

Há pouco, o Ministro das Finanças, a propósito do aumento das contribuições, escreveu que a *nossa profissão está no geral bastante mercantilizada*.

De todas as associações de classe que souberam responder ao Ministro das Finanças, em nome da classe médica, distinguuiu-se, pela sua representação, a Associação Médica Lusitana num documento cheio de nobreza, altivo e justo. O Pôrto só sabe responder assim.

Transcrevemos dêsse documento :

«Câmara Pestana e Godinho de Faria, que perderam a vida no combate à peste no Pôrto, Roberto Frias, Sousa Garcez, Guedes da Silva e outros, feridos de morte pelo tifo exantemático, eram mercantilistas?...

Aqueles (e tantos foram!) que morreram no combate à terrível pneumónica (alguns dos quais deixaram a família na miséria, sem que o Estado jamais lhes concedesse uma pensão) foram também mercantilistas?...

Mais um médico, que é abatido agora pela epidemia de Vagos, a aumentar o rol do já longo martirologio da nossa profissão. E, entretanto, porque *uns poucos a industrializaram*, vá de dizer que a eito ela está mercantilizada.

Trousseau, na sua primeira lição da *Clinique Médicale de l'Hotel Dieu de Paris*, dirigia-se desta sorte aos futuros médicos :

«À vous ce noble héritage, messieurs; mais pour le recueillir, il vous faudra de pénibles labeurs. Jeunes encore, et lorsque vous faites vos premières armes, les hôpitaux et les cliniques; les cliniques et les hôpitaux, lorsque vous en saurez d'avantage; les hôpitaux et les cliniques, quand vous aurez acquis toutes les notions scientifiques que nous exigeons dans vos actes probatoires. Ainsi vous arrivez à la pratique de votre art, sachant et capables de produire pour vous mêmes: alors aussi commence pour vous ce sacerdoce que vous honorerez et qui vous honorerá; alors commence cette carrière de sacrifices, dans laquelle vos jours, vos nuits sont désormais le patrimoine des malades. Il faut vous résigner à semer en dévouement ce qu'on recueille si souvent en ingratitude; il faut renoncer aux douces joies de la famille, au repos si cher après la fatigue d'une vie laborieuse; il faut savoir affronter les dégoûts, les déboires, les dangers; il faut ne pas reculer devant la mort, quand elle vous menace; car la mort conquise au milieu des périls de notre profession fera prononcer votre nom avec respect».

Foi a esta profissão, a mais nobre das profissões, que denominaram mercantil. É preciso, de feito, consoante preceituava Trousseau, que o médico se resigne a dar em dedicação aquilo que êle recebe em ingratição.

E. C.

Faculdades de Medicina

Do Porto

No dia 21 do mês passado foram solenemente entregues à Faculdade de Medicina as insígnias de grande oficial da Ordem de Santiago da Espada com que recentemente fôra agraciada. As insígnias haviam sido adquiridas por subscrição entre os sócios da Associação Médica Lusitana.

— Reünio-se no dia 21 de Maio o Conselho Escolar da Faculdade de Medicina, tendo sido resolvido: encarregar o Prof. Lopes Martins de representar a Faculdade no VII Centenário da criação da Universidade de Toulouse e nos «Dias Médicos» de Paris; officiar às instâncias superiores pedindo verba para se fazer representar no II Congresso Internacional do Impaludismo, de Argel; receber no mês de Junho o Dr. Raumberg, de Madrid, que fará uma conferência no Instituto de Medicina sobre um novo processo de conservação de cadáveres; fazer seguir, ainda que com mágoa, o officio do Prof. Tiago de Almeida pedindo a sua jubilação.

— Depois de terem prestado provas de concurso para o lugar de professor auxiliar de medicina interna, foram aprovados em mérito absoluto os três candidatos Drs. Cerqueira Gomes, Celestino Maia e Aureliano Pessegueiro e, em mérito relativo, preferido êste último.

— O Prof. Hermano Bastos Monteiro foi nomeado bibliotecário da Faculdade de Medicina e o Prof. Joaquim Alberto Pires de Lima secretário da mesma Faculdade.

De Coimbra

Em reunião do Conselho da Faculdade procedeu-se à eleição do novo director. O resultado da votação foi o seguinte: Prof. João Duarte de Oliveira, 13 votos; Prof. Álvaro Fernando de Novais e Sousa, 9 votos, e Prof. Feliciano da Cunha Guimarães, 8 votos.

Por proposta do Prof. Adelino Vieira de Campos, o Conselho resolveu manifestar o seu reconhecimento ao Prof. Fernando de Almeida Ribeiro, pela maneira como tem dirigido a Faculdade.

De Lisboa

Os Profs. Egas Moniz e Adelino Padesca foram nomeados, respectivamente, director e secretário da Faculdade de Medicina.

— Foi nomeado assistente da cadeira de oftalmologia o Dr. Luis Cordes da Fonte.

Os Profs. Lopo de Carvalho e Ferreira de Mira vão ao estrangeiro em missão de estudo, para o que foram devidamente autorizados.

— O *Diário do Governo* publicou a exoneração que o Dr. Aires Montenegro pediu do lugar de assistente da cadeira de patologia e terapêutica cirúrgicas.

*

* * *

Hospitais Cívicos de Lisboa

Ficou classificado em primeiro lugar no concurso para a vaga de assistente de pediatria médica o Dr. Manuel Cordeiro Ferreira.

— Está aberto concurso de provas documentais e práticas para o provimento dos lugares de assistentes da especialidade de dermatologia, sifilografia e doenças venéreas, da especialidade de rino-laringologia e da especialidade de urologia.

— O Dr. Brás de Jesus Nogueira foi nomeado assistente do serviço de fisioterapia dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

*

* * *

Sociedade das Ciências Médicas

Na sessão do dia 17 de Maio, o Dr. Manuel Vicente Moreira apresentou as suas notas de uma viagem de estudos obstétricos, das quais nos enviou o seguinte resumo:

«Sob este título realizou na Sociedade de Ciências Médicas o Dr. Manuel Vicente Moreira uma comunicação (1.ª de uma série) na qual se referiu ao ensino médico e a alguns factos e doutrinas clínicas. Começou por salientar a importância que em todas as épocas e em todos os povos se tem atribuído às viagens. Citou, entre outros, os exemplos da Espanha e do Japão, nação que só concede a cátedra a quem tenha feito um estágio de mais de um ano no estrangeiro. Com tristeza mencionou a ironia do director da Cidade Universitária de Paris, o qual lhe disse esperar um bemfeitor português que contribuisse para a Casa dos Estudantes de Portugal. É lastimável, exclamou, que não se antolhe alguém com esse rasgo na terra que, em melhores tempos, foi representada pelos Gouveias no Colégio de Santa Bárbara em Paris e que, sempre que tem realizado progressos, a esse processo tem recorrido. É que por ele origina-se uma auto-crítica útil a novo labor. Foi assim que D. Sancho I enviou cónegos da Sé de Coimbra e Pina Manique médicos ao estrangeiro a fim de se especializarem. Injustiça seria esquecer o nome do conselheiro João Franco, o qual estabeleceu a dotação anual de 100 contos para as bolsas de estudo.

Estão pois de acôrdo a boa tradição portuguesa e a mais moderna orientação pedagógica,

Entrando no assunto da sua conferência, dividiu o ensino médico em três tipos: o francês, essencialmente clínico; o tipo universitário alemão e o lucrativo americano. Estudou os dois primeiros, personificando-os respectivamente no grande clínico professor Cauvelaire de Paris, de quem foi assistente, e no professor Schickelê de Strasbourg, um dos maiores investigadores da obstetria moderna, em cujo Serviço trabalhou. Depois de os apresentar na intimidade fez a comparação dos dois ensinos e do nosso.

Resumiu o capítulo referente ao ensino nas seguintes aspirações:

1.º Que a obstetria seja cursada no mesmo tempo que lá fora, isto é, em 15 meses e não num ano, como hoje sucede. A reforma do Dr. R. Jorge alargando o ensino para seis anos fornece oportunidade para êste aumento de três meses, ficando ainda assim sendo menos longo que o de histologia, o qual não deve todavia ser reduzido.

2.º Que o curso de parteiras se transforme numa escola com internato, à semelhança do que se faz em todos os países civilizados e é realizável sem grande aumento de despesa.

3.º Que se funde uma escola de puericultura para médicos, parteiras e enfermeiras, da qual deverão irradiar os especialistas, que ensinarão a puericultura desde as escolas primárias, como em França, Bélgica, etc.

4.º Que na futura maternidade a ginecologia e a pediatria fiquem mais intimamente relacionadas que na actualidade, embora cada uma continue a constituir uma cadeira autónoma, pois no ponto de vista didático não há tempo para tudo explicar, sendo indispensável manter a divisão do trabalho.

5.º Que só possuam direito ao título de especialistas os que adquirirem a requerida preparação, adoptando ou o critério de Roger, que quer dizer, licenças especiais, ou o de Leviche.

6.º Que o sistema alemão dos assistentes e o processo francês de internos existam simultaneamente, porquanto o primeiro é superior para o ensino e o segundo formará práticos.

7.º Que seja abolida a tese e os concursos franceses para a ascensão ao professorado, devendo reabilitar-se os *curriculum vitae* alemães, tão deturpados entre nós, mas por onde se pode avaliar a preparação que não se improvisa.

8.º Que cesse a incoerência de a histo-fisiologia possuir, e muito bem, três primeiros assistentes, ao passo que a ginecologia e obstetria têm apenas um, ao contrário do que sucede no estrangeiro; que o seu número seja equivalente.

9.º Que se faça sentir respeitosamente aos poderes públicos a mágoa pela redução das dotações de ensino, visto que não só os modernos processos didáticos são múltiplos e dispendiosos, mas ainda porque os honorários do professorado devem ser elevados, já para corresponderem à sua alta missão hierárquica, já para estimularem a actividade dos jovens a interessarem-se pela ciência.

10.º Que os vencimentos dos professores das cadeiras laboratoriais sejam superiores aos dos professores das cadeiras clínicas.

11.º Que o Governo actual tenha a coragem de decretar autonomia e liberdade de ensino, sem temer o apêdo de reaccionário, pois bemdita deve

ser a reacção contra o êrro, que neste caso é o monopólio de ensino pelo Estado.

A concorrência originará um estímulo causa de futuro trabalho científico».

— Na sessão seguinte o Dr. Silva Carvalho comunicou que se estavam organizando os «Dias Médicos» a realizar em Évora e Faro.

O Dr. Joaquim Fontes fez, depois, duas communicações : uma sôbre «Contribuições para o estudo das causas que desencandeiam o trabalho do parto», e outra, de colaboração com o Dr. Pedro da Cunha, intitulada «Sôbre um caso de operação de Portes e algumas indicações sôbre a mesma operação».

*

* *

Sociedade Portuguesa de Estomatologia

Presidiu à ultima sessão o Dr. Tiago Marques. O Dr. Pereira Varela relatou o caso de um quisto no maxilar superior, que já fôra apresentado na anterior sessão, e cujo diagnóstico teve plena confirmação no acto operatório.

O Dr. Tiago Marques apresentou um caso de ósteo-mielite do maxilar superior numa criança de cinco anos.

Pelo Dr. Ferreira da Costa foi feito o resumo da applicação dos princípios do cimento armado na reparação dos ângulos dos dentes.

*

* *

Instituto Rocha Cabral

Neste Instituto está-se realizando uma série de conferências de divulgação scientifica. As conferências já efectuadas são as seguintes : uma do Prof. Celestino da Costa sôbre «correlações fisiológicas», uma do Dr. Luiz Simões Raposo sôbre «o problema do cancro», e uma do Dr. Joaquim Fontes sôbre «a fisiologia das supra-renais».

*

* *

Universidade Popular Portuguesa

A Universidade Popular Portuguesa organizou uma série de conferências sôbre assuntos de hygiene e assistência social,

No dia 14 de Maio o Prof. Lopo de Carvalho fez uma das conferências da série, intitulada : «A tuberculose em Portugal. Luta social contra a tuberculose».

Congressos

O Prof. Elísio de Moura foi encarregado de representar a Faculdade de Medicina de Coimbra no Congresso dos Médicos Neurologistas e Alienistas, em Barcelona.

Como representante da Faculdade de Medicina de Lisboa, o Prof. Henrique de Vilhena foi a Barcelona, ao Congresso Luso-Espanhol para o Avanço das Ciências. Este professor, durante o seu estadió naquela cidade, tratará da fundação duma Sociedade de Anatomia Luso-Hispano-Americana.

A Faculdade de Medicina de Coimbra faz-se representar no mesmo Congresso pelo Prof. Costa Lôbo.

Saúde Pública

O Dr. Samuel Maia foi convidado para assumir a direcção dos serviços de propaganda de sanidade e hygiene dependentes da Direcção Geral de Saúde.

— Tomou posse do cargo de sub-inspector do distrito de Coimbra o Dr. Freitas Costa.

Prof. Magalhães de Lemos

O Conselho Médico-Legal do Pôrto resolveu prestar homenagem ao Prof. Magalhães de Lemos pelo facto de ter sido atingido pelo decreto do limite de idade.

Prof. Egas Moniz

O Prof. Egas Moniz foi a Paris fazer algumas communicações scientificas à Sociedade de Neurologia.



Prof. Zeferino Falcão

Na Academia das Ciências realizou-se uma sessão em que foi feito o elogio do falecido académico Prof. Zeferino Falcão pelo Prof. Magalhães de Lemos. Finda a oração dêste professor seguiu-se a apreciação das suas qualidades feita por outro académico, o Prof. Egas Moniz.



Prof. Moreira Junior

O Prof. Moreira Júnior foi nomeado presidente do Conselho Médico-Legal do Instituto de Medicina Legal de Lisboa.



Ronald Ross

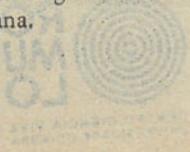
Lançou-se um apêlo à nação inglesa para que esta subscrevesse com 50,000 libras para premiar a vida de trabalho do médico e investigador científico Ronald Ross, descobridor da transmissão do paludismo pelo Anopheles.



Dr. José Domingos de Oliveira

No dia 26 de Maio inaugurou-se em Leça de Palmeira um monumento à memória do falecido clínico Dr. José Domingues de Oliveira. O monumento foi mandado erigir por subscrição pública entre o povo do concelho de Matosinhos.

Associaram-se à homenagem a Faculdade de Medicina do Pôrto e a Associação Médica Lusitana.





Médicos escolares

O Dr. José Antonio de Almeida Júnior foi nomeado provisoriamente médico escolar do Liceu de Martins Sarmiento, e o Dr. Raúl Guilherme da Silva Viana foi nomeado médico escolar das escolas primárias do 3.º bairro de Lisboa.



Radiologistas militares

Aos médicos militares milicianos radiologistas que estejam prestando serviços da sua especialidade são concedidos os mesmos direitos e regalias dos oficiais do quadro permanente.



Médicos militares

Foi publicado um decreto estabelecendo que no dia 1 de Outubro se realize a abertura anual do concurso para preenchimento das vagas que venham a dar-se durante um ano no quadro dos oficiais médicos.

As provas do concurso constarão de uma parte prática, operação em cadáver, e outra de observação de dois doentes tirados à sorte, um do fôro médico, outro cirúrgico.

Os candidatos, depois de aprovados, sujeitar-se hão a um tirocínio de nove meses de duração no Hospital Militar Principal, a fim de receberem variados conhecimentos militares.



Necrologia

Faleceram : na Figueira da Foz, o Dr. José dos Santos Pereira Jardim; em Lisboa, o Dr. Francisco Garcia Pulido, e em Nisa, o Dr. Henrique Miguéis.



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 colágenos
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: $\frac{1}{2}$ dose

Depósito Ceral, 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

A MUSCULOSINA BYLA, VITAMINADA

SUCO MUSCULAR DO BOI, CONCENTRADO, INALTERÁVEL

FORÇA, DA SAUDE

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 diarreicas, isto é, na maior parte dos casos de dispepsia aguda ou crónica, perturbações do leite, d'atrofia ou diarreia 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