



# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

## DIRECÇÃO

PROFESSORES

*Custódio Cabeça, Belo Moraes, Egas Moniz,  
Lopo de Carvalho, Pulido Valente, Adelino Padêsa,  
Henrique Parreira, Carlos de Melo,  
António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

*Eduardo Coelho*

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA  
LISBOA



# FLUOTHYMINA

Com base de Fluoroformio e Thymina

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

**COQUELUCHE E TOSSE REBELDE**

Pede-se literatura dos agentes para Portugal e Colonias

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> — R. Nova da Trindade, 9, 1.<sup>a</sup> - LISBOA

## Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

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

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

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

Muitos Strophantus são inertes, as tinturas são infieis; 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 — v. PHARMACIAS.

# RICINOSAL

OLEO DE RICINO EM PÓ EFERVESCENTE

Purgante eficaz e muito

\* agradável de tomar \*

Verdadeiro substituto do

\* oleo de ricino vulgar \*

|| INDICADO PARA ||

**CRIANÇAS \* GRÁVIDAS \* PUÉRPERAS**

PREPARAÇÃO DE M. GIMENEZ - SALINAS

CALLE ARZOBISPO P. CLARET, 21 Y 23 — BARCELON

PARA AMOSTRAS DIRIGIR-SE AOS REPRESENTANTES:

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> — RUA NOVA DA TRINDADE

LISBOA

Sala B

Est. 9

Tab. 1

N.º 29



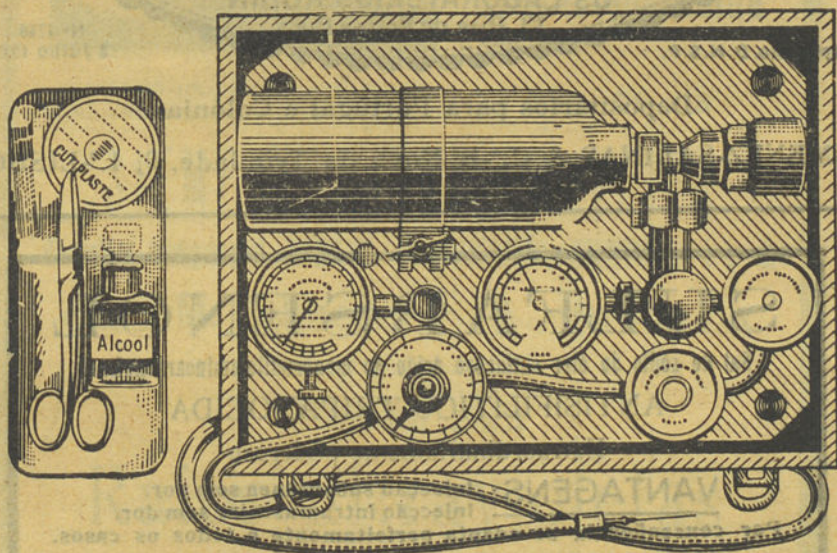
# OXIGENADOR DO DR. LESIEUR

DA

## S. T É OXIGETT

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

É SIMPLES, ECONOMICO e PORTATIL



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

Pedir todos os esclarecimentos e demonstrações aos representantes e depositarios

# DAVITA, L.<sup>DA</sup>

Rua Eugenio dos Santos, 81

LISBOA



BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

# BISMUTHOIDOL

## "ROBIN"

Doenças ocasionadas pelos protozoarios  
Syphilis.

OS LABORATORIOS ROBIN  
13, Rue de Poissy, PARIS

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

N.º 4748  
8 Julho 1993

Depositários para Portugal e Colónias :

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>-R Nova da Trindade, 9, 1.º-LISBOA

## SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

**VANTAGENS:** Injecção subcutânea sem dor.

Injecção intramuscular sem dor.

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

**TOXICIDADE** consideravelmente inferior

à dos 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.

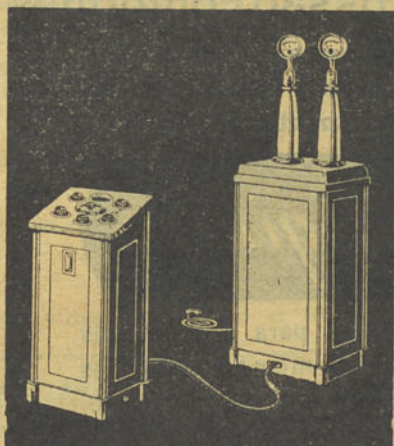
Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVIe)

DEPOSITARIOS  
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.<sup>a</sup>, L.<sup>da</sup> 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.<sup>da</sup>, Engenheiros, RUA DOS FANQUEIROS, 334-LISBOA



## Todos os parteiros são conformes

em assegurarem que uma rápida e fácil  
convalescença estará em completa har-  
monia entre a mãe expectante e a ama

*Antiphlogistine*  
TRADE MARK

E' um esplendido auxiliar para a ama, pois  
mitiga e alivia praticamente todas as  
inflamações que aparecem depois do parto.

*ANTIPHLOGISTINE* é dum valor sem igual para as  
seguintes e ainda muitas outras moléstias:

**Fendas nos bicos do peito :- Tumores no peito :- Abscessos  
no peito :- Hemorroidal :- Retenção de urinas  
Vulvites :- Mastitis**

Sempre pronto para uso imediato.

Aplicação fácil



Peçam amostras e prospectos á

**The Denver Chemical MFG. Co., New-York**

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

**ROBINSON, BARDSLEY & Co.**

S, Caes do Sodré, S

LISBOA



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

da fábrica ALLEN &amp; 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  
**Biscoltos** — maltados, para o desmame  
**Farinha** — para diabéticos, etc.

- Oleo de Fig. de Bac.** — com malte (Byhol)  
**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 ÉLITEFolhetos, tabélas e impressos aos Ex.<sup>mos</sup> clínicos**TERMÓMETROS****HICKS****GARANTIDOS****CLÍNICOS**

N.ºs 1, 2, 3 e 17

marca



registada

**GENUÍNOS**

prismáticos, UM ou MEIO MINUTO

**USADOS**pelo 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 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.º Prof. Dr. ERNESTO ROMA  
pela ASSOCIAÇÃO dos DIABÉTICOS  
A de maior venda no país é  
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. (frascunhos de 100 un. ou 10 doses)  
 25 c. c. (frascunhos de 500 un. ou 50 doses)  
**40 UNIDADES POR C. C.**  
 5 c. c. (frascunhos de 200 un. ou 20 doses)  
 a disposição dos srs. clínicos o folheto «Notas Práticas Sobre o Tratamento pela INSULINA».

FABRICANTES UNIDOS:

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

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



# Hãmafopan

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

Antibienorrágico **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.<sup>a</sup>-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\$00

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO: 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

**CIGARROS  
DE ABYSSINIA  
EXIBARD**  
*Sem Opio nem Morphina.*  
Muito eficazes contra a  
**ASTHMA**  
Catarrho — Oppressão  
e todas affecções espasmódicas  
das vias respiratorias.  
35 Anos de Bom Exito. Medalhas Ouro e Prata.

H. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C<sup>o</sup>  
6, Rue Dombasle, 6  
PARIS  
E BOAS PHARMACIAS



# Laboratórios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche

PARIS (França)

Registo comercial: Seine N.º 103 278

## ARHÉOL

 $C^{15} H^{26} O$ 


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

## KOLA ASTIER

GRANULADA



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

## NÉO-RIODINE

 $C^3 H^6 O_4 I S Na$ 

Solução Aquosa de Iodo  
Organico Injectavel



44% de Iodo

ACÇÃO
IMEDIATA
INTENSA

Em injeccões intramusculares e intra-  
venosas.  
Dose: de 1, 2, 3 a 5 cm<sup>3</sup> segundo os casos.

### NÃO PROVOCAM ACCIDENTES DE IODISMO

*Perturbações cardio-vasculares, Arterio-esclerose, Escleroses pulmonares, Affecções 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 &amp; C.ª — Rua Nova da Trindade, 9, 1.º — LISBOA

## RIODINE

 $(C^{18} H^{33} O_3)^3 (IH)^2 C^3 H^5$ 

Derivado organico iodado  
Ether glycerico  
iodado do acido  
ricinoleico.


ACÇÃO
LENTA
PROLONGADA

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





## SUMARIO

### Artigos originaes

<i>A operação de Jacobaeus</i> , por Lopo de Carvalho .....	pág.	405
<i>Papilite e estase papilar</i> , por Borges de Sousa .....	»	426

### Notas clínicas

<i>Breves noções práticas sôbre o tratamento alcalino das úlceras do estômago</i> , por Alberto de Carvalho .....	»	444
---	---	-----

### Sessões científicas do Hospital Escolar

<i>Sessão de 30 de Maio de 1929</i> .....	»	448
---	---	-----

### Bibliografia

<i>Revista dos Jornais de Medicina</i> .....	»	449
<i>Neurologia</i> .....	»	461
<i>O Prof. Ricardo Jorge</i> , por Eduardo Coelho .....	»	LII
<i>Notícias &amp; Informações</i> .....	»	LXXIX

## A OPERAÇÃO DE JACOBÆUS

CONSIDERAÇÕES SÔBRE TRES DOENTES RECENTEMENTE OPERADOS

POR

LOPO DE CARVALHO

Prof. da Fac. de Medicina de Lisboa

Todos os tisiologistas que se ocupam do tratamento da tuberculose pulmonar pelo pneumotorax artificial são unanimes em afirmar que os resultados mais brilhantes se obteem nos casos de colapso pulmonar total. Se a existência de aderências impede a imobilização completa do pulmão, os beneficios colhidos são variáveis, dependendo não só da importância da lesão não colapsada como da localização das zonas ou *tractus* sinfisários. Nestas circunstâncias, os resultados poderão ainda ser apreciáveis se o pneumotorax consegue comprimir a maior parte da região lesional, impelindo-a de encontro à parede costal, como tantas vezes se observa em casos de sínfise pleural extensiva à face posterior ou anterior do torax; serão insignificantes ou nulos quando a implantação das aderências se localiza junto dos focos activos do processo, por forma a impedirem a sua imobilização curativa e a provocarem tracções prejudiciais, que as insuflações consecutivas mais agravam.

Basta uma simples aderência filiforme, que fixe o pulmão à parede torácica e que impeça o colapso de uma caverna, para que o tratamento possa fracassar por completo. É certo que, por vezes, mesmo nestes casos se obtém um êxito terapêutico apreciável nos primeiros meses de tratamento, mas o resultado tardio é, na verdade, desconcertante e desanimador. A seguinte estatís-



tica de GRAVESEN, do Sanatório SAUGMANN em VEJLEFJORD, habitualmente citada em todos os trabalhos que apreciam o problema das aderências pleurais, é absolutamente confirmativo a tal respeito. Refere-se aos resultados tardios do tratamento (3 a 13 anos):

*Pneumotorax sem aderências:*

Aptos para trabalhar.....	70,2 %
Incapazes de trabalhar por tub. ...	2,1 %
Falecidos por tuberculose pulmonar	23,4 %
Falecidos por outras causas .....	2,1 %
Falecidos por causas desconhecidas	2,1 %

*Pneumotorax completos mas com aderências circumscriptas:*

Aptos para trabalhar.....	33,5 %
Falecidos por tuberculose pulmonar	66,7 %

*Pneumotorax incompletos com aderências extensas e difusas:*

Aptos para trabalhar.....	11,1 %
Falecidos por tuberculose pulmonar	86,7 %
Falecidos por outras causas.....	2,2 %

Da sua apreciação resulta, efectivamente, que os resultados obtidos com o pneumotorax dependem essencialmente do grau de imobilidade pulmonar, constituindo a existência de aderências um factor da maior importância na mortalidade futura.

O estudo da sua supressão preocupou, pois, de há muito, o espírito de todos os tisiologistas, que mais praticavam o método de FORLANINI. Ensaaiaram-se de começo as fortes pressões pleurais, a pouco e pouco abandonadas pelos efeitos funestos que criavam, favorecendo o aparecimento de graves empiemas pelas possíveis dilacerações que causavam e, inclusivamente, como mais de uma vez se verificou, a abertura para a pleura de cavidades superficiais do pulmão com a formação consecutiva de fistulas pleuro-pulmonares. Não tardou, portanto, que tal prática caísse em desuso e se abandonasse por completo. Surgiu, entretanto, a idea da supressão sangrenta das aderências, feita através duma toracotomia



limitada. Foram as primeiras tentativas realizadas com pouco êxito por ROWSING e SAUGMANN em 1913; mais tarde outros cirurgiões seguiram o mesmo processo, mas, como os resultados não fossem animadores, caiu o método no esquecimento até que em 1926 PATERNOSTER, de Buenos Ayres, e LEOTTA, de BARI, retomaram o estudo do problema, tendo êste último apresentado ao congresso de Medicina e Cirurgia de PÁDUA, em 1926, oito casos operados, segundo tal técnica, com manifesto êxito.

Antes disso, porém, em 1913, HERVÉ, director do Sanatório des PINS et des ESCALDES, tentara suprimir as aderências pleurais usando o galvanocautério, que introduzia na pleura pela cânula de um trocarte estreito e que guiava sob o écran radioscópico. Foram, todavia, infelizes os ensaios realizados.

Simultaneamente, e ignorando as tentativas de HERVÉ, o Prof. JACOBÆUS de Stockholm, que desde 1910 procedia a estudos de pleuro-endoscopia, aplicando ao homem o laparoscópio ideado em 1902 por KELLING e destinado a experiências em animais, propôs e executou o primeiro corte de aderências da pleura, utilizando para êsse fim um galvano-cautério que dirigia e orientava, a dentro da cavidade, guiado pela toracosopia. O êxito foi completo e, desde essa época, tem sido êsse o processo escolhido para o corte de aderências, apesar da delicadeza e dificuldade da sua execução. Esta intervenção é, por isso, hoje universalmente conhecida pela designação, aliás justificada, de «operação de JACOBÆUS».

E' certo que nem todos os processos sinfisários estão ao seu alcance. Quando as aderências são extensas e numerosas, em ordem a dificultarem o exame toracoscópico, ou quando a sua espessura é notável, o método é praticamente irrealizável. Nessas circunstâncias ter-se há de recorrer à intervenção a céu aberto, proposta por LEOTTA, ou aos processos operatórios indirectos, como a frenicectomia, a pleuropneumolise localizada, a toracoplastia, etc. As primeiras operações de JACOBÆUS feitas em Portugal foram realizadas por mim e pelo meu assistente Dr. Vasco de Lacerda no Hospital de Santa Marta, no decurso do ano corrente. Constituem casos felizes e brilhantes sôbre vários pontos de vista, como poderá reconhecer-se pela apreciação das radiografias e gravuras que acompanham as observações.



\*  
\*   \*  
\*

O instrumental de JACOBÆUS, modificado por UNVERRICHT compõe-se, como mostra a figura 1, dos seguintes elementos:

1.º — Um trocarte de válvula com 20 cm. de comprimento e 0,6 cm. de diâmetro, sendo a válvula destinada a obturar automaticamente a cânula, sempre que se extrai o toracoscópio, em ordem a manter invariável a pressão endotorácica (D). Para a evacuação do líquido pleural ou para reduzir a zero a pressão interna, utiliza-se uma pequena cânula com a qual se provoca a

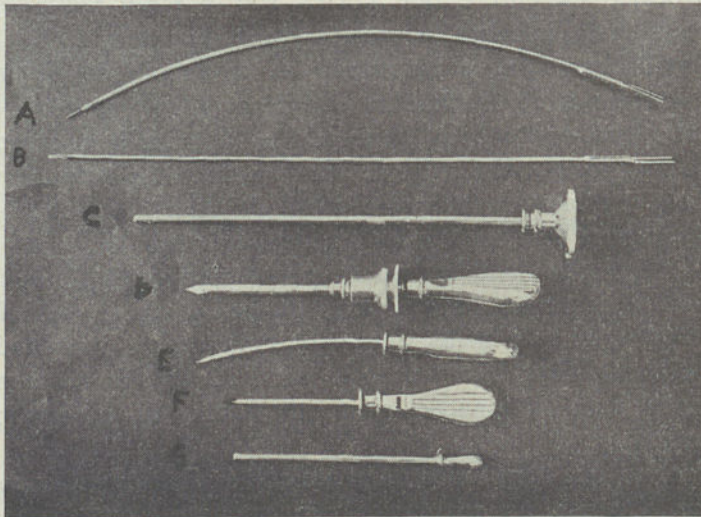


Fig. 1

abertura valvular e, conseqüentemente, a livre comunicação da cavidade pleural com o exterior (G).

2.º — Um toracoscópio com 24 centímetros de comprimento e 0,5 de diâmetro em tudo idêntico a um vulgar cistoscópio, mas sem a curvatura terminal (C).

3.º — Dois trocartes vulgares, um recto, outro curvo, para a introdução das ansas galvânicas (E e F).

4.º — Duas ou mais ansas galvano-cáusticas rectas e curvas, em ordem a serem utilizadas consoante a situação das aderências (A e B).



LISBOA MÉDICA



JUNO

# KLIMAKTON



contra os  
distúrbios do climacterio

**COMPOSIÇÃO:**

3 cg. de substancia ovarica da mais pura (Ovaradeno),  
6 mg. de substancia da thyroideas da mais pura (Thyradeno),  
15 cg. de Bromural e 15 cg. de Calcio-Diuretina.

Tubos com 20 e frascos com 50 drageas.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN SOBRE O RHENO



**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 VIGANTOL 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.<sup>da</sup>

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



5.º — Um reductor de tensão e um transformador para o cauterio, applicáveis à rede eléctrica da iluminação. Com o mesmo fim e para evitar a duplicação d'êste aparelho, por existirem em Lisboa duas modalidades de corrente (contínua, nuns pontos da cidade e alterna noutros), possuímos um acumulador especialmente montado para êsse fim, destinado a fornecer a amperagem precisa para a incandescência do cauterio, e um pequeno reductor de corrente applicável a uma simples pilha sêca, que possui a vol-

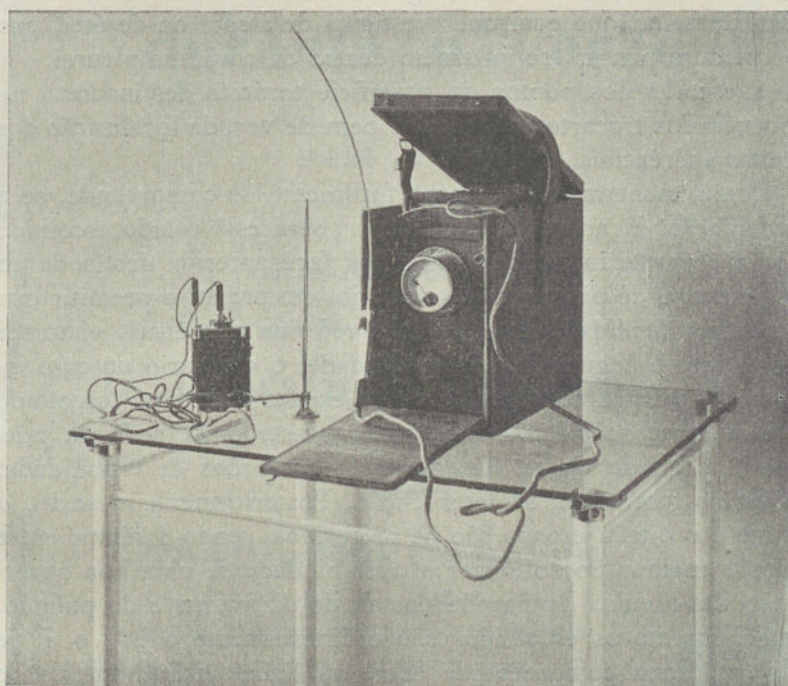


Fig. 2

tagem necessária à iluminação da lampada do torascópio (fig. 2).

A esterilização dos trocartes e da cânula evacuadora é feita em estufa sêca a uma temperatura de 120 a 125º, durante meia hora. A ebulição não é utilizável, porque a mais pequena gotícula de água depositada na superfície interna, da cânula é sufficiente para humedecer a objectiva, tornando a visão menos nítida e obrigando, por consequência, o operador a proceder,



naquele momento, a difíceis manobras de limpeza, sempre longas e desvantajosas. O toracoscópio e as ansas de galvano-cauterização são mergulhadas durante duas horas em álcool desnaturado; em seguida passados por álcool a 96°; depois por éter; finalmente, limpos com uma compressa de gaze esterilizada.

A mais elementar prudência manda que, antes de proceder a qualquer intervenção, se verifique com cuidado o bom funcionamento dos aparelhos eléctricos e, bem assim, o toracoscópio e o galvanocautério, havendo vantagem em tornar êste incandescente, a fim de evitar que quaisquer vestígios de álcool ou de éter, que por ventura possua, se inflamem dentro da cavidade pleural.

A escolha dos pontos da superfície torácica destinados a introdução dos trocartes depende, é bem de ver, da localização dos *tractus* aderenciais.

Duma maneira geral, como facilmente se compreende, se a implantação da aderência é posterior, será êsse o lado escolhido para a observação toracoscópica, e a face anterior destinada ao trocarte que dê passagem ao cautério, em ordem a permitir que com mais facilidade êste atinja a referida aderência, visto ser mais vasto o ângulo da sua mobilidade; o contrário no caso inverso. É sempre conveniente que o espaço intercostal escolhido para a toracoscopia não seja muito afastado da sede da aderência, a fim de vigiar, nas melhores condições de visibilidade, os vários momentos da intervenção. Posteriormente o sexto, o sétimo e o oitavo espaço são os preferidos, sendo o sétimo entre todos o melhor por oferecer a possibilidade de uma boa observação da cúpula, da parede costal, do diafragma e do pulmão. Anteriormente os escolhidos são ordinariamente o 3.º, o 4.º e o 5.º, na zona compreendida entre as linhas axilar anterior e paraesternal. São, na verdade, estes os mais utilizados por se encontrarem com enorme frequência aderências implantadas na vizinhança da 3.ª ou 4.ª costela, com orientação látero-posterior. É certo que a localização superior em direcção à cúpula não deixa igualmente de ser registada em numerosos doentes; nesses casos então a escolha da região interescapular impõe-se como a mais adequada para a introdução do pleuroscópio.

A localização dos pontos da cavidade pleural, onde se encontram implantadas as aderências, está hoje extremamente facilitada pela estereoradiografia. Quando, porém, os serviços hospitalares



LISBOA MEDICA

# DRYCO

(Leite em pó)

○ único alimento que  
**durante o verão**

pode

**sem receio**

ser dado

**às crianças**

pois não provoca, antes evita, os

**desarranjos intestinaes**

---

**The Dry Milk Company**

**15, PARK ROW — NEW-YORK**

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

*Depositarios para Portugal e Colonias*

**GIMENEZ-SALINAS & C.A**

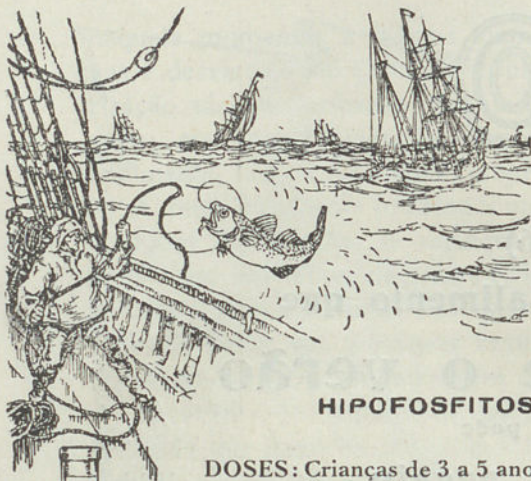
**RUA NOVA DA TRINDADE, 9, 1.º**

**LISBOA**





LISBOA MÉDICA



# GLEFINA

LABORATORIOS ANDRÓMACO, S. A.

Pl. Central de Tibidabo, 3  
BARCELONA

Preparada com:

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

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

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

Tem um sabor agradável. Não produz transtornos digestivos

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

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

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



PILULAS

## OPOBYL

PILULAS

TRATAMENTO FISIOLÓGICO

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

*Prisões de ventre chronicas, Estados hemorrhoideos.*

COMPOSIÇÃO

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

**INSUFFICIENCIAS  
Hepatica e Biliar**

PHARMACODYNAMIA  
*Cholagogo, Reeducador das  
funções entero-hepaticas,  
Descongestivo do figado  
e das intestinos.*

MODO DE EMPREGO Uma a duas pilulas por dia, após as refeições.

Amostras gratuitas, a um simples pedido endereçado aos:

Laboratorios A. BAILLY 13 et 17, Rue de Rome, PARIS (8<sup>o</sup>)



não possuem instalações desta ordem, pode-se ainda fixar com relativa segurança a sua sede provável, utilizando duas radiografias, uma feita na direcção antero-posterior e outra na direcção inversa; a maior ou menor nitidez da aderência, conjugada com a extensão e largura que apresenta num e noutro film, permitirá então deduzir em determinados casos a orientação que na realidade possui. A êste critério radiológico poderam adicionar-se-lhe, como elementos complementares, os dados colhidos pelo exame

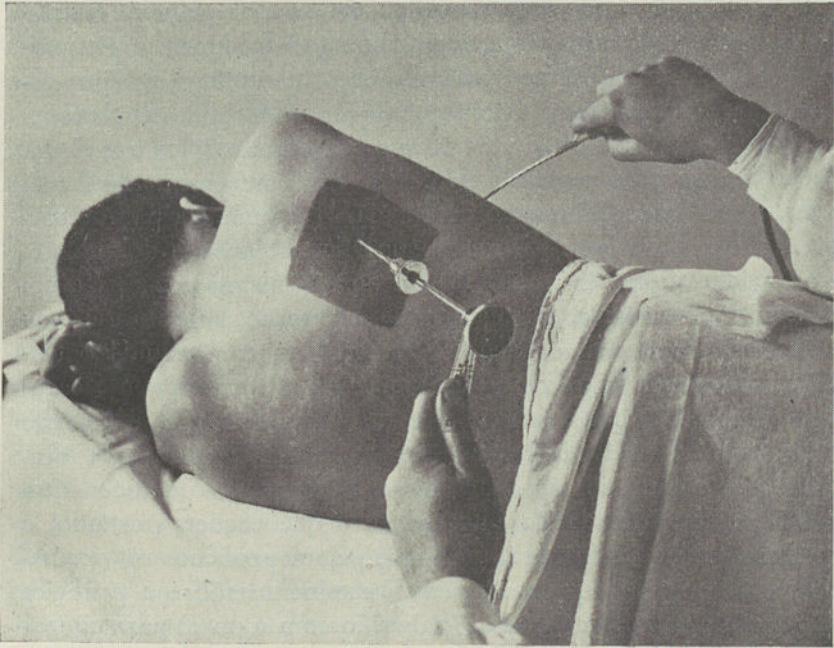


Fig. 3

clínico, no que respeita à observação do frémito vocal, táctil e auscultado, e à persistência de pequenas zonas limitadas onde o murmúrio normal ou alterado continue a persistir. Nenhuma destas normas permite, no entanto, igualar o grau de segurança e clareza que a radiografia esteriográfica é susceptível de fornecer.

A técnica operatória, parecendo difícil e perigosa, é, na realidade, relativamente fácil e isenta de perigos, desde que se estu-



dem os doentes com cuidado e se executem os primeiros ensaios sob a orientação de quem esteja familiarizado com o método.

O doente deita-se na mesa operatória sobre o lado sã (fig. 3), sendo-lhe previamente colocada na região axilar uma pequena almofada cilíndrica. O braço do lado da intervenção é repuchado para deante e para cima por um enfermeiro e mantido nessa posição durante todo o acto operatório, em ordem a alargar o mais possível os espaços intercostaes e a facilitar, portanto, a anestesia e a introdução dos trocartes. Praticada a anestesia local com uma solução de novocaina-adrenalina, faz-se uma pequena incisão na pele e crava-se o trocarte; seguidamente introduz-se o pleuroscópio, tendo previamente o cuidado de o mergulhar em água esterilizada quente, para evitar que o vapor de água existente na cavidade pleural se precipite sobre a objectiva e dificulte a visão. Feita a inspecção sumária da cavidade, com serenidade e método, passa-se á observação detalhada da cúpula, da parede costal, da região diafragmática e da superfície colapsada do pulmão, em ordem a colhêr todos os elementos necessários para um exacto conhecimento da localização, direcção, aspecto e espessura das aderências existentes. Introduce-se em seguida o trocarte destinado ao galvano-cautério, no ponto previamente escolhido ou noutro que o exame directo da cavidade tenha indicado como mais favorável. Proceder-se, finalmente, guiado pelo torascópio, á cauterização das diversas aderências, o que constitui a fase mais delicada da intervenção e que requer, portanto, o máximo cuidado e firmeza, para que sejam proficuos os resultados a obter. Conduzida a ansa directamente sobre a primeira aderência a ressecar, palpa-se (palpação com a ansa) para ajuizar da sua consistência, elasticidade e poder de tração. Fecha-se em seguida o circuito e inicia-se o corte. Se as aderências são filiformes, a cauterização é fácil, se são cordoniformes ou membranosas, é mais demorado o acto operatório, mas ainda possível a ressecção; se, finalmente, se estendem em superfície, a intervenção ou é impraticável ou cheia de dificuldades e, nêstes casos, sujeita a graves complicações, como hemorragias, perfurações pulmonares, derrames purulentos da pleura, etc. A abstenção em tais circunstâncias é, pois, de boa norma, pelo menos para os primeiros ensaios.

No decurso da intervenção, quando a aderência a cauterizar



apresente certa espessura, surge frequentemente um acidente susceptível de perturbar o operador e de provocar, mesmo, a morte do doente, se não fôr dominado com a serenidade precisa: — é a hemorragia dos vasos arteriais que a aderência contém na sua espessura. A corrente sangüínea nêstes vasos é centrípeta, dirigindo-se da superfície costal para o pulmão. Ressecada a aderência, é, pois, susceptível de começar sangrando e com tal violência que inunde a cavidade pleural e desorienta o operador. Se a corrente fôsse centrífuga, o colapso pulmonar podê-la-ia deter. Não sendo, a hemostase só é realizável pelo calor irradiante produzido com a ansa incandescente, colocada na proximidade do vaso que sangra (Estampa I, fig. 2).

Como diz FELICE COVA «l'Operatore deve rimanere calmo e non deve mai perdersi d'animo, nè disperare. La vita dell'Operato é in questi casi nelle mani dell'Operatore e questi ha la responsabilita e l'obbligo di dover fare tutto il possibile per salvare il proprio Paziente.

Questo si segnala perchè lo scrivente ha dovuto osservare che la tendenza comune non è quella di dominare l'emorragia coll'ansa incandescente, ma quella di tralasciare subito l'intervento, levando Toracoscopio e Trequarti, provvedendo a mettere a letto il Paziente e usando i soliti mezzi emostatici. L'emorragia di un vaso di calibre medio, ressecato coll'ansa caustica, o si domina coi mezzi intratoracici o non si domina più».

Como complicações post-operatórias, à parte as dores que os doentes accusam durante as primeiras 48 horas e, num ou noutro indivíduo, um ligeiro enfizema subcutâneo, que ao 3.º ou 4.º dia se tem reabsorvido por completo, há a citar, como dignos de atenção pela sua possível gravidade, os derrames da pleura. Podem ser leves e facilmente reabsorvíveis no decurso de 10 ou 15 dias, tendo como causa provável uma pequena hemorragia ou reacção da serosa provocada pelo calor da cauterização. Podem, pelo contrário, ser graves e duradouros, de natureza purulenta, acompanhados de temperaturas elevadas, e originados então na abertura de um fóco tuberculoso que vá infectar a cavidade pleural.

Estas complicações não invalidam, porém, o mérito da operação de JACOBÆUS que, quando bem conduzida, é coroada de êxitos brilhantes, justamente nos doentes condenados a uma



morte certa pela existência de aderências pleurais impeditivas do colapso pulmonar total. É o que se conclui das estatísticas publicadas pelo autor do método, por FELICE COVA, por UNVER-  
RIGHT, por GRAVESEN, por HOLMBOE e por tantos outros. É o que se deduz ainda da leitura das três histórias clínicas que a seguir se publicam :

### OBSERVAÇÃO I

M. R., de 26 anos, casada, peixeira, natural de Lisboa, onde reside.

Ausência de antecedentes hereditários. Uma irmã faleceu de tuberculose pulmonar.

Foi sempre saudável, à parte leves bronquites, que surgiam com frequência. Casou aos 16 anos. Teve 6 filhos, dois dos quais faleceram com

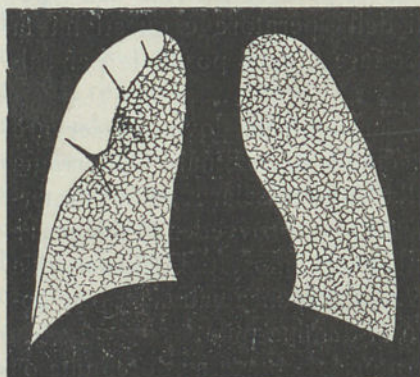


Fig. 4

meningite tuberculosa. Em seguida ao último parto, que foi normal (Março de 1928), começou a sentir dores no hemitorax direito e grande enfraquecimento que atribuía à amamentação. Foi progressivamente perdendo o apetite, acentuou-se a tosse, apareceram suores nocturnos, progrediu o emagrecimento, etc. Em Junho de 1928, sentindo se pior e sem recursos, deu entrada no Hospital de Santa Marta, tendo sido internada na enfermaria de Clínica Propedêutica.

*Estado geral e local nesta data.*—Aspecto geral, mau; muita

tosse e muita expectoração; dores torácicas; leve dispneia; temperaturas a 37°, 5 máx; suores nocturnos; fadiga fácil; funções digestivas, regulares. Estado de nutrição, deficiente; micro-adenites cervicais duplas; ausência de deformações torácicas. Rêde venosa superficial pouco acentuada. Perímetro mamilar, 84 cm.; amplitude torácica, 2 cm.. Pulso regular, hipotenso, com 85 pulsações por minuto. Altura, 1,60. Pêso, 51 quilos.

*Percussão e auscultação.*—Leve submacisiez no têrço superior direito, com ralas subcrepitanes médias e grossas nos dois têrços superiores.

*Exame radiográfico.*—Lesões productivas de bacilose pulmonar nos dois têrços superiores do campo direito, formando com algumas pequenas zonas de perda de substância o aspecto de miolo de pão. (Estampa III, radiog. A). (Aleu Saldanha).

*Análise do sangue.*—Hemoglobina—85%. Glóbulos rubros—5.220.000. Glóbulos brancos—5.000. Valor globular—0,8.



**BIOPLASTINA**  
RECONSTITUINTE  
SOBERANO



AMPOLAS DE  
1/2 e 5 c.c.

**SERONO**

*L. Lepori*  
APARTADO 214  
LISBÔA.

## UM TRATAMENTO RACIONAL

DAS ENFERMIDADES DO APARELHO  
DIGESTIVO, CONSEGUIE-SE COM A

# Peptopancreasi **S E R O N O**

QUE É UMA SOLUÇÃO GLICÉRICA E ACTIVA  
DE SUCOS GÁSTRICOS E PANCREÁTICOS

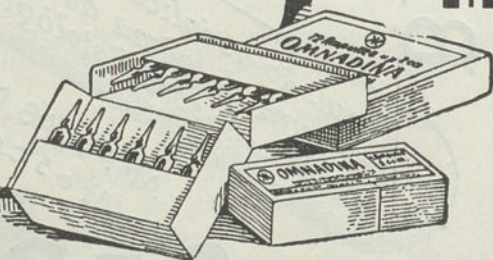
Amostras grátis para os Senhores Médicos

L LEPORI. — Rua Victor Cordon, 1, A — Apartado, 214 - Lisboa



LISBOA MÉDICA

# 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 farmacêutico "Bayer-Meister Lucius"

Leverkusen (Alemanha)

-----  
REPRESENTANTE-DEPOSITARIO:

**Augusto S. Natividade**

RUA DOS DOURADORES, 150, 3.º — LISBOA



Linfócitos .....	20,4 %
Mononucleares .....	2,8 %
Neutrófilos .....	73,8 %
Eosinófilos .....	1,6 %
Basófilos .....	1,7 %

*Análise da expectoração.* — Positiva.

Nas três primeiras semanas consecutivas ao internamento, as temperaturas apresentaram-se irregulares, com pequenos acessos a 38,5 e mesmo a 39,5 durante alguns dias. O estado geral continuou a declinar, com o agravamento da restante sintomatologia, e o peso desceu para 49,200 quilog. Foi-lhe então instituído o tratamento pelo pneumotorax artificial, tendo-lhe sido feitas as seguintes insuflações:

20/8/928 .....	01,250	( - 12, - 8)
25/8/928 .....	01,500	( - 10, - 4)
6/9/928 .....	01,700	( - 12, - 3)
17/9/928 .....	01,800	( - 13, - 3)
2/10/928 .....	01,800	( - 12, 0)
17/10/928 .....	01,850	( - 12, - 2)
31/10/928 .....	01,850	( - 10, - 2)
17/11/928 .....	01,600	( - 11, - 1)
10/12/928 .....	01,900	( - 10, 0)
31/12/928 .....	11,300	( - 12, + 3)
10/1/929 .....	01,850	( - 10, 0)

À medida que ia prosseguindo o tratamento, a doente melhorava gradualmente. Tinha menos tosse e menos expectoração. Comia com mais apetite. O pêso subira a pouco e pouco até 57 quilos. As temperaturas tendiam a normalizar-se, muito embora só excepcionalmente descessem abaixo de 37°,2 ou 37°,3. A expectoração é que continuava bacilífera.

Os exames radiológicos feitos de tempos a tempos mostravam um colapso progressivamente crescente, mas parcial, em virtude de várias aderências existentes ao nível do vértice, da axila e da base. (Fig. 4 e Estampa III, radiog. B). Em fins de Dezembro de 1928 foi tentada uma compressão mais intensa, na idea de vencer as aderências formadas. (Fig. 5 e Estampa IV, radiog. C). O resultado foi, porém, nulo, pelo que se pensou na operação de JACOBÆUS.

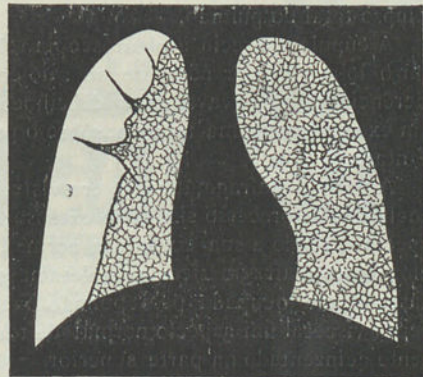


Fig. 5



Decidida a intervenção e feita uma radiografia estereoscópica pelo Dr. José Caldas, para melhor localização dos *tractus* aderenciais, procedeu-se à sua execução em 11 de Janeiro do corrente ano.

Praticada a anestesia local, foi introduzido o trocarte no 7.º espaço intercostal, na visinhança da linha escapular.

O exame pleuroscópico mostrou a cavidade pleural livre em grande parte, com a parede costal recoberta por uma pleura de transparência normal, as costelas bem visíveis e a rêde dos vasos periosteos com o aspecto habitual. Uma aderência de cor branca acinzentada e com reflexos róxos cortava o espaço pleural, entre a scissura interlobar superior e a 4.ª costela, na direcção da linha axilar posterior (Estampa I, fig. 1). Uma outra aderência filiforme partia da mesma região pulmonar em direcção à 2.ª costela que atinha na linha axilar média. Mais abaixo duas outras aderências surgiam, qualquer delas com a espessura de 3 milímetros e relativamente curtas, mantendo a face postero-lateral do lobo inferior repuxado para a parede costal. Todas

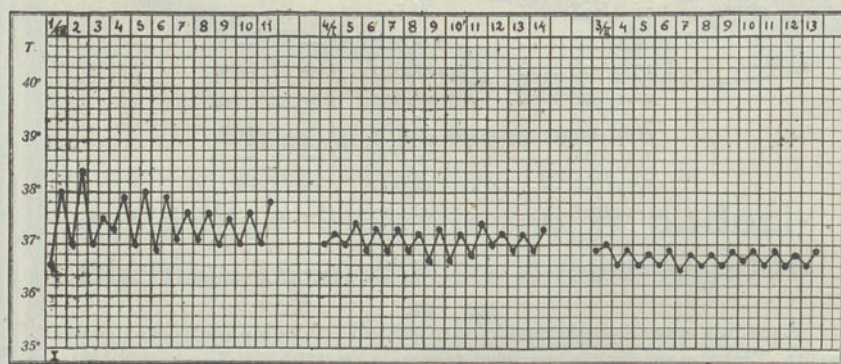


Fig. 6

estas aderências se apresentavam bastante tensas e como tal impeditivas do colapso total do pulmão.

A cúpula aparecia à pleuroscopia relativamente encoberta por se encontrar o lobo superior aderente ao seio costo-mediastinal; apenas uma única aderência se observava, mas difficilmente, apresentando-se pouco tensa e sem exercer a mínima tracção sôbre o parenquima pulmonar em que se implantara.

A parede diafragmática só era visível nos dois terços externos pela existência de um processo sinfisário extenso; não revelava, no entanto, alterações especiais, sendo a sua curvatura normal, a rêde vascular bem aparente e os seios costo-diafragmáticos completamente livres. Finalmente, a parede mediastinal era ocupada pelo pulmão incompletamente colapsado, tendo a pleura visceral um aspecto normal de tom vermelho azulado na base e levemente acinzentado na parte superior.

Reconhecida a existência de 4 aderências impeditivas do colapso pulmonar, foi introduzido o trocarte para a ansa galvânica no 4.º espaço inter-



Tratamento específico completo das **AFECÇÕES 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<sup>o</sup>**, 5, Rue Bourg-l'Abbé  
A' VENDA NAS PRINCIPAES PHARMACIAS.

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

# MAGNESIA S. PELLEGRINO

Purga. Refresca. Desinfecta.

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

LABORATORIO CHIMICO FARMACUTICO MODERNO  
- TORINO -

Representantes e depositarios para Portugal e Colónias:

GIMÉNEZ-SALINAS & C<sup>o</sup> - Rua Nova de Trindade, 9. 1.º - LISBOA



# IODALOSE GALBRUN

**iodo physiologico, soluvel, assimilavel**

A IODALOSE é a UNICA 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<sup>o</sup> Congresso Internacional de Medicina, Paris 1900.

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

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

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



LISBOA MÉDICA

# Urotropina effervescente

*Schering*



Preparado tendo por base  
a UROTROPINA original.  
Refresca — previne — cura

Em vista da grande quantidade de substitutos do nosso producto, rogamos a V. Ex<sup>a</sup>. que ajunte á palavra Urotropina, apesar de ser marca registada nossa, o nome „Schering“, ou seja receber

### **Urotropina - Schering.**

N'uma experiencia de mais de 30 annos de fabricação da Urotropina, está o segredo da superioridade da Urotropina Schering sobre os similares e imitações.

**SCHERING-KHALBAUM — A. G.**

Pedir AMOSTRAS e LITERATURA ao representante:

**SCHERING, LIMITADA — Rua Victor Cordon, 7, LISBOA**



costal, junto da linha axilar anterior. Seguidamente procedeu-se à sua cauterização pela ordem acima descrita. A primeira aderência, de todas a mais espessa, deu lugar, apenas foi ressecada, a uma hemorragia interna, partindo do topo costal. Com o calor irradiante, produzido pela ansa incandescente colocada na vizinhança da secção do vaso sangüíneo (Estampa I, fig. 2), conseguiu-se, no entanto, com relativa facilidade, uma hemostase completa. O jacto foi diminuindo gradualmente de intensidade, dentro de alguns instantes apenas gotejava e, por último, só um insignificante veio sangüíneo babava da artéria, ao longo da parede costal. A cauterização das 3 outras aderências fez-se sem o menor incidente.

No dia da intervenção a temperatura não passou de 37°,4. Não houve alteração do pulso, nem enfizema subcutâneo; apenas algumas dores no hemitorax direito apoquentaram a doente. Seis dias depois foi-lhe feito novo pneumotorax, tendo-lhe sido insuflados 650 c. c de ar filtrado. Uma radiografia estereoscópica, então realizada, mostrou-se particularmente interessante quanto aos benefícios colhidos pela intervenção, pois permitiu ajuizar com nitidez da influência impeditiva que as duas aderências inferiores possuíam sobre a retracção do respectivo lobo, que passou a encostar-se, em acentuado colapso, de encontro à parede anterior.

A expectoração que aumentara durante a primeira semana, foi-se reduzindo a pouco e pouco até ao seu quasi completo desaparecimento (4 a 5 escarros em 24 horas). As análises, que até à data tinham sido sempre positivas, passaram a não revelar bacilos em exames sucessivos. O pêso, que se mantivera estacionário nas últimas semanas, voltou a registar novo acréscimo. E as temperaturas, habitualmente oscilantes entre 36°,8-37°,2, caíram, por fim, a baixo de 37° (Fig. 6), após uma nova insuflação de 0,550 de ar filtrado, que touxe consigo maior acentuação do colapso pulmonar já existente, como da última radiografia se depreende (Fig. 7 e Estampa IV, radiog. G)

Enfim, as gravuras que acompanham a história clínica por si só bastariam para testemunhar com clareza o êxito completo da intervenção feita.

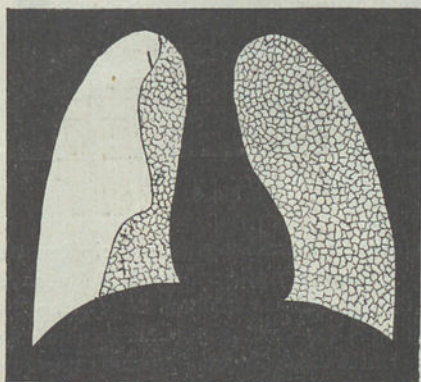


Fig. 7

## OBSERVAÇÃO II

V. M., de 22 anos, solteiro, empregado da C. P., natural de Lisboa, onde reside. O Pai faleceu de tuberculose pulmonar. Foi sempre saudável. Adoeceu há quinze meses. Começou a enfraquecer e a perder pêso. En-



tretanto apareceram-lhe tosse e dores no hemitorax direito. Pouco tempo depois teve uns escarros de sangue. Veiu à consulta da Clínica Propedêutica, tendo sido internado em 17/3/1928.

*Estado geral e local nessa data.* — Aspecto geral, regular; pouca tosse e pouca expectoração; dores torácicas à direita; ausência de dispneia; temp. a 37°,3 máx.; ligeiros suores nocturnos; alguma tadiga; funções digestivas regulares; emmagrecimento. Estado de nutrição, regular; micro adenites cervicais; ausência de deformações torácicas. Perímetro mamar, 83 cm.; amplitude torácica, 5 cm. Diâmetro supra-esternal, 14,5 cm. Diâmetro axilar, 28,5 cm. Pulso hipotenso, regular, com 90 pulsações por minuto. Tons cardíacos normais. Pêso, 52,300 quilog. Altura, 1<sup>m</sup>,68.

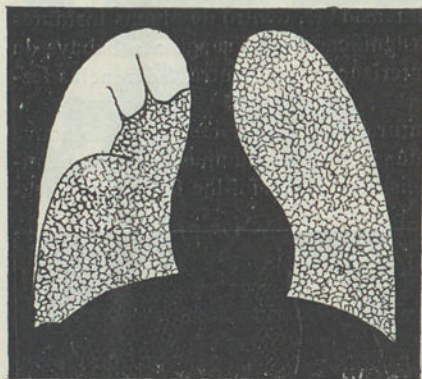


Fig. 8

*Percussão e auscultação.* — Leve submacisnez na metade postero-superior e têrço antero-superior do pulmão direito, com ralas subcrepitan-

tantes na mesma região, principalmente na fossa supra-espinhosa.

*Exame radiográfico.* — No vértice e região infraclavicular direita são visíveis algumas sombras de forte opacidade que devem corresponder a lesões antigas em calcificação. Na mesma região são visíveis outros processos mais recentes em evolução. Pequeno repuxamento para êste lado da sombra mediastinal (Estampa V, radiog. A.)

*Análise da urina.* — Normal.

*Análise do sangue.* — Hemoglobina, 85 %. Glóbulos rubros, 5.060.000. Glóbulos brancos, 12.400. Valor globular, 0,8.

Linfócitos.....	31,6	} %
Mononucleares.....	4,4	
Neutrófilos.....	62,0	
Eosinófilos.....	1,4	
Basófilos.....	0,6	

*Análise da expectoração.* — Positiva.

Em face da unilateralidade das lesões, foi-lhe feito o tratamento pelo pneumotorax, tendo-lhe sido realizadas as seguintes insuflações:

31/3/928 .....	01,450	(— 10, — 1)
21/4/928 .....	01,400	(— 10, — 5)
25/4/928 .....	01,550	(— 8, — 2)
2/5/928 .....	01,700	(— 8, — 3)
9/5/928 .....	01,600	(— 8, — 2)



24/5/928 .....	01,900	(- 10, - 3)
5/6/928 .....	01,850	(- 12, - 3)
26/6/928 .....	11,000	(- 10, - 2)
14/7/928 .....	01,900	(- 12, - 4)
28/7/928 .....	01,800	(- 12, - 2)
16/8/928 .....	01,900	(- 12, - 3)
7/9/928 .....	01,900	(- 14, - 2)
1/10/928 .....	01,850	(- 14, - 2)
29/10/928 .....	01,750	(- 12, 0)
22/11/928 .....	01,600	(- 12, 0)
18/12/928 .....	01,500	(- 12, - 3)
1/2/929 .....	01,550	(- 10, - 2)
9/3/929 .....	01,500	(- 10, - 2)

Durante o tratamento, teve um pequeno derrame pleural, sem alteração da curva térmica, derrame que se reabsorveu por completo.

A-pesar do colapso progressivamente crescente e muito embora as melhoras do estado geral fossem acentuadas, com aumento de pêso, menos

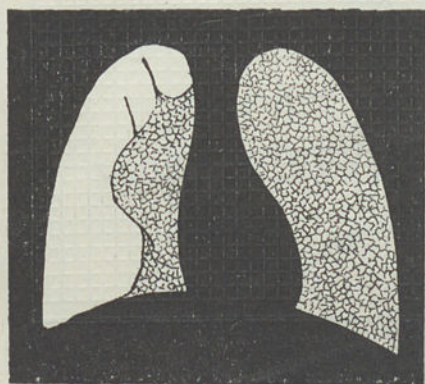


Fig. 9

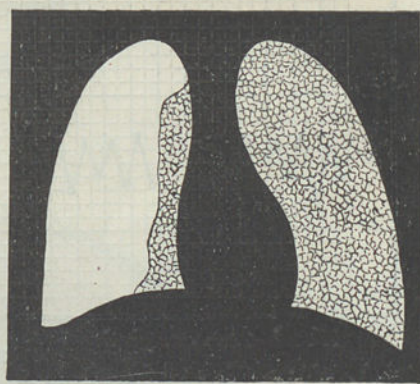


Fig. 10

tosse e menos expectoração, esta continuava sendo bacilífera e a temperatura mantinha-se entre 36°,8 - 37°,3.

Os exames radiográficos feitos de tempos a tempos mostravam regular colapso do órgão (Fig.as 8 e 9. Estampa V, radiog. B. Estampa VI, radiog. C.). O pulmão mantinha-se, no entanto, aderente ao têrço interno do hemi-diafragma e apresentava-se repuxado no vértice por uma forte aderência em direcção antero-posterior, fixada ao nível da quarta costela. O campo pulmonar esquerdo revelava por seu turno pequenas lesões parenquimatosas, de irradiação hilar, sem serem acompanhadas de sinais à auscultação. Em face da persistência dos bacilos e das temperaturas a 37°,3 máx., foi então resolvido sujeitar o doente ao tratamento pela sanocrisina e fazer-se-lhe a ressecção da aderência impeditiva do colapso perfeito do lobo superior direito. Após a



7 injeção de sanocrisina desapareceram os bacilos. As temperaturas, porém, persistiam.

Em 19 de Março de 1929 foi-lhe feita a operação de JACOBÆUS. Introduzido o trocar-te, depois de prévia anestesia local pela novocaina, no sexto espaço intercostal, na vizinhança da linha escapular, mostrou o exame pleuroscópico que a cavidade pleural estava livre na sua quasi totalidade, havendo uma aderência cordiforme de cor cinzenta, com 3 a 4 milímetros de espessura e bastante tensa, que mantinha repuxado o lobo superior do pulmão em direcção à linha escapular. Uma outra aderência filiforme, partindo da mesma região, ia igualmente fixar-se na parede posterior, mas um pouco mais a baixo. Toda a pleura visceral se encontrava espessada, fibrosa, de cor esbranquiçada com reflexos de madreperola. A cúpula diafragmática, visível apenas nos 2/3 externos, tinha o mesmo aspecto, sendo reduzida a excursão muscular e não

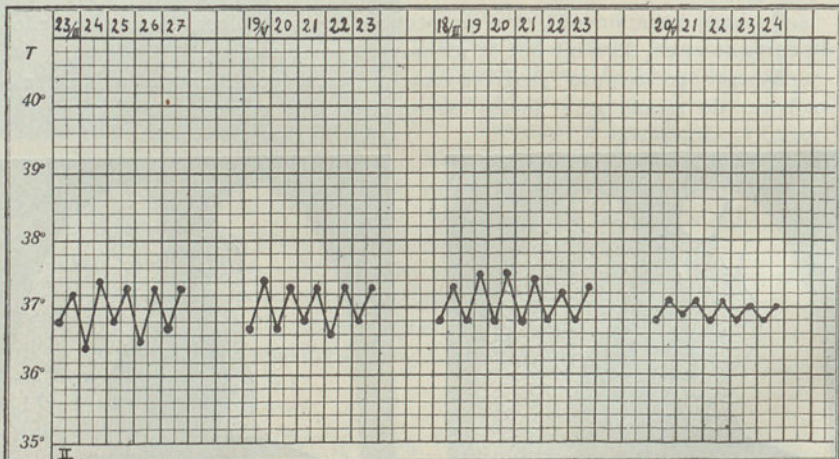


Fig. 11

havendo linha de delimitação entre o pulmão e o músculo. A parede costal era pouco transparente, sobretudo na metade inferior, onde mal se distinguem as costelas, sendo o aspecto sempre o mesmo, com a mesma tonalidade esbranquiçada e os mesmos reflexos de madreperola. Reconhecida a existência das duas aderências impeditivas do colapso pulmonar, foi introduzido o trocar-te para a ansa galvânica no 4.º espaço intercostal, junto da linha paramamilar. Seguidamente procedeu-se à cauterização, sendo primeiro destruída a aderência mais espessa, que não deu lugar à mais insignificante hemorragia, nem a qualquer incidente.

No dia da intervenção a temperatura subiu a 37°,5. Não houve alteração do pulso, nem enfizema, nem dores. Seis dias depois foi praticado novo pneumotórax, tendo sido insuflados 0,500 litros de ar filtrado. Uma radiografia feita então mostrou um colapso pulmonar total (Fig. 10 e Estampa VI, radiog. D).

A expectoração, que aumentara nos primeiros dias, foi-se reduzindo a



ESTAMPA I

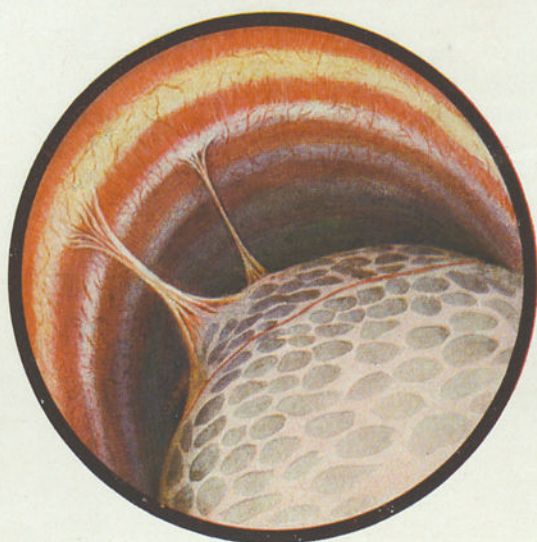


Fig. 1

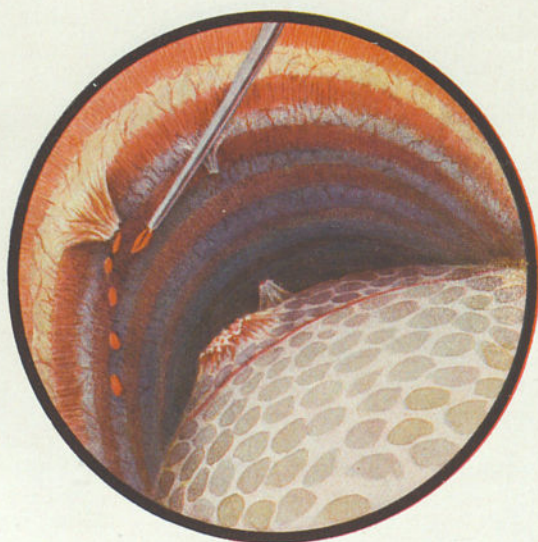


Fig. 2







ESTAMPA II

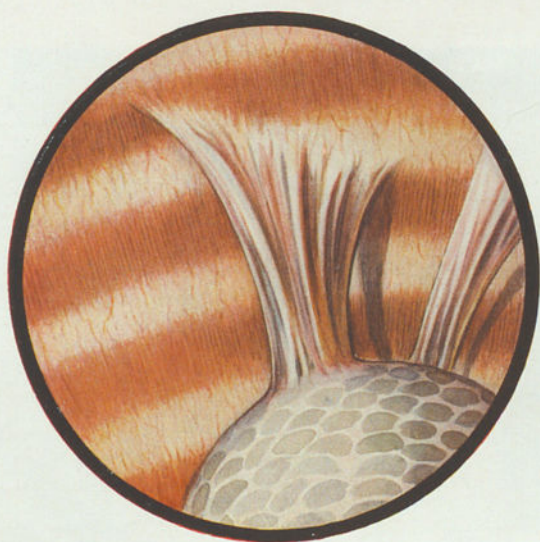


Fig. 3

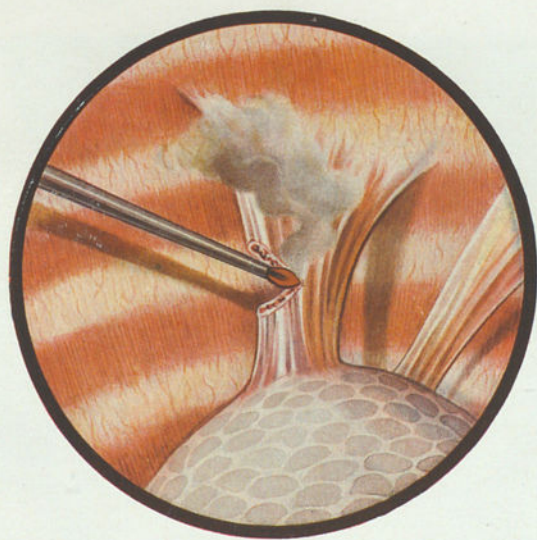


Fig. 4





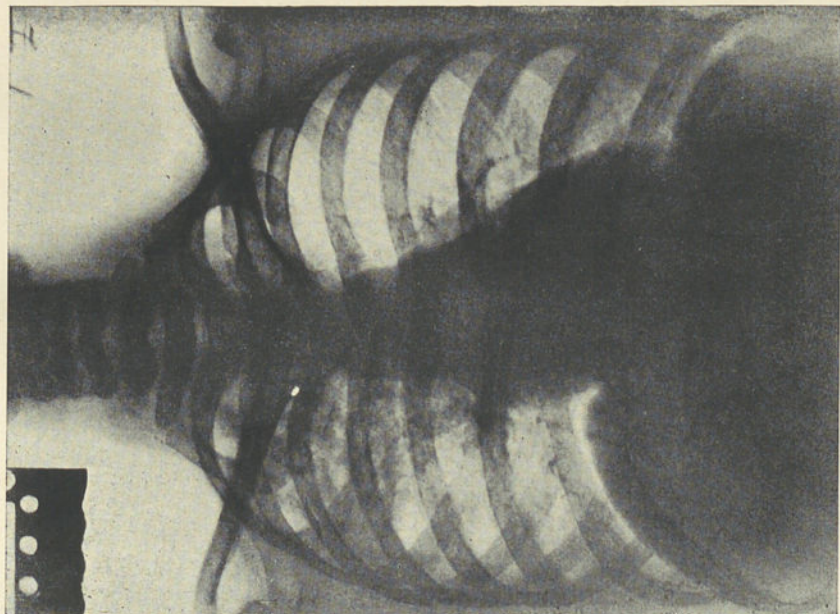


ESTAMPA III

Obs. — 1



Radiografia B



Radiografia A

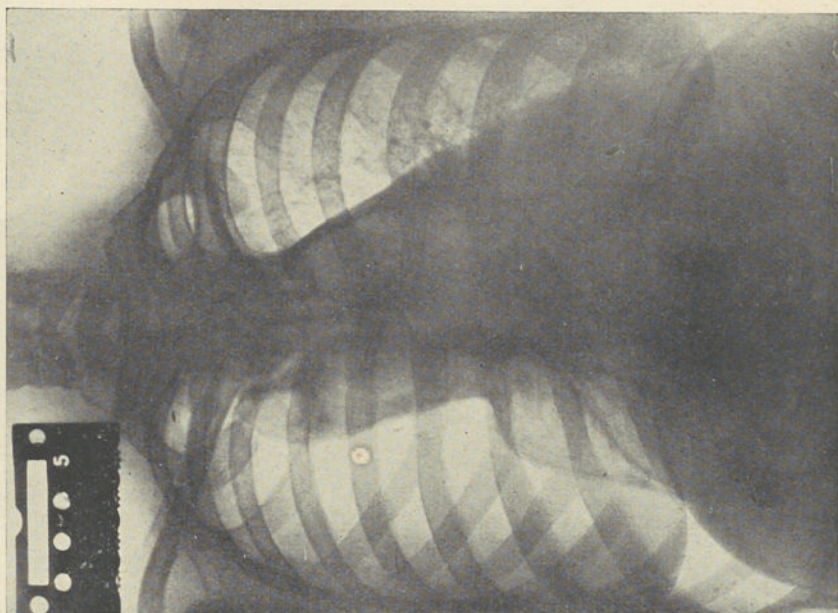




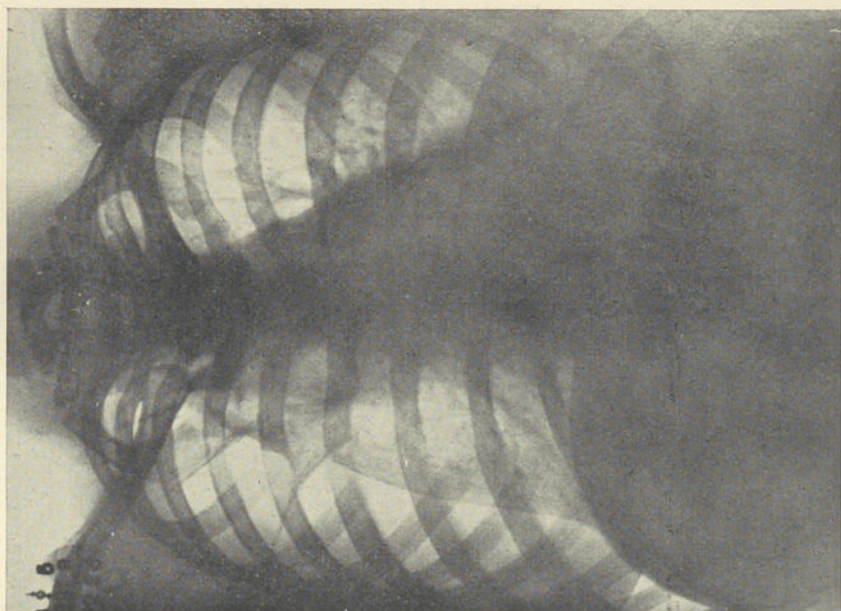


ESTAMPA IV

Obs. —1



Radiografia D



Radiografia C





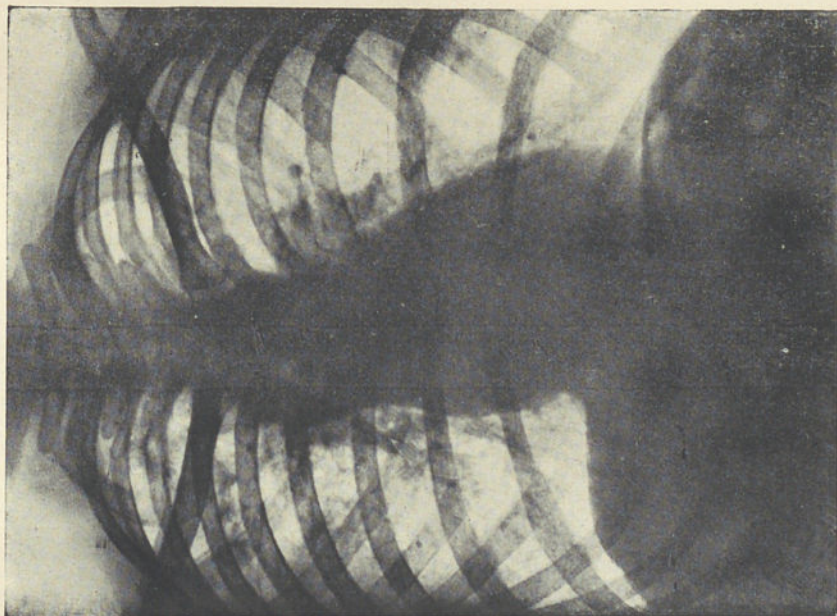


ESTAMPA V

Obs. — 2



Radiografia B



Radiografia A







ESTAMPA VI

Obs. — 2



Radiografia D



Radiografia C

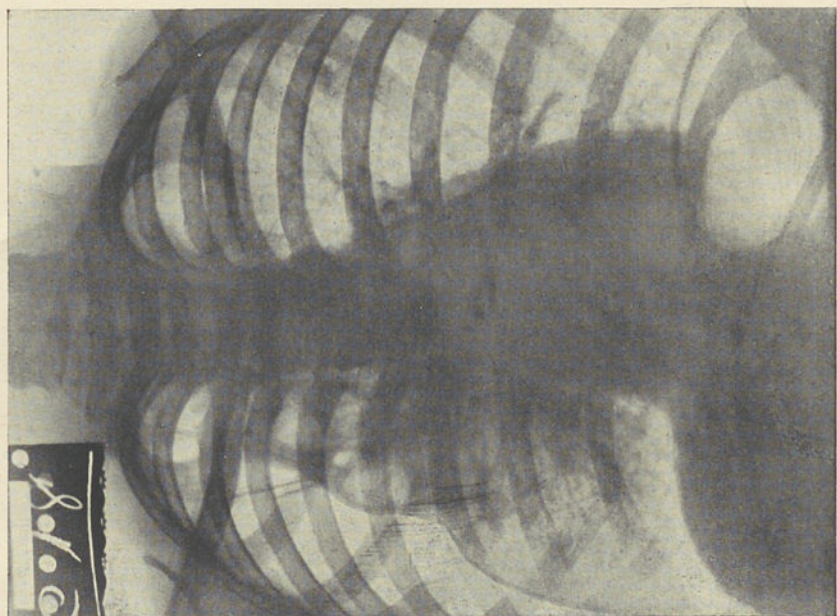






ESTAMPA VII

Obs. — 3



Radiografia B



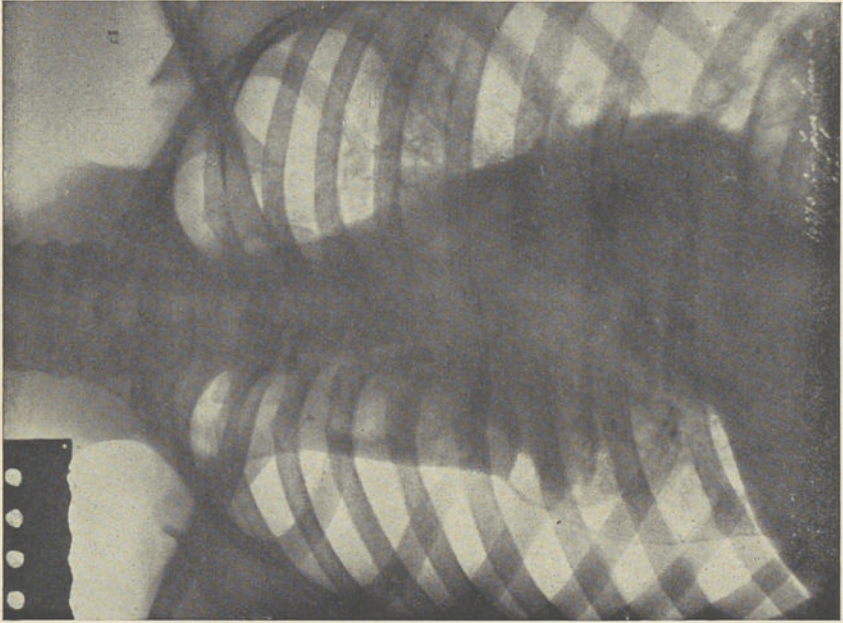
Radiografia A



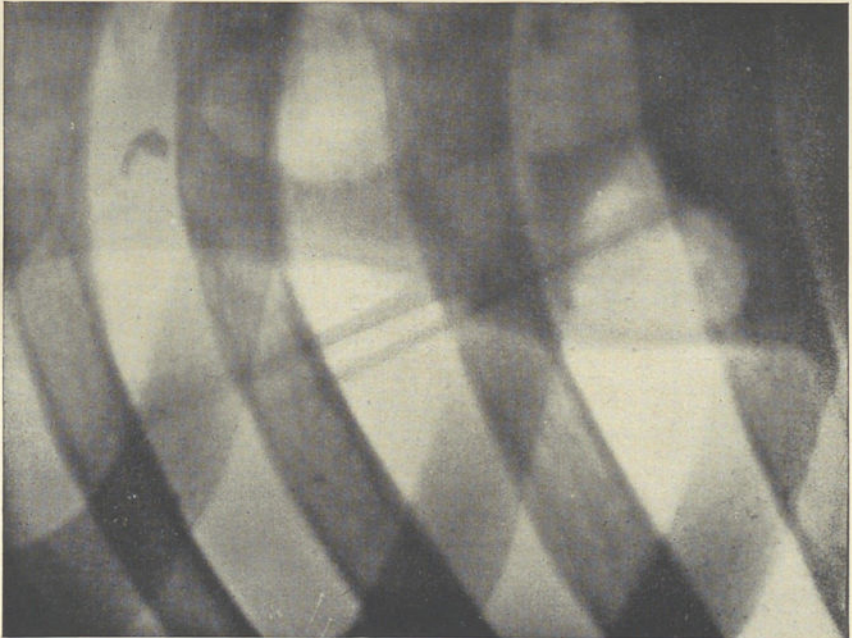


ESTAMPA VIII

Obs. — 3



Radiografia D



Radiografia C





LISBOA MÉDICA

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

# SPASMOSÉDINE

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

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

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL,  
GIMENEZ-SALINAS & C<sup>a</sup>.  
R. NOVA DA TRINDADE, 9 — LISBOA

I M P R E N S A  
LIBANIO DA SILVA

Sucessor: JÚLIO DE SOUZA

TRABALHOS TIPOGRAFICOS  
EM TODOS OS GENEROS

ESPECIALIDADE EM TRABA-  
LHOS DE GRANDE LUXO

T. Fala-So, 24 — LISBOA — Tel. 3110 N.



LISBOA MÉDICA

# 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

*Embalagem 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



pouco e pouco até desaparecimento quási completo, passando dias em que era nula.

As análises continuaram a ser negativas. O pêso manteve-se sempre à volta de 53 quilos. As temperaturas deixaram de subir além de  $37^{\circ},1$ , mantendo-se muitas vezes a  $37^{\circ}$  máx. (Fig. 11).

As radiografias e gravuras que acompanham a história clínica testemunham com clareza o êxito da intervenção.

### OBSERVAÇÃO III

J. S. V., de 17 anos, solteiro, empregado do comércio, natural de Lisboa, onde reside. O pai faleceu de tuberculose pulmonar; a mãe está nos últimos períodos duma infecção da mesma natureza. Era sujeito a constipações freqüentes, tendo tido a pneumônica em 1918.

De há dois anos para cá começou com tosse, tendo tido então uns escarritos sanguíneos. Melhorou e continuou a trabalhar. Em Outubro de 1928 teve nova hemoptise. Começou a sentir-se fraco e a perder o apetite. Veiu então à consulta externa da Clínica Propedêutica, tendo sido internado no serviço em 26 de Janeiro de 1929.

*Estado geral e local nessa data:*— Aspecto geral, mau; muita tosse e muita expectoração; dores freqüentes à direita; ausência de dispneia; temperatura a  $38^{\circ},5$ ; suores profusos; cansaço acentuado; funções digestivas regulares; emmagrecimento de 5 quilos em 3 meses. Estado de nutrição deficiente; anemia acentuada; micro-adenites cervicais duplas; hemitórax retraído. Perímetro mamilar, 0,84 cm. Amplitude torácica, 6. Diâmetro supra-esternal, 17,5 cm.; diâmetro axilar, 25,5 cm. Pulso hipotenso, regular, com 110 pulsações por minuto. Tons cardíacos normais. Pêso, 51 quilos. Altura,  $1^m,80$ .

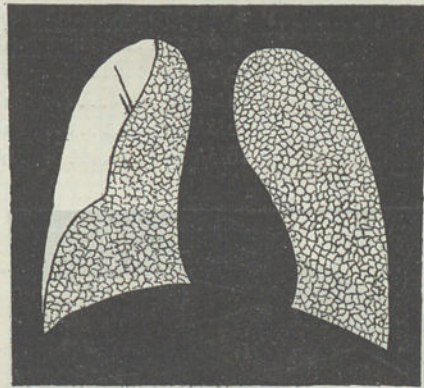


Fig. 12

*Percussão e auscultação:*— Submaciszez e ligeira diminuição do murmúrio vesicular em tãda a extensão do pulmão direito. Ralas numerosas e confluentes, sobretudo após a tosse, em tãda a face posterior e metade antero-superior.

*Exame radiográfico:*—Uma radiografia do tórax feita de trás para diante, mostra-nos a presença de um extenso processo de infiltração pulmonar à direita, com desvio da sombra do coração e traqueia para êste lado. À esquerda nota-se acentuação dos vasos, sem contudo parecerem existir sombras de infiltração (Estampa VII, radiog. A.). — *Gentil Branco.*



*Análise da urina.*—Normal.

*Análise de sangue.*—Hemoglobina, 85 0/0. Glóbulos rubros, 5.520.000. Glóbulos brancos, 17.000—Valor globular 0,80

Linfócitos.....	15	} 0/0
Mononucleares.....	0	
F. de transição.....	6,5	
Neutrófilos.....	76,5	
Eosinófilos.....	2	
Basófilos.....	0	

*Análise da expectoração.*—Positiva (Escala Gaffky—VII).

Em face da unilateralidade das lesões, foi submetido ao tratamento pelo pneumotórax. Realizaram-se as seguintes insuflações:—

1/2/929 .....	0 <sup>l</sup> ,400	(— 14, — 6)
6/2/929 .....	0 <sup>l</sup> ,600	(— 13, — 6)
14/2/929 .....	0 <sup>l</sup> ,750	(— 12, — 5)
28/2/929 .....	0 <sup>l</sup> ,900	(— 12, 0)
9/3/929 .....	1 <sup>l</sup> ,000	(— 12, — 2)
22/3/929 .....	1 <sup>l</sup> ,000	(— 10, 0)
12/4/929 .....	1 <sup>l</sup> ,150	(— 10, — 2)
2/5/929 .....	1 <sup>l</sup> ,000	(— 10, — 2)
16/5/929 .....	0 <sup>l</sup> ,800	(— 10, — 2)

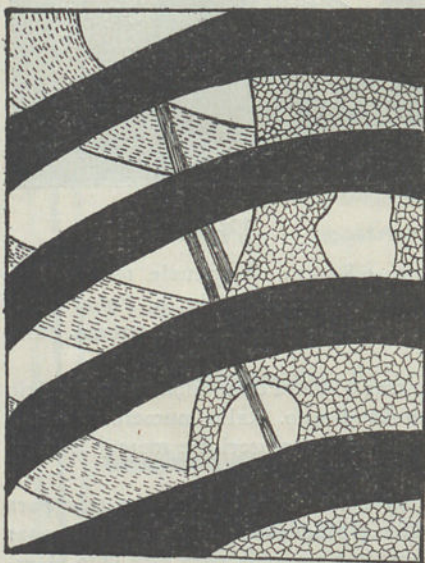


Fig. 13

A-pesar das nove insuflações feitas, a temperatura mantinha-se na vizinhança dos 38<sup>o</sup>, os bacilos continuavam a ser abundantes e a expectoração baixara apenas de 60 c.c. para 40 ou 45, nas 24 horas.

A causa impeditiva dos efeitos imediatos que a colapsoterápia habitualmente produz era, no entanto, fácil de encontrar. Bastava para isso proceder ao exame radioscópico do tórax. Uma radiografia feita em Março mostrava, na verdade, que o colapso pulmonar era parcial. O vértice mantinha-se aderente. Ao nível do lobo médio observavam-se, por seu turno, dois traços aderenciais dirigidos para cima, que impediam o colapso de duas cavidades, nitidamente visíveis na radiografia



(Fig. 12 e 13, Estampa VII, radiog. B. Estampa VIII, radiog. C.). Por último, o lobo inferior apresentava-se pouco comprimido, possivelmente pela existência de aderências ao nível da cúpula diafragmática.

Decidido o corte das aderências pelo método de JACOBÆUS, foi feita ao doente, pelo Dr. Carlos Santos, filho, uma radiografia estereoscópica para melhor localização dos *tractus* aderenciais. Precisou-se então a existência de uma forte aderência do vértice, em direcção à primeira costela, e duas aderências muito delgadas, partindo do lobo médio e dirigidas para os arcos posteriores da 2.<sup>a</sup> e 4.<sup>a</sup> costelas.

Supondo de fácil execução o corte das aderências, procedeu-se à intervenção em 17 de Maio de 1929.

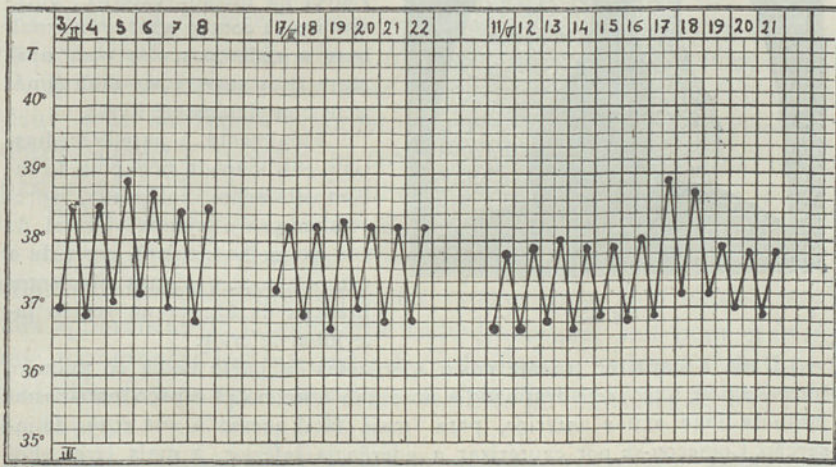


Fig. 14

Feita a anestesia local pela novocaina, introduziu-se o trocarte no 6.<sup>o</sup> espaço intercostal, na vizinhança da linha escapular.

O exame pleuroscópico mostrou que a cavidade pleural estava livre em grande parte, com as costelas bem visíveis e os vasos periosteos bem delineados. Na região axilar observava-se, no entanto, um aspecto mais arroxeadado da parede, com os vasos periosteos mais túrgidos e com pequenas massas brancas de fibrina. Duas fortes aderências em leque, uma com a largura de 2 a 3 centímetros e outra de 1 a 2 centímetros (Estampa II, fig. 3) atravessavam o espaço pleural entre a parte média do pulmão e a 3.<sup>a</sup> e 4.<sup>a</sup> costelas, em direcção ao espaço inter-escapular. Inseriam-se na porção postero-lateral do pulmão numa extensão de 2 centímetros aproximadamente, e perto uma da outra; alargavam depois à medida que se aproximavam da parede costal, à qual se fixavam fortemente. A cor era amarelada, com reflexos brancos ao longo de pequenos cordões longitudinais que às acompanhavam e lhes davam nalguns pontos a espessura de 2 a 3 milímetros. Estas duas aderências correspondiam na imagem radiográfica aos dois pequenos *tractus* apontados. A sua situação per-



mitiu que os raios X as atravessassem lateralmente e não de face; de aí a ideia errada de se julgar que eram duas insignificantes aderências de fácil cauterização. O exame pleuroscópico mostrou assim a sua importância sobre a acção impeditiva do colapso, justamente na região pulmonar onde o processo tuberculoso possuía maior grau de actividade e de poder destructivo.

Na cúpula torácica observava-se igualmente uma aderência espessa mas muito curta, implantada na parte externa do ápice. Este, por sua vez, na sua porção interna, aderia em superfície ao ângulo costo-mediastinal, não se apresentando portanto repuxado por aquela aderência de difícil cauterização.

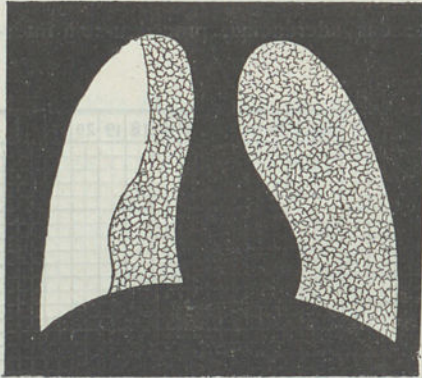


Fig. 15

A parede diafragmática era visível na metade externa; apresentava-se com o aspecto normal, com a rede muscular bem aparente e os seios costo-diafragmáticos completamente livres.

Finalmente, a parede mediastinal era ocupada pelo pulmão incompletamente colapsado, apresentando-se a pleura visceral de cor vermelha azulada em toda a extensão e com alguns filamentos brancos de fibrina na região interlobar inferior.

Dado o carácter traente das 2 aderências da parte média do pulmão, introduziu-se o trocarte destinado à ansa galvânica no 4.º espaço inter-costal junto da linha axilar anterior, para mais fácil acesso à sua zona de inserção. Começou-se por cauterizar a aderência inferior, a mais larga. Foi relativamente demorada a intervenção, não só pela espessura da aderência como pela produção abundante de fumo (Estampa II, fig. 4), que se produzia na cavidade pleural e que impedia, por vezes, a visibilidade do campo, o que obrigou a fazer pequenas interrupções e inclusivamente a proceder à renovação do ar intratorácico. Duas pequenas hemorragias que sobrevieram no decurso da cauterização foram rapidamente dominadas pelo calor irradiante.

Seguidamente ressecou-se a aderência anexa e, por último, tentou-se a cauterização da restante, implantada no vértice. Cauterizou-se com extrema dificuldade numa pequena extensão, por estar muito fora do campo do toracoscópio e da ansa, e recear-se, por consequência, ferir qualquer vaso importante da região. Além disso era insignificante o seu poder de tracção, em virtude da sinfise do vértice ao ângulo costo-mediastinal, sendo, portanto, pequeno o benefício que o doente poderia colher com a sua exérese comparado com os riscos que poderiam resultar da insistência na cauterização.

No dia da intervenção e no imediato a temperatura subiu a 38°,9 (fig. 14), para em seguida voltar ao nível habitual, mostrando mesmo presentemente uma tendência ao decrescimento progressivo, embora lento. Formou-se um pequeno enfizema subcutâneo que se delibou rapidamente. A radiografia feita



8 dias mais tarde mostrou o colapso acentuado do órgão com achatamento das cavidades, que as aderências mantinham em aberto (Fig. 15 e Estampa VIII, radiog. D). Não houve reacção pleural. Tudo faz, portanto, prever que com a continuação do tratamento, dentro de pouco tempo, as temperaturas se normalizem, os bacilos desapareçam e o doente entre no grupo dos «aparentemente curados».

## RESUMÉ

L'auteur présente un exposé de l'opération de JACOBÆUS en décrivant les appareils employés qui permettent l'intervention même dans les contrées où il n'y a pas un courant électrique.

Il fait le rapport des trois premiers cas qu'il a opérés, dont deux avec un succès complet, et le troisième avec un résultat encore douteux, puisque le temps écoulé après l'opération n'est pas encore suffisant pour justifier une conclusion définitive.

Il fait remarquer que les constatations visuelles obtenues par le moyen de la pleuroscopie font souvent reconnaître des erreurs considérables auxquelles on serait exposé en se fiant uniquement aux apparences de la silhouette radiographique, soit pour établir une topographie interpleurale des adhérences, soit pour se faire une idée de leur épaisseur et des facilités ou difficultés de leur débridement.

L'auteur affirme que l'opération du Prof. JACOBÆUS, de Stockholm est destinée à un brillant avenir et qu'elle constitue déjà une arme puissante aux mains de plusieurs physiologistes (COVA, UNVERRICHT, etc.) utilisée dans les cas de pneumothorax partial inopérant à cause des adhérences.



## PAPILITE E ESTASE PAPILAR (1)

POR

BORGES DE SOUSA

O nervo óptico, caminhando do quiasma para o polo posterior do olho, passa na base do crânio, no buraco óptico e na parte posterior da cavidade orbitária. Na base do crânio está separado do seio esfenoidal por uma lâmina de tecido ósseo muito delgada e entra em relações estreitas com as células etmoidais posteriores. As bainhas do nervo óptico são o prolongamento das meninges; a *dura-máter*, depois de ter forrado o canal óptico, veste o nervo e vai, conjuntamente com a aracnoidea e a pia-máter, fundir-se na esclerótica. O espaço intervaginal compreendido entre a bainha pial e a dural é um espaço linfático que comunica com o espaço subdural do cérebro; as injeções coradas podem fazer correr o líquido do cérebro até os confins da esclerótica.

E assim como as bainhas do nervo óptico são a continuação das meninges que revestem o cérebro, também o nervo óptico é um prolongamento da substância cerebral. Estas relações de continuidade anatômica e genética dão a explicação da participação do nervo óptico nas doenças dos ossos do crânio (esfenóide, etmóide, paredes orbitárias), bem como nas do conteúdo do crânio (cérebro, hipófise, meninges, carótida, seios venosos).

Ora o nervo óptico tem um topo directamente visível ao oftalmoscópio, na sua terminação intraocular — a papila; da visibilidade das lesões que ocorrem nesta parte do nervo resulta a grande importância do exame oftalmoscópico em clínica geral e sobretudo neurológica, conhecida como é a frequência com que lesões do nervo acompanham estados patológicos do sistema nervoso e de outros órgãos ou sistemas.

---

(1) Comunicação às sessões científicas do Hospital Escolar.



Mas a papila do n. o. tem uma individualidade anatómica decidida: dentro da papila, na altura da face anterior da lâmina crivada, despem-se as fibras do nervo das suas vaginas de mielina e, como na papila não existem as bainhas de pia, de aracnoidea e de *dura-máter*, também não existe espaço intervaginal.

Emquanto os folhetos internos da retina devem a provisão sanguínea exclusivamente à artéria central da retina, a papila faz-se irrigar pelo sistema vascular retineano e pelo ciliar; os dois sistemas vasculares, participando pela sua reunião na constituição do círculo arterial de Zinn ou de Haller que, na espessura da esclerótica, envolve o n. o., explicam a observada frequência da hiperemia papilar nas afecções da retina e nas da corioidea. Além disto não deve esquecer-se que a lâmina crivada é fortemente vascularizada, possuindo quasi que cada malha do crivo um vaso sanguíneo próprio. O n. o. na sua passagem pela lâmina crivada está fortemente encravado entre as malhas fibrosas que abrem caminho para as fibras, podendo estas, em caso de edema, serem estranguladas facilmente nesta região.

No ponto de vista funcional a papila tem de considerar-se como constituída apenas por elementos condutores, insensível às vibrações directas do éter, por isso que ela tem a sua representação gráfica no campo visual como uma zona cega — a mancha de Mariote — um oval em que as sensações luminosas não existem, perdido num campo de visão positiva dependente da integridade dos cones e balestilhas do estrato correspondente da retina.

Em fisiopatologia as lesões da papila têm, em paridade com o n. o., o quiasma e as fitas ópticas, como característica clínica, sintomas puros de perturbações de condutibilidade.

Uma boa parte das afecções do n. o. traduzem-se por alterações visíveis na papila, ao exame oftalmoscópico.

Uma papila normal tem as seguintes características: contornos nítidos, côr rosada, uma parte central branca de dimensões variáveis no lugar de saída dos vasos centrais — a chamada escavação fisiológica — um sector temporal mais pálido do que a região voltada para o lado nasal, e um anel escleral branco com, junto a êle, mais ou menos pigmento — anel de pigmento — que às vezes falta.

Pelas alterações da côr e dos contornos da papila somos leva-



dos a diagnosticar estados patológicos desta estrutura; contudo a diferenciação entre estados normais, subnormais e patológicos da papila nem sempre reveste a simplicidade que a inspecção directa deixaria pressupor. Se é fácil em muitos casos decidir imediatamente da normalidade da papila, em outros as variantes fisiológicas de aspectos induzem à confusão, e o diagnóstico tem de fazer-se pela experiência larga do observador, auxiliando-se de outros meios complementares. Assim é facto comum e freqüente ver um diagnóstico feito por especialistas (eu tenho entre mãos um caso destes) de papilite pela côr avermelhada da papila e turvação de toda ela, quando em verdade se trata duma irido-ciclite— neste caso tuberculosa— com precipitados que turvam o vítreo e são responsáveis pelo aspecto oftalmoscópico. Basta por outro lado que o fundo seja pobre em pigmento (albinótico) para que por contraste a papila pareça mais avermelhada, e, se a fonte luminosa fôr rica em raios vermelhos, como a luz do petróleo, tanto bastará para que a côr papilar se encarnice; a idade do paciente faz a sua diferença, pois a papila do jôvem é por via de regra mais corada do que a do velho. Aqui, como em tudo, a experiência e o hábito são necessários para bem diagnosticar.

Uma vermelhidão exagerada da papila — no sentido de uma hiperemia — pode ter significação patológica e ser a expressão, por exemplo no II estado da sífilis, duma irritação ou inflamação das meninges, hoje demonstradamente tão freqüente pelos exames serológicos do sangue e do licor naquele estado de infecção; sendo as bainhas do n. o. o prolongamento das meninges não é para estranhar que elas participem do processo meníngeo. Esta hiperemia pode desenhar os primeiros sinais duma papilite ou duma estase papilar.

Se à hiperemia se junta a indecisão dos bordos da papila, com tumefacção, possivelmente hemorragias e focos retineanos, é certo, então, que estamos em presença dum estado patológico: uma papilite ou uma estase papilar.

Ora estes dois estados de patogenia completamente diferente, de significação quasi oposta e levando a indicações terapêuticas especialíssimas e precisas, andam confundidos em denominações vagas com grande prejuízo geral.

Os termos: nevrite óptica, neuro-retinite, papilite, *choked disc.*,



**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<sup>r</sup> DOYEN

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

**Tratamento especifico das Infecções Staphylococcicas :**

**AGNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ, etc.**

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

*Solução colloidal phagogenia polyvalente.*

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

**DOENÇAS INFECCIOSAS**

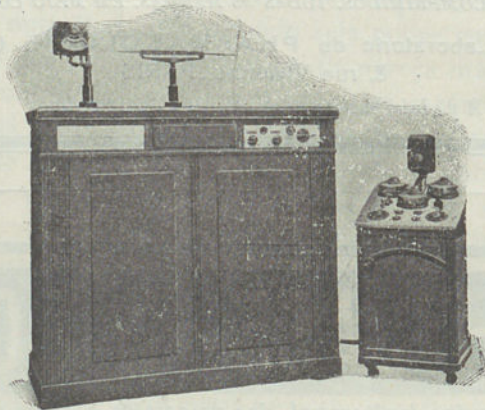
**PARIS, P. LEBEAULT & C<sup>o</sup>, 5, Rue Bourg-l'Abbé.  
A' VENDA NAS PRINCIPAES PHARMACIAS**

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



LISBOA MÉDICA

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, DA  
PRAÇA DOS RESTAURADORES, 78, 1.º — LISBOA  
TELEFONE: NORTE 3849

estase papilar, edema papilar, nevríte óptica edematosa, etc., andam applicados à mesma modalidade oftalmoscópica, significando às vezes graus diferentes de intensidade do mesmo processo, e é a vasta importância e o alto alcance clínico da diferenciação das duas formas — papilite e estase papilar — que me traz hoje aqui no intuito de apurar a terminologia e de separar os dois tipos.

Ora, a estase papilar é um edema não inflamatório, e, salvas talvez raríssimas excepções, é sempre consequência da hipertensão intracraniana. A papilite é um processo inflamatório exsudativo da papila.

A palavra nevríte não a empregaremos na classificação das inflamações do n. o. visíveis ao oftalmoscópio, para fugirmos à velha confusão terminológica. Serão chamados papilites estes estados inflamatórios.

As nevrítes serão o nome dado aos processos retro-oculares que se traduzem por focos inflamatórios no tronco do nervo, longe da papila, invisíveis ao oftalmoscópio. São as nevrítes retro-bulbares.

Esta diferenciação cuidadosa, fértil em resultados práticos, deve-se, sobretudo, aos professores V. Hippel e Behr, e, actualmente, nos meios ilustrados a separação dos dois estados vai abrindo largo caminho.

O interêsse do exame é, sobretudo, palpitante nos estados iniciais da estase onde o diagnóstico é difficil.

Foi Behr quem melhor estudou os primeiros sinais oftalmoscópicos da estase; o edema nunca começa simultaneamente em toda a superficie da papila, mas um determinado sector do seu bordo, quasi sempre o superior ou inferior, onde correm os vasos mais grossos, é primeira e isoladamente invadido, raras vezes o lado nasal e nunca o temporal. Às vezes o edema vítreo limita-se a um grupo isolado de fibras nervosas. O tecido parece espessado, infiltrado, mas conserva a sua transparência. O funil central vascular fica de princípio completamente transparente, e no fundo d'ele a lâmina crivada apparece com precisão, bem recortada, não encoberta. No princípio os vasos assentam, sempre, na superficie das fibras nervosas entumecidas. As veias um pouco dilatadas e a papila vermelha. Gradualmente, o resto da papila participa da tumefacção, mas irregularmente, de modo a haver diferenças



de nível. Depois o nível vascular estreita-se em virtude do aumento de volume das fibras.

Esta observação tem de ser feita com o oftalmoscópio binocular de Gullstrand, em estereoscopia, senão as pequenas diferenças de nível escapam totalmente, e hoje é impossível diagnosticar, com probabilidades de certeza, uma estase em começo sem o emprêgo do oftalmoscópio binocular de Gullstrand. O feitio de cogumelo que a papila toma pode muitas vezes, com este instrumento, ser demonstrado desde o princípio.

Com os progressos da estase o diagnóstico impõe-se. A acentuação dos sinais oftalmoscópicos vai dar a conhecida imagem da estase avançada: a diferença de nível é evidente tanto à imagem invertida (deslocamento paraláctico) como à directa (diferença de refração entre a papila e a retina - cada dioptria equivalente a  $\frac{1}{3}$  de milímetro), a turvação do tecido aumenta, as veias mais se dilatam e ficam tortuosas. Com freqüência se vêem hemorragias peripapilares e periféricas, possivelmente profusas. Estrias brancas, radiadas, ou placas brancas de maior extensão não são raras, e riscas brancas seguindo as paredes dos vasos vêem-se sem surpresa nas estases confirmadas. A retina que circunda a papila participa da entumescência, facto que tem relativa importância clínica, porque nós medimos a proeminência da papila por comparação com os vasos da retina e, estando estes também proeminentes, a verdadeira saliência da papila parecerá menor; naturalmente a refração subjectiva será a que era porque o estrato dos cones não sofreu alteração de posição.

Uma figura estrelada perto da mácula, semelhante à observada na retinite nefrítica, pode, raramente, entrar no quadro oftalmoscópico da estase.

Passado certo tempo, às vezes longo, a proeminência papilar diminui, a papila empalidece e os vasos adelgaçam-se. Quási sempre permanece certa turvação do tecido com indecisão dos bordos e irregularidades de pigmentação. A papila toma o aspecto atrófico.

Na grande maioria dos casos a estase é bilateral com diferenças no grau de proeminência.

*Alterações visuais.* A ausência de perturbações visuais durante um longo período de duração de estase é um facto de grande im-



portância diagnóstica. Cedo, contudo, é costume verificar a presença de obnubilações transitórias da visão mais ou menos acentuadas. Muitas vezes tenho registado êste importante sintoma durante o exame da agudeza visual.

O campo visual, em geral normal no comêço, pode mostrar depois um apêrto concêntrico ou irregular. A inversão das côres no campo, descrita por Bordey e Cushing (limites do azul mais reduzidos do que os do vermelho), não encontrou confirmação geral. O escotoma central não pertence à sintomatologia da estase, é sinal de complicação; pertence à categoria de casos, particularmente difíceis para o diagnóstico, em que cedo se desenvolve uma ambliopia forte, ou mesmo a cegueira; estes não são casos de estase pura por hipertensão intracraniana. São casos complicados, ou porque a estase se desenvolveu súbitamente (traumatismos, etc.) sem que tenha havido tempo para o órgão se adaptar às novas condições, ou porque toxinas se misturaram ao líquido estagnante intravaginal, ou porque um tumor do cerebello comprimiu o IV ventrículo e a veia magna de Galeno, ou porque se trata duma meningite serosa, ou porque um III ventrículo hidrópico empurrou os dois n. o. contra as rígidas carótidas (hemianopsia binasal) (Cushing e Walker).

Finalmente, a adaptação luminosa é normal nos primeiros estados da estase, deficiente nos estados inflamatórios (Behr), sinal de grande importância nos casos duvidosos.

Se dirigirmos a nossa atenção imediatamente para os sinais da papilite, enquanto V. Ex.<sup>as</sup> conservam frescos na memória os sinais da estase, as diferenças ressaltarão mais facilmente.

Ao oftalmoscópio, Behr descreve assim o aspecto da papila (eu posso confirmar quási todos os pontos da sua descrição): nunca a papilite começa por um edema vítreo, transparente; a turvação do tecido papilar impõe-se constantemente. Esta turvação não se limita a determinadas zonas circunscritas, mas ocupa toda a área papilar, se bem que com desigualdades regionais.

O reflexo do anel escleral turva-se desde os períodos iniciais. O funil vascular costuma desaparecer na ocasião em que o edema da papila é ainda leve, e a lâmina crivada torna-se invisível. Os vasos centrais estão aqui e ali indecisos ou invisíveis, encobertos por fibras nervosas turvas sobrepostas a êles; — esta irregulari-



dade na visibilidade dos vasos é um sinal certo do fundo inflamatório. Os espaços linfáticos perivasculares engorgitados debruam de branco os vasos. Se aparece entumescência papilar ela desenvolve-se regularmente em toda a superfície, faltando a diferença entre a metade temporal e a restante papila. As veias estão dilatadas e sinuosas; as artérias apertadas. Manchas brancas e hemorragias vêem-se com freqüência. Com o tempo esta imagem modifica-se, a turvação e as manchas desaparecem, a saliência diminui, ficando, em geral, uma indecisão mais ou menos acentuada dos bordos da papila que toma uma côr esbranquiçada.

Neste estado a imagem oftalmoscópica não é diferente da atrofia que segue a estase.

Em muitos casos de papilite, sobretudo nas de origem lútica, encontram-se opacidades no vítreo, atrás, perto da retina (Igersheimer).

Ao contrário da estase, quasi sempre bilateral, a papilite é muitas vezes unilateral, e o facto tem certa importância diagnóstica.

Na papilite, a regra é existirem alterações visuais desde o início, atingindo rapidamente grande intensidade e chegando muitas vezes à cegueira aguda. No campo visual, sem que se possa estabelecer uma forma única, característica, a grande freqüência vai para o escotoma central, também se encontrando o escotoma anular, tudo dependendo da sede e extensão do foco no tronco do n. o.

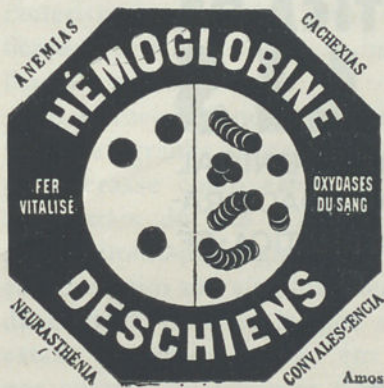
As observações de Behr confirmadas por Igersheimer de mostram que a adaptação do olho a diferentes intensidades luminosas está sempre alterada na papilite, sendo normal na estase.

A marcha da papilite não oferece regularidade; uma papilite intensa com cegueira completa ou quasi pode, em poucas semanas, curar-se por completo, ou arrastar-se o curso da doença e a sua terminação vir a ser atrofia papilar e cegueira.

Postos, assim, em paralelo os sinais da papilite e os da estase, acentuemos o que nêles há de diferente e como é possível utilizá-los para o diagnóstico diferencial.

Podemos tomar duas posições totalmente diferentes e considerar a estase como um aspecto oftalmoscópico individual e ca-

LISBOA MÉDICA



## Opothérapie Hématique Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS  
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineracs do Sangue total.

MEDICAMENTO RACIONAL DOS

**Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas**

DESCHIENS, D<sup>r</sup> em P<sup>a</sup>, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8<sup>e</sup>)

Amostras e Littérature: SALINAS, rua Nova da Trindade 9, LISBOA

“  
**eregumil**  
Fernández

Alimento vegetariano completo á base  
de cereais e leguminosas

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

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

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

FERNANDEZ & CANIVELL Y C.<sup>a</sup>-MÁLAGA  
Depositários: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>  
Rua Nova da Trindade, 9-1.  
LISBOA

”



**TERAPEUTICA DA  
SIFILIS**

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



**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

racterístico, ou tomá-la como um processo típico, com uma significação especial clínica, se bem que oftalmoscópicamente semelhante a outros estados.

A primeira maneira, a antiga, é simples e fácil; é ela que fez com que o grande mestre que foi Uhthoff, na sua ânsia de precisar, considerasse como estase toda a papila inflamada que apresentasse mais do que 2 dioptrias de proeminência. Sabido, hoje, pela anátomo-patologia, que a estase papilar não é uma inflamação, mas sim um simples edema, o critério dos  $\frac{2}{3}$  de milímetro, de Uhthoff, levarnos-ia, por um lado, a nunca diagnosticar uma estase em início, ocasião em que a proeminência é minúscula; por outro lado, teríamos de considerar como estase estados inflamatórios evidentes; basta citar as chamadas neuro-recidivas da primeira era do salvarsan, de que vi alguns exemplos, nos quais a proeminência da papila chegava a graus enormes.

Não há dúvida que a estase papilar não é um puro sinal oftalmoscópico, mas um quadro clínico dependente do exagêro da pressão intracraniana; como dúvida não há que uma papilite causada por um processo hipertensivo intracraniano pertence a uma das maiores raridades clínicas.

É no início que a diferenciação é valiosa e útil. Nos períodos adiantados o diagnóstico pode ser evidente, mas também pode a sua limpidez ser empanada pela adjução de verdadeiros fenômenos inflamatórios ao edema puro que constitui a estase. A anátomo-patologia mostra a freqüência da inflamação nas estases velhas e a razão da cousa é óbvia.

O diagnóstico apoia-se primeiro do que tudo no exame oftalmoscópico; e, aqui, deixem-me apregoar o enorme progresso que para o exame resulta do emprêgo do oftalmoscópio binocular de Gullstrand: a papila vista em estereoscopia revela com nitidez maravilhosa o mais insignificante relêvo da sua superficie. O edema regional circunscrito a certas áreas aprecia-se perfeitamente, enquanto no início o oftalmoscópio ordinário mal nos inculca uma turvação do tecido, ou indecisão dos bordos papilares.

A oftalmoscopia estereoscópica é, hoje, um método indispensável para o diagnóstico precoce. Tem, é claro, as suas limitações de emprêgo dependentes do estado do doente; é um método de gabinete, não para usar à beira do leito.



Os dados fornecidos pelo exame funcional são de importância muitas vezes decisiva. Quando em casos de dúvida legítima tudo é funcionalmente normal, exceptuando um aumento de dimensões do ponto cego, o diagnóstico quasi certo é o de estase, e este *quasi* condiciona apenas a pseudo-neurite e a sífilis do sistema nervoso, pontos estes a que ainda voltarei.

Sinais oftalmoscópicos típicos coincidindo com ausência de perturbações visuais, com um campo visual de limites periféricos normais, ou concêntricamente restricto ou com *deficits* em forma de sector, indicam estase papilar. Mas se existe um escotoma central, ou se desenvolveu rapidamente ambliopia intensa ou mesmo cegueira, então, mesmo que a imagem oftalmoscópica seja típica, todos os cuidados são poucos porque provável será não estarmos contemplando uma estase mas sim uma papilite.

E a cousa compreende-se porque um foco inflamatório situado perto da lâmina crivada pode facilmente causar um edema inflamatório com proeminência do tecido pouco denso da papila. Ou numa estase causada por hipertensão intracraniana pode um foco inflamatório ou qualquer outra doença do n. o. produzir o escotoma ou a cegueira, fenómenos estes que não são da responsabilidade da estase. Ou ainda pode suceder que uma estase verdadeira coexista com uma compressão do n. o. em qualquer ponto do seu trajecto, que lhe interrompa a condutibilidade. Assim, a compressão dos dois centros visuais dará a cegueira, a compressão do quiasma ou das fitas ópticas ocasionará alterações sensoriais, muitas vezes traduzidas em campos visuais característicos.

Cegueira aguda com estase pura vê-se, por exemplo, quando um forte edema cerebral empurra a duplicatura dural do canal ósseo contra o tronco do nervo, ou quando o recesso do III ventrículo distendido por um hidrocéfalo interno agudo comprime fortemente o quiasma.

Em suma, podemos dizer que a estase com perturbações funcionais intensas deverá, segundo todas as probabilidades, ser uma papilite, e a papilite sem alterações visuais deverá ser uma estase.

A demonstração das anomalias do campo visual merece alguns reparos sugeridos pelos trabalhos e aperfeiçoamentos metódicos dos últimos anos.

O perimetro que todos conhecem é um excelente instrumento



para determinar os limites periféricos do campo visual ; mas, para a investigação da parte central do campo e da sua área intermédia o perimetro é de fraca eficiência.

Para o exame da área central o campímetro estereoscópico é um excelente instrumento, contanto que o olho não examinado possua visão central, sendo, portanto, capaz de fixar. Com êle determinam-se, com extrema precisão, escotomas que se estendem até 10° em tórno do ponto de fixação, tanto para o branco como para as côres. Eu sirvo-me dum campímetro estereoscópico de Haitz, barato e bom. Com êle determino fácil e exactamente a parte central, inflectida ou não, da linha vertical duma hemianopsia, segundo a mácula está ou não poupada, e V. Ex.<sup>as</sup> sabem a vasta importância que êste facto tem para a localização topográfica em neurologia.

Para o estudo da zona intermédia o escotómetro de Bardsley presta bons e rápidos serviços ; mas a disposição instrumental mais fértil em resultados novos e alguns surpreendentes é, sem dúvida, a imaginada por Bjerrum.

A grande cortina negra de dois metros quadrados, e o pequeno disco que serve para o exame, facultam o reconhecimento e o traçado gráfico de pequenos *deficits* no campo que, em obediência às leis da projecção, se apresentam aumentados e ampliados, porque o paciente coloca-se a 1 ou 2 metros da cortina e não a 33 cm. como no perimetro ordinário. As dimensões do ponto cego estabelecem-se facilmente e escotomas minúsculos, dependentes de lesões de determinados feixes de fibras nervosas, conseguem ser demarcados com precisão quando se segue o método de Igersheimer : fazer avançar o *test* de exame, não no sentido radiado, como no perimetro ordinário, em coincidência com a direcção das fibras nervosas, mas em direcção perpendicular a elas.

O exame do campo visual feito pelos métodos precisos actuais é um exame longo e que demanda prática e bom senso, pelo lado de quem examina, e uma certa intelligência e poder de atenção pelo lado do paciente ; mas os resultados compensam o que no trabalho haja de excessivo porque muitos pontos interessantes de patologia e de fisioneurologia oculares encontram, nêle, a solução.

Insisti um pouco sôbre êste assunto, porque a grande maioria dos exames é apenas feita ao perimetro ordinário e desejava lem-



brar-lhes que a neurologia ocular possui, hoje, meios mais finos e precisos para esta investigação vastamente importante.

A adaptação à luz é outra função do nervo óptico que deve ser investigada em todos os casos de dúvida. Os fotómetros e os adaptómetros, ou, simplesmente, uma câmara escura com iluminação de intensidade regulável, demonstram a integridade da adaptação na estase e a deficiência da função na papilite.

Nos casos suspeitos de estase é óbvio para o oftalmologista a necessidade dum exame neurológico exacto e também rinológico e otiátrico. Nós, oftalmologistas, devemos fugir do diagnóstico de estase feito apenas pelo oftalmoscópio. Quando o doente nos vem do neurologista o nosso exame completa ou esclarece o diagnóstico dêle, mas da mesma maneira o exame neurológico confirma ou não o nosso diagnóstico de estase quando o caso nos chega em primeira mão. Nas doenças da papila o neurologista, o oto-rinologista e o oftalmologista devem trabalhar em estreita associação.

A observação prolongada é, às vezes, a única maneira de se sair de casos confusos e embrulhados: na estase em comêço as alterações oftalmológicas em geral modificam-se no sentido aumentativo; na pseudo-neurite não sofrem alteração; na papilite fazem oscilações consideráveis.

A punção lombar é de enorme valor diagnóstico, sobretudo derivado da pressão que apresenta o licor. Pressões patológicas acima de 200 pertencem à estase; na papilite as pressões são normais.

Rara e ocasionalmente pode na estase a pressão ser normal, como, por exemplo, quando está fechada a comunicação entre o sistema ventricular e o canal lombar; mas o valor do sinal é sempre grande nos casos duvidosos. Claro que é ao neurologista que compete determinar a oportunidade da punção, diagnòsticamente inútil nos casos confirmados, perigosa nos tumores da fossa posterior.

Casos há em que ao edema puro — estase — se juntam fonóme-



# III CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA

LISBOA, ABRIL-MAIO DE 1928

## VOLUME I

CONFERÊNCIAS PLENÁRIAS — RELATÓRIOS

Um volume brochado *in* 8.º de 690 páginas com 184 figuras

Preço 50\$00

Pelo correio 53\$00

Para o Brasil e estrangeiro 58\$50

Para as colónias portuguesas 54\$50

Em cuidada edição da Imprensa Nacional, acaba de publicar-se este volume que contém uma grande parte dos trabalhos científicos que deram brilho e indiscutível importância ao III Congresso Nacional de Medicina. A simples consulta do índice permite avaliar do grande interesse que, sob múltiplos aspectos, oferece esta publicação.

É, de facto, raro que uma obra médica abranja uma tam numerosa e valiosa colecção de monografias. Os seus autores são distintas individualidades nacionais e estrangeiras, de comprovada competência, que versam por forma exaustiva os assuntos que lhes são mais familiares.

Alguns dos trabalhos contidos neste volume, que descrevem métodos e investigações originais, são já bem conhecidos no País e no estrangeiro. Honram a ciência médica portuguesa e ficarão sendo basilares na bibliografia dos respectivos ramos. Outros, em que algumas das questões de maior actualidade são, com uma orientação prática, objecto de estudo e de crítica científica fundamentada na experiência e nas constatações pessoais dos seus autores, são de grande utilidade para quantos necessitem de rapidamente se pôr a par dessas questões.

Indicações bibliográficas completas constituem inestimável auxílio para os estudiosos que desejem documentar-se sobre determinados aspectos de cada assunto.



As discussões, que incidiram sobre os relatórios, permitiram que fôsem postos em destaque os pontos sujeitos a controvérsia e que numerosos congressistas trouxessem valiosa colaboração enunciando os seus pontos de vista e contribuindo para que se fixasse doutrina sobre as matérias em debate.

Trata-se, em suma, de uma obra cheia de ensinamentos e recomendável a todos — médicos, cirurgiões e estudantes — que desejem manter contacto com a evolução dos conhecimentos em alguns dos mais importantes capítulos da biologia, da patologia, da organização sanitária e da prática clínica. Os que cultivam a História da Medicina encontrarão também neste volume um atraente e profundo estudo sobre um célebre médico português e a sua época.

\*

Encontram-se à venda na Imprensa Nacional e nas livrarias os exemplares da tiragem limitada excedentes da distribuição pelos Congressistas inscritos para esse efeito.

## ÍNDICE

Introdução.

### I—CONFERÊNCIAS PLENÁRIAS

*Um célebre médico português*, por Augusto da Silva Carvalho.

*Trois cas de syndrome d'Adams-Stokes par lésion de l'artère nourricière du faisceau de His*, por Henri Vaquez.

*L'action physiologique des corps digitaliques*, por Plumier-Clermont.

*Pleurisias salvadoras en el curso del tratamiento de la tuberculosis pulmonar por el pneumotorax*, por Codina Castelvi.

*Aspectos da anatomia cirúrgica de alguns nervos do pescoço*, por Hernâni Monteiro.

*Consideraciones sobre el tratamiento del paludismo*, por Enrique Bardaji Lopez.  
*A técnica da encefalografia arterial no homem; sua importância na localização das neoplasias cerebrais*, por Egas Moniz.

### II—RELATÓRIOS

#### I SECÇÃO—MEDICINA:

*As tiflocolites crônicas na patologia da fossa iliaca direita*, por Manuel Cerqueira Gomes e Roberto de Carvalho.

Discussão.

*Aspectos clínicos da associação da tuberculose pulmonar e da sífilis:*

Relatório por Luís Simões Ferreira e Eugénio Mac-Bride.

Relatório por João Maria Pôrto.

Discussão.

*A roentgenterapia em medicina interna*, por Adelino Padesca e Aleu Saldanha.

Discussão.

*Tensão venosa e sua importância na clínica*, por Aureliano Pessegueiro.

Discussão.



II SECÇÃO—CIRURGIA:

*Diagnóstico e tratamento da prenhez tubária*, por Augusto Monjardino.

Discussão.

*Infecções pélicas na mulher*, por José Gentil.

Discussão.

*Tratamento do aborto febril*, por Moraes Frias.

Discussão.

*Úlceras gastro-duodenais*, por Reinaldo dos Santos.

Discussão.

III SECÇÃO—BIOLOGIA:

*Quimismo sanguíneo—Azotémias*, por Alberto de Aguiar.

Discussão.

*Helmintases e anti-helmínticos*, por Sílvio Rebêlo, J. Toscano Rico e S. F. Gomes da Costa.

Discussão.

*Mecanismos de excreção dos produtos endócrinos*, por A. Celestino da Costa.

Discussão.

*Manifestações da vértebra occipital e assimilação do atlas*, por Amândio Tavares.

Discussão.

BOLETIM DE ENCOMENDA

Este boletim é publicado a expensas do Instituto Nacional de Medicina e Saúde.

Publicado em 1932.

Impresso em Lisboa.

Director: Dr. Augusto Monjardino.

Editor: Dr. Augusto Monjardino.

Assessor: Dr. Augusto Monjardino.

Redacção: Dr. Augusto Monjardino.

Administrador: Dr. Augusto Monjardino.

Deposited in the National Library.

Deposited in the National Library.

Deposited in the National Library.

Deposited in the National Library.

Deposited in the National Library.

Deposited in the National Library.

Deposited in the National Library.

Deposited in the National Library.

Deposited in the National Library.

Deposited in the National Library.

Deposited in the National Library.

Deposited in the National Library.



IV SECÇÃO—HIGIENE E MEDICINA PREVENTIVA:

*Como organizar a luta contra a mortalidade infantil*, por António de Almeida Garrett.

Discussão.

*A profilaxia anti-diférica*, por Carlos Ramalhão, Hernâni Barrosa e Fonseca e Castro.

Discussão.

*O papel do médico, dos municípios e do Estado na luta contra as doenças infecciosas*, por José Alberto de Faria.

Discussão.

V SECÇÃO—MEDICINA MILITAR:

*A osteosíntese no tratamento das fracturas*, por António Lopes Rodrigues.

Discussão.

*Organização do serviço de saúde militar*, por Manuel Gião.

Discussão.

*Organização do serviço de saúde naval*, por Júlio Gonçalves.

Em breve será publicado o II volume do mesmo Congresso, contendo as conferências realizadas nas secções e nos hospitais e institutos, actas, comunicações, organização, etc.

## BOLETIM DE ENCOMENDA

(A enviar preenchido à Imprensa Nacional ou ao livreiro do interessado)

Sr. ....

Peço o favor de me enviar ..... exemplar ..... do  
I volume do III Congresso Nacional de Medicina, para  
cujo pagamento envio inclusa em <sup>(a)</sup> .....  
a quantia de .....

Nome .....

Enderêço .....

.../.../19..... Assinatura .....

(a) Notas, cheque da C. G. D. ou vale do correio.



nos inflamatórios — papilite —; são as estases papilares que aparecem inicialmente com perturbações funcionais acentuadas e que se observam sobretudo na sífilis cerebral. Uma goma pode, tal qual um tumor qualquer, produzir hipertensão intracraniana; uma meningite luética pode rolar, digamos, o forâmen de Magendie e causar um hidrocéfalo secundário, mas ao mesmo tempo, dentro destas circunstâncias, a hoje tão provavelmente freqüente meningite da base, pode, de cumplicidade com as bainhas do n. o., atacar o tronco do nervo longe ou perto da papila, juntando-se e somando-se os sinais, quer da neurite quer da papilite, aos da estase papilar. O mesmo posso dizer da tuberculose, onde a meningite se acolita de solitários tubérculos cerebrais, que no sentido hipertensivo operam como tumores.

Na meningite serosa, pseudo-tumor e hidrocéfalo interno agudo a estase papilar acompanha-se muitas vezes de alterações visuais iniciais que devem ser atribuídas ao desenvolvimento agudo da hipertensão, agudeza que inutiliza todas as possibilidades de adaptação do n. o. às novas condições prevaescentes.

Todos estes casos são de diagnóstico difícil, e é nestes sobretudo que o exame da linfa raquídea derrama luz proveitosa, quer pela pressão com que se escapa, quer pela constituição que revela. Mas é claro que não se pode separar o que por natureza anda junto nestas formas especiais.

Mas onde se acumulam os tropeços e os embaraços é quando o exame incide num dos casos, não excessivamente raros (0,2 0/0, Nottbeck), da chamada pseudo-neurite. Esta vem com todo um cortejo de sinais enganadores: indecisão e turvação dos limites da papila, sinuosidade e dilatação anormal dos vasos da retina, proeminência da papila; tudo isto com visão deminuída, porque em geral existe hipermetropia forte, astigmatismo, às vezes *typus inversus vasorum e astigmatismus fundi*. Em geral as lentes não corrigem por completo e não levam a visão à normal; havia e fica um grau maior ou menor de ambliopia. Juntem-lhe cefaleias, freqüentes como são nos erros de refração não corrigidos, e digam-me se há ratoeira mais bem armada para um diagnóstico falso, porque, afinal, a situação é congénita e nada tem de patológica. O diagnóstico, às vezes de momento impossível, tem de ser feito pela oftalmoscopia estereoscópica que mostra uma ele-



vação gradual da proeminência papilar, partindo do bordo para o centro, pelo estudo cuidado dos campos visuais, pela ausência de edema retineano peripapilar, e muitas vezes pela observação longa do paciente.

No que respeita o substracto anatómico responsável pelo aspecto enganoso, pouco se sabe porque se não conhece caso algum que tenha chegado ao exame microscópico; porém, presume-se, creio que com razão, que a papila e a retina vizinha são nestes casos anormalmente opulentas em neuroglia.

Com desigual freqüência se vê aparecer a estase papilar em várias afecções, de que lhes vou dar a referência. Contudo muitos destes casos tirados da literatura são inaproveitáveis por pertencerem a épocas ou a observadores que não fazem a diferença radical entre estases e papilites, regulando-se apenas pela maior ou menor saliência da papila para a classificação.

O que importa é aceitar a conclusão que julgo impor-se e que é a directriz de todas as considerações que lhes faço: a estase é a expressão oftalmológica duma hipertensão intracraniana.

É esta hipertensão intracraniana a origem única do sintoma estase comum a afecções tão disparatadas, como tumores encefálicos, gomas e tubérculos solitários, tumores dos ossos do crânio e das meninges, abscessos, diferentes formas de meningite, sobretudo a serosa, pseudo-tumor, hidrocéfalo agudo e crónico, aneurismas e hemorragias, amolecimentos, cisticercos e equinococos, deformações cranianas, sobretudo o crânio em tórre, traumatismos cranianos, trombozes dos seios e complicações das otites. Depois a esclerose em placas, a clorose, anemia, leucemia, policitemia, gravidez, nefrite, tetania, intoxicação saturnina, edema angioneurótico, doenças infecciosas (Uhthoff).

As principais causas de papilite são as doenças infecciosas agudas, lues, sinusites, esclerose em placas, etc.

O que é certo é que em quasi todos os casos de estase pura em que se craniectomizou a *dura-máter*, se viu lisa e tensa, e o cérebro por debaixo sem pulsar. Os efeitos de descompressão cerebral sobre a estase ninguém pode pôr em dúvida. Os dados fornecidos pela punção lombar são igualmente demonstrativos.

E se genéticamente estase e papilite são diferentes, o exame anátomo-patológico vem ainda afastar dum o outro estado.



Claro que não podemos entrar em detalhes largos sôbre o ponto, mas peço-lhes que vejam a magnífica preparação n.º 2 da prancha 35, que representa uma papilite, e a figura n.º 3 da mesma prancha que reproduz uma estase (1).

Reparem nos vasos da papila cheios de sangue e invaginados em linfócitos (periflebite). A própria papila está semeada de células e é esta infiltração celular que explica a indecisão dos bordos papilares vista ao oftalmoscópio. A periflebite manifesta-se clinicamente sob o aspecto de traços brancos acompanhando os vasos retineanos. A tumefacção papilar é leve e a retina começa logo encostada ao canal escleral, junto ao qual se vêem as duas camadas granulosas.

Na fig. 3 reproduz-se uma preparação de estase papilar proveniente de um morto por tumor *cerebri*. Vêem que a papila está fortemente tumefacta e os vasos dilatados. O n. o. estreita-se para passar no canal da esclerótica e muda a sua côr na lâmina crivada, para a frente da qual as fibras são mais claras porque se despiram da mielina e ainda porque o edema interposto afastou as fibras umas das outras. As fibras do nervo, entumecidas, arredaram para cada lado o bordo da retina, por isso vêem as duas camadas granulosas fortemente afastadas do canal escleral; por aqui se percebe como o ponto cego aumenta de dimensões no campo visual da estase. Ao contrário do que se passa na papilite da fig. 2, não estão aqui os vasos embutidos em linfócitos e o espaço intervaginal está cheio de um líquido que, corando em rosa pálida, vai afastando a dura da pia e encaracolando com pregas as trabéculas da aracnoidea. Êste líquido, que é o céfalo-raquidiano, cora-se mal porque é pobre em albumina; está comprimindo o n. o. no canal esclerótico-coroideu, e foi empurrado para os espaços intervaginais pela pressão intracraniana. Reparem na lâmina crivada que está repuxada para a frente, mostrando uma certa convexidade anterior.

O prognóstico da estase é decididamente sombrio, a menos que as causas que a provocaram desapareçam. A marcha da estase é tanto mais desfavorável quanto mais lenta e progres-

---

(1) As figuras a que se refere o autor, e que são reproduções de um livro alemão, não nos foram entregues. -- N. R.



siva foi a hipertensão intracraniana originária. De costume, a função uma vez perdida não volta, e estes casos abandonados à evolução natural terminam na cegueira com atrofia.

Diferentes são prognósticamente as estases que abrem com intensas perturbações visuais, porque estas não dependem directamente da estase mas sim duma complicação: inflamação do tronco do nervo (p. exp. sífilis), meningite, paralisia tóxica das fibras nervosas, como sucede nas encefalites purulentas e nos abscessos, e sobretudo a hipertensão de desenvolvimento agudo que não deu tempo às fibras nervosas acomodarem-se à estranha e súbita compressão. Em todos estes casos ensina a clínica que a causa é quasi nunca um tumor, mas outro processo que algumas vezes é susceptível de cura (lues).

Existem indubitavelmente casos de cura espontânea de estase papilar, mas são raros e impossíveis de prever.

A cura medicamentosa da estase é possível apenas na lues. Na imensa maioria dos casos a cegueira é a terminação final e fatal.

O prognóstico da papilite é diferente e incerto. Muitas papilites regressam em poucos dias ou semanas à normalidade, com restituição funcional completa, mesmo que fique uma atrofia papilar acentuada. Em outros casos a doença prolonga-se e termina na cegueira, ou em uma baixa grande e definitiva da agudeza visual.

Esta diferenciação cuidadosa entre estase e papilite, muitas vezes demorada e fatigante na clínica, e fatigante para V. Ex.<sup>as</sup> que me ouvem, tem a sua forte razão de ser porque deste apuramento resulta a exactidão das informações que ao neurologista fornece o oftalmologista. Num diagnóstico duvidoso de tumor encefálico a certeza da existência duma estase papilar é decisiva. Nos períodos iniciais, onde a evidência dos sintomas cardinaes não exista, se eu puder afirmar a presença duma verdadeira estase, esclareço poderosamente o diagnóstico neurológico; emquanto que se diagnosticar vagamente «neurite», pouco adianto, porque o neurologista bem sabe que a inflamação do nervo ou das bainhas dêle é um fenómeno incaracterístico das mais variadas situações encefálicas, medulares ou meníngeas.



# ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

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

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

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

## SIPHILIS -:- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilização terapeutica).

## PIAN — TRYPANOSOMIASES — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

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

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

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

**LABORATORIOS CLIN . COMAR & C<sup>ie</sup> — PARIS**

GIMENEZ-SALINAS y Cia, Rua Nova da Trindade 9, 1<sup>o</sup> — LISBOA

D. P. 158

# CINNOZYL

Methodo de immunisação artificial do organismo tuberculoso

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

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

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

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

**2<sup>o</sup> NAS FORMAS EM EVOLUÇÃO** (tuberculoses bacteriologicamente confirmadas) *dobrar-se-há rapidamente esta dose, elevando-a a 10 c. c., ou 2 empôlas.*

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

1627

**LABORATORIOS CLIN, COMAR & C<sup>ie</sup>** Pharm. de 1<sup>re</sup> cl. Fornecedoros dos Hospitales.  
20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS



# INTERNATIONALE RADIO THERAPIE

FUNDADA POR J. WETTERER — MANNHEIM

## ANUÁRIO DE WETTERER

*Compreende toda a terapêutica física e é publicado por:*

F. BARDACHZI — Aussig; D. CHILADITI — Constantinopla; R. GASSUL — Kasan; W. LAHM — Chemnitz; HENRY SCHMIDT — Chicago; A. H. ROFFO — Buenos Aires; F. SLUYS — Bruxelas; J. SOLOMON — Paris; M. SPINELLI — Napoles; J. WETTERER — Mannheim.

### O ANUARIO DE WETTERER CONTEM:

- I — Tudo quanto se refere a *RADIOTERAPIA* (Roentgen, Curie, Fototerapia): *Física, Biologia, Clínica*, incluindo Climatologia e Balneologia.
- II — *ELECTOTERAPIA*. Cada volume trata da literatura mundial de um ano (de Julho a Junho), 1.º em *EXTRACTOS* de cada trabalho (600 páginas pelo menos em cada volume, 2.º em *ORIGINAIS* (300 páginas pelo menos), 3.º em um *RESUMO* sobre um ramo da rádio ou da electroterapia, 4.º em *TROCA DE OPINIÕES*.
- VOLUME I — *1080 páginas em oitavo, publicado em Outubro de 1926, trata da literatura de Julho 1925 até Junho de 1926.*
- VOLUME II — *1096 páginas em oitavo, publicado em Outubro de 1927, trata da literatura de Junho de 1926 até Julho de 1927.*
- VOLUME III — *1350 páginas em oitavo, publicado em Novembro de 1928, trata da literatura de Junho de 1927 até Julho de 1928, incluindo o Congresso de Estocolmo.*
- VOLUME IV — *Cerca de 1000 paginas em oitavo, será publicado em Outubro-Novembro de 1929 e trata da literatura de Julho de 1928 a Julho de 1929.*

CADA VOLUME CUSTA APENAS R. M. 30

**Indispensável para o Médico  
e para o Roentgenologista**

L. C. Wittich Verlag. — Darmstadt



Eu sei por experiência que tirar o máximo possível do exame dum doente é menos cómodo e mais trabalhoso do que fazer um simples exame oftalmoscópico; mas em clínica cuidada não vale Fordizar ou Citröenizar os exames na ânsia de fabricar diagnósticos em série.

Claro que há casos confusos e difíceis, outros em que um exame meticoloso se torna impossível pelo estado do doente, outros onde os sinais se misturam e combinam, destruindo sintomatologia esquemática que atrás estabeleci. Nestes tem o médico de fazer apêlo a todo o saber e bom senso de que fôr dotado, de todos aqueles predicados essenciais que, vão passados mais de 2.000 anos, faziam dizer a Hippocrates «que o médico hábil tem ao mesmo tempo de ser um são filósofo».

Eu não pretendo diagnosticar sempre. Tento mostrar que muitas vezes, com cuidado, atenção e método, posso colher sinais certos ou extremamente prováveis para o diagnóstico diferencial entre papilite e estase. Quando fôr impossível vale mais confessá-lo do que deixar a verdade ofuscar-se pelos dizeres de Platão.

Mas ainda sob outro aspecto é o diagnóstico de importância avassaladora pelas conclusões terapêuticas a que dá motivo.

Na estase, só quando a sífilis está em causa, com os progressos do diagnóstico serológico actual e a eficácia do tratamento específico, é que se pode esperar uma cura. Mas o tratamento geral da estase papilar é, sem a menor dúvida, operatório, e a operação deve ser aconselhada nos primeiros períodos, antes que a depreciação visual tenha feito a sua aparição.

Mesmo conservando-nos apenas dentro do ponto de vista oftalmológico, o prognóstico visual fatal da estase obriga-nos a operar cedo.

Com os progressos da cirurgia cerebral, está hoje cabalmente demonstrado pela literatura abundantíssima sôbre o assunto que, mesmo quando, como tão freqüente é suceder, a operação ideal, isto é a extirpação radical do tumor, é impossível (e a decisão pertence ao neurologista e ao cirurgião) a estase retrocede após uma simples abertura do crânio e da *dura-máter*.

E daqui resulta a indicação sistemática da trepanação paliativa ou descompressiva nas estases papilares, com boa visão, causadas



por tumores cerebrais inoperáveis, ou por outras doenças hipertensivas.

As seguintes teses de von Hippel, bem apoiadas por uma larga experiência e aturado estudo, merecem consideração atenta :

1.º — As operações paliativas entram em linha quando por qualquer razão o foco não possa ser extirpado, ou se pense apenas descomprimir.

2.º — A trepanação paliativa (inclusive as operações osteoplásticas) na imensa maioria dos casos fazem retroceder a estase papilar permanentemente ou por muito tempo. — Posso confirmá-lo.

3.º — As probabilidades de conservar ou melhorar a visão são grandes quando a operação é executada a tempo de existir ainda visão útil (normal ou em princípios de deminuição). Fracas são as probabilidades de êxito quando a visão é muito baixa. Quási absolutamente nulas quando exista cegueira completa, ou quási completa. — Posso confirmá-lo.

É, pois, absolutamente necessário operar cedo,

4.º — Entre os doentes com sintomas de tumor (estase papilar) há um número considerável onde tumor não existe (hidrocéfalo, pseudo-tumor, edema cerebral, meningite serosa). Nestes casos a operação a tempo leva à cura, a operação tardia deixa a cegueira, ou quási cegueira. — Posso confirmá-lo.

5.º — A duração da vida dos trepanados com êxito, mesmo em casos de tumor certo é, numa grande percentagem, de molde a fazer considerar como valiosa a operação.

6.º — Os perigos da trepanação paliativa não são para desprezar (56 mortos em 272 operações), mas estes perigos são bem menores quando se opera cedo. A estatística vem carregada com casos operados nos períodos terminais.

7.º — Como em muitos casos a estase é um sintoma precoce do tumor, aparecendo, contudo, tardiamente em outros, nós, oftalmologistas, devemos deduzir que o perigo de morte durante a operação é menor emquanto exista pouca ou nenhuma queda de visão.

8.º — A técnica cirúrgica e anestésica influi muito na percentagem dos casos fatais.

9.º — O fragmento do osso não deve ser repostado. As operações osteoplásticas não estão indicadas.



10.º— Consegue-se freqüentemente descomprimir sem abrir a *dura-máter*. Comtudo na maioria dos casos esta abertura é necessária.

11.º— A aparição de hérnias cerebrais é necessária para o êxito descompressivo; elas não devem ser evitadas, apenas o seu desenvolvimento gigantesco impedido, empregando métodos cirúrgicos apropriados.

12.º— Se faltam todos os sinais localizadores a trepanação será feita na região subtemporal direita. Se há certeza ou probabilidades de localização, a trepanação será feita sôbre a região do tumor porque, então, temos de considerar a possibilidade de uma operação radical.

Qual o método operatório de escolha, se trepanação, se punção do corpo caloso, se punção suboccipital, se drenagem ventricular, se trepanação subtemporal, se trepanação na região do cerebelo, não me atrevo a aconselhar. Pode dizer-se, comtudo, que a punção lombar como método terapêutico na estase pura não é de aconselhar, e que, a meu ver, a operação proposta e executada por Muller não merece adopção.



## NOTAS CLÍNICAS

### BREVES NOÇÕES PRÁTICAS SOBRE O TRATAMENTO ALCALINO DAS ÚLCERAS DO ESTOMAGO

O único fim desta nota clínica é o de expor aos médicos práticos a maneira como tratamos hoje um ulcerado gástrico, abstraindo todas as teorias sôbre a patogenia desta doença.

Depois de viva discussão sôbre o tratamento da úlcera do estômago, ficou estabelecido que 75 % destas lesões são curáveis medicamente, devendo a cirurgia intervir apenas nos restantes casos; portanto, quando o tratamento interno fôr ineficaz, devemos em 3/4 dos casos atribuir o insucesso à sua má execução ou a êrro de diagnóstico, antes de o condenarmos.

As condições que nos indicam a necessidade da intervenção cirúrgica são:

a) Estase gástrica (por estenose orgânica do piloro, mas não por pilorospasmo que cede ao tratamento interno).

b) Perfuração (quer dê peritonite generalizada ou localizada).

c) Hemorragias. Mas não se deve esquecer que devemos tentar o seu tratamento interno, mesmo se ela fôr abundante, pois a mortandade nestas condições é inferior a 10 %, elevando-se até 50 % pela intervenção operatória; contudo, se, depois de bem conduzida terapêutica interna, as hemorragias se repetirem, embora pouco abundantes, o tratamento cirúrgico está indicado.

d) Insucesso do tratamento médico, a-pesar-de realizado com todo o rigor e por longo tempo — o que é raro, como já dissemos.

e) Impossibilidade de seguir êste tratamento em consequência das condições sociais do indivíduo (viajantes, miséria).

Dos tratamentos médicos, vamos-nos referir apenas ao da alcalinização intensiva, que é seguido hoje em quasi todos os serviços de clínica médica.

É da mais alta antiguidade o uso dos alcalinos no tratamento da úlcera do estômago, mas só há poucos anos, sobretudo depois dos trabalhos de Sippy, é que a sua prática adquiriu bases seguras e racionais.

O tratamento a que nos estamos referindo tem os seguintes fins principais:

1) Obrigar o estômago ao menor trabalho, compatível com as necessidades do organismo.

2) Impedir a existência de Cl H livre no estômago, fazendo ingerir frequentemente alcalinos ou alimentos.

Pode dizer-se que o tratamento de Sippy rigoroso é impraticável no nosso meio e, por esta razão, nós seguimo-lo apenas nas suas linhas gerais. Assim, instituimos o tratamento médico a um ulcerado gástrico da seguinte forma:

1.<sup>a</sup> semana.

a) Cama. O repouso absoluto durante a primeira semana é de imperiosa necessidade em todos os casos de sintomatologia bastante intensa.

b) Aplicações frias ou quentes no epigastro (muito útil a almofada eléctrica por ser leve e por ter uma temperatura constante e graduável). Êste



# NEO=PLASTINA

## SEIXAS=PALMA



*Emulsão aseptica de lecitina e luteinas em soro fisiológico*



*Este preparado não provoca reacção*

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



# NEO=PLASTINA

**SEIXAS=PALMA**

Emulsão aseptica de lecitina e luteinas em sôro fisiologico

**Este preparado não provoca reacção**

**Receitae a**

# NEO=PLASTINA

**SEIXAS=PALMA**

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

» » » 6 » » 5 » »

**Porque é**

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

---

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

---



tratamento, além dos benefícios que causa *in loco* e na mentalidade do doente, justifica aos seus olhos a necessidade de estar deitado.

c) Tratamento interno: das 8 às 20 horas toma de 30 em 30 minutos ou 1 decilitro de leite frio ou o pó de cada um dos seguintes papéis num decilitro de água, alternadamente:

- |  |                        |
|--|------------------------|
| 1) Bicarbonato de sódio                      | } ãã cinco decigramas. |
| Magnésia calcinada                           |                        |
| 2) Bicarbonato de sódio — quinze decigramas. |                        |
| Carbonato de cálcio — cinco decigramas.      |                        |

Exemplificando: às 8 horas — leite; às 8,30 — papel n.º 1; às 9 — leite; às 9,30 — papel n.º 2; às 10 — leite; às 10,30 — papel n.º 1, e assim todo o dia.

Com êste tratamento cessam as queixas, em regra, logo nos primeiros dois ou três dias. Mas, algumas vezes, nós encontramos doentes em que a sintomatologia reaparece durante a noite, por se interromper a medicação indicada; nestes casos, tem-nos dado óptimos resultados a aplicação dum penso estomacal. Costumamos mandar os nossos doentes tomar às 22 horas a seguinte suspensão: caulínina 25 grs., agar-agar 5 grs., para ferver durante 15 minutos em 150 grs. de água e beber muito quente, devendo o doente voltar-se muito lentamente nos vários decúbitos, para que toda a parede do estômago fique revestida desta massa protectora. Preferimos esta argila ao bismuto por não ser tóxica, por a sua acção terapêutica ser mais eficaz, por não ennegrecer as fezes ocultando possíveis hemorragias e por ser incomparavelmente mais barata.

Por vezes, aparecem-nos doentes queixando-se de azias e piroses, apesar de êste tratamento ter sido cumprido a rigor; estas queixas são devidas a hipersecreção gástrica, que costumamos debelar pela adição de pó de fôlhas de beladona aos alcalinos mencionados, nas doses habituais.

### 2.ª semana.

Tendo o doente passado bem no final da 1.ª semana de tratamento, deixamo-lo então levantar, sendo desnecessárias as aplicações locais.

Desde as 8 às 20 toma todas as horas, alternadamente, o pó do papel n.º 1, 200 grs. de leite, o pó do papel n.º 2, leite, etc. Como substitutos do leite, são permitidas as seguintes refeições: 100 grs. de puré de batata muito ralo (feito com leite e manteiga), caldo de farinha de trigo, aveia ou arroz (feitos da mesma forma), tapioca muito cozida e sopa de sêmola em leite.

### 3.ª semana.

Aumentar o intervalo das refeições para 3 horas e a dose das papas para 150 grs., dando em cada uma das 2 horas intercaladas um dos papéis alcalinos

Além das refeições já permitidas, prescrever: 2 ovos crus (na casca ou com açúcar) ou misturados nas papas, purés de nabos ou cenouras, macar-



rão cozido em água e temperado com manteiga, arroz de manteiga, fruta cozida (maçã).

*4.<sup>a</sup> e 5.<sup>a</sup> semanas.*

Fazer as mesmas refeições, também com intervalo de 3 horas, podendo juntar-se 100 grs. de pão torrado com manteiga e 100 grs. de peixe fresco cozido (linguado, pescada).

*6.<sup>a</sup> semana.*

Começar a ingerir 100 gr. de carne raspada ou extracto de carne (Zomine, Bovril) além da dieta já permitida, fazendo refeições mais abundantes e espaçadas (4 por dia).

A progressão das dietas não se deve fazer mais rapidamente do que a indicada, sob pena de inutilizarmos o tratamento e termos de voltar ao início. Devemos atender sempre às melhoras obtidas no decurso do tratamento para regularmos a dieta, voltando ao regime anterior logo que reapareça qualquer sintoma da afecção.

A administração dos alcalinos diminuirá de intensidade à medida que for possível, podendo ser receitados numa só embalagem: bicarbonato de sódio e magnésia calcinada aã 20 grs., fosfato de sódio 15 grs., extracto de beladona 0,10 gr. numa caixa (para tomar uma colher das de chá, em água, antes de cada refeição, até 5 por dia).

Não se deve temer prejuízos desta alcalinização sobre a digestão gástrica, pois quando ela é mais intensa, os alimentos permitidos são digeridos fora desta viscera (bôca, duodeno). É verdade que se têm descrito alguns casos de intoxicação por excessiva administração dos alcalinos, manifestando-se por quebranto, cefaleias, vômitos e até convulsões, mas estas queixas só aparecem em casos excepcionais e especialmente quando há estenose pilórica ou insuficiência renal e cessam logo que se interrompe a medicação. Contudo, é prudente interromper o uso dos alcalinos 2 dias em cada mês, como medida preventiva. Também se têm descrito casos de calculose das vias urinárias por precipitação dos fosfatos, em consequência da excessiva administração de alcalinos ter invertido a reacção normal da urina.

Das três substâncias referidas (bicarbonato de sódio, magnésia calcinada e carbonato de cálcio) é o bicarbonato a que mais facilmente pode provocar o desequilíbrio ácido-básico do organismo, levando aos quadros patológicos a que acabamos de nos referir.

Aproveitando a acção laxativa da magnésia e a obstipante do carbonato de cálcio, nós devemos tentar a regularização das dejecções pela substituição recíproca destas duas substâncias na medicação.

Quasi todas as pessoas toleram com agrado esta dieta durante meses, sentindo-se fortes e engordando; temos até encontrado doentes que tão bem passam com este regime que o têm seguido toda a vida, sem quererem tentar ampliá-lo.

Mas como a terapêutica influi diferentemente de doente para doente, devemos dizer, duma maneira geral, que o aumento ou a restrição da dieta e



a necessidade de recommençar de tempo a tempo o tratamento *ab initio* são equações variáveis para cada caso.

Mesmo nos casos de persistentes melhoras, não devemos permitir as refeições habituais, mas basearmo-nos sempre nos seguintes princípios: na dieta nunca devem entrar irritantes mecânicos da mucosa gástrica (saladas, vegetais mal cozidos, nozes, etc.), nem excitantes da sua secreção (vinagre, pimenta, cravinho, canela. etc.); a comida deve ser muito bem mastigada, para poupar o estômago, e as refeições devem ser pequenas, embora freqüentes; as gorduras, quando não rançosas, inibem a secreção gástrica (alguns autores para combater a acidez mandam tomar, meia hora antes das refeições, uma colher das de chá com azeite, cuja acidez seja inferior a 8 décimos). Devemos proibir em absoluto o uso das bebidas alcoólicas e permitir só um cigarro em seguida a cada uma das duas principais refeições, quando a sua abstinência seja penosa.

A-pesar-da dieta e da alcalinização, por vezes persistem queixas devidas a hipersecreção ou a estase.

A hipersecreção deve ser combatida pela beladona (sob a forma de pó de fôlhas, ou de tintura ou empregando o sulfato de atropina em grânulos, meia hora antes das refeições, como sempre) ou pela papaverina. Obtêm-se muito bons resultados pela mistura dos dois alcalóides, por exemplo sob as seguintes fórmulas: extracto de beladona, extracto de papaverina ãã 0,03 gr., extracto de alcaçus g b para 1 pílula n.º X, de que se toma uma também meia hora antes das principais refeições; ou receita-se atropaverina, para tomar um comprimido em idênticas condições.

Algumas, se bem que raras vezes, o estômago não consegue libertar-se de todo o seu conteúdo, sendo então de grande utilidade as lavagens gástricas; estas devem ser feitas com soluto de nitrato de prata a 1 0/100, umas 6 horas depois da última refeição, habituando-se os próprios doentes a fazê-las. Isto nos casos em que a estase não é definitiva, porque neste caso deve ser aconselhada a operação.

ALBERTO DE CARVALHO.



# Sessões científicas do Hospital Escolar

Sessão de 30 de Maio de 1929

## Comunicações :

I. *Dois casos de corpos estranhos nos brônquios*, pelo Prof. CARLOS DE MELO.

II. *A propósito de dois casos de anemia perniciosa*, pelo Dr. MÁRIO ROSA.  
(Esta comunicação será publicada no texto *in extenso*).

Dr. FURTADO. — Refere-se a um lapso havido nas análises, que consiste na falta de contagem das plaquetas a que se liga hoje grande importância, porque a hiperplaquetemia que a dieta de fígado provoca revela realmente a hiperfunção medular consecutiva ao tratamento.

Fala depois no mecanismo da acção da dieta de fígado, referindo-se à acção que alguns autores franceses pretendem que ela exerça sobre as toxinas das perfringens. Refere-se também à opinião dos autores americanos (MIDDLETON, MURPHY, WIPPLE) que consideram a anemia perniciosa produzida por toxinas hemolíticas e a dieta de fígado como tendo uma acção anti-hemolítica.

Dr. LUÍS PACHECO. — Na clínica neurológica deste hospital foi tratada uma doente com anemia perniciosa e perturbações nervosas (paraplegia). Com o tratamento pelo fígado a doente melhorou não só da anemia mas também das perturbações nervosas. Chamou também a atenção para a simultaneidade das lesões hepáticas e das perturbações nervosas, assim como acontece na doença de Wilson e na intoxicação pelo manganésio.

Dr. HEROLD. — Não quer deixar de mencionar um caso de anemia perniciosa que em tempos teve ocasião de observar, a qual sob o ponto de vista etiológico lhe parece bastante interessante. Era uma mulher que deu entrada no hospital com o síndrome de estado septicémico crónico e na qual a auscultação revelou por três vezes a existência de *bactério coli* no sangue.

A pouco e pouco se desenvolveu nesta doente o quadro clínico de uma anemia perniciosa.

No fim de dois anos a doente falecera e a autópsia confirmou o diagnóstico de anemia perniciosa. Encontrou-se então num dos rins um foco pielo-nefrítico como ponto de partida da septicémia.

III. *Síndrome acromegálico sucedendo-se a um síndrome de Frölich*, pelo Dr. EDUARDO COELHO.

V. *A malariaterapia na sífilis do quiasma óptico*, pelo Dr. EDUARDO COELHO.  
(Estas duas comunicações serão publicadas no texto *in extenso*).

IV. *Um caso de nevo pigmentar mixto gigante*, pelo Dr. FARIA e COSTA.  
(Esta comunicação será publicada no texto *in extenso*).

Dr. EGAS MONIZ. — Este doente tem uma doença de Recklinghausen.



## Revista dos Jornais de Medicina

O abdômen agudo. (*The acute abdomen*), por ARTHUR DEAN BEVAN.—*Surg. Clin. North Am.* Abril 1929.

Por abdômen agudo entende-se o grupo de condições patológicas que se acompanham de sintomas abdominais agudos. É um capítulo de diagnóstico diferencial. Como mais freqüente deve primeiro enumerar-se a apendicite e depois, em ordem de freqüência decrescente, as afecções biliares, vesícula e ductos biliares, as lesões do rim e uretero, as lesões do estômago e duodeno, úlcera perfurante e perfuração de úlcera, as afecções dos órgãos genitais femininos, útero, trompas, ovários, e englobando algumas emergências agudas como a salpingite aguda, as lesões agudas dos ovários, a gravidez extra-uterina e o quisto de ovário com torção do pedículo, as lesões do intestino, inflamatórias, mecânicas, neoplásicas, as lesões do pâncreas e a pancreatite aguda.

O A. relata no seu artigo uma série de casos clínicos, que apresenta através da sua história sumária e dos dados da observação clínica colhidos nas afecções as mais variadas. Todos estes casos trazem uma discussão criteriosa quanto ao diagnóstico diferencial; em todos ou quasi todos houve a oportunidade de verificar depois o diagnóstico, por intervenção cirúrgica por exame necrópsico ou ainda pela sua própria evolução espontânea.

Assim cita casos: de apendicite aguda com perfuração de apêndice, de calculose renal bilateral, de pneumonia lobar aguda, de empiema, de pelvipерitonite gonocócica, de fibroma pediculado em necrose por torção do pedículo, de colecistite calculosa com gangrena parcial da parede da vesícula, de rotura do esôfago, de trombose da artéria coronária com calculose hepática concomitante de invaginação do ileon, de pancreatite aguda com calculose hepática, de goma sífilítica do fígado, de crise gástrica tabética, de abscesso do baço, de estrangulamento intestinal por cicatriz viciosa post-operatória, de obstrução intestinal por neoplasia da ansa sigmoideia, de perfuração de úlcera duodenal, e finalmente o caso de um gastro-enterostomizado com crises anginosas.

Estas diferentes histórias clínicas exemplificam bem a extrema variedade das condições que podem criar o chamado abdômen agudo; pela especial competência do autor, bem como pela maneira como é discutida e esclarecida a diagnose diferencial, a leitura do artigo é bastante rica em ensinamentos. O autor diz para terminar:

«O mais competente dos clínicos não deve pretender, em face de tais casos, um diagnóstico completo e infalível; deve antes determinar com precisão se há ou não há indicações formais que justifiquem a intervenção operatória».

MORAIS DAVID.



**Tratamento das veias varicosas pelas injeções esclerogêneas.** (*The injection treatment of varicose veins*), por E. O. NEIL.— *New Eng. Jour. of Med.* 9 Maio 1929.

Tanto no tratamento médico como também no tratamento cirúrgico das varizes, não basta respectivamente a obliteração ou a extirpação das veias dilatadas abaixo do Joelho; fazendo só isto obtém-se apenas um efeito de ordem estética e não se foge às recidivas mais ou menos precoces. Toda a coluna varicosa, compreendendo o tronco da grande safena, deve ser obliterada por injeção, pela laqueação ou por extirpação, até a sua embocadura na veia femoral. A cura só é possível com o cumprimento rigoroso destas indicações. Exceptuam-se porém aqueles casos em que existem pequenos territórios de veias varicosas, isoladas, em que se busca somente o tratamento local dos vasos isoladamente dilatados.

O tratamento médico, além de ser mais econômico permite, que os doentes continuem a fazer a sua vida habitual e, com menos complicações talvez, tem a mesma eficiência do tratamento cirúrgico.

Os solutos correntemente empregados nas injeções são o salicilato de sódio de 20 a 40 0/0, o cloridrato de quinina e ureia a 5 0/0, a glicose de 50 a 60 0/0 e o cloreto de sódio de 20 a 30 0/0.

O A. considera o soluto de cloreto de sódio, 10 c. c., indicado no tratamento das grandes varizes, e o cloridrato de quinina e ureia, 2 c. c., nas varizes mais pequenas e nas que são complicadas de lesões ulcerosas dos tegumentos.

Qualquer dos solutos esclerogêneos provoca a obliteração das veias por um processo de trombose com aderência do trombo à superfície da endoveia; fortemente alterada por descamação do endotélio.

Para a injeção das veias da perna não é preciso o garrote compressor acima do ponto da picada porque o soluto esclerogêneo permanece um certo tempo dentro do vaso injectado.

Nas injeções das veias da coxa é conveniente usar esta compressão

Em seguida às injeções de cloreto de sódio e de salicilato de sódio são frequentes as câimbras, que contudo desaparecem prontamente sem mais inconvenientes. A injeção fora da veia provoca dores intensas e fenómenos de necrose local de demorada reparação. A embolia constitui uma raridade e não é complicação que figure na prática corrente.

Mc. Pheeters e Rice entre 53.000 injeções encontraram 4 casos de morte por embolia.

MORAIS DAVID.

**O tratamento das varizes pelas injeções.** (*Treatment of varicose veins by injection*), por E. MELKON.— *New Eng. Jour. of Med.* 4 Abril 1929.

Depois de falar nos solutos habitualmente empregados para a trombose das veias, descreve a técnica de que se serve.

Nos casos em que os tegumentos se apresentam sem alteração, o A. pro-



põe o soluto de salicilato e para os casos de varizes com úlceras o soluto de cloridrato de quinina e ureia.

Durante a injeção dos grossos troncos venosos o doente deve estar em posição horizontal. Na obliteração das pequenas veias a injeção pode ser feita com o doente de pé.

O tratamento é repetido duas a três vezes por semana.

São raras as seqüelas do tratamento.

Este está contraindicado nos casos de edema dos membros, nos debilitados, nas afecções cárdio-renais e nas flebites recentes. O tratamento médico é superior em resultados ao tratamento cirúrgico.

MORAIS DAVID.

**A bacteriologia do sangue e das articulações nas artrites sépticas crônicas.** (*The bacteriology of the blood and joints in chronic infectious arthritis*), por R. CECIL, E. NICHOLLS e W. STAINSBY. — *Arc. Int. Med.* Maio 1929.

Conclusões do artigo:

Os estreptococos podem-se isolar com freqüência do sangue dos doentes com artrites sépticas crônicas (61,5 % na série de 78 casos estudados). Dêstes estreptococos 83,3 % são cultural e biologicamente idênticos e parecem ser estreptococos hemolíticos atenuados. Esta variedade dominante tem sido classificada como estirpe típica. As restantes variedades são ou o estreptococo *viridans* ou tipos de estreptococos incarecterísticos. Por vezes isola-se das artrites um estreptococo cultural e biologicamente idêntico ao que se isola do sangue do mesmo doente.

Ainda outras vezes é possível isolar de determinados fôcos sépticos um estreptococo idêntico ao que se isola do sangue e das articulações lesadas.

Pela injeção experimental dos estreptococos típicos nas veias do coelho provoca-se a aparição de uma poliartrite crônica, não supurada, cuja anatomia patológica é perfeitamente sobreponível à das lesões dos doentes donde se tirou o respectivo agente microbiano.

As culturas de sangue e das articulações dos animais experimentalmente infectados desenvolve um estreptococo do mesmo tipo do que serviu para a inoculação.

Estas observações parecem confirmar a teoria que atribui as artrites crônicas sépticas a uma infecção estreptocócica, de um tipo especial.

A presença desta estirpe específica no sangue de diversos doentes com artrites deformantes avançadas parece também corroborar a ideia de que as artrites deformantes e as artrites crônicas sépticas são uma e a mesma cousa.

MORAIS DAVID.

**A sintonina no tratamento da diabetes.** (*Syntalin in the treatment of diabetes*), por E. RALI e C. GUION. — *The Jour-Lab. and Cli. Med.* Maio 1929.

Os AA. referem, de passagem, algumas opiniões acêrca da actividade do preparado e do seu modo de acção e incluem as notas clínicas que dizem



respeito a 9 de 12 casos de diabetes humana tratados com a sintalina, e concluem:

De 12 casos tratados todos mostram uma evidente baixa na glicemia, em uns mais acentuada do que noutros.

Se bem que em alguns casos a percentagem de hidratos de carbone da dieta fôsse relativamente baixa, todos os doentes ficaram aglicosúricos. Êstes não mostraram perda de pêsso e, com a suspensão da sintalina, não só houve um aumento na glicemia como reapareceu o açúcar nas urinas. Em um dos casos a glicosúria desapareceu mais tarde com o uso exclusivo do regime dietético mas, no comêço do tratamento, a paragem da sintalina coincidiu com uma elevação na glicemia, que subiu de 0,15 para 0,17 % e permaneceu a esta altura até que o doente voltou a ser sintalinizado; com a continuação do tratamento a glicemia desceu a 0,09 %. Êstes mesmos pormenores se passaram com outros doentes.

O modo por que a sintalina exerce a sua actividade envolve uma questão de capital importância.

Só um dos doentes apresentou sintomas tóxicos attribuíveis ao fígado, uma icterícia ligeira ao fim de dois meses de tratamento com o preparado, que desapareceu quatro dias depois de se ter interrompido o seu uso.

A sintalina parece representar um passo no progresso do tratamento da diabetes e marca o conhecimento de uma droga que, administrada por via gástrica, demonstra uma acção nítida sôbre o valor da glicemia.

Na sua actual apresentação, e até que a sua toxicidade seja suficientemente conhecida, deve ser empregada com cuidado.

A sintalina não podê de forma alguma substituir a insulina, especialmente no tratamento da diabetes juvenil. Os autores restringiram a sua indicação aos casos em que o regime alimentar não bastou para acabar com a glicosúria e em que os doentes se recusaram ao tratamento pela insulina.

MORAIS DAVID.

---

As curvas da glicemia no sangue venoso da glicosúria benigna e da diabetes. (*Cutaneous and venous blood sugar curves in benign glycosuria and in diabetes*), por M. FRIENSON, M. RASENBAUM, E. THALHERNIER e J. PETERS.—*Arch. Int. Med.* Maio 1929.

As investigações repetidas no doseamento da glicose do sangue arterial e do sangue venoso têm mostrado algumas particularidades que podem resumir-se assim:

Em jejum os valores do sangue arterial e do sangue venoso são sensivelmente iguais, e se qualquer diferença existe é no sentido de o sangue arterial ter uma percentagem de açúcar ligeiramente superior à do sangue venoso. Após as refeições acentua-se uma diferença entre aqueles valores, máxima na concentração mais elevada da glicose do sangue, e que atinge diferenças de 0,05 a 0,06 %. Decorridos 90 minutos, em média, quando a maioria das curvas da glicemia apresentam valores da glicose iguais aos da glicemia em jejum, a diferença entre as percentagens da glicose nos dois sangues volta a



ser nula ou quasi nula. Todas estas considerações dizem respeito aos individuos não diabéticos. Quanto aos diabéticos tem-se dito que os valores das duas glicemias, depois das refeições ou depois das provas experimentais, são equivalentes, o que demonstraria a incapacidade especial dos tecidos para a fixação e oxidação do açúcar; a administração da insulina tende a aproximar o comportamento do diabético do individuo normal. Os autores fizeram estudos em 14 doentes com a chamada glicosúria benigna e em pessoas normais, observando as modificações da glicemia em um e outro grupo de individuos, depois da ingestão de dextrose ou de uma refeição mixta.

A presença ou ausência de uma diferença entre glicemia arterial e a glicemia venosa, depois das refeições, não serve como distinção entre os casos de glicosúria benigna e de diabetes. Em doentes com glicosúria benigna as diferenças da glicemia arterial e venosa podem chegar a ponto de o sangue venoso nunca apresentar variações hiperglicémicas que são presentes no estudo do sangue arterial. Depois do emprêgo da insulina as diferenças são menos acentuadas, ainda que a insulina possa baixar o valor da glicemia sem alterar as diferenças entre as glicemias arterial e venosa.

MORAIS DAVID.

**Importância do tecido linfocitogéneo (timo, baço, gânglios linfáticos) na patogénese da espasmofilia do lactante.** (*Bedeutung des Lymphocytogenen Gewebes (Thymus, Milz, Lymphknoten) für die Pathogenese der Säuglingsspasmophilie*), por A. NITSCHKE. — *Klinische Woch.* N.º 24. 1929.

Da urina de crianças espasmofílicas (10 casos) conseguiu o A. extrair sempre uma substância que, injectada por via subcutânea em coelhos, determina um síndrome espasmofílico (baixa do cálcio no soro, hiperexcitabilidade eléctrica, convulsões, morte).

Nas urinas de *contrôle* de crianças não espasmofílicas (11 casos) não se encontra essa substância. O mesmo sucede na urina de espasmofílicos curados.

Essa substância é idêntica à anteriormente isolada pelo A. do tecido linfocitogéneo (timo, baço, gânglios linfáticos).

Nestes factos baseia o A. a teoria de que a espasmofilia seria a consequência duma hiperfunção do tecido linfocitogéneo (absoluta ou relativa); êste sistema seria, em relação ao metabolismo do cálcio, o antagonista hormonal das paratiroides.

F. FONSECA.

**O novo tratamento da úlcera do estômago pela irradiação.** (*Die neuere Strahlenbehandlung der Magengeschwüre*), por E. KOLTA e B. DUMAY. — *Klinische Woch.* N.º 24. 1929.

Trabalho da escola de Balint que liga grande importância à reacção do sangue e tecidos na patogénese da úlcera gástrica.



Os AA. tiram as seguintes conclusões do seu trabalho :

1) A irradiação de partes do corpo afastadas do estômago (coxas) podem determinar a cura da úlcera gástrica.

2) Durante o tratamento raras vezes os doentes necessitam acamar.

3) Só raramente e durante o comêço do tratamento os doentes precisam dieta.

4) Mesmo uma irradiação superficial determina durante longo tempo um desvio do equilibrio ácido-básico do organismo para o lado alcalino. Êste factor desempenha provávelmente o papel mais importante na cura da úlcera do estômago.

F. FONSECA.

**Anestesia local ou narcose nas operações da tiroideia.** (*Lokalanästhesie oder Narkose bei Schilddrüsenoperationen*), por F. KONIG e E. STAHNKE. — *Therapie der Gegenwart*. N.º 6. 1929.

Para os bócios não tóxicos a anestesia local é o método de escolha.

Nos bócios tóxicos o melhor processo é a narcose pelo éter com preparação pelo Parnokton.

F. FONSECA.

**Os resultados tardios do tratamento dos retro-desvios do útero pelo processo de Doléris-Gilliam.** (*Les résultats éloignés du traitement des rétrodeviations de l'utérus par le procédé de Doléris-Gilliam*), por I. TIKANAGÉ. — *Gynécologie et Obstétrique*. N.º 4, tÔmo XIX. 1929.

De todas as posições anormais do útero são o retro-desvio, o abaixamento e o prolapso as que mais prendem a atenção dos clínicos. A mais freqüente é o retro-desvio uterino.

Os métodos que têm por fim corrigir a retroflexão podem ser divididos em dois grupos: ortopédico e cirúrgico. O tratamento ortopédico (pessarioterapia) está indicado nas retroflexões móveis. Esta terapêutica dá por vezes bons resultados, mas exige uma cura prolongada. A percentagem das curas é reduzida e, segundo Lohlein, não ultrapassa 4 %.

Entre as operações destinadas a corrigir as retroflexões do útero as mais usadas são as que fixam o corpo do útero à frente directa ou indirectamente. Actualmente applica-se a maioria das vezes uma das três operações seguintes: Alquié-Alexander-Adams, Doléris com diferentes modificações e Baldy-Dartigues.

O A. applicou o processo Doléris-Gilliam em 73 doentes e a sua experiência pessoal e o estudo da literatura do assunto levam-no às seguintes conclusões:

1.º — A operação de Doléris-Gilliam não é de técnica complicada e não é perigosa para os doentes.

2.º — Pode ser applicada quer na idade da procriação, quer no período climatérico e nas formas móveis ou fixas da retroflexão.

3.º — A operação de Doléris-Gilliam dá resultados satisfatórios no sentido anatómico e funcional.



4.º — Esta operação dá poucas recidivas, o que se explica porque a fixação é feita com a parte mais desenvolvida e mais sólida dos ligamentos redondos, servindo como ponto de apoio a musculatura do grande recto, a sua parte tendinosa muito resistente ou a aponevrose.

5.º — O útero fica assim suficientemente móvel e pouco levantado da pelve.

6.º — Depois desta operação a gravidez decorre normalmente.

7.º — Êste processo operatório é pouco conveniente para o tratamento dos prolapso.

F. FONSECA.

**Estudos sôbre a acção do nitrato de sódio na glicemia.** (*Studien über die Einwirkung des Natriumnitrats auf den Blutzucker*), por E. HERZFELD e R. KRUGER. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 25. 1929.

Os AA. experimentaram, tanto no animal como no homem, a acção do nitrato de sódio sôbre a glicemia. Em ambos os casos verificaram que o nitrato de sódio determina uma baixa do açúcar do sangue seguida de elevação.

F. FONSECA.

**A pielografia intravenosa.** (*Die intravenöse Pyelographie*), por A. ROSENO. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 25. 1929.

No último congresso alemão de urologia foi apresentado pelo A. um novo método que permite tornar visível ao R. X todo o sistema uropoético por meio da injecção intravenosa de grandes quantidades de ureia combinada com iodo. O A. apresenta as indicações do novo método e analisa os resultados que se podem obter nos diferentes estados patológicos, e afirma que o pielograma intravenoso com iodo-ureia sintetiza o diagnóstico funcional do rim e a representação anátomo-topográfica das vias urinárias.

F. FONSECA.

**Experiências com luminal em solução como hipnótico.** (*Erfahrungen mit Luminal in Lösung als Schlafmittel*), por G. IREPTE. — *Therapie der Gegenwart*. N.º 6. 1929.

O A. experimentou em 40 doentes da enfermaria de neurologia do Hospital de Lankwitz a solução a 20 % de luminal (I. G. Farbenindustrie) como hipnótico. Obteve bons resultados com a dose de 1 c. c. por empola = 0,2 de luminal, podendo em caso de necessidade aumentar-se a dose até 0,6.

F. FONSECA.

**Sôbre a influência da adrenalina na quantidade de sangue circulante.** (*Über den Einfluss des Adrenalins auf die zirkulierende Blutmenge*), por K. HITZENBERGER e F. TUCHFELLD. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 26. 1929.

Descrição dum processo com o auxílio do qual se podem fazer, num curto



espaço de tempo, repetidas medições, com o C O-Método, da quantidade de sangue circulante.

A injeção subcutânea de adrenalina provocou em cêrca de 50 % de indivíduos normais um aumento da quantidade de sangue circulante.

Na cirrose hepática atrófica a adrenalina não determina aumento da quantidade de sangue circulante.

Pelo contrário, a adrenalina provoca na policitemia e na leucemia mieloide um notável aumento da quantidade de sangue circulante.

F. FONSECA.

**Diarreia gorda pancreatogénea aguda como complicação da colite crônica.** (*Akute pankreatogene Fettdiarrhöe als Komplikation chronischer Kolitis*) — (*Akute benigne Pankreatitis*), por TH. THAYSEN. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 26. 1929.

O A. descreve três casos de diarreia gorda, aguda, pancreatogénea, caracterizados pela aparição súbita de dores no abdómen, irradiando para o dorso, muitas vezes vômitos, ligeira febre, diarreia gorda, e em dois casos glicosúria alimentar de tipo diabético e aumentada quantidade de dediástase na urina.

Em dois casos esta forma de diarreia apareceu como complicação duma colite crônica e no terceiro foi ocasionada provávelmente por um catarro duodenal agudo. Em nenhum dos casos havia suspeitas de *ulcus ventriculi* ou *duodeni* nem de litíase lular, e a diarreia não se acompanhou de icterícia. As dores, a diarreia e a febre desapareceram em poucos dias.

O A. atribui a diarreia gorda aguda pancreatogénea a uma forma ligeira de pancreatite que pode ser designada — pancreatite benigna aguda.

Esta última pode sobrevir também sem diarreia, com dores acessuais do ventre, sintomas gerais mais ou menos marcados, por vezes glicosúria e aumentado valor da diástase na urina. A sua importância clínica é devida não só ao facto de poder evolucionar para a cronicidade, determinando ou não diabetes, como ainda por ser a origem das dores enigmáticas em doentes gástricos ou intestinais.

O tratamento consiste em repouso, envolvimentos no ventre, leite e por vezes ópio.

F. FONSECA.

**O electrargol em estomatologia.** (*L'électrargol en stomatologie*), por M. BARGILAL. — *La Revue de Stomatologie*. N.º 5. 1929.

1.º — O electrargol é um agente de choque nos ósteo-fleimões, adeno-fleimões, adenites genianas, acidentes do dente do ciso e abcessos periamigdalianos.

2.º — É sobteto um adjuvante.

3.º — A aplicação dêste medicamento tem por fim provocar uma fagocitose enérgica, jugulando uma infecção em começo ou detendo a sua evolução quando já instalada.



4.º — Os resultados dependem da precocidade do emprêgo, do estado geral do doente e da proporção da dose para o efeito.

5.º — Só está contraindicado nos casos em que o figado, o coração ou os rins apresentam lesões graves.

6.º — Emprega-se em injecções cotidianas intramusculares (séries de cinco a dez) feitas geralmente na dose de 10 a 20 c. c.

F.FONSEÇA.

**Influência da subministração de figado (método de Whipple) nas anemias tuberculosas.** (*Influenza, etc.*), por GASPARINI e NALIN. — *Rivista Italiana della Tuberculosi*. N.º 14. 1928.

Os AA. inspirando-se nas experiências e nas conclusões de Whipple e de Robscheit, de 1920-1925 — os quais adoptaram a opoterapia hepática nas anemias perniciosas — quiseram estudar a influência da subministração de figado nos estados anémicos sintomáticos de tuberculose pulmonar.

Referem as observações de 13 doentes, nos quais foi instituída a opoterapia hepática, e chegam às seguintes conclusões: em oito doentes tiveram aumento do número dos glóbulos e da percentagem de hemoglobina; aumento do pêso do corpo; deminuição da miastenia, sensação de bem-estar; desapareção da temperatura subfebril.

Nos outros cinco doentes não tiveram algum resultado; nestes, porém, as lesões datavam de há muito tempo, pelo que o organismo já não podia oferecer reacção aos estímulos curativos.

Disto conclui-se que a subministração prolongada de grandes quantidades diárias de figado é útil nos tuberculosos em que a infecção não esteja muito adiantada; nos estados avançados e nas graves toxemias tuberculosas não é possível influenciar nem a crase sanguínea nem o estado geral.

MENESES

**Doença óssea de Paget (osteíte deformante).** (*Malattia ossea di Paget, etc.*), por L. DE GAETANO. — *La Riforma Medica*. N.º 8. 1928.

O A. procurou indagar a patogénese da doença óssea de Paget. Formaram a base de tais investigações factos observados nos doentes, elementos biológicos e dados radiológicos.

1.º Factos observados nos doentes (3 casos) — Supurações preexistentes.

No primeiro caso houve furunculose, no segundo um parafúnculo e no terceiro um fleimão perianal.

2.º Elementos biológicos. Lembra as osteomielites de decurso crónico desde principio determinadas pelo estafilococo piogénio áureo, do qual se ocupa em precedentes publicações. Num caso seu a doença durava há 43 anos e nunca teve febre.

3.º Dados radiológicos: observações sobre radiografias. Fazendo uma comparação entre as chapas da doença óssea de Paget e as de póstumos de osteomielite piogénica, constata-se uma certa semelhança, pois o processo



consiste, na essência, numa destruição conjunta com uma neoformação óssea.

Apoiando-se em factos e nestas considerações expostas, lembrou-se o A. de que a doença óssea de Paget possa ser uma osteomielite crónica provocada por germes piogénios muito atenuados que determinassem um processo inflamatório sem chegar à fase supurativa.

Admitida tal patogénese, passou a fazer tentativas de tratamento. Sendo da opinião que o germe eventual fôsse um estafilococo áureo, pelo tipo de supuração preexistente nos atingidos pela doença (furúnculo, panarício, fleimão) iniciou uma vacinoterapia antiestafilocócica heterogénea.

Num caso o resultado foi superior a toda a expectativa. A doente, depois das primeiras injecções, começou a notar umas melhoras no sintoma dor Cêrca de um mês depois (de princípio estava imobilizada) a doente começou a dar passos, e nos meses seguintes as melhoras foram tais que principiou a sair e a retomar as suas relações.

No segundo caso as melhoras foram também muito manifestas.

No terceiro caso, finalmente, o doente com dores horríveis, câimbras e outras perturbações, melhorou até o ponto de poder retomar as suas ocupações profissionais.

MENESES.

---

Sobre a formação e desaparecimento da amiloidose no homem. (*On the formation and disappearance, etc.*), por H. WALDENSTRÖM. — *Acta Chirurgica Scandinavica*. Vol. 63, n.º 6, pág. 479-530. 25 de Julho de 1928.

O diagnóstico de amiloidose no doente, aumento de volume do fígado e do baço, albumina na urina, é um diagnóstico de probabilidade incerta e muitas vezes errada. O diagnóstico certo só pode ser feito com punção dum dos órgãos (o A. escolheu o fígado) seguido do exame microscópico.

Desde 1920 fez W. 35 destas punções em doentes com amiloidose. Quasi todos eram doentes graves com infecções tuberculosas fistulizadas dos ossos e das articulações.

Com punções repetidas pôde seguir o desenvolvimento, a diminuição e o desaparecimento completo da amiloidose. Um fígado que se estende até a fossa ilíaca com líquido ascítico no abdômen, um fígado cheio de substância amilóide pode voltar perfeitamente ao estado normal. O A. observou três destes casos, nos quais a amiloidose desapareceu por completo. Os doentes curaram-se inteiramente. A orientação terapêutica teve por intenção curar a amiloidose, ou seja a supuração. Se se consegue fechar a fístula antes que o doente morra, a amiloidose desaparece completamente.

A estratificação da substância amilóide segue a supuração e não termina sem que se consiga detê-la.

Para que a substância amilóide se deposite é necessário que a supuração tenha enfraquecido muito o doente, que seja abundante e de longa duração (nos casos do A. foi de 1 a 2 anos). A substância amilóide pode encontrar-se em abundância num fígado de tamanho normal, isto é, quando a amiloidose está em fase de regressão. Não se pode estabelecer alguma influência da



substância amilóide sobre a função dum órgão. Os rins podem estar cheios de substância amilóide sem que existam traços de albumina nas urinas; não há nenhum dado que prove que a substância amilóide produza albumina nas urinas.

Estas conclusões do estudo de W. são animadoras.

MENESES.

**A simpatectomia periarterial como tratamento da contractura isquémica de Volkman.** (*La simpaticectomia, etc.*), por J. A. CAEIRO.—*Semana Médica*. Vol. 35, n.º 20, págs 1185-1190. 17 de Maio de 1928.

O A. passa em revista as três teorias patogénicas para explicar esta lesão: a isquemia vascular, a nervosa e a simpática.

Nas duas primeiras faz observar como hoje se tem a tendência para a considerar associada a lesões musculares segundo a teoria isquémico-miogénica e miogénico-nervosa descrita por DE RAFFELE. A teoria simpática fundar-se ia na hipótese de o simpático ser um vaso-constrictor e um excitador do *tonus* muscular.

Sobre o tratamento o A. cita os diversos métodos e detém-se na simpatectomia periarterial, a qual, pelas modificações, embora transitórias, que produz no sistema circulatório, e por fazer desaparecer a contractura muscular de origem simpática, deve ser de valiosíssimo auxílio no tratamento fisioterápico post-operatório.

MENESES.

**Nota terapêutica a propósito da sarna nas crianças.** (*Nota terapeutica, etc.*), por JOSÉ GONZALEZ MENESES (Sevilha).—*Archivos Españoles de Pediatría*, N.º 10, ano XIII, págs. 643-644.

No 3.º Congresso de Dermatologia e Sifilografia realizado em Bruxelas, o professor De Keiser, encarregado da sala dessa especialidade no Hospital Brugmann daquela cidade, apresentou uma comunicação sobre um novo tratamento da sarna, fácil de aplicar e de resultados excelentes, que o A. teve ocasião de verificar na sua prática.

Usa a creolina de Pearson emulsionada em água destilada, segundo a seguinte fórmula:

Creolina de Pearson.....	50 grs.
Água destilada .....	250 grs.

O tratamento faz-se do seguinte modo: durante três noites consecutivas, à hora de a criança se deitar, esfrega-se-lhe todo o corpo, excepto a cabeça, com a emulsão mencionada. Durante estes dias não é preciso mudar de roupa branca nem a da cama. Na manhã seguinte à noite da última fricção dá-se-lhe um banho quente com sabão, e muda-se-lhe a roupa branca e a da cama.

Com êste simples tratamento destroem-se os ácaros e os seus ovos.

Insiste De Keiser na sua comunicação porque só se utilize a creolina Pearson, nome registado pela casa Pearson, de Hamburgo, porque existem



no comércio outros corpos que com o nome de «creolina» ou «crezil» são com ela parecidos, mas não têm idêntica composição e são quasi todos irritantes para a pele. A de Pearson é um óleo pesado extraído do alcatrão da hulha pelo ácido sulfúrico.

De Keiser confia tanto no seu método que suprimiu, por inúteis, as grandes instalações de banhos sulfurosos que tinha no Hospital Brugmann para os doentes da sarna.

Este método merece divulgação pela sua simplicidade, pela sua limpeza porque não mancha a pele nem a roupa, e pela sua inocuidade, pois não produz a menor irritação da pele, condição muito de apreciar quando se trata da pele delicada duma criança.

A creolina Pearson também é um bom remédio contra as bactérias piogêneas que com frequência agravam as lesões da sarna; assim, é frequente ver doentes não só curados da sarna à terceira fricção, como também aliviados das manifestações de impetigo, ectima e pústulas que às vezes acompanham essa doença.

Quando as lesões secundárias tal exigem, é aconselhável tratá-las cobrindo-as com várias camadas de gaze embebidas em água de *alibour*.

MENESES.

**Extirpação total da bexiga por carcinoma.** (*Total extirpation*, etc.), por L. J. LINDSTRÖM.—*Acta Chirurgica Scandinavica*. Vol. LXIII, fasc. II. Março 1928.

O A. retete dois casos nos quais fez a extirpação total da bexiga por carcinoma.

1.º caso.—Mulher de 52 anos, que tinha tido sintomas vesicais durante um ano e meio. Ao cistoscópio, papilomas carcinomatosos múltiplos à volta do orifício ureteral esquerdo e na vizinhança do orifício interno da uretra. Cistectomia total num tempo. Os ureteres foram implantados na ansa sigmoidea. Deixa o hospital curada, cêrca de dois meses depois.

Morta por pielo-nefrite três meses depois.

2.º caso.—Homem de 61 anos que tinha tido perturbações do lado da bexiga há 10 meses, tumor infiltrante no trígono. Operação, segundo *Mauclaire-Enderlen-Krönig*, em dois tempos.

Primeiro foi feito um ânus contra natura; o recto e a parte inferior da ansa sigmoidea foram separados do resto do intestino e os ureteres foram implantados neste coto recto-sigmoideo. Um mês depois extirpação da bexiga e da próstata.

Saiu do hospital curado, mas morreu 7 meses e meio depois da extirpação da bexiga por cancro do peritónio.

O A. recomenda a técnica operatória empregada no 2.º caso.

MENESES.



## Necrologia

### Doutor André Pierre-Marie

Vítima da ciência, acaba de falecer, em Paris, o médico André Pierre-Marie, do Instituto Pasteur. Dedicado ao estudo das intoxicações alimentares, investigando as causas, procurando isolar as bactérias que lhes dão origem e as toxinas que elas produzem, algumas de extrema virulência, deixou-se infectar em um dos olhos, e após alguns dias de cruel sofrimento, observando-se dia a dia, hora a hora, desapareceu para sempre. Era um dos novos de quem a ciência laboratorial francesa muito tinha a esperar.

De todo êsse drama, que se desenrolou no espaço curto duma semana, foram únicas testemunhas um médico amigo e seu pai, o velho professor Pierre Marie, glória da neurologia francesa e um dos mais interessantes investigadores clínicos que iluminaram a ciência nos últimos quarenta anos. André Marie, sentindo o fim, animava-o com palavras que contradiziam a apreciação íntima do seu estado. Quatro horas antes de falecer e sentindo afastar-se seu velho pai a quem pretendia dar coragem à sombra de uma esperança que o grande mestre não podia alimentar, pediu que lhe abrissem as pálpebras fechadas de há muito pelo edema :

— Quero ver as minhas unhas. . .

E, observando-as, pronunciou as derradeiras palavras :

— Estou perdido !

O artigo donde extraímos estas rápidas notas conclui desta maneira :

«São todos assim, nos laboratórios: possuídos do espírito de sacrifício, simples, modestos, melhor ainda: voluntariamente impessoais. É a grande glória da bacteriologia francesa».



Ousamos corrigir «da bacteriologia» *tout court*, pois embora nada em França, de há muito, não tem pátria, nem o seu martiriológico tem fronteiras.

Basta recordar o nosso grande Câmara Pestana.

Ao traçarmos estas linhas ergue-se aos nossos olhos a figura austera do grande sábio que é seu pai, de há anos afastado da Faculdade pelo limite de idade e das sociedades científicas, onde pontificava, por escrúpulo e respeito do seu passado de trabalhador genial e infatigável. Pierre Marie, ultimamente, só raras vezes freqüentava o seu *fauteuil* da Academia de Medicina, tendo também abandonado a sua cadeira na Sociedade de Neurologia onde a sua voz era ouvida respeitosamente pelas gerações que educou ou orientou.

A morte de seu filho foi o epílogo de um longo drama de desventuras que êle tem sabido suportar com um estoicismo que roça pela heroicidade.

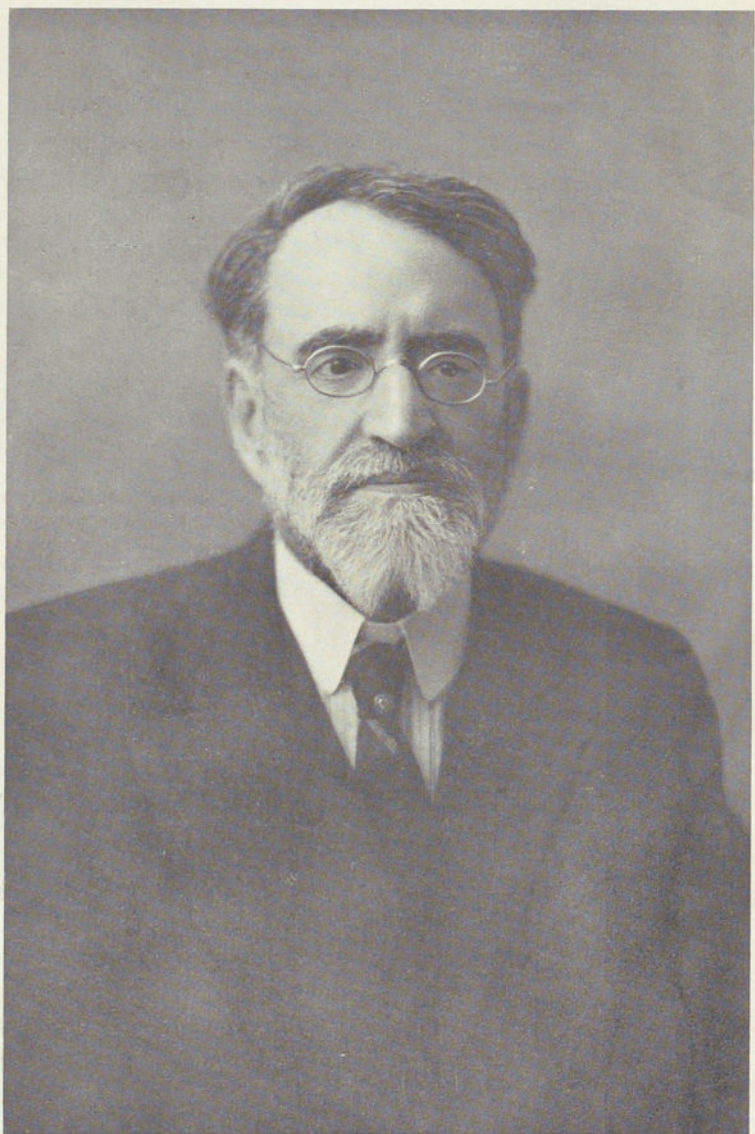
E. M.













# O PROF. RICARDO JORGE

## BREVE ENSAIO CRÍTICO

SEGUIDO DA RESENHA BIBLIOGRÁFICA DA SUA OBRA (1)

POR

EDUARDO COELHO

«Em certo calcanhar do mundo... ai daquele que põe pègada nas faldas de Helicon. Se atira ao mesmo tempo a borla doutoral às ortigas e desertou da profissão, se vem a ser um evadido da medicina, bem está. Se porém se mantém no sacerdócio do templo de Cós, a boa gente dos officiais do mesmo officio abocanha-o; às duas por três vê-se desbaliçado dos seus foros legitimos, por comprovados que estejam, de trabalhador da sciência médica. E se ainda por cima alinha períodos de prosa regular, então está perdido, passando a ser um simples odre de palavras. Acertada a frase de Baudelaire a respeito de Poe: *Il avait le malheur de bien écrire ce qui a le don de éffaroucher les sots de tous les pays du monde*».

RICARDO JORGE.

Sampaio (Bruno), no tómo 1 de *O Porto Culto*, e no capítulo intitulado a *Prosa portuguesa*, escreveu estes passos:

«Um nosso contemporâneo, de Alfredo Carvalhais e meu, que muito escrúpulo punha no cumprimento dos seus deveres de aluno estudioso, nem por isso deixava de cultivar as letras; foi quem me aconselhou Balzac e me emprestou a *Mulher de trinta anos*. Era

---

(1) A Redacção da *Lisboa Médica*, ao ser jubilado do professorado da Faculdade de Medicina o Prof. Ricardo Jorge, seu eminente colaborador e uma das figuras mentais mais representativas do Portugal contemporâneo, presta-lhe esta singela homenagem, publicando a resenha bibliográfica de meio século de actividade scientifica e literária, acompanhada de uns ligeiros comentarios à sua Obra. — E. C.



êle Ricardo Jorge e já então se dava ao estudo das antiguidades históricas concernentes à nossa terra do Pôrto.

«Ele viria a publicar em 1889 um grosso volume sábio sôbre a *Demografia e Higiene da cidade do Pôrto*, in 8.º, XVI, 444 pág.

«... Não parece isto obra de português, temerário em suas afirmações e preguiçoso na tarefa de as comprovar. É uma faina meticulosamente conscienciosa, tão prolongada, miúda e insistente que nos maravilha e assombra. Cremos bem então, e ainda hoje o supponho, que, senão no país, irreflectido e ingrato, ao menos lá fora haviam de julgar e honrar o trabalho do Sr. Ricardo Jorge, que demonstrou, com um relêvo raro, dotes de persistência e precisão, internamente excepcionais.

«... Um dos capítulos da obra, o referente às origens e desenvolvimento da população do Pôrto, apparecera já, conforme no volume de então se registrava, em o *Anuário do serviço municipal de saúde e hygiene*. E ao depois, outrossim, em uma separata.

«... A inclusão na obra actual não dispensa a aquisição dessa antecedente separata; pois que esta seja precedida de uma dedicatória, *Ex imo*, que é uma página profunda, embebida, de uma comoção penetrante, no enlêvo divino de uma saúde humana. Constitui, por certo, um dos mais belos trechos da real moderna prosa portuguesa».

Quem já no Liceu, um dos mais reputados de entre «os do Liceu», puzêra muito escrúpulo no cumprimento dos seus deveres, nem por isso deixandô de cultivar as letras, traçou pela vida fora os mesmos caminhos de origem, sendo dentro da sua profissão um dos maiores higienistas do seu tempo, e, como cultor das boas letras, um dos que melhor lavraram o ouro da nossa língua num estilo tão próprio e característico, «original mescla — como afirmou Sampaio (Bruno) — de sapientismo e trivialismo, de vernaculidade e modernidade».

Os cinquenta anos que Ricardo Jorge consagrou, numa vida de trabalho e de trabalhos, ao estudo da hygiene, deixando-nos obras que apregoam lá fora a existência da sciência portuguesa; e ao culto da língua, ofertando-nos milhares de páginas de um sabor castiço que ficam como preciosas amostras da riqueza,



da maleabilidade e da plasticidade da prosa portuguesa, têm-lhe valido honrarias, e das maiores, entre os estrangeiros, e criado muitas má-vontades entre nós.

Em meio hostil, árido de cultura e falho de senso crítico, como é o meio português, se desenvolveu a mentalidade de Ricardo Jorge, entre o arreganho da inveja das mediocridades e a admiração consciente do parco escol da nossa intelectualidade, acentuado pelo lar em que se criara.

Já em 1896, êle escreve: «Ao que a pulso seu (o pai) rasgou lugar humilde à luz do mundo, salteiam-no a revezes garras implacáveis dum pavor e raiva de geena. Que cruciamento, enquanto se não faquiriza a alma contra as torturas destes gnomos de uma crueldade ofídica e de uma fantasia inquisitorial, mais inficiosos que pestes, e mais vorazes que gusanos».

Teve de travar luta constante com o meio — com o meio e com os homens — galvanizando a apatia, a ignorância e a inércia do país, e sacudindo os que lhe assaltavam o caminho. Por isso, uma parte da sua obra tem um carácter acentuado de polémica.

\*

\*

\*

Nado e criado no Pôrto, nessa «velha burguesa, mãe do Portugal, que ela criou, vestiu de ferro, e fez nação, robusta e destemida, entre os seus braços e sôbre a amurada das suas naves» (1), que guarda em seus escritórios os pergaminhos da nacionalidade, em casa humilde, acarinhou-o o lar de uma santa família, educou-o o exemplo do trabalho do pai, que mourejava o dia inteiro, ganhando o pão com o suor do seu rosto crestado pelo calor da forja.

Ricardo Jorge recorda numa página do *Ex imo* — exemplo acabado e imorredouro da beleza criadora do vocábulo da nossa língua e da saúde dos que nasceram nas terras de Entre-Douro e Minho — a sua vida de infância, entre a ternura da mãe e o sonho do pai, que na refrega da forja cantarolava as ambições que lhe iam no coração :

---

(1) Camilo.



«Belas madrugadas de inverno! como eu as revejo nesta doce compunção das saúdes da infância; antes do dia, ainda em «casa de Cristo» para cada um nascia a sua canseira. Apegado ao calhamaço do latim, aconchegava-me à beira de minha mãe; girava o fuso ou rodava a dobadoura, e ela a dizer lendas e contos ou a cantar os romances populares, ora de uma caridade mística como o «Lavrador da Arada», ora vivamente dolentes como a «D. Silvana» que não posso ouvir hoje sem uma ebulição de lágrimas.

«Em baixo resfolegava a forja, soprando para a rua um clarão vermelho; a espaços chispava o martelo cadente na safra; enquanto não caldeava o ferro, meu pai cantava contente a sua moda predilecta:

Meu filho, eu tive um sonho  
Qual era do meu agrado...

«Êsse sonho, coitado, era o nervo do seu braço incansável: o refrigério daquela fronte gotejante de suor com que amassava dia a dia o futuro do filho, tal qual lho retratava a fantasia.

«A cada passo vencido nessa esteira exultava. Estou a vê-lo, à volta dos exames, na porta da oficina, a enxugar o rosto, traçando o avental crivado de fálhas, com um sorriso tão fundo e tão aberto, que me ensoberbecia.

«Fiquei a amar o Diderot, quando lhe li o desvanecimento com que da aula trazia as coroas dos prémios ao ferreiro de Langres».

Entre a ternura da mãe e a alegria do pai se aqueceu o seu espírito e se formou o seu carácter.

Foi a mãe quem lhe inspirou o escrever e o ler. O que havia de ser o mais rico prosador do nosso tempo esbarrava aos dez anos nos estéreis exercícios de composição com que o torturavam na escola. Era, então, a mãe quem lhe ditava os exercícios. Com ela aprendeu a admirar Camilo nos folhetins do «Comércio do Porto». Ela lhe deu o gôsto pela história da sua terra, que êle mais tarde havia de escrever, recordando reminescências ouvidas e respigando dos arquivos o manancial inédito que emprestou a matéria prima às *Origens e desenvolvimento da população do Porto*.



\*

\* \*

Ao tempo em que Ricardo Jorge freqüentava o Liceu era ainda o Pôrto um grande foco literário onde as letras medravam a olhos vistos. Sôbre essa época há notas dispersas, principalmente em *O Pôrto por fora e por dentro*, *o Pôrto de há 30 anos*, *A Praça Nova*, de Alberto Pimentel, em Camilo, Júlio César Machado e Ramalho aqui e além, imenso material colhido e reunido por Sampaio (Bruno) em *A geração nova*, nos três volumes dos *Portuenses ilustres*, em *O Pôrto culto* e em *Os modernos publicistas*. Ricardo Jorge historiou em parte a feição letrada do Pôrto dêsse tempo em alguns dos seus livros, particularmente no *Ramalho Ortigão* e no *Camilo e António Aires*.

O período literário da Sociedade do Pôrto, que antecede o Cenáculo coimbrão, e abrange ainda a infância de Ricardo Jorge, dêsse bons burgueses de Riba-Douro, é dos mais brilhantes e característicos do Velho Burgo. Nêlé se distinguiam: Camilo na prosa. Na filosofia, Pedro de Amorim Viana que em *A defesa do racionalismo ou análise da fê* despega com lógica segura a doutrina do judeu Spinoza — qualificado por Camilo de «um livro inolvidável de filosofia saturado de critério germânico»; e no *Compêndio de pilotagem* mostra, como o seu homónimo matemático do século xvi, o atraso de cultura dos que entre nós exercem a arte de navegação. Na poesia Guilherme Braga, Soares de Passos, Pinto Ribeiro, Ernesto Pinto de Almeida, Pedro de Lima e, acima de todos, Manuel Duarte. Cavaqueadores e homens de sociedade, como António Girão. Romancistas e eruditos como Arnaldo Gama e Coelho Lousada, que realizaram vitoriosamente o romance histórico. Na sciência económica Rodrigues de Freitas. E no dandismo Ricardo Brown, o Brummel da Praça Nova.

Pelo meio dia enchem a porta da livraria Moré, à esquina dos Lóios, explorada por José Gomes Monteiro, grande erudito e tradutor de Heine, onde era raro faltar Camilo, de casaca azul de botões dourados, a cartola de abas e as botas de cano alto, o Visconde (depois Conde) de Azevedo, os mais cotados professores da Escola Médica e da Politécnica, e Ramalho, que se distinguia já pelo desempenho do fisico, pela janotice do trajar, e que havia de sacudir o País com as *Farpas*.



Ao cair da tarde faziam a sua entrada no café. Os botequins do Pôrto constituíram em todo o tempo centros de academias literárias. O *Cafê Guichard*, situado nos baixos do edificio dos Congregados, embora tôsko e pouco limpo, conservando as aparências tradicionais do antigo botequim, tornou-se afamado em todo Portugal. Gomes de Amorim comparou-o a uma taberna inglesa. Júlio César Machado descreve-o desta sorte: «A sociedade mais confusa vai ao Guichard-botequim, célebre pelos romances, pelos folhetins, e que deve, creio eu, à literatura a sua reputação, visto ser tão feio que não pode devê-la aos frequentes!...»

Dos escritores que freqüentavam o *Cafê Guichard* — «últimos rapazes que souberam conversar no Pôrto», disse Ramalho — contam-se Camilo Castelo Branco, Evaristo Basto, António Girão, Arnaldo Gama, Coelho Lousada, Amorim Viana, Delfim Maia, Augusto Soromenho, Ricardo Guimarães, Faustino Xavier de Novais, António Aires de Gouveia, Camilo Aureliano da Silva e Sousa e Ramalho Ortigão.

No *Cafê Portuense* (hoje *Suiço*) reunia-se todas as tardes a «nova geração literária do Pôrto» — assim denominada por A. Pimentel — constituída por Guilherme Braga, Custódio José Duarte, Ernesto Pinto de Almeida, Pedro de Lima, Alexandre da Conceição e José Dias de Oliveira. Esse café era, como o denominou Alexandre da Conceição «o teatro das nossas conferências literárias».

Dô pesado meio comercial, rotineiro e eivado de snobismo, destacava-se, em flagrante contraste com êle, uma mocidade literária buliçosa e iconoclasta, que vestia casaca ou sobrecasaca abotoada até o pescoço, trazia pistolas no bôlso e à volta do pulso uma asa de coiro prendendo uma moca. Aquela degenerou no fiozinho de ouro com que o damismo da mocidade nossa coetânea caracteriza o seu porte e a sua produção literária.

O Pôrto realizou sempre os cenáculos onde alguns dos seus homens mais representativos nas letras se agrupavam.

Ficou célebre o Cenáculo das Águas Férreas, em casa de Oliveira Martins, e o da Rua do Bomjardim, na padaria de Sampaio (Bruno), em que êste, ao balcão, discutia Kant e Hegel com Bazílio e Junqueiro.

Foi tradição que não se perdeu, Ainda no meu tempo do Li-



ceu do Pôrto, Sampaio (Bruho), a quem o meu espírito tanto deve pelas consultas bibliográficas que insistentemente lhe fazia na Biblioteca Municipal do Pôrto; Junqueiro, que conheci na sua casa da Rua da Alegria; Bazílio Teles, talento peregrino tão mal compreendido; Duarte Leite, um dos cérebros mais bem organizados e mais cultos do norte; Júlio de Matos, que conheci com a sua garridice de dandismo nas lições de psiquiatria dos domingos, no Hospital do Conde de Ferreira, onde os do meu tempo do Liceu acorriam a ouvir a sua palavra elegante e clara; Manuel Laranjeira, alto espírito de artista tão precocemente desaparecido; ainda no meu tempo, êstes homens agrupavam à sua volta alguns dos mais devotados à vida espiritual.

Depois veio a *Renascença Portuguesa*. E hoje, os que ficaram desta, alguns professores da Faculdade de Letras, os grupos das revistas *A Águia* e *Portucale* continuam a manter a tradição dos cenáculos portuenses, meio literário inconfundível.

Nos hábitos, nos costumes, nos sentimentos, no modo de pensar o Pôrto divergiu sempre da capital. Entre Lisboa e Pôrto uma antiga rivalidade existiu em todos os tempos, cujas origens se perdem, quiçá, nas diferenças do tipo étnico que povoa o país. O habitante do sul é mais exterior, dispersivo; o do norte vive mais para o lar, a inospitalidade da natureza propende-o para a vida de família. Essas mesmas destrinças encontramos se compararmos as moradias do norte às habitações do sul: cada uma daquelas constitue apenas um lar; em cada uma destas se arrumam as famílias de condições as mais desencontradas.

O Pôrto manteve até tarde «os serões», tradição infelizmente perdida, onde se sabia conversar sôbre arte, literatura, sciência e política, onde aparecia a notícia, a leitura e a crítica do último livro. A um dêsses «serões» muito ficou devendo Ricardo Jorge, que assim o descreve:

«Li pela primeira vez as *Farpas* das mãos de uma senhora e a orelhas de senhoras. Foi numa casa da rua do Almada, casa talhada no molde tradicional das moradias do burgo, família do quilate moral das que Júlio Dinis deixou retratadas nos seus romances do interior portuense. Vivia ali o Dr. João Xavier de Oliveira Barros, lente da Escola Médica, alma tão boa e tão sã, alma de santo. A sua sombra devotamente paternal se acolherá a



irmã D. Rita de Matos com quatro crianças, quando uma morte estupidamente precoce lhe fulminou o marido, o Dr. Marcelino de Matos, advogado e poeta, orador e tribuno, prostrado precisamente quando uma vitória eleitoral, renhidíssima, ganha ao fogo nutrido do seu verbo arrebatado, lhe abria de par em par as portas da sua carreira política, sem limites de ambição nem de glória; Camilo e Ramalho a cada passo o nomeiam, sempre que perfilam as superioridades da época.

«Na mais velha dessas crianças, então meu inseparável camarada no Liceu de Santa Catarina, frutificou ao máximo a memória herdada do pai e a dedicação adorada do tio; é o Dr. Júlio de Matos, uma das mais claras figuras intelectuais da minha geração.

«Dos doze anos aos quinze vivi, eduquei-me e afeiçoei-me naquele meio tonizante de senso, virtude e estima, acarinhado com extremos de filho. A mãe de Júlio de Matos era uma senhora inteligente, viva, ledora, atilada e crítica, que adivinhara o talento de Júlio Dinis, mal luziram os seus primeiros contos no rodapé do *Jornal do Pôrto*; encantaram-na logo as *Farpas* que se comprazia em ler-nos em voz alta. Aos sábados, à noite, nas veladas do chá, em que se reüniam as famílias amigas, D. Rita, que me concedia dicção de recitador, mandava-me ler às senhoras e às meninas o último número, que ela amorosamente sacava da sua mesa de costura».

Neste meio e nesta convivência tão aprimorada devia Ricardo Jorge apaixonar-se pela cultura das boas letras.

Freqüentou o Liceu, tendo por companheiros alguns rapazes de talento, mais tarde homens notáveis. Foram seus coevos no Liceu do Pôrto, então o melhor do país, José de Sampaio (Bruno), Bazílio Teles, Júlio de Matos, José Alpoim, Tito Fontes, Maximiano de Lemos, José Augusto Vieira, António Arroio, Emídio de Oliveira, Francisco Maria Esteves Pereira, Júlio Franchini, Alfredo Carvalhais.

De «os do Liceu», que em talento constituíam legião, saíram algumas das maiores figuras nas sciências, nas letras, no jornalismo e na política. Foi uma geração propiciada para altos destinos.

Ricardo Jorge é dos maiores.

No Liceu, e depois na Escola Médica, foi Ricardo Jorge o pri-



meiro do curso, num tempo em que a pléiade dos bons estudantes abundava.

«Era eu então um rapaz inquieto de dezóito anos — conta Ricardo Jorge — com azougue nas veias e na mioleira a tineta de alcançar os primeiros prémios. . . Uma nota característica dos cursos de então era a destes competidores de diplomas azuis e de livros rubricados, distribuídos na sessão solene de abertura; em calão estudantesco chamavam-se *ursos*. Havia compitas célebres destes animais sábios; tal a de Félix Moura e João Diogo, que transitaram o curso num duelo galístico, com partidários acirrados entre alunos e professores; tanto esgrimiram que se esfalfaram, e, consumidos pela refrega titânica, ao cabo do quinto ano caíram malogradamente um após outro na cova. Na primeira plana da galeria zoológica de plantigrados do meu ano figuravam fraternalmente João Korth, hoje médico em Lisboa, Plácido da Costa, ao depois professor da Escola, e eu».

O primeiro do curso foi também o de mais larga cultura geral e clássica e de mais equilibrado espírito crítico, enquanto Plácido da Costa era o dialecta que todos temiam.

Na Escola Médica do Pôrto viçava, então, uma verdadeira escola humanista, destacando-se particularmente o Dr. Carlos Lopes, espírito de escol, que a todos subjugava pelo talento e pela cultura tríplice de cientista, literato e artista.

! Que diferença entre os tempos de Ricardo Jorge e a actual geração escolar! Cultura literária, artística, filosófica e científica, fora das sciências médicas, não existe. Nem a língua portuguesa conhece. O bem falar e o bem escrever não os cultiva. Nas próprias sciências biológicas, os temas e as doutrinas, fundamentos da nossa profissão, não os sabe. Verdade seja que não são só os escolares os únicos culpados desta insciência e inconsciência e, principalmente, da falta de curiosidade científica e literária.

Entretanto, a profissão médica é a que demanda mais aturada cultura.

Um principiante preguntou um dia a Sydenham que livro havia de ler para devir um bom prático, e elle respondeu-lhe: «Leia o meu amigo o *D. Quixote*; ainda o releio muita vez».

Aos maiores clínicos lá de fora alimentou-os sempre uma grande cultura extramédica. Conta Daudet que Charcot, tão grande na neurologia como na medicina interna, possuía uma erudição



imensa. Conhecia a fundo os poetas e os filósofos. Daqueles, principalmente Esquilo, Dante e Shakspeare; dêstes, particularmente os gregos. Potain, que amava a boa literatura, citava freqüentemente os clássicos, Racine, Pascal, Saint-Simon.

¿ Não é bem conhecida de muitos portugueses a extraordinária cultura clássica de Brissaud?

E, modernamente, a grande cultura literária e principalmente histórica de Widal cita-se a eito como padrão a seguir. A sua última leitura foi a grande obra de Emilio Ludwig, *Napoléon*.

Entre os grandes clínicos alemães, a cultura geral é ainda mais profunda porque possuem todos o conhecimento das doutrinas filosóficas e da crítica de arte. Kraus, o grande abencerragem da clínica de Berlim, discutia com idêntica desenvoltura a escola neokantiana de Marburgo, a filosofia fenomenológica de Scheller e Jaspers, a sua teoria da insuficiência cardíaca e as suas concepções originais sobre o sistema nervoso-vegetativo.

¿ Onde há aí profissão — diz Ricardo Jorge — para que mais se devessem multiplicar os predicados? «Não se impõe só o cabedal técnico das sciências professadas, já em si desmedido. Ao médico cabe por direito tradicional o primado entre os cérebros, preiteado desde a Odisseia de Homero até a filosofia de Comte — *medicus vero unusquisque peritus supra omnes homines...*

«Êste prestígio não envolve só a fôrça social da profissão; arma o assistente dum meio poderoso de acção sobre o ânimo do doente — uma terapêutica viva — e entretém no público em geral a noção da nobreza mental da classe. Mantê-la e exaltá-la só se consegue por uma ilustração intensiva, generalizada, omnimoda.

«Daí a sobrexcelência da cultura humanista e clássica que o pedantismo pseudo-científico por um momento danosamente arredou, e hoje definitivamente julgada como um magnífico fazedor de espíritos nas suas qualidades extrínsecas ou intrínsecas para todo o tirocinante da medicina».

A cultura humanista que caracterizava muitos dos nossos médicos de antano, e de uma maneira geral a nossa classe, está hoje esquecida. Nos nossos tempos, nem humanista... nem cultura nenhuma.

¿ Como prepara esta geração a sua *élite* intelectual?

Em França, a *Liga da cultura francesa*, numa petição assinada, entre outros, por Anatole France, Henri Poincaré e Émile



Faguet, exigia a revisão dos programas de ensino, *émus de l'infériorité grandissante de la culture générale, que d'excellents esprits viennent de mettre en si vive lumière*, convencidos como estavam de que existe uma estreita relação entre os estudos clássicos e *la persistance du génie français*. Petição idêntica, se repetiu em 1922.

A pedagogia alemã continua também a embeber a classe estudantil, particularmente a médica, no estudo das humanidades.

¿Que teríamos nós de fazer? O mal não reside só nos programas, é mais profundo.

Visto o problema sob uma perspectiva mais elevada, à decadência do Ocidente, denunciada pelos Spengler e pelos Keyserling, temos de opor o renascimento do espírito europeu, partindo das fontes originárias do humanismo e do classicismo.



Formado na Escola Médica do Pôrto com 21 anos, seduzem-no desde logo as doenças nervosas. Defende nesse ano a tese inaugural, *Um ensaio sobre o nervosismo*, e no ano seguinte apresenta a dissertação de concurso: *Localizações motrizes no cérebro*.

Coincidência curiosa. Aos 22 anos, *porque é muito novo*, esteve para ser preterido pelo outro candidato no concurso à Escola Médica do Pôrto. Aos 71 anos, em plena pujança da sua mentalidade, acham-no velho e jubilam-no. Se não da primeira, da segunda vez foi vítima da idade, não obstante o protesto do seu talento, da sua juventude, da sua cultura e da produção científica.

Acumula com os trabalhos professorais a direcção e a redacção de uma *Revista científica* (com Cândido de Pinho e Miguel Artur) onde colaboram Oliveira Martins, Rodrigues de Freitas, Adolfo Coelho, Bernardino Machado e outros. Deixa nessa revista alguns artigos que marcaram na época sobre pedagogia e biologia geral.

Em 1883, sedento de saber, abala para o estrangeiro. Frequenta os serviços da Faculdade de Medicina de Estrasburgo, recentemente organizada, onde professavam as maiores celebri-  
dades da medicina alemã: em anatomia Waldeyer, em fisiologia Goltz, em clínica Kussmaul, em anatomia patológica Recklingau-



sen. Deslumbra-o a organização e o funcionamento dos institutos da Faculdade de Medicina. Nas suas instalações, a «Alemanha sábia e laboratorial se quis exceder a si mesma» — afirma Ricardo Jorge.

A fama justa do primeiro centro neurológico do mundo arrasta-o para o serviço de Charcot, sob o magistério do qual estuda a neurologia. Regressa a Portugal com a cabeça cheia do que viu e ouviu. A organização dos serviços de medicina, o funcionamento dos cursos, a prática dos laboratórios e das clínicas, tudo tão diferente do que existia entre nós, incute-lhe o desejo de reformas, no sentido de fazer ressurgir a medicina nacional. É assim que envia em 1885 ao Conselho Superior de Instrução Pública, presidido por um grande apóstolo da instrução, Jaime Moniz, um volumoso relatório sobre instrução médica e juxta-médica.

No século XVIII, quatro homens educados fora da pátria e compreendendo de perto o movimento de renovação europeia, colaboram simultaneamente nas reformas pombalinas: Ribeiro Sanches, Luiz Verney, Cavaleiro de Oliveira e Alexandre de Gusmão. Os dois primeiros, os de maior fôlego, foram os que mais achegas trouxeram à reforma. As *Cartas sobre a educação da mocidade*, de Ribeiro Sanches, e o *Verdadeiro método de estudar*, do Padre Barbadinho (Verney), são dois monumentos na história da pedagogia nacional que marcam o triunfo do espírito moderno. A Ribeiro Sanches se devem os planos dos estudos científicos de que careceu o *reino cadaveroso*; a Verney, a criação da *Junta de providência literária*, cujos membros, seus discípulos, foram encarregados de organizar os novos *Estatutos da Universidade de Coimbra*.

A reforma pombalina (1772) e as pequenas reformas posteriores do ensino público (1835, 1836, 1844, 1884) possuíam, a-pesar do seu valor, vícios profundos, que em parte se exageraram. E não mais aparecera até 1885 uma pléiade de homens a europeizar o ensino público, em Portugal.

A apatia em que jazia o *reino cadaveroso*, quando Ricardo Jorge apareceu na liça da civilização europeia, galvanizou-o êle com o seu *Relatório* ao Conselho Superior de Instrução Pública. Não parece obra de um homem que tinha, apenas, 27 anos.



Nêse se pedem já laboratórios e disciplinas, algumas das quais só em 1910 se fundaram (1); educação preparatorial do aluno, condicionamento da ciência e do acesso ao professorado, etc.

Desde 1885 que Ricardo Jorge se afoita a clamar «*a inelutável necessidade de ter lá fora bolsas de estudo para os recém saídos das Faculdades, de fazer tirocinar no estrangeiro todos os aspirantes ao professorado, de mandar, e obrigar até, mestres a viagens periódicas*».

Transcrevemos do *Relatório*:

«Ampliar os quadros de ensino, criar e desdobrar cadeiras, amontoar pessoal, erguer bons e apropriados edificios, armar laboratórios, enriquecer museus, orçamentar com largueza e regulamentar com minudência, tudo isso serão melhoramentos, mais formais que fundamentais, quasi inúteis e estéreis, se essa restauração escolar não fôr até ao âmago docente, o elemento professoral».

«Forjar ciência e sábios num volver de olhos tal não pode ser a aspiração de reformador algum, por muito enérgica que seja a sua vontade e possante o seu pulso; e ninguém pode legitimamente exigir do Estado uma transmutação radical, como se nas suas mãos pudesse estar a vara mágica capaz de operar a metamorfose dum Fausto caduco.

«Preparar porém os fautores dêsse rejuvenescimento, decepar sem dô nem constrangimento as peias do passado, e acelerar com um bom impulso a evolução que há-de regenerar a organização docente, eis a mira sôbre que devem convergir os esforços continuados de uma administração vigilante e esclarecida que tenha na devida conta a importância do problema pedagógico.

«Duas únicas soluções se oferecem: ou buscar lá fora bons professores e contratá-los para as nossas escolas, ou enviar aos grandes centros os nossos homens mais aptos para que se habilitem a transportar-nos os benefícios dos progressos científicos... Por qual optar?»

Depois de várias prevenções contra o sistema da importação de mestres estrangeiros, que pode ser inteiramente ludibriado, opta pelo sistema de enviar lá fora a *élite* dos nossos trabalhado-

---

(1) Pediatria, psiquiatria, neurologia, dermatologia, sifilografia e oftalmologia, eram as cadeiras que Ricardo Jorge achava, então, necessárias.



res, seguindo o exemplo da Espanha e do Brasil. Os próprios alunos ao sair dos bancos das escolas deviam gosar destas disposições. Que o govêrno «subvencione os melhores alunos para uma viagem de estudo na Europa, sôbre assunto indicado pela Faculdade ou da predilecção do comissionado».

«Pusemos todo o calor na defesa desta tese — acrescenta Ricardo Jorge em 1923 — aliás enjeitada sem razão e sem perdão pelas reformas vigentes».

Esboça-se felizmente uma atmosfera de renovação da mentalidade portuguesa. Não há um plano de conjunto, não há um escol que oriente. Há, outrossim, figuras isoladas, umas feitas cá dentro por educação autóctone, outras feitas à semelhança do que viram e ouviram nos outros países. Aviva-se a luta dos que representam a escola antiga e dos que personificam a escola nova. Dentro desta encontram-se — é preciso dizê-lo — alguns *velhos* de mente nova; compõem aquela muitos *novos* de orientação revelha.

É indispensavel a formação de uma *élite* de grande saber e alta cultura que resolva os problemas técnicos da nacionalidade e *crie o meio científico*, que Portugal não possui.

À repetição dos êrros do passado antepõe-se o trabalho do espírito sôbre si mesmo, o verdadeiro método do descobrimento científico.

«O melhor resultado da investigação científica — afirma António Sérgio no segundo volume dos *Ensaio*s — do *desencovar a verdade não sabida de todos*, como diz nos *Colóquios* o Garcia da Orta; do *mostrar ao mundo novos mundos*, como diz nos *Lusíadas* Luis de Camões, — é a realização de uma Cultura. Nela, por necessidade, fazemos o sacrifício constante dos nossos gostos individuais; nela aprendemos a comungar com o próximo pelo que há de universal entre nós; nela nos libertamos do império do hábito, essa materialização do nosso intellecto...; nela alargamos a nossa experiência.

«A experiência, com efeito, não é a consulta de uma autoridade externa... é a criação do existir real».

Numa análise crítica do estudo em Portugal feita 39 anos depois do seu relatório, Ricardo Jorge põe o problema da reforma da mentalidade nas mesmas bases em que o definira antes, e faz êste apêlo à mocidade universitária:



«Um português às direitas, o grande médico Ribeiro Sanches, que tanto ansiou a restauração da sua pátria, ensinando-lhe lá de fora como se haviam de estatuir os estudos científicos e médicos, desafogou a sua dolência pelo mísero estado em que a via, chamando-lhe cruamente, mas verazmente, *reino cadaveroso*. Esse cadáver de Lázaro hoje secular, há que galvanizá-lo e chamá-lo à vida. Toca a essa mocidade que além vejo, realizar o milagre. Apinhem-se em falange, enfeixem os braços uns nos outros, até que a posança nervosa e muscular multiplicada seja tamanha que levem a efeito a façanha de Hércules a despedaçar as serpentes enleadas no seu berço — as quimeras, as inépcias, as caraminholas que há uns cem anos nos trazem aos tombos num engano mútuo.

«*Heureux les jeunes qui verront des belles choses*. Mas para as verem têm de as fazer. Felizes se as fizerem, porque se o não quiserem, não souberem ou não puderem, ai deles que serão ainda mais desditosos do que nós».

¿Depois da obra pedagógica de Ricardo Jorge, quem tratou com profundidade das questões de ensino a não ser Jaime Moniz, Adolfo Coelho nas *Questões Pedagógicas*, e António Sérgio numa nobre campanha a que dedicou a sua vida?

As ideas expendidas e os planos reclamados nesse relatório, esquecido dos pedagogistas, têm ainda hoje inteiro cabimento. Há aí traços da crítica e do espírito reformador de um Verney e do bom senso e da experiência de um Ribeiro Sanches.

\*  
\*      \*

A estadia de Ricardo Jorge no estrangeiro traz conseqüências práticas para a Escola Médica do Porto; ocupam-no a histologia e a fisiologia que inicia no ensino dessa Escola.

Inaugura também em Portugal um curso livre de neurologia, mostrando a sua dedicação pelo ensino e pela especialidade.

Uma discussão acirrada na Sociedade União Médica lança-o em Conferências públicas sôbre *Higiene Social aplicada à nação portuguesa*, nas quais a higiene oficial fica mal colocada.



Escreve Ricardo Jorge :

«Os membros oficiais de uma junta consultiva de saúde viam numa ignorância celestial ingenuamente confessa de tudo o que se tem pensado, escrito e trabalhado em hygiene dos cemitérios.

«Livre a êles, como a todos, o professarem ideas opostas; emitir opiniões contrárias nem é um ridículo nem um crime. O código dos direitos naturais do homem logrou a liberdade do pensamento para todo o sempre; mas a liberdade de pensar, que deve merecer toda a tolerância e respeito, não se confunde com a liberdade de ser ignorante. Essa fulmine-se.

«Era para pungir e deplorar o facto como amostra dos requisitos e valia que servem de documento e de primasia no nosso sistema miseravel de selecção burocrática; mas, ao menos para compensar, há alguma cousa que se presta ao riso. É que os tais *soi disant* contraditores, de pois de se terem deixado derrear aos primeiros golpes, demonstrando a tenuidade grassa da musculatura cerebral, fugiram espavoridos do campo leal e digno de luta para onde os reptei. Limitaram-se corajosamente à insinuação pérfida pela imprensa, permeada em dislates que o mais reles aprendiz de sangrador se recusaria a subscrever, e à guerrilha do dichote *inter pares*».

Há nesse livro, colectânea das conferências realizadas, além do estudo sôbre a evolução das sepulturas, inumação e cemitérios, a cremação, a história da hygiene em Portugal, com que abre a série.

Desde os tempos primevos da *profilaxia divina*, defendida pelo médico Ambrósio Nunes, que fôra catedrático em Salamanca, e por Curvo Semedo no seu *Tratado da peste*, até as rigorosas medidas de hygiene pública, topa Ricardo Jorge todas as passadas da história da medicina preventiva.

Já em 1506 na provisão ao desembargador Dr. Pero Vaz se adoptam providências destinadas a limitar o desenvolvimento da peste na cidade de Lisboa que lembram as dos tempos modernos.

O alvará de Janeiro de 1680 e o regimento de Dezembro de 1695 organizam um serviço de sanidade pública destinado também a combater a peste, representando o último «*um bom e longo documento de hygiene internacional*».



Realça Ricardo Jorge o valor dos trabalhos que em matéria de epidemiologia e de hygiene pública honraram a medicina portugueza dos séculos XVI e XVII. Garcia d'Orta, no *Colóquio dos simples e drogas e cousas medicinais da Índia* é o primeiro que descreve o cólera indiano, que três séculos depois havia de invadir a Europa. A febre amarela é também descrita em primeira mão por um médico português — João Ferreira da Rosa, o autor da *Constituição pestilencial de Pernambuco*.

Como documento curioso registra a *Recopilaçam das cousas que convém guardar-se no modo de preservar a cidade de Lisboa e curar os que estavam enfermos de peste*, escrita pelos Drs. Tomás Álvares e Garcia de Salsedó, «com rara sciência e profundo bom senso». Na organização hospitalar mandaram fazer dois hospitais no extremo da cidade, «em casas grandes e airosas com muitos aposentos», como é aconselhado hoje em dia.

Mas o primeiro esbôço da administração sanitária em Portugal é fornecido pela *provedoria mor de saúde*, instituída em 1707. A *Junta de Saúde* foi criada em 1813, antes das comissões médicas provinciais da Bélgica (1818) e do Conselho Superior de Saúde da França (1822).

O decreto ditatorial de Passos Manuel, de Janeiro de 1836, concede ao Conselho de Saúde funções deliberativas autónomas e até poderes executivos livres de qualquer chancela.

A reforma de Passos Manuel deu os mais benéficos resultados, que os *Anais do Conselho de Saúde Pública* registraram a partir de 1838.

Cedo caiu esta célebre reforma sobre vindo a ruína da hygiene pública, que Ricardo Jorge analisa com rara agudeza crítica, escalpelizando a apatia em que tudo se gasta, entre nós, e propondo a criação de *juntas comunais ou urbanas de saúde pública*, na sede dos concelhos, com um poder central, que possuiria «amplas faculdades deliberativas; mas ainda executivas directas na maioria dos casos, valendo-se das autoridades como puros instrumentos de acção».

Depois da história crítica da hygiene, dos higienistas e da evolução e *regressão* da legislação sanitária em Portugal, é estudada a evolução da sepultura em todos os seus pormenores. A psicologia da morte, a análise e o estudo do pessimismo filosófico e literário constituem páginas de grande sabor artístico e da maior in-



tensidade dramática. O drama da vida é tomado sob a argúcia da sua análise. A concepção da morte e da sepultura através dos tempos e o seu significado psicológico constituem ideas originaes a atestar a grandeza de vãos de que é capaz a sua intelligência.

¡A côr e a beleza literária que Ricardo Jorge empresta às suas descrições!

Como êle descreve a *dansa macabra*:

«Pela calada da noite, nas horas mortas do alto silêncio, o esqueleto pousava grotescamente encarrapitado no friso da coluna funerária, rufando freneticamente num tambor com baquetas de ossos; e a êste sinal mágico, evocado por êsses sons terríveis, partiam-se as lágeas da sepultura, soltava-se o bando dos mortos banhando de luar o sudário esfarrapado. Arrastados pelo compasso demoníaco, transportados de infernal vertigem, saltam e rodopiam numa roda fantástica onde todos dão as mãos e se misturam — a rainha e o anacoreta, o papa e a prostituta, a castelã e o servo, o frade e a bailarina.

«Era a *dansa macabra*, êsse tema estranho, nascido talvez duma supersticiosa lenda oriunda da Alemanha, que chegou até nós contada pelo mavioso padre Manuel Bernardes, e fomentado por êsse desespêro excruciante de meia idade e por essas extravagantes vesánias epidémicas que desengonçam os membros em vertiginosas cabriolas. Dansam os mortos, porque tudo dança em pleno tempo medieval; dança-se no sobato e nos mistérios; bailam na rua os jograis, e os próprios reis como o nosso Pedro cru, que alta noite foliava com a plebe à luz dos archotes e ao som dos atabales; estorce-se nas praças o epiléptico, pula desordenadamente o coreico; e as vítimas da dansa de S. Vito, os mordidos da infernal tarântula, rodopiam furiosamente, de face contorcida e olhos estalados, até que, desequilibrados e expulsos centrífugamente da roda, partiam na queda o craneo, jorrando pela fractura o sangue e os miolos».

Para demonstrar que não existe inquinação do *ar*, do *solo* e da *água* dos cemitérios, procede a cuidadosas análises, da maior honestidade e método científicos, com o auxilio de químicos distintos, que inteiramente corroboram a sua tese.

A acusação da inquinação da água dos cemitérios é pura fantasia de poetas, que a sciência desfaz.



«Ao aproximar dos lábios—conta Ricardo Jorge—um copo do belo líquido tão fresco e puro para apreciar-lhe o paladar e mitigar a sede, lembrei-me dum excelente fragmento poético dum artista soberbo, Th. Gautier, intitulado *A fonte do cemitério*.

«Era na solitária e melancólica Cartucha de Miraflores, em Espanha, visitada pelo poeta *touriste*. Encerrado por muros vetustos, manchado da lepra dos líquenes, jazia em vez de jardim um cemitério nu e descalvado, sem cruz, sem monumentos, sem cômoros de terra.

«Sobre as campas rasas germina uma vegetação doentia. Como haveriam as flores naquele ambiente asfíxico de desabrochar os seus cálices? Ao meio perfilam-se dois ciprestes verdenegros, dirigindo para o céu os seus longos suspiros de folhagem.

«Entretanto, como lágrima furtiva a trasbordar das pálpebras, um fio incerto de água mana pinga a pinga de uma pobre fonte. Filtrada pelas santas ossaduras dos antigos monjes, esbate-se em onda tão cristalina numa pequena bacia, que o poeta abeirou-se para sorver um trago; mal, porém, humedeceu os lábios, sacudiu-o um calafrio horrendo. ;A água diamantina tinha um gosto de morte!

«;Ó belos *tableaux* de artista sonhador! Os vossos devaneios não são para o vulgar que ingere e saboreia sem o auto-gosto mortuário, nem para a retorta do químico que analisa, doseia e emite o seu *veredictum* de potabilidade!»

A nova religião funerária da cremação é finalmente analisada e combatida.

As *Conferências de Higiene*, obra que marca a ossatura mental do médico, são as primeiras passadas do grande higienista que deveio Ricardo Jorge, e do historiador da medicina portuguesa, que ao depois foi. Há nesse longo repositório amostras de uma cultura histórica, filosófica e literária que, pela sua amplitude, constitue raridade entre os homens de sciência. Mais: este livro, que iniciou a amizade e a intimidade com Camilo, apresenta tal riqueza de descritivo, de locução e de vocábulo, que levou aquele mestre da língua e artista de génio a dizer: «os dicionaristas têm lá muito que respirar».



\*

\*

\*

Os seus estudos clínicos e experimentais sôbre as águas do Ge-rez e o método de classificação das águas minerais representam o primeiro ensaio de hidrologia científica realizado em Portugal.

Ocupa-se do *Saneamento do Pôrto*, num relatório apresentado à Comissão Municipal do Saneamento, onde propõe um largo e útil programa de hygiene citadina.

A entrada de Ricardo Jorge para a Câmara do Pôrto, como seu médico municipal, e para a cadeira de hygiene e medicina legal da Escola, como professor catedrático, vai fazer convergir na hygiene a sua actividade scientifica. Ocupam-no, desde então, no limiar da sua carreira de higienista, a bacteriologia, a estatística sanitária, a epidemiologia e a salubridade, às quais se dedica com afínco.

Em Abril de 1894 aparece em Lisboa uma epidemia de diarréia de grande e rápida difusão; o quadro clínico era o similí-colérico: fezes risiformes, câimbras, hipotermia axilar, algidez parcial, anúria, etc. Enviado a Lisboa, em missão sanitária da cidade do Pôrto, Ricardo Jorge estuda esta epidemia com Câmara Pestana. Tratava-se de um *paracólera*, causado pelo vibrião paracolérico.

Em *A epidemia de Lisboa de 1894* expõe os métodos das suas investigações e os resultados a que o conduziram, mostrando que se realizou o seu prognóstico e que se corroborou o diagnóstico com a marcha epidémica e com a individualização bacteriológica do bacilo.

Os trabalhos realizados na Repartição Municipal de Saúde e Hygiene do Pôrto instauram a sciência e a técnica da estatística populacional.

O Pôrto não tinha o registo demográfico e sanitário. Ricardo Jorge instituiu as estatísticas do movimento populacional e obituário e iniciou o *Boletim Mensal da Estatística Sanitária*. Não ficou por aí a sua tarefa. O estudo da meteorologia, do clima do Pôrto, do movimento demográfico e da mortalidade, a que deu começo em 1894, constitue o material de um livro de grande tómo, publicado em 1899: *Demografia e Hygiene da cidade do Pôrto*.



Os mapas, as tabelas, todo o aglomerado de quadros estatísticos arquivados no volume representam um formidável esforço de organização em matéria inteiramente nova em Portugal.

Ao fazer o balanço da sobrevivência e da mortalidade, organizou as tábuas pelo cálculo das interpelações — primeiro a linear, depois a parabólica, construindo o quadro da mortalidade e da sobrevivência do Pôrto de 1882 a 1897 (tabela LXXXVIII). Essas táboas constituem uma obra de precisão inteiramente original no país. Mesmo lá fora, tábuas de mortalidade urbana são raramente tentadas. Anteriores à de Ricardo Jorge só existiam duas: as de Berlim e de Hamburgo.

Ricardo Jorge relata na introdução o *modus faciendi* do seu trabalho:

«A demografia dinâmica tinha de abrir por um cômputo anual da população, como base para a determinação das taxas.

«Operámos pelo método conhecido da interpolação geométrica, pressupondo um incremento progressivo de população à mesma razão geométrica encontrada ente os censos de 78 e 90.

«Ora o movimento dos nascimentos, casamentos e óbitos denunciou-nos abertamente uma queda na intensidade demogénica aquém de 90. Menos nascidos, menos casados e menos falecidos; tudo isto se acordava para demonstrar uma falência populacional, evidentemente ligada à crise económica e financeira que estalou em 91 e desde então nos tem assoberbado. Êste reflexo dum fenómeno de ordem social sôbre os fenómenos demográficos é uma das revelações mais interessantes do estudo estatístico.

«Mas, se o crescimento da gente já não obedece às normas anteriores do tempo da prosperidade, todas as cifras sôbre elas esteadas eram grandemente erradas por excesso.

«Tivemos de reformá-las — e é êste um ponto nodal do trabalho — ao fazer o balanço da população, engendrando um método particular de cômputo que consistiu em combinar os dados da interpolação geométrica com os da natalidade, o índice menos variável do estado de população. Foi sôbre estas avaliações que corrigimos as taxas demogénicas e estribámos todo o estudo da mortalidade».

Êste trabalho, visando principalmente à demografia do Pôrto, encerra também, embora à título subsidiário, a demografia de Portugal continental, incluindo a de Lisboa.



Com esta monografia rompeu Ricardo Jorge o caminho a alguns interessantes estudos de estatística e demografia nacional, que, como subsídios locais foram, depois, aparecendo: Sobral Cid, *A demografia e hygiene de Coimbra*; A. Martins Machado, *Subsídios para o estudo da hygiene e demografia da cidade de Bragança*; A. de Melo Ferrari, *Subsídios para o estudo da demografia e hygiene do distrito de Viseu*; J. Monteiro de Meira, *O concelho de Guimarães, estudo de demografia e nosografia*; Godinho de Faria, *Monografia do concelho de Bouças*; Amândio Paúl, *Anuários estatísticos sobre a cidade da Guarda*; Geraldino Brites, *Notas sobre o concelho de Loulé, O clima do Algarve, etc.*

*A Demografia e Hygiene da cidade do Pôrto*, monumento levantado à sciência da hygiene pública em Portugal, que deu a Ricardo Jorge a reputação de mestre consagrado da estatística moderna, encerra, num dos seus capítulos, o estudo histórico da população do Pôrto.

A história populacional dessa cidade, as causas e a marcha do seu desenvolvimento foram investigadas em primeira mão no Arquivo Municipal.

As pesquisas sobre a evolução social da capital do Norte, obra de aior pelas cousas do passado da velha cidade e novo testemunho do saber e método de Ricardo Jorge, constituem uma contribuição histórica notável que nenhum portuense poderá esquecer e à qual terão de recorrer todos os historiadores. Deve-se-lhe a história pregressa da população do Pôrto. Foi êle quem, socorrendo-se de documentos ainda não compulsados por outrem, seguiu a marcha evolutiva da cidade — que Herculano considerava o *ultimum moriens* da velha tèmpera do carácter português — desde o burgo humilde em que pequenas alfurjas e cangostas cercavam a cathedral acastelada; do pequeno burgo episcopal donde derivou a segunda cidade do país.

Tarefa espinhosa e difícil «para uma terra que tem a sua história por fazer e até os seus documentos por compilar» — confessa Ricardo Jorge.

A-pesar das investigações históricas de Herculano, Gama Barros, Costa Lôbo, José Caldas, Lúcio de Azevedo e poucos mais, a vida dos municípios continua ignorada.

¿ Quem seguiu na pegada de José Caldas, na *História de um*



*fogo-morto*? E, no entanto, escreveu Alexandre Herculano na sua *História de Portugal*: «O estudo do município nas origens dêle, nas suas modificações como elemento político, deve ter para a geração actual subido valor histórico, quando a experiência tiver demonstrado a necessidade de restaurar êsse esquecido mas indispensável elemento de toda a boa organização social».

A verdade das palavras de Herculano tem maior significado nos tempos actuais em que as nações procuram no desmoronar das fantasias políticas os alicerces da sua estrutura orgânica e o germinar dos seus «fogos» onde há-de assentar a sua evolução futura.

As palavras com que Ricardo Jorge critica a crise da historiografia portuguesa, atentado de lesa-nacionalidade, são ainda de hoje:

«Jaz pelos arquivos, aqui e lá fora, em tranqüila dormência, material inesgotável para refazer o passado português, até no que mais impenetrado ficou até hoje, a vida nacional e a história social. A nossa escola histórico-acadêmica começou de mourejar nessa faina de assoalhar documentos; e Herculano encetava a sua história de Portugal, que é, acima de tudo, um modelo acabado de trabalho sciente e consciente. Depois vieram Michelets à pressa, menos rebeldes às exigências do mercado do que aos rigores da investigação, entre os quais, embora custe dizê-lo, troneou Oliveira Martins, graças a um incontestável talento literário e a uma fácil assimilação erudita; sobretudo o processo das suas monografias chega a constituir um perigoso exemplo. Salvante alguns trabalhos particulares mais ou menos correctos e louváveis, certo é que Portugal sofre de uma fome histórica, que, desgraçadamente nem o estômago do público sente nem o cérebro do Estado provê. Ao menos que se fôssem pondo a lume os tesouros dos cartórios em publicações metódicas, como as que todos os países civilizados editam por honra sua; seriam o cabouco firme sôbre que escritores futuros aprumariam o monumento histórico perdurável. Os *Portugalia monumenta* são apenas especime do muito que já devera estar lançado».

Das fontes históricas que forrageou pelo Arquivo Municipal, topando dados importantíssimos sôbre o Pôrto, saiu essa obra — *Origens e desenvolvimento da população do Pôrto*, que é mais de que um «ensaio do que se poderia chamar a *demogenia* da



cidade», porque é a *História do município do Pôrto*. Para a completar haveria, apenas, segundo Sampaio (Bruno) que escrever algumas páginas mais acêrca de Cale e Gaia.

Neste mesmo ano de 1899 em que publicara tão notável trabalho de hygiene que o havia de consagrar entre os seus pares no estrangeiro, um facto se deu que, ferindo rudemente a sua sensibilidade, tão alto elevou os foros do higienista: a peste que incidiu sôbre a cidade do Pôrto, a qual foi por êle descoberta clínica e bacteriológicamente.

O modo como o higienista se conduziu, o método e a disciplina que impôs ao seu trabalho ficam a atestar as qualidades de grande cientista.

Vale a pena ler a descrição do descobrimento da peste do Pôrto que Ricardo Jorge nos deu, ainda sob o pêso da atmosfera dos que o injuriaram:

«O andaço da Fonte Taurina durava aproximadamente um mês; o mal extinguiu-se ou sopitava.

«Nutri as melhores esperanças de que a praga morresse ao nascer; mas a semente apegava.

«Á volta do foco brotavam pouco e pouco casos suspeitíssimos que me mantinham receoso, e não tardou o convencimento de que a peste avançava a passos lentos e espaçados, como é de seu uso e costume à primeira arremetida.

«Este feitio epidémico, quando mais tarde e ainda hoje todo o mundo se meteu a discutir sôbre a peste, foi tomado como um argumento irretorquível contra o diagnóstico; não se difundia com os característicos mortíferos duma praga assoladora, não era peste; e desgraçadamente o argumento não foi só batido nas academias que se formaram nos balcões das lojas e nas bancas dos periódicos, mas também baixou dos escritórios dos profissionais.

«Estava dada a prova clínica e epidemiológica, que dia a dia mais se impunha com o advento de novos casos. *Vires acquirit eundo*. Faltava a prova bacteriológica – o sacramento do laboratório.

«Era um passo delicado para quem quer que fôsse, e para mim perigoso. Falharam as primeiras pesquisas, e falharam os casos. A 31-7 fazíamos colheita fecunda, e dentro de oito dias



adquiria por mim a irrefragável certeza de que tinha nos tubos de cultura isolado o puro e legítimo bacilo de Yersin. E dessa convicção dei parte superiormente a 8-8.

«Quem ao depois visitou o laboratório municipal de bacteriologia e olhou para os recursos do seu pessoal e material, talvez se surpreendesse com a possibilidade do descobrimento, feito demais por um investigador que nunca vira o bacilo da peste.

•Submeti o achado ao meu companheiro e amigo Câmara Pestana; devia-o à sua competência magistral e à sua situação oficial à frente dos serviços bacteriológicos do país, devia-o emfim ao seu espírito de alta lealdade e autoridade científica. A sua confirmação foi imediata.

«...Ninguém é profeta na sua terra, e já a santa Sião lapidava os seus profetas. ¿Pois podia lá admitir-se que no Pôrto houvesse homem de assaz autoridade e capacidade para fazer um diagnóstico de peste? A maldade e a ignorância indígenas ergueram-se para castigar o ousio; era um atentado contra o patriotismo português que consiste essencialmente em repudiar e mal-sinar o que tem, homens ou cousas que sirvam».

Os higienistas e bacteriologistas estrangeiros, para os quais se apelou, confirmaram integralmente tudo o que em matéria de diagnóstico e prognóstico tinha dito o seu descobridor.

Mas se à *peste asiática* pôde pôr cõbro, a outra, a *peste nostras*, desencadeou-se numa «pandemia ferocíssima». A multidão ia tentar ferir com o seu ferrete mordaz e inconsciente a probidade científica de Ricardo Jorge.

Os seus estudos sôbre a epidemia reuniu-os no volume — *A peste bubônica no Pôrto*.

O higienista que durante quinze anos estudara as horrorosas condições sanitárias do Pôrto e lhe apontou o remédio, cujo nome corria a imprensa dos dois mundos, é vítima duma cidade inteira.

O Pôrto desde Garrett que enjeita cruamente os seus filhos.

¿Que lhe importa que elles a ilustrem?

«Elles, sim — diz Ricardo Jorge — de fibra tão filial de raiz, que não escondem nunca generosos o amor próprio do seu berço».

O Govêrno leva-o para o Terreiro do Paço, como Director



Geral de Saúde, e a Escola Médica de Lisboa oferece-lhe a Cadeira de Higiene (1).

Quando em 1921, voltou a falar na Faculdade de Medicina do Pôrto, por ocasião do Congresso Luso-Espanhol, as palavras de comêço, que lhe ouvimos, saíam dos seus lábios num *rictus* de tristeza e amargura :

«Nesta casa me criei, nela me fiz homem, nela professei logo ao sair dos bancos da Escola.

«... Tanto tempo seolveu, que nem estas paredes me conhecem, e eu próprio me desconheço ao vêr-me no seu recinto. Tudo está mudado, e eu o mais mudado, menos o sentimento fixo que vinte e dois anos de exílio não deliram, tão vivo hoje como no instante do meu forçado afastamento».

Ficara-lhe a paixão pela sua terra a crestar-lhe os refegos do coração. Apegado à sua história, com as canções da qual foi embalado no berço, Ricardo Jorge sentiu sempre a saúde da velha cidade. Êle próprio na sua inteireza moral, na sua estrutura mental, mantém as características do homem do norte, Douro arriba.

O segundo volume da *Demografia e Higiene da cidade do Pôrto* (Causas de morte — Moléstias inficiosas e epidemias — Profilaxia — Vacinação — Desinfecção Pública), já anunciado a quando da publicação do primeiro, não veio a público por culpa dessa cidade, à higiene da qual êle dedicara uma boa parcela da sua vida, do seu talento e do seu grande saber.

(Conclue no próximo número)

---

(1) A êste facto se refere Ricardo Jorge: «Esta Escola de Lisboa que me acolheu num passo tormentoso da vida, de quem posso dizer com a gratidão respeitosa de Horácio: *o et praesidium et dulce decus meum*».

Sobre a entrada de Ricardo Jorge para a Escola Médica há um episódio interessante que não devo ocultar. Tinham-se desdobrado as cadeiras de Medicina Legal e Higiene, competindo ao Prof. Belo Morais ocupar esta última. Morais não aceitou a sua regência e insistiu com a Escola para que a entregasse a Ricardo Jorge.

Como o pai de Morais lhe escrevesse, dizendo que por êsse caminho iria prejudicar o seu futuro, êle responde-lhe: «Não A cadeira de Higiene da Escola Médica de Lisboa só a pode ocupar um homem — o que escreveu o monumento da *Demografia e Higiene da cidade do Pôrto*».

Escusado será repisar o que representa em nobreza a atitude moral do Prof. Belo Morais,



# NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

## Representação da Associação Médica Lusitana

Ex.<sup>mo</sup> Sr. Ministro das Finanças

Representou há pouco esta Associação a V. Ex.<sup>a</sup> solicitando algumas modificações na Reforma do Regime Tributário, nomeadamente uma redução da pesada taxa que foi atribuída aos médicos.

Efectivamente, estes já tinham a sua contribuição bem actualizada, pois antes da guerra pagavam, em média, cêrca de cinqüenta escudos.

Tudo que seja, por isso, exigir-lhes mais de cinqüenta escudos-ouro nos parece uma incontestável violência, e mais que êsses cinqüenta escudos-ouro eram os mil e duzentos ou mil e trezentos escudos que até agora pagavam, em média.

Confiavam por isso que V. Ex.<sup>a</sup> os atenderia na medida do razoável e justo.

Foi porém com grande surprêsa e profundo desgôsto que vimos, nas *Novidades* de 1 do corrente, que V. Ex.<sup>a</sup> não só tencionava desatender as nossas justas solicitações, como acompanhava a sua negativa, com o pungente comentário de que *a nossa profissão está no geral bastante mercantilizada*.

Não aspira esta classe à canonização colectiva, mas reivindica de pleno direito as atenções que merecem os seus reais serviços em favor do bem comum, muitas vezes com sacrificio dos próprios interêsses, das suas comodidades, da sua saúde e não raro da própria vida.

Não precisam que lhe agradeçam, pois isso faz parte da profissão, mas pedem apenas que os seus serviços sejam reconhecidos e a sua dignidade respeitada.

Haverá efectivamente quem mercantilize a sua nobre profissão, mas êsses serão uma insignificante minoria.

¿ E qual é a classe isenta dessa pecha ?

Os próprios sacerdotes, aliás dispensados de imposto e de encargos de família, por vezes, embora felizmente raras, são acoimados de mercantilismo.

¿ Seria justo por isso afirmar que a profissão eclesiástica está no geral bastante mercantilizada ?

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

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

Os pergaminhos da profissão são o seu extenso e nobilíssimo martirologio que os devia defender, no seu conjunto, contra todas as más vontades e agressões que seriam explicáveis, quando muito, em casos esporádicos

Subsidia esta Associação, embora parcamente, algumas viúvas de médicos deixadas na mais negra miséria pelo *mercantilismo* dos maridos, e



muitas mais careceriam de auxílio, que não lhe pode ser prestado por falta de recursos.

¿E os médicos da aldeia que percorrem quilómetros e quilómetros de caminhos invios ao sol ardente no verão, debaixo de chuva e neve no inverno, para tratar dos seus doentes em troca duma paga irrisória?

Querer avaliar a profissão através de meia dúzia de felizes privilegiados é desconhecer em absoluto as condições precárias em que se debate, em geral, a classe médica e cometer por isso uma clamorosa injustiça.

Mas é de crer que o jornalista haja atraído o pensamento de V. Ex.<sup>a</sup> Com o máximo respeito desejamos a V. Ex.<sup>a</sup>

Saúde e Fraternidade.

Pôrto e Associação Médica Lusitana, 6 de Maio de 1929.

O Presidente da Direcção,  
AMÉRICO PIRES DE LIMA.

\*  
\*

## Faculdades de Medicina

### Do Pôrto

O Conselho Escolar, retinido sob a presidência do Dr. Alberto de Aguiar, resolveu aprovar por unanimidade, para assistente de química fisiológica, o Dr. Álvaro Borges de Aguiar.

### De Coimbra

Foi nomeado director da Faculdade de Medicina o Prof. João Duarte de Oliveira.

— O Dr. João Serras da Silva foi nomeado interinamente director do laboratório de microbiologia da Universidade.

— A Faculdade de Medicina está procedendo à organização da «Semana Médica» a realizar nos fins do mês corrente.

### De Lisboa

Para os lugares de assistente de ginecologia, de histologia e embriologia, de anatomia e de pediatria foram respectivamente nomeados os Drs. Manuel Teixeira de Queirós, João Xavier Morato, Fernando da Silveira Saldanha e Carlos Salazar de Souza.

— Foi declarado sem efeito o edital de concurso para provimento do lugar de professor de oftalmologia da Faculdade de Medicina.

\*  
\*

## Hospitais Civis

### De Lisboa

Foram nomeados assistentes de pediatria médica o Dr. Manuel Nazaré Cordeiro Ferreira e de pediatria cirúrgica o Dr. Abel Pereira da Cunha,



— No concurso para assistentes de radiologia dos Hospitais Civis de Lisboa ficou classificado em primeiro lugar o Dr. Aleu Saldanha e em segundo lugar o Dr. João Pereira Caldas.

— As análises feitas nos laboratórios dos Hospitais Civis de Lisboa passam a ter efeito legal e poderão servir de base a qualquer procedimento mesmo penal.

#### Escolar

O Sr. Ministro da Instrução visitou, há dias, o Hospital Escolar, tendo-lhe sido mostradas as várias enfermarias pelo director do Hospital, Prof. Carlos de Melo, e pelos directores dos serviços visitados. Foram-lhe apresentadas diversas reclamações acêrca das deficiências do Hospital.

— O *Diário do Governo* publicou uma portaria louvando os Srs. Prof. Carlos de Melo, director do Hospital Escolar, Dr. Luís Adão, subdirector, Dr. Francisco Formigal Luzes, director dos Serviços de Agentes Físicos, Dr. Bénard Guedes, director dos Serviços de Raios X, Prof. Francisco Gentil, Custódio Cabeça, Adelino Padesca, Pulido Valente, Lopo de Carvalho, Egas Moniz, todos directores de serviço, pela forma por que todos os ramos de serviço estão organizados.

\*

\* \*

### Sociedade das Ciências Médicas

Na sessão do dia 23 de Junho, o presidente, Dr. Silva Carvalho, relatou como haviam decorrido os trabalhos dos «Dias Médicos» em Évora e Faro, levados a cabo por iniciativa do Prof. Costa Sacadura,

Em seguida o Prof. Lopo de Carvalho fez uma comunicação intitulada «Considerações sôbre três doentes recentemente submetidos à operação de Jacobaeus».

\*

\* \*

### Associação Médica Lusitana

Em reunião da Associação Médica Lusitana foi resolvido: abrir uma inscrição provisória para sócios desta colectividade que desejem visitar a Exposição de Sevilha, no próximo outono; pedir ao sócio honorário Dr. Cândido da Cruz o obséquio de redigir um projecto de lei de responsabilidade médica, destinado a ser presente a uma assemblea geral; representar novamente ao Sr. Ministro das Finanças sôbre o exagêro das taxas de contribuição profissional médica, ponderando a S. Ex.<sup>a</sup> que devem ser menores que as de Lisboa as taxas dos médicos do Pôrto; que não deve estar em minoria a representação da classe médica na comissão de distribuição das taxas; que não é justo ser tão amplo o campo entre os limites tributários que marca a nova lei; que é mester haver uma só classe de médicos para efeitos de distribuição de imposto profissional; que, em conformidade com as reclamações dos médicos da província, devem ser isentos, como anteriormente, do pagamento da taxa profissional os clínicos que exerçam lugares nos quadros sanitários.



\*  
\*   \*  
\*   \*   \*

### Sociedade Portuguesa de Estomatologia

Reünio-se no dia 29 de Junho a Sociedade Portuguesa de Estomatologia.

O Dr. Sacadura Falcão fez uma comunicação sobre um caso de neurite do infra-orbitário originário de um granuloma do incisivo lateral superior direito.

Acêrca desta comunicação falaram os Drs. Pereira Varela e Mousinho Lopes.

\*  
\*   \*  
\*   \*   \*

### Sociedade Portuguesa de Biologia

Á última sessão desta Sociedade presidiu o Prof. Silvio Rebêlo.

O Prof. Lopo de Carvalho, Dr. Carlos Vidal e Dr. Nuno dos Santos apresentaram uma comunicação sobre a infecção tuberculosa pulmonar por via digestiva no macaco.

O Dr. Carlos Vidal relatou um trabalho sobre as variações dos valores das proteínas no plasma do sangue da cobaia.

Os Profs. Ferreira de Mira e Joaquim Fontes deram conta dos resultados a que chegaram com as injeções intervenosas de histamina no coelho fatigado.

Os Drs. Eduardo Coelho e José Rocheta apresentaram comunicações intituladas «Estudo electrocardiográfico da laqueação das coronárias» e «As perturbações electrocardiográficas do enfarto miocárdico experimental depois do corte dos nervos vago-simpático cervicais».

O Dr. J. de Avelar Loureiro apresentou as suas experiências sobre a técnica da produção experimental do raquitismo, o diagnóstico do raquitismo experimental e a dosagem rápida da vitamina D.

O Dr. José Toscano Rico falou sobre «A acção de algumas essências sobre os céstodos do cão».

\*  
\*   \*  
\*   \*   \*

### «Dias Médicos» em Évora e Faro

Nos dias 8 a 11 do mês de Junho passado ralizou-se uma excursão a Évora, Serra de Ossa, Faro, Minas de Estói e S. Brás de Alportel, promovida pela Sociedade das Ciências Médicas, a que foi dado o nome de «Dias Médicos».

Durante a excursão foram feitas algumas conferências.

No dia 8, em Évora, o Prof. Costa Sacadura falou sobre «O que não se deve fazer em obstetrícia», e o Dr. Eugénio Mac-Bride sobre «O pneumotórax; processos e indicações». O Dr. Alberto Mac-Bride fez uma demonstração do aparelho de Thomas para fracturas e o Dr. Mário Carmona uma demonstração sobre a transfusão de sangue. Na sessão da tarde do mesmo dia realizaram conferências o Dr. Freitas Simões acêrca de «Acidentes da dequitação» e o Dr. Silva Carvalho acêrca de «Os médicos judeus do Alentejo».



No dia 10, em Faro, realizaram-se as seguintes conferências: «Tratamento da sífilis» pelo Dr. Álvaro Lapa, «Medicações Ocitóticas» pelo Dr. Freitas Simões, e «História antiga das Caldas de Monchique» pelo Dr. Silva Carvalho.

\*  
\*   \*  
\*

### Semana Médica Portuense

No dia 1 do mês corrente iniciaram-se, no Pôrto, os trabalhos da «Semana Médica Portuense», com uma conferência do Prof. Francisco Gentil sobre «Laminectomias (28 observações pessoais)».

O programa dos restantes dias foi o seguinte :

Dia 2, lição do Prof. Ramos de Magalhães sobre «Primeiro socorro nos traumatismos oculares».

Dia 3, lição do Prof. Cerqueira Gomes sobre «O momento actual do brightismo».

Dia 4, lições pelo Dr. José Aroso e Prof. Alberto Saavedra respectivamente sobre «A transfusão de sangue» e «Inserção viciosa da placenta (diagnóstico e terapêutica)».

Dia 5, lições do Prof. Óscar Moreno e Dr. Vitor Ramos respectivamente sobre «Retenções agudas de urina» e «A neurologia do policlínico».

Dia 6, lições pelo Prof. Hernani Barbosa e Dr. Álvaro Rosas respectivamente sobre «Urgências em tuberculose pulmonar» e «Estrangulamento herniário».

\*  
\*   \*  
\*

### Conferências

O Prof. Lopo de Carvalho realizou no dia 6 do mês passado uma conferência acerca da «Infeção tuberculosa», no Instituto Rocha Cabral.

Na Sociedade de Propaganda de Portugal fez o Prof. Joaquim Fontes uma conferência sobre «O papel social das maternidades», e o Dr. Pedro da Cunha uma conferência sobre «Noções práticas de puericultura».

O Dr. Damas Mora, chefe dos Serviços de Saúde de Angola, realizou, na Sociedade de Geografia, uma conferência subordinada a o título «Ocupação sanitária de Angola».

\*  
\*   \*  
\*

### Instituto Central de Higiene

Segundo decreto ultimamente publicado, o Instituto Central de Higiene fica pertencendo ao Ministério do Interior, sendo extinto o lugar de director do mesmo Instituto. É o director geral de saúde que exerce estas atribuições por intermédio das inspecções técnicas.

Pelo mesmo decreto, o actual presidente técnico do Conselho Superior de Higiene, Prof. Ricardo Jorge, desempenhará o lugar de consultor de todos os serviços do Instituto e o de presidente do júri do contencioso para recursos.





\* \* \*

**Prof. Celestino da Costa**

O Prof. Celestino da Costa recebeu solenemente no dia 7 de Junho, na sala dos actos da Faculdade de Medicina de Toulouse, o grau de doutor *honoris causa* daquela Faculdade. A sessão, que marcou o início das festas do sétimo centenário da Universidade de Toulouse, presidiu o Dr. Abelous.

O elogio do Prof. Celestino da Costa foi feito pelo Prof. Argand.

\* \* \*

**Prof. Ricardo Jorge**

O Prof. Ricardo Jorge seguiu no dia 17 de Junho para o Rio de Janeiro onde foi assistir ao Congresso de Medicina Brasileira e à celebração do centenário da Academia de Medicina, de que é membro honorário. Durante a sua estada naquele país será hóspede do Governo Brasileiro.

\* \* \*

**Saúde pública**

Os Drs. António Augusto Gonçalves Braga, inspector chefe de sanidade marítima, Daniel Maia Saturnino, subinspector chefe de sanidade marítima e Raúl de Carvalho, ajudante da inspecção de epidemias, foram louvados pela maneira como se houvêram nos trabalhos sôbre a adopção do ácido cianídrico nos processos de desinfecção pública.

\* \* \*

**Prof. Salazar de Sousa**

Êste professor realiozu no dia 9 do mês passado, na Faculdade de Medicina de Lisboa, uma conferência sôbre a reflexoterapia.

\* \* \*

**Diplomas**

Em Coimbra, a Inspeção de Saúde convidou os médicos a registar os seus diplomas.

\* \* \*

**Epidemia de Vagos**

Graçou durante o mês de Junho, em Vagos, uma epidemia de tifo exantemático. Entre as mortes que causou, conta-se a do subinspector de saúde Dr. Manuel Pinho de Matos.

\* \* \*

**Necrologia**

Faleceram: em Lisboa, o Dr. João Cupertino Ribeiro; em Palmela, o Dr. Alberto Carvalho de Oliveira e Silva; em Viana do Castelo, o Dr. José Gonçalves Carteador Monteiro, e, em Caldas da Rainha, o Dr. João de Melo Côrte-Real





*Tratamento completo das doenças do fígado  
e dos síndromas derivativos*



Litíase biliar, insuficiência hepática, colemia amillar,  
doenças dos países quentes,  
prisão de ventre, enterite, intoxicações, infecções



**Opoterapias hepática e biliar**  
associadas aos colagogos  
2 a 12 pílulas por dia  
ou 1 a 6 colheres de sobremesa de **Solução**

**PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL**

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos científicos

Lavagem  
de Extracto de Bilis  
glicerinado  
e de Panbiline



1 a 3 colheres em 160 gr.  
de água fervida  
quente.  
Crianças:  $\frac{1}{4}$  dose

Depósito Ceral, Amostras e Literatura: LABORATÓRIO da PANBILINE, Annonay (Ardèche) FRANÇA  
Representantes para Portugal e Colónias: GIMÉNEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>, Rua Nova da Trindade, 9-1.º — LISBOA

# ADRENALINA BYLA

**Solução a 1/1.000**

**NATURAL**

**QUIMICAMENTE PURA**

**DOENÇA D'ADDISON — SINCOPES CARDIACAS — HEMOPTISES, ETC.**

**AGENTES PARA PORTUGAL: GIMÉNEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>**

**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 bébé 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 contém 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.<sup>a</sup> (Irmãos)

Rua dos Correeiros, 41-2.<sup>o</sup> - LISBOA

*Amostras e literatura gratis*



Assucar nutritivo para creanças  
de mama

Sal  
Est  
Tab  
N.º