

Ano VI.

N.º 8

Agosto de 1929



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECCÃO

PROFESSORES

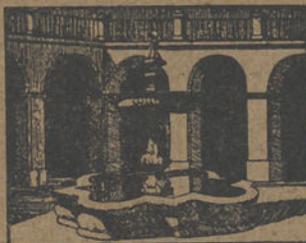
*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,
Lopo de Carvalho, Pulido Valente, Adelino Padesca,
Henrique Parreira, Carlos de Melo,
António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

KALOGEN

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

TONICO RECONSTITUINTE RECALCIFICANTE

Depositarios para Portugal e Colonias

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

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

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

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

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

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

3, Boulevard St-Martin Paris - PHARMACIAS.

RICINOSAL

OLEO DE RICINO EM PÓ EFERVESCENTE

Purgante eficaz e muito

agradavel de tomar

Verdadeiro substituto do

oleo de ricino vulgar

|| INDICADO PARA ||

CRIANÇAS • GRÁVIDAS • PUÉRPERAS

PREPARAÇÃO DE M. GIMENEZ - SALINAS

CALLE ARZOBISPO P. CLARET, 21 Y 23 - BARCELONA

PARA AMOSTRAS DIRIGIR-SE AOS REPRESENTANTES:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a - RUA NOVA DA TRINDADE, 9

LISBOA

Sala B

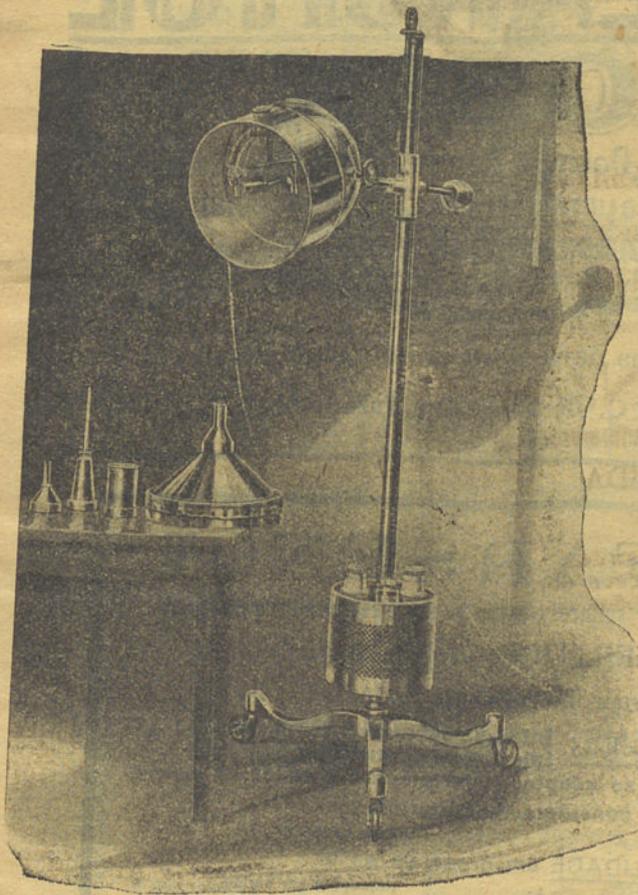
Est. 9

Tab. 1

N.^o 80

GALLOIS & C.^{IE}

LYON



CONSTRUCTORES
de Aparelhos de
**Raios Ultra
Violeta**

a vapor de mercúrio
de «alumage» auto-
matica, e de arco
polimetálico.



Aparelhos de
**Raios Infra
Vermelhos**



ELECTRODOS
em quartzo para radiações
Ultra Violeta
com correntes de alta
frequência.



*Não deixe hoje mesmo
de pedir esclarecimentos
e a indicação dos pos-
suidores de aparelhos
« GALLOIS »
no país aos
representantes*

DAVITA, L.^{DA}

Rua Eugenio dos Santos, 81

LISBOA

MEDICAÇÃO NUCLEO-ARSENIO-PHOSPHATADA
GRANULADO, INJECTAVEL

NUCLÉARSITOL

"ROBIN"

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

OS LABORATORIOS ROBIN

13, Rue de Poissy, PARIS

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

N^o 835-827
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

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

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de 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 506, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(injecções em série)

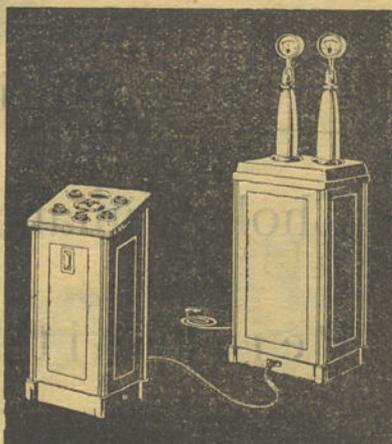
Muito **EFICAZ** na orquite, artrite e mais complicações locais de Blenorragia, Metrite, Salpingite, etc.

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

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

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

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



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

Os melhores
aparelhos de
RAIOS X
E
Electromedicina

são os da

SIEMENS REINIGER VEIFA

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

Material para

Raios ultravioletas

Sempre em Armazem

Lampadas de vapor de mercurio (Bach e Jesioneck)

Lampadas Sollux

Lampadas de arco

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



Intercolitis
Cholera infantil
Peritonitis

Antiphlogistine
TRADE MARK

E' dum grande valor nas inflamações intestinais agudas. Não substitui a dieta nem os medicamentos internos, mas diminui o foco congestionado, e acalma o sistema nervoso, devendo, portanto, ser considerado como um adjuvante apreciavel.

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

Para regularizar
o ciclo menstrual

SISTOMENSINA "CIBA"

Hormonio ovariano
biologicamente titulado

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

Dragées

Ampolas

Amostras e litteratura

CATULLO GADDA,
RUA DA MADALENA 128,
LISBOA,

unico representante
dos Productos "Ciba" no Portugal.



LABORATORIOS CLIN

COLLOIDES

1º COLLOIDES ELECTRICOS : Electrargol (prata) - Electrauroil (ouro) - Electr-Hg (mercúrio) - Electrocuprol (cobre) - Electrorhodiol (rhódio) - Electro selenium (selênio) - Electromartiol (ferro) - Arrhenomartiol.

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

SULFO-TREPARSEANAN

ARSENOBENZENE INJECTAVEL

Pela via hipodérmica

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

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

NEO-TREPARSEANAN

Syphilis — Plan — Impaludismo — Trypanosomíases.

ENESOL

Salicylarsinato de Hg (As e Hg) dissimlados

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

Injecções intramusculares e intravenosas.

ADRÉNALINE CLIN

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

CINNOZYL

(Cinnamato de benzylo-Cholesterolina e Camphora)

Immunisação artificial do organismo tuberculoso.

Empólas de 5 c.c.

SOLUÇÃO de Salicylato de Soda do D^r CLIN

Dosagem rigorosa - Pureza absoluta

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

SALICERAL

(Mono-salicyl-glycerina)

Linimento antirreumatismal

LICOR E PILULAS DO D^r LAVILLE

Anti-gottosas

1/2 a 3 colheres das de chá por dia.

SOLUROL

(Acido thymínico)

Eliminador physiologico do acido urico.

Comprimidos doseados a 0 gr. 25.

SYNCAINE

Ether paraaminobenzoico do diethylaminoethanol.

Syncaine pura em sal. — Soluções adranesthesicas.

Tubos esterilizados para todas as anesthesias.

Collyrios.

ISOBROMYL

(Monobromisovalerylurada)

Hypnotico e sedativo

Comprimidos doseados a 0 gr. 30 :

1 a 3 antes de deitar-se.

VALIMYL

(Diethylisovaleramide)

Antiespasmódico

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

TANACETYL

(Acetylitanin)

Antidiarrheico

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

3 vezes por dia.

INJECCÃO CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINADA

Empólas de 1 c. c. (N^o 596 e 796).

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

CACODYLATO DE SODA CLIN

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

Tubos esterilizados em todas as dosagens usuas.

METHARSINATO CLIN

(Syn. : ARRHENAL)

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

Tubos esterilizados de 5 egr. por c. c.

VINHO E XAROPE NOURRY

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

Lymphatismo, Anemia, Molestias de Peito.

ÉLIXIR DERET

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

De um a duas colheres de sopa por dia.

XAROPE de AUBERGIER

de Lactucario

2 a 4 colheres das de sopa por dia.

1631

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

da fábrica ALLEN & HANBURYS, LTD., fundada em 1715

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

N.º 1, 2, 3 e 17

marca



registada

GENUÍNOS

prismáticos, UM ou MEIO MINUTO

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

Esta Insulina foi a 1.ª apresentada na Inglaterra à classe médica e após 5 anos mantém a reputação de ser a de maior confiança e a demais seguros e satisfatórios 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 desagradáveis efeitos

A P R O V A D A:pelo Ill.^{mo} Prof. Dr. ERNESTO ROMA
pela ASSOCIAÇÃO dos DIABÉTICOS

A de maior venda no país e

A ÚNICA adquirida
pela MISERICORDIA DE LISBOA

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

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

Fornece-se em duas forças:

20 UNIDADES POR C. C.

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

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

40 UNIDADES POR C. C.

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

à disposição dos srs. clínicos o folheto «Notas Práticas Sobre o Tratamento pela INSULINA».

FABRICANTES UNIDOS:**ALLEN & HANBURYS, LTD. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.**

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

Hämafopan

do Dr. A. WOLFF, BIELEFELD

Depositários:

Henrique Linker, L.da—LISBOA

Rua de D. Pedro V, 32-36

HEMOGLOBINA - FERRO

Extracto de Malte

RICO EM VITAMINAS

simples e composto com
arsénio — brometo de cal-
cío — cálcio — ferro inor-
gânico — 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

Antibenorrágico **INTERNO**
poderoso

Excelente desinfectante das
vias urinarias

Alivia e acalma as dores

É diuretico e anafrodisiaco

Efeitos seguros em casos
recentes e cronicos de
gonorrea e cistite

Poderoso desinfectante vaginal

Fabricante: TEMMLER-WERKE, Berlin-Johannisthal

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

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

(PAGAMENTO ADIANTADO)

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60\$00

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO: 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

PÕ
DE ABYSSINIA
EXIBARD
Sem Opio nem Morphina.
Muito eficaz contra a
ASTHMA
Catarrho — Oppressão
e todas affecções espasmódicas
das vias respiratorias.
35 Anos de Bom Exitto. Medalhas Ouros e Prata.
H. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C^o
8, Rue Dombasle, 8
PARIS
E BOAS PHARMACIAS

Laboratórios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche

PARIS (França)

Registo comercial: Seine N.º 103 278

ARHÉOL

C¹⁵ H²⁶ O

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

KOLA ASTIER

GRANULADA

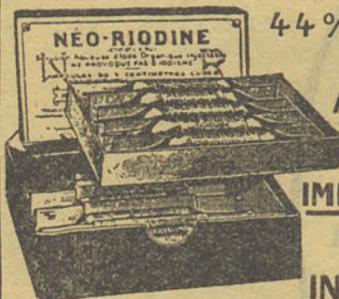


Antineurasténico. Regulador do coração
Gripe. Astenia. Surmenage.
Convalescença das doenças infecciosas

NÉO-RIODINE

C³ H⁶ O⁴ I³ Na

Solução Aquosa de Iodo
Organico Injectavel



44% de Iodo

ACÇÃOIMEDIATAINTENSA

Em injectões intramusculares e intra-
venosas.
Dose: de 1, 2, 3 a 5 cm³ segundo os casos.

NÃO PROVOCAM ACCIDENTES DE IODISMO

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

RIODINE

(C¹⁸ H³³ O³)³ (H)² C³ H⁵

Derivado organico iodado
Ether glycerico
iodado do acido
ricinoleico.

ACÇÃOLENTAPROLONGADA

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



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>A febre ganglionar do adulto (monocitose infecciosa)</i> , por Nicolau de Bettencourt.....	pág.	463
<i>Tratamento das neuralgias do trigêmeo</i> , por Amândio Pinto, Luis Pacheco e Almeida Lima	»	475
<i>Colesterinemia e tiroideia</i> , por Mário Rosa e Diogo Furtado.....	»	493
Notas clínicas		
<i>Tumores cerebrais</i> , por Almeida Lima	»	499
Bibliografia		
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	»	507
<i>Biblioteca da «Lisboa Médica»</i>	»	518
<i>O Prof. Ricardo Jorge</i> , por Eduardo Coelho.....	»	LXXXV
<i>Notícias & Informações</i>	»	CXXI

A FEBRE GANGLIONAR DO ADULTO (MONOCITOSE INFECCIOSA)

POR

NICOLAU DE BETTENCOURT

Professor de clinica de moléstias infecciosas
na Faculdade de Medicina de Lisboa

Na primavera de 1915 caíu sob minha observação, em pessoa de familia, o primeiro caso de febre ganglionar, como então exclusivamente se lhe chamava. Nesse diagnóstico me firmei depois duma aturada observação clinica e de vários e repetidos exames de laboratório. De então para cá tenho observado mais dez casos desta doença, sendo oito em adolescentes ou adultos de ambos os sexos. Os dados que a propósito deles coligi servem de base a esta nota, que por mais de um motivo julgo interessante publicar.

Sem dúvida os nossos pediatras — como os de todos os países — observam, com maior ou menor frequência, casos de febre ganglionar; mas aos clínicos gerais passa a doença facilmente despercebida quando ataca adolescentes ou adultos. O facto explica-se por motivos de ordem vária, a que adiante se fará referência, e sobretudo por um, que desde já convém destacar: a descrição da febre ganglionar aparece-nos ainda na maior parte dos livros de patologia médica fielmente decalcada do estudo que há quarenta anos E. PFEIFFER publicou, já sob a sugestão de um trabalho anterior de FILATOW. Todavia a contribuição prestada ao estudo da doença nos últimos dez anos, sobretudo por clínicos e patologistas americanos, se não alterou fundamentalmente, alar-



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

gou pelo menos e precisou o conceito clássico. A tumefacção ganglionar nem sempre é o mais evidente sinal clínico, embora um certo grau de hiperplasia linfática seja constante; a febre, longe de ser efémera, conforme a descrição primitiva, pode protelar-se por bastantes dias e até por algumas semanas; finalmente a doença, sendo sem dúvida mais freqüente nas crianças, ataca também adolescentes e adultos.

Em geral sem fase prodrômica, e após um período de incubação que alguns pretendem fixar em 8-10 dias, a febre ganglionar do adulto inicia-se com os sinais habituais de uma infecção de carácter benigno — quebreira, dor de cabeça, febre, inapetência, algumas vezes arrepios e vômitos. A angina, que é uma das primeiras manifestações da doença, reduz-se na maior parte dos casos (sete dos onze da minha série) a uma vermelhidão difusa e pouco intensa da mucosa, sôbre a qual se destacam os folículos linfoides da faringe ligeiramente tumefactos e de aspecto translúcido; não ha disfagia acentuada e o processo inflamatório regressa rapidamente. Noutros casos, e à semelhança do que mais freqüentemente ocorre nas crianças, esta manifestação inicial da febre ganglionar toma a feição de uma amigdalite membranosa, fazendo lembrar vagamente a difteria, embora o aspecto e a côr do exsudado sejam diversos e ausente a viva aréola inflamatória que contorna e limita a falsa membrana diftérica (1).

A febre é do tipo remitente, com exacerbações vesperais que em alguns casos atingem ou mesmo ultrapassam 39°, e termina em lise breve. Na minha série o mais curto período febril foi de 6 dias e o mais longo de 23 dias. Quando a angina é do tipo pseudo-diftérico, a sua regressão, do 3.º ao 5.º dia de doença, é às vezes acompanhada de uma descida fugaz da temperatura até as proximidades da normal.

Se exceptuarmos o engorgitamento dos gânglios amigdalinos, que acompanha às vezes a angina inicial, pode dizer-se que a reacção ganglionar que deu o nome à doença varia muito quanto

(1) Está apontada, mas nunca a observei, uma amigdalite inicial ulcea rosa, tipo da angina de Plaut-Vincent.



Si el niño no aumenta desesperadamente y manifiesta durante el día más de dos deposiciones, aumentesele al alimento una deposición de Leche "DRYCO", en dos cucharadas más de Leche "DRYCO". Si el niño está desganado y solo hace una deposición al día aumentese entonces la cantidad de azúcar al alimento sin aumentarle el agua. Aquellos niños que hagan de dos a cinco deposiciones al día, que demuestren estar disgustados con los alimentos, deberá suprimirse el azúcar en los alimentos, por espacio de 48 días también una o dos cucharadas de la Leche DRYCO.

O leite seco DRYCO consegue-se se polido que se aquecem a temperatura de 1 empo a que o seu açúcar natural seja afim passando, sob a forma de lamina fina e sedo, transparente e de cor branca creulo onde se reduz logo a pó fino. Após a secagem o leite passa a uma forma automaticamente e o encerram he



Il latte liquido impiegato nel latte in Polvere MARCA DRYCO è un latte migliore qualità. Tutto le vacche, stalle ed sono sotto la rigida sorveglianza del nostro nario, ed in consumatore può star sicuro che pericolo di infezione dovuta alle vacche è eliminato durante il processo evaporatorio ed ogni pericolo di trasmissione della tubercolosi, afta epizootica di trasmissiono della tubercolosi, afta epizootica "malattia del latte" viene eliminato.



Είναι πολύτιμοι δια την διατροφή των μόνων παιδικών όλων το ίδιο άφρηθη δια ταχώς και το εισπνεον αυτού πρότερος της αποξηράνσεως. Η ειδικός αυτού πέρας η σημα της καλλοειδούς αλλαγής της πρωτείνης γάλακτος, το οποίο καθιστά άδύνατον τον οργανισμό των λαγρών βλαβών κατά την διατροφή.

Сухое молоко «Драйко» не только для кормления и страдающих расстройством желудка. Сухое молоко «Драйко» имеет очень малый объем, что позволяет пить, и благодаря этому При быстром излечении заболевания из молока «Драйко» перенарение. Сухое молоко «Драйко» пореб, что доказано неоднократно исследованиями в его практике.

Os Pediatras do Mundo inteiro prescrevem



(O LEITE GARANTIDO)

Para a alimentação infantil



ere Nahrung nicht gewöhnen föh... geringeren Menge von Dryco... entsprechende Quantum Wasser... das sich die Kinder allmählich an... redvoll leiden, oder solche, die Ep... Wild besonders zu empfehlen... feineren als der normalen Quan... und die Menge nach und nach... b Refonvaldeszenten. Verdauungsleit und ihres hohen... Trockenmilch ganz besonders... Trockenmilch ist... die Wild, und...

امير كاني - بيان المقادير اللازمة
قيمة يمكن ان يعين عنها بوحداث
لتستين يحتاجون يوميا الى خمسين و
قد دلت التجارب الاكلينيكية ان مضا

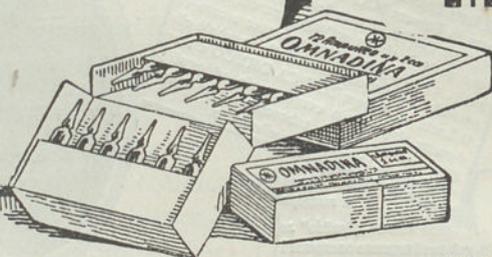
賣謹告
特製せられたる
木乳 ドライコ
ジャスト法によつて製られたる粉末乳

如聞趾重疊前拱之低陷或需科學方
護士之最難問題為日校學生不允
決方法最好僱用一護士使彼至各
信寶珠女士提議每一寄宿學校當
吳醫生贊成其說言該護士於學校
士即係服役於醫生與教員二者之

When first using DRYCO in
foods, use less than the amount
in order that they may become
For small, sickly infants it is o
teaspoonful of DRYCO in 2 ounces
day; two tablespoonfuls in 3 ou
next day; and each day give one t
to the required amount for the nor
ants should be started with small
if vomiting has been very severe, it i
od half a tablespoonful at a time.
days rather than every day.

Pedir amostras e literatura aos Depositarios

Omnadina



Vacina total imunizante "MUCH"

Para o terapêutica não específica em todas as

moléstias infecciosas e padecimentos reumáticos e neurálgicos

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

Fôrma comercial:

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



EMPACOTA-
MENTO ORI-
GINAL

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

Leverkusen (Alemanha)

REPRESENTANTE-DEPOSITARIO:

Augusto S. Natividade

RUA DOS DOURADORES, 150, 3.º — LISBOA

ao número e à distribuição dos grupos affectados. Algumas vezes, como é de regra nas crianças, a tumefacção ganglionar atinge no pescoço, nas axilas ou nas fossas supraclaviculares, proporções que à simples vista a denunciam; na generalidade dos casos, porém, o aumento de volume dos gânglios é insignificante e a sua consistência normal, de modo que só uma minuciosa palpação, ajudada pelo vago dolorimento que o doente acusa, nos permite assinalar os gânglios, atacados. Limitada no comêço a um pequeno número de gânglios, a doença pode estender-se nos dias seguintes a outros grupos ganglionares. Os mais freqüentemente atingidos são os gânglios cervicais, especialmente e às vezes exclusivamente os do grupo médio, que afforam ao bordo posterior do esterno-cleido-mastoídeo, sob a aponevrose cervical superficial; depois os supraclaviculares, os axilares e os ingüinais. Absoluta ausência de edema ou de qualquer reacção cutânea em correspondência com os gânglios atacados; parótida e sub-maxilares poupadas. Desde PFEIFFER que se admite a possibilidade de serem atingidos os gânglios mesentéricos, notando-se nestes casos dor à pressão, especialmente na linha média e abaixo do umbigo (1).

O processo de linfadenite regressa lentamente e, nos casos que observei, sempre sem fusão purulenta. Nas crianças, porém, a adenite supurada, por infecção secundária, seria menos rara.

Ligeira esplenomegalia é sinal quasi constante, denunciando-se pela percussão, mas só num têtço dos meus casos era palpável o polo inferior do baço. Aparelhos respiratório e circulatório sem alteração digna de nota (2).

Convalescença arrastada, com astenia mais ou menos pronunciada, é de regra. Não há notícia de casos mortais.

A única e rara complicação registada, mas que eu nunca observei, é a nefrite.

Com sintomatologia tão anódina mal iria ao diagnóstico clínico, pelo menos nos casos de reacção ganglionar mais apagada,

(1) Chevallier admite a existência de casos em que os gânglios ingüinais seriam os primeiros e até mesmo os únicos (?) atacados.

(2) Num dos meus doentes verifiquei durante alguns dias manifesta dissociação esfigmo-térmica, mas, como havia neste caso sobreposição de fenómenos séricos, a observação perde todo o interêsse,

se a doença não se denunciasse por uma feição hematológica especial, embora não específica. Sem variações o número e a morfologia dos glóbulos rubros, normal também a taxa da hemoglobina e o índice globular, é sobre os leucócitos que incidem as alterações. Primeiro quanto ao número — a febre ganglionar acompanha-se sempre de leucocitose, em geral não muito acentuada. Os números das minhas observações oscilam entre 8.000 e 13.000; apenas num caso verifiquei 22.000 glóbulos brancos por milímetro cúbico. Tratava-se de uma menina de vinte anos, com adenopatia cervical e ingüinal, baço palpável, fígado excedendo ligeiramente o rebordo costal, febre até 38°,5, inapetência, astenia e acentuada palidez, sem correspondente descoloração das mucosas. Chegou a pensar-se na hipótese de uma leucémia aguda, logo arredada pela ausência de hemorragias e fenómenos septicos das mucosas e pela falta da anemia por oligocitémia, que sempre acompanha a leucémia linfática aguda.

Mas a feição hematológica mais característica da febre ganglionar é a que colhemos no estudo da fórmula leucocitária, onde nos aparece sempre uma alta percentagem de monócitos; algumas vezes mesmo, como no caso a que acabo de fazer referência, uma completa inversão da fórmula (82 % de monócitos e apenas 18 % de granulócitos). Ao acréscimo dos grandes mononucleares corresponde uma paralela diminuição dos pequenos linfócitos, que rareiam extraordinariamente nas preparações. Parte dos mononucleares que se encontram na febre ganglionar apresenta os caracteres das células deste tipo que em fraca percentagem existem no sangue normal; outros, porém, mostram alterações patológicas — vacuolização do citoplasma, núcleo de contorno muito irregular, zona marginal intensamente basófila, protusões nucleares, etc. Na prancha que acompanha este trabalho reproduzo alguns aspectos de preparações de sangue, coradas pelo m. de Leishman, de quatro doentes da minha série. Vêem-se, a par de células do tipo do grande linfócito, com o núcleo arredondado, não muito intensamente corado e de citoplasma claro com abundantes granulações azurófilas, outras de maiores dimensões, mais intensamente coradas, de núcleo encurvado, ou mesmo bilobado, com o aspecto da chamada célula de Rieder, e outros enfim com os caracteres do grande mononuclear do sangue normal.

Os histologistas ainda não assentaram doutrina incontroversa sobre a origem dos monócitos do sangue, mau grado a segurança que a técnica da coloração supravital indiscutivelmente trouxe a este estudo. Nada menos de quatro hipóteses se debatem: a antiga doutrina dualista de Erlich, modificada por Naegeli; a de Mallory, que faz derivar os monócitos do endotélio vascular; a de Schilling, que aceita a sua origem histiocítica (células de Kuppfer), e finalmente a dos que acreditam ser o monócito de origem linfóide (Maximow, Weidenreich, Arneht, etc.). As observações colhidas no estudo da febre ganglionar parecem depor a favor da última hipótese. É no gânglio linfático que se localiza o processo patológico e legítimo se torna supor que daí provenha a feição hematológica especial da doença.

Sprunt, Longcope, Baldridge, verificaram a consistência mole, a cápsula distendida e a secção granulosa de gânglios propositadamente estirpados. Há zonas de estrutura normal, alternando com outras de acentuada hiperplasia linfóide, com deformação e compressão dos seios linfáticos. Facto digno de nota é a grande variabilidade no tamanho das células linfóides e as irregularidades e deformações do núcleo das células dos seios e canais, dando-lhes aspecto semelhante ao dos monócitos circulantes (1).

Se conjugarmos estas observações com os resultados obtidos em recentes estudos de hematologia, mais facilmente poderemos interpretar a feição leucocitária da febre ganglionar. Doan & Sabin mostraram que em certos estados patológicos a medula óssea, o baço, os gânglios e outros órgãos podem ser a sede de uma activa proliferação de monócitos; por outro lado Forkner & Claude, estudando a histologia dos gânglios linfáticos em coelhos normais, verificaram a existência de monócitos em via de desenvolvimento em todos os gânglios, com excepção dos mesentéricos, e em maior abundância nos grupos ganglionares superficiais, quere dizer, precisamente naqueles onde mais intensamente se localiza o processo hiperplásico na febre ganglionar.

(1) Sprunt & Evans fazem notar certas analogias histológicas entre os gânglios hiperplasiados da febre ganglionar e os da linfogranulomatose de Hodgkin na sua fase inicial. Nunca, porém, se encontraram nódulos de necrose na primeira destas doenças.

Não é conhecido o agente da doença, embora alguns tenham pretendido, aliás sem prova aceitável, atribuí-la a um ou outro germe isolado da garganta ou dos gânglios atacados (1). Daquela facilmente se colhem, como em qualquer angina banal, cocos vários e nomeadamente o estreptococo; se a amigdalite toma a feição ulcerosa, facto que nunca observei mas que está apontado, lá temos a inevitável associação fuso-espirilar. Sabemos porém que estes, ou êste, micro-organismo (para Sanarelli seriam duas formas de um só germe — *Heliconema vincenti*) apparecem em todas as lesões secundárias dêste tipo enxertadas sobre infecções inicialmente cancerosas, tuberculosas, sifilíticas e até diftéricas. A verificação bacterioscópica dos heliconemas não define uma entidade nosológica; interessa, sim, como indicadora de uma terapêutica especial e provadamente eficaz.

Dos gânglios tem-se isolado germes do género *Corynebacterium*, identicos aos que às vezes se encontram na doença de Hodgkin e que eu mesmo já isolei num caso de leucémia aguda, mas que se sabe serem inteiramente destituídos de acção patogénea.

A falta de uma noção etiológica segura por um lado, por outro a apagada sintomatologia clínica, têm contribuído para almentar a corrente dos que recusam ao sindroma descrito por Pfeiffer as características de individualidade nosológica.

Não creio que seja aceitável êste modo de ver, depois dos estudos epidemiológicos já publicados, com seriação bem definida de cem, duzentos e mais casos, dentro dum quadro clínico uniforme e sempre com linfocitose, ou melhor, monocitose absoluta e relativa. Para alguns, e esta opinião surgiu logo após a primitiva monografia de Pfeiffer, tratar-se-ia de gripe — «gripe ganglionar» lhe chamou Gallois. Mais uma, dentro desta amálgama de situações patológicas desconexas, baralhadas e confundidas sob a etiqueta de gripe — a mais obscura e mais imprecisa de

(1) Menos pelo erro, em si, do que pela ausência de critério científico que revela, vale a pena citar o que a êste respeito diz a ultima edição (1928) de um manual francês de pediatria muito espalhado entre nós: «Le microbe rencontré habituellement est le streptocoque, et dès lors, on peut considérer la fièvre ganglionnaire comme une streptococcie bénigne du pharynx».

toda a patologia infecciosa (1). Ora na febre ganglionar, faringite inicial à parte, começam logo por faltar os catarros, depois os fenómenos nevralgicos; na gripe as adenopatias, quando existem, traduzem uma infecção secundária e são portanto mais limitadas, mais tardias e freqüentemente com tendência para a supuração. A duração do ciclo febril é, em geral, maior na febre ganglionar.

Mais fácil me parece a confusão com as afecções benignas do grupo tífico, especialmente quando a adenopatia é muito pouco acentuada, como soe acontecer no adulto. Em Portugal, toda a febre remitente que dura mais de uma semana sugere a idea de tifóide. A esplenomegália, a epistaxe e a própria angina inicial, benigna e fugaz, são sinais que podem apparecer numa e noutra doença. Ao laboratório pedem-se, em geral, e por uma só vez, pesquisas orientadas apenas no sentido das infecções tifo-paratíficas, e se adrega a topar-se um resultado negativo, lança-se à conta das conhecidas falhas e mantém-se apesar de tudo o diagnóstico. A evolução mais curta, a acentuada benignidade, levam então o médico, por um erro de visão unilateral que tem custado a arrancar, a apor-lhe o rótulo de paratífóide (2). É talvez por aqui que se deve escoar um bom número de casos de febre ganglionar do adolescente e do adulto.

Na adenite tuberculosa a consistência e a localização dos gânglios atacados é diversa, a evolução ulterior muito outra (amolecimento) e a doença em geral apirética, ou apenas com febre vesperal. Com o trasorelho a confusão é só aparente, visto que a febre ganglionar poupa sempre as glândulas salivares.

(1) Este *puzzle* da gripe, quebra-cabeças de clínicos e de epidemiologistas, só virá a ordenar-se quando tivermos um conhecimento seguro da sua etiologia. Nunca tive sequer como provado que fôsem uma e a mesma doença a gripe pandémica, a *influenza* que periódicamente corre o mundo de-lês-a-lés, com uma sintomatologia bem característica e até (complicações à parte) com uma evolução cíclica e a chamada gripe *nostras*, endémica ou esporádica, tipo da velha doença *à frigore*, sempre condicionada por factores meteorológicos e abrangendo um imbróglgio de situações patológicas que vão desde o coriza contagioso apirético, ou apenas sub-febril, até as graves bronquiolites difusas.

(2) Quem tomasse por bons estes diagnósticos (?) clínicos ficaria impressionado com a grande freqüência das infecções paratíficas em Portugal. A realidade é muito outra. Em cêrca de 3:000 casos de tifóides que tenho

Certas analogias clínicas — angina, hiperplasia ganglionar generalizada, nefrite — levaram alguns a supor que a chamada febre ganglionar seria apenas uma escarlatina fruste, e ainda num trabalho recente GAUTIER (de Genebra) perfilha este modo de ver. A hipótese não me parece aceitável. A primeira objecção a opor é a da absoluta falta de relação, que nós estamos em boas condições para verificar, entre os casos de uma e outra doença. Ao passo que nos países do Norte a escarlatina grassa endêmicamente, embora com exacerbações temporárias, em Portugal manifesta-se por brotos nitidamente separados. Nenhum dos meus casos coincide, por acaso sequer, com surtos epidémicos de escarlatina; mais ainda: cinco dos onze doentes (e não cuidei de averiguá-lo nos restantes) tinham já sofrido de escarlatina — em dois, posso afirmá-lo sem hesitação, respectivamente dezassete meses e três anos antes do ataque de febre ganglionar. A observação não deixa de ter valor dada a raridade extrema das recidivas naquela febre eruptiva. Todos os que lidamos na clínica de doenças infecciosas temos ocasião de observar casos frustes de escarlatina, sem exantema, sem descamação, quasi sem reacção geral, que mais se diagnosticam pelas relações epidemiológicas do que pelo aspecto clínico; mas ainda nestes casos a impressão é diversa. A angina destas escarlatinas, embora só eritematosa, dá mais carregada e mais difusa vermelhidão, as amígdalas são sempre apanhadas no processo e os gânglios correspondentes, os do ângulo do maxilar, reagem mais precocemente e muito mais intensamente do que qualquer outro grupo ganglionar; sucede também muitas vezes nestes casos benignos haver um exantema fugaz, que passa despercebido, mas que vem a dar mais tarde a descamação característica.

Mas, tanto no caso da escarlatina, como nos outros a que se fez referência, todas as incertezas do diagnóstico clínico desaparecem se a análise do sangue denuncia a mononucleose absoluta

observado, tratado, ou de que apenas tenho feito o estudo bacteriológico, não conto mais de uma centena por paratíficos e destas apenas três do tipo A. Estamos pois, como era de prever, dentro, ou ainda um pouco abaixo, da taxa registada nos outros países europeus. Actualmente, e por motivos que não vem a pêlo discutir, a percentagem das paratífoides é um pouco mais elevada nos países que fizeram e onde se fez a guerra,

e relativa, que sempre acompanha a febre ganglionar. De facto, nas afecções tíficas, que são leucopenizantes, a linfocitose é só relativa; os eosinófilos abaixo do normal ou ausentes. Na escarlatina há leucocitose neutrófila, freqüentemente eosinofilia e quasi sempre também triptoquetas — as inclusões leucocitárias que embora não patognomónicas, como Döhle supunha, são todavia um bom elemento de diagnóstico. Na gripe os estudos hematológicos têm dado resultados discordantes, como era de prever, dada a variedade de situações patológicas que sob este rótulo se englobam, e dada também a freqüência das infecções secundárias; todavia as observações que neste capítulo merecem mais crédito dão a doença como leucopenizante e até na pneumonia, que às vezes se lhe segue, há uma diminuição ainda mais acentuada dos glóbulos brancos.

Em contrapartida, afecções como a tosse convulsa e a doença sérica, que se acompanham de monocitose absoluta e relativa e às vezes até com formas mononucleares idênticas às que aparecem na febre ganglionar, não têm as menores analogias clínicas com esta doença e não podem dar lugar a confusões. Mais difícil pode ser o diagnóstico diferencial com a leucémia linfática aguda, e a este facto já aludi a propósito de um caso que tratei e em que o estudo do sangue foi também feito pelo Prof. AIRES KOPKE. Na sua fase inicial a leucémia linfática aguda pode dar apenas uma moderada leucocitose; por outro lado as formas dominantes são também o grande linfócito e a célula de Rieder. Aqui são antes as hemorragias, os fenómenos septicos das mucosas, a hipoglobulia, o agravamento progressivo do estado geral, que permitirão afastar com segurança a hipótese de febre ganglionar. Nas formas agudas da doença de Hodgkin os sinais clínicos são semelhantes, mas a hiperplasia ganglionar marcha mais rapidamente, os gânglios são duros e indolores, o prurido muito freqüente; o exame do sangue dá leucocitose, mas com polinucleose neutrófila e muitas vezes também eosinofilia.

Nenhumas relações devem existir entre a febre ganglionar e a agranulocitose. A angina agranulocítica, descrita pela primeira vez por SCHULTZ em 1922, é uma doença gravíssima, estando até agora registado, que eu saiba, apenas um caso de cura. A angina é do tipo necrótico e muitas vezes acompanhada de estomatite úlcero-gangrenosa, febre alta, calafrios, prostração acentuada, às

vezes icterícia. Não há elementos que bastem para se considerar este estado infeccioso sobreagudo como uma nova entidade nosológica, e o único ponto de aproximação com a febre ganglionar reside apenas em que — num como noutro caso — só o exame do sangue permite um diagnóstico e sobretudo um prognóstico seguro. Na agranulocitose, ao contrário do que sucede no comum dos processos infecciosos agudos, mesmo nas amigdalites sépticas, há uma leucopénia acentuada e uma forte diminuição, ou mesmo o completo desaparecimento dos polinucleares. O estudo da medula óssea, onde se verifica a desapareção dos mielócitos granuloses e dos polinucleares, mostra tratar-se de uma leucopénia por ausência de formação e não por hiperdestruição, como na febre tifóide.

*
* *
*

Esquecida por muitos a monografia clássica de Pfeiffer, tem vindo a febre ganglionar a ser descrita sob uma variedade de nomes que só servem para lançar a confusão. Alguns exemplos, porque não tenho a pretensão de citar todos: hiperplasia idiopática dos gânglios linfáticos (Filatow, em trabalho anterior ao de Pfeiffer), linfoblastose aguda benigna (Blædorn), angina monocítica (Beader), linfocitose sublinfática aguda (Turk), linfadenose aguda (Downey), adenolinfoidite aguda benigna (Chevallier), mononucleose infecciosa (Sprunt & Evans).

Nunca há vantagens em mudar o nome de uma espécie mórbida, salvo o caso (e nem sempre) de um novo dado etiológico seguro que caracterizadamente a possa definir (1). Todavia, e reportando-me especialmente à febre ganglionar do adolescente e do adulto, não deixarei de reconhecer que é feliz a designação proposta por Sprunt & Evans. A adenopatia é nestes doentes em geral muito pouco aparente e a mononucleose é o sinal constante e mais característico da doença. Conserve-se pois o primitivo

(1) Designações impróprias conservamos muitas em patologia. Acodeme o exemplo da chamada «paralisia infantil» ou «poliomielite anterior aguda» — que não ataca apenas as crianças e não lesa só os cornos anteriores, mas em muitos casos também os cordões laterais, os cornos posteriores e às vezes até o encéfalo.

nome, mas acrescenta-se-lhe o dado hematológico, sem o qual muitas vezes o diagnóstico clínico permaneceria indeciso. À mononucleose prefiro, porém, *monocitose*, tomada a palavra na sua significação literal e sem qualquer relação com a teoria da génese reticulo-endotelial. A mononucleose poderá fazer supor que a leucocitose incide apenas sobre os chamados grandes mononucleares do sangue normal com as suas especiais características, quando a verdade é que os grandes linfócitos, normais ou alterados, constituem às vezes a grande maioria dos glóbulos brancos circulantes.

A benignidade da febre ganglionar torna em geral desnecessária qualquer terapêutica medicamentosa, mesmo sintomática. Na convalescença, que é às vezes arrastada e com certo grau de adinamia, estão indicados os tónicos e reconstituintes. A nefrite, no dizer de alguns que têm observado tal complicação, cura-se rapidamente e sem seqüelas.

Março de 1929.

ADDENDA

Já escrita esta nota, chegam ao meu conhecimento mais dois novos trabalhos sobre o assunto. C. Davis descreve uma epidemia em que foram atacadas todas as crianças e uma das criadas de uma pequena creche de Chicago. Cinco recaídas, com intervalos variando de cinco a vinte e quatro dias. Apura-se uma incubação de onze dias numa criança admitida durante a epidemia.

O outro trabalho é de Nyfeldt, do hospital Blegdam (Copenhague), que teria isolado do sangue num caso típico de monocitose infecciosa um diplo-bacilo móvel, Gram-positivo, a que dá o nome de *Bacterium monocytogenes hominis*.

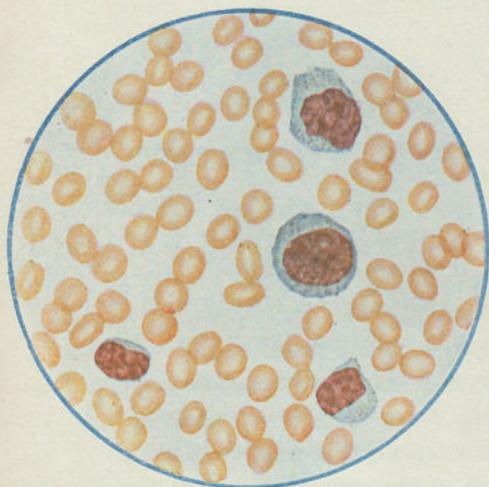
O facto carece naturalmente de confirmação e não é mesmo apresentado em termos de fazer fé.

Julho de 1929.

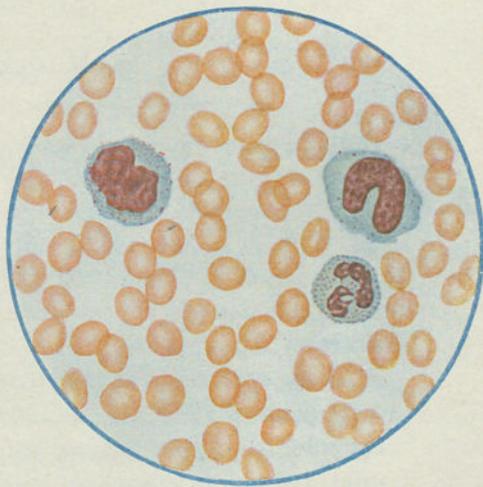
BIBLIOGRAFIA

(Citam-se apenas os trabalhos mais recentes e mais importantes. Em alguns há boas resenhas bibliográficas.)

- SPRUNT & EVANS. — Mononuclear leukocytosis in relation to acute infectious (Infectious Mononucleosis).—Bull. Johns Hopkins Hospital, 1920, T. XXXI. Pág. 410.
- TIDY & MORLEY. — Glandular fever.—British Med. Journal, 1921. (1). Pág. 452.
- DE SANCTIS. — Probabile caso de febbre ganglionare de Pfeiffer in un adulto. — La Medicina Pratica, 1922. Pág. 334.
- E. BAADER. — Die Monocytenangina. — Deuts. Arch. f. Klin. Medicine, 1922. Pág. 140.
- W. LONGCOPE. — Infectious Mononucleosis. — Trans. of the College of Physicians of Philadelphia, 1922. T. XDIV, Pág. 406.
- SCHWENKENBECHER. — Monocytenangina. — Klin. Wochenschrift, 1923 (2). Pág. 520.
- C. DAVIS. — Acute glandular fever of Pfeiffer: report of a nursery epidemic. Jour. Am. Méd. Association, 1929. T. XCII. Pág. 1417.
- NYFELDT. — Etiologie de la mononucléose infectieuse. — Société Danoise de Biologie (C. R. Soc. de Biologie), 1929. T. CI. Pág. 590.
- TIDY & DANIEL. — Glandular Fever and Infective Mononucleosis. — Lancet, 1923. (11). Pág. 9.
- W. SCHULTZ & L. JACOBOWITZ. — Die Agranulozytose. — Med. Klinik, 1925. B. XXI. Pág. 1642.
- GILBERT, RUTH & COLEMAN. — Laboratory Findings in an Epidemic of Glandular Fever. — American Jour. of Hygiene, 1925. T. V. Pág. 35.
- BALDRIDGE, ROHNER & HANSMANN. — Glandular Fever (Infectious Mononucleosis). — Arch. of Internal Medicine, 1926. T. XXXVIII. Pág. 413.
- GAUTIER. — Fièvre ganglionnaire. — Rev. Française de Pédiatrie, 1926. T. II. Pág. 475.
- J. COTTRELL. — Infectious Mononucleosis. — Am. Jour. of Medical Science, 1927. Pág. 472.
- P. CHEVALLIER. — L'adénolymphoïdite aiguë bénigne avec hyperleucocytose modérée et forte mononucléose. — Rev. de Pathologie Comparée, 1928. T. XXVIII. Pág. 265.
- W. BLOOM. — The origin and nature of the monocyte. — Folia Hæmatologica, 1928. B. XXXVII. Pág. 1.
- C. FORKNER. — The heterology of lymphoid tissue with special reference to the monocyte-supravital studies. — Journ. of Exp. Medicine, 1929. T. XLIX. Pág. 323.



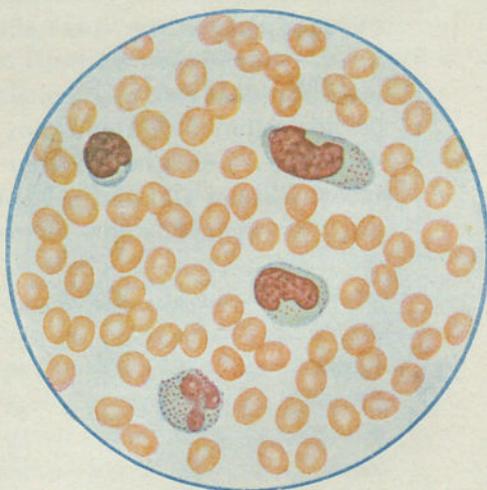
F. B., 17 a., 5.º dia de doença



I. L., 18 a., 8.º dia de doença



J. C., 15 a., 7.º dia de doença



M. J. B., 21 a., 10.º dia de doença

Serviço do Prof. Egas Moniz

TRATAMENTO DAS NEURALGIAS DO TRIGÊMEO

POR

AMANDIO PINTO, LUIS PACHECO E ALMEIDA LIMA

O sofrimento causado pela neuralgia do trigêmeo, também vulgarmente chamada neuralgia facial ou *tic* doloroso da face, quando se trata de casos graves, é dos mais cruéis e pungentes.

O síndrome doloroso nos casos de grande mal (à semelhança da designação corrente a propósito do síndrome epiléptico, também se têm empregado os termos de grande e pequeno mal à neuralgia do V par), absorve por completo a vida do doente, desinteressa-o de tudo que não seja a sua doença, anulando por completo o seu valor social. As tentativas de suicídio são frequentes e assim, Krause, numa série de 134 casos que operou, conta 17 doentes que, antes, tinham atentado contra a existência.

A dor é, em geral, do tipo paroxístico. Um movimento brusco, um passo em falso, a passagem na zona dolorosa com um objecto qualquer, um dedo, por exemplo, uma corrente de ar, uma mudança de temperatura, uma emoção, é o bastante para provocar uma crise dolorosa. Doentes há, porém, cujo sofrimento se alivia pela pressão no ponto doloroso.

A crise álgica é, por vezes, acompanhada de um verdadeiro *tic*: contracção dos músculos da face ou movimentos de mastigação. Num doente observado neste Serviço êsses movimentos eram tão intensos e violentos que apresentava, do lado da lesão, os dentes completamente limados, rasos com o rebôrdo gengival.

Uma tal afecção não podia deixar de pôr à prova as mais variadas terapêuticas.

O sofrimento provocado levou os cirurgiões, em épocas já remotas, em que a carência de recursos de técnica e de instrumen-

tal proibiam os grandes empreendimentos, à prática de intervenções ainda hoje consideradas de especial delicadeza e praticadas por poucos.

A patogenia incerta da doença, na grande maioria dos casos, deu em todos os tempos, e ainda hoje, origem a que os pacientes sejam submetidos a uma terapêutica desorientada. Começam, em regra, pela ingestão dos mais variados analgésicos, passando pelo tratamento de certas afecções gerais como a sífilis, a malária e a diabetes, até as intervenções cirúrgicas simples, como sejam a extracção de dentes (é de regra os doentes, quando presentes à observação médica, não trazerem dente algum do lado doente), ou mais complexas, como a ressecção dos rebordos alveolares, indo mesmo à trepanação dos diferentes seios sem excluir o esfenoidal.

Não podemos certamente pôr de parte a existência de nevralgias sintomáticas, curáveis pelo tratamento da lesão que as provoca. Há casos de nevralgia do trigémeo, com a coexistência de sinusite maxilar, curados por intervenções sobre o respectivo seio (Didsbury). Openheim cita o facto de dois doentes terem começado a sofrer de nevralgia facial após terem sido submetidos a uma exploração instrumental e a tratamento tópico das fossas nasais. As doenças oculares, como conjuntivites, irites, glaucoma ou mesmo anomalias da refração, têm sido acusadas de produzirem a nevralgia.

O papel da malária e da diabetes é indiscutível, e são elementos com que devemos contar no estudo de um doente portador deste tipo de nevralgia. Na diabetes aparecem, por vezes, as nevralgias bilaterais, que são de uma extrema raridade em doentes não diabéticos. O papel da sífilis é extremamente discutido, inclinando-se muitos para lhe negar qualquer intervenção no aparecimento deste síndrome. A nossa doente II, sífilítica averiguada e muito insuficientemente tratada, melhorou por um tratamento específico intenso; contudo, os benefícios não foram tais que dispensassem a alcoolização dos ramos terminais do nervo. Se a existência de nevralgias sintomáticas é inegável, também é certo que a grande maioria dos casos é constituída por aquelas cuja causa ignoramos e cuja terapêutica, quer médica quer cirúrgica, tem de incidir sobre o próprio nervo.

Um ponto essencial para uma terapêutica racional, princi-

METODO CYTÓPHYLATICO DO PROFESSOR PIERRE DELBET

Comunicações ás sociedades scientificas e em especial á Academia de Medicina

(Sessões de 5 de Junho, 10 de Julho e 13 de Novembro de 1928)

DELBIASE

ESTIMULANTE BIOLÓGICO GERAL POR
HYPERMINERALISAÇÃO MAGNÉSIA DO ORGANISMO

UNICO PRODUTO PREPARADO SEGUNDO A FORMULA DO PROFESSOR DELBET

PRINCIPAIS INDICAÇÕES:

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

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

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

A pedido mandam-se amostras aos medicos

STAPHYLASE do D^r DOYEN

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

Tratamento especifico das Infecções Staphylococcicas :

AGNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ, etc.

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

Provoca a phagocytose, previne e cura a major parte das

DOENÇAS INFECCIOSAS

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

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

Cylotropina

Schering

Combinação de Urotropina com salicilato de sodio e de cafeina.

INDICAÇÕES: Casos rebeldes de cistites, pielites e prostatites. Profiláctico eficaz contra a cistites depois das prostatectomias e operações abdominais, durante o embaraço e o parto. Remedio quasi infalivel contra a retenção post-operatoria de urina. Valioso coadjuvante no tratamento da uretrites gonorréica posterior aguda e crónica. Poderoso desinfectante das vias biliáres.



EMBALAGENS ORIGINAIS:

Para injec. **in-**

travenosas: caixas

com 5 amp. de 5 c. c.

Para injec. **intramuscula-**

res: caixas com 5 amp. de 5 c.c.

B.1013793

Amostras e literatura estão á disposição dos Sres. Médicos

Schering Limitada, Rua Vitor Cordon N.º 7 = 3.º Lisboa.

palmente para a cirúrgica, é o conhecimento da natureza e localização das lesões anátomo-patológicas.

Têm sido encontradas as mais variadas lesões, quer dos troncos nervosos, quer do gânglio, quer da raiz. Estas lesões são de carácter esclerótico. O facto de a maioria das constatações anátomo-patológicas terem sido feitas em indivíduos já submetidos a intervenções sôbre o nervo, tira-lhes evidentemente um grande valor. Outra incerteza se vem adicionar ainda: o facto de terem sido encontradas lesões análogas em indivíduos que não sofreram nunca de neuralgia do trigêmeo (Frazier). É, porém, presentemente, opinião mais aceita e a mais concordante com os resultados obtidos pelas intervenções sôbre os vários segmentos do nervo, que a neuralgia facial seja, principalmente ou exclusivamente, uma doença do gânglio de Gasser. As ilações terapêuticas desta afirmação são óbvias.

Interessa, principalmente em vista de uma intervenção cirúrgica, saber que a doença pode atingir qualquer dos ramos principais do nervo, raramente os três, freqüentemente um só ou mesmo uma das suas ramificações.

A neuralgia, em regra, inicia-se num dos ramos e estende-se depois aos outros; é mais raro ocupar primeiro dois ou os três ramos e depois reduzir-se a um só; é absolutamente excepcional o iniciar-se num dos ramos das divisões principais do nervo e passar em seguida a outros deixando o primeiro indemne. A neuralgia, segundo as modernas estatísticas americanas, é mais freqüente no maxilar superior, segue-se-lhe em seguida o maxilar inferior, e é notavelmente menos vezes lesado o oftálmico. Esta afirmação é contraditória com o que se encontra na grande maioria dos manuais didácticos, provavelmente devido à grande autoridade de Openheim que no seu tratado afirma ser o oftálmico o maior número de vezes tocado.

A enumeração dos tratamentos medicamentosos sucessivamente empregados e abandonados seria fastidiosa e inútil. Todos os analgésicos, todas as pomadas calmantes, todos os revulsivos foram utilizados.

Todas as modalidades de agentes físicos ensaiadas com mais ou menos successo.

As curas hidroterápicas, dietéticas, climatéricas, higiénicas ou mesmo psicoterápicas, a que foi dado um valor exagerado, são,

todavia, ainda de ter muito em consideração como adjuvantes de qualquer outra terapêutica.

Da multidão de farmacos e agentes físicos empregados destacaremos dois, de resultados benéficos quási constantes em todas as nevralgias, e mesmo susceptíveis de curarem o doente em casos no início ou poucos graves: a medicação salicilada intensiva e persistente, e a diatermia que traz sempre, pelo menos, um alívio temporário ao doente e, em bastantes casos, a cura.

Em todo o caso, devemos-nos precaver contra uma apreciação demasiadamente optimista dêste ou daquele tratamento, porque a nevralgia pode desaparecer espontâneamente durante um largo período e de novo voltar (há mesmo as que apresentam um certo ritmo no seu aparecimento) e porque a cura espontânea, embora de extrema raridade, existe certamente nos casos benignos.

Os numerosos fracassos da maior parte das terapêuticas empregadas conduziram a atacar-se directamente a sede da doença. Numa idea simplista começou-se por seccionar os ramos periféricos do trigémeo, ou mesmo ressecar porções dêles, até que Tiersch, em face dos insucessos freqüentes dessa técnica, propôs a sua ressecção larga, colhendo-os à saída dos orifícios cranianos com uma pinça e depois enrolando-os sucessivamente nesta, ao mesmo tempo que sôbre êles se exercia tracção. Chegava-se assim, na extracção do maxilar inferior, até trazer com êle bocados do gânglio de Gasser. O método continuava, porém, a ser incerto nos resultados, dada a recidiva freqüente; era de técnica difficil e não estava isento de perigos.

Depressa se reconheceu que, embora a lesão possa ter início quer nos nervos quer no gânglio de Gasser, o que, como vimos, é um ponto ainda em discussão, todavia, na fase em que o doente se apresenta, ambas aquelas estruturas estão, em regra, atingidas. Era natural, por isso, que apparecesse a idea de atacar antes o gânglio. Se pusermos de parte um caso comunicado por H. Illoy, operado em 1869 por Foote, de cuja descrição não se conclui realmente que tivesse sido ressecado o gânglio de Gasser, é a Ewing Mears, de Filadélfia, que se deve attribuir a idea de remover o gânglio de Gasser na nevralgia do trigémeo. Alguns anos, porém, passaram até lhe ser dada applicação, pois, após uma tentativa de Horsley em 1888, só em 1890 Rose se atreveu a pô-la em prática com uma técnica incerta, a-pesar-do successo obtido,

constituindo a sua operação uma intervenção formidável que, a ficar como foi executada, poucos imitadores, certamente, alcançaria. Êle começou, de facto, por fazer uma ressecção do maxilar superior, descobrindo seguidamente o buraco oval, e então, fazendo centro neste, trepanou na base do crânio um orifício de meia polegada de diâmetro, indo depois através dêle remover o gânglio em bocados. Esta pequena descrição mostra bem, não só a gravidade da operação, como também a impossibilidade de se poder com segurança afirmar a remoção total do gânglio. Segue-se uma tentativa de Horsley, em 1891, em que êste cirurgião não conseguiu fazer a ablação do gânglio mas apenas arrancar a sua raiz sensitiva, tendo o doente morrido de *shock*, circunstância que impediu o reconhecimento dum facto, que só dez anos depois se confirmaria, que é não ser necessário fazer a extirpação do gânglio, pois a simples secção da sua raiz sensitiva produz os mesmos efeitos. Em 1892, Hartley na América e Krause na Alemanha, quasi simultaneamente, fazem a ressecção do gânglio segundo técnicas bem regradas que se tornaram clássicas, embora alguns cirurgiões, como Horsley, Kocher, Cushing, etc., propusessem modificações no que diz respeito à via de acesso. A operação era, porém, de alta gravidade, pois Krause acusava até 1899 uma mortalidade de 15,6 0/0, além das graves complicações que podiam surgir nos doentes que escapavam. Por isso, alguns cirurgiões, como Horsley e Hutchinson, propuseram ressecar simplesmente a parte póstero-externa do gânglio, e depois, Albe, a ressecção intracraniana dos nervos maxilar inferior e maxilar superior com interposição dum corpo estranho para evitar a sua regeneração.

Em 1899, contudo, Spiller concluía de trabalhos experimentais que a simples ressecção da raiz sensitiva não só produzia os mesmos efeitos que a remoção total do gânglio como também obviava à sua regeneração ulterior. Só em 1901, porém, Frazier pôs em prática êste princípio com os resultados previstos, confirmados a seguir em trabalhos experimentais de Van Gehuchten, e assim, desde então, a extirpação do gânglio de Gasser na nevralgia do trigêmeo foi, por assim dizer, completamente abandonada, pois só Krause se lhe mantém ainda fiel. Este abandono é a consequência directa das relações anatómicas do gânglio. Êle ocupa, de facto, uma pequena fosseta designada por *cavum Meckelii*, situada

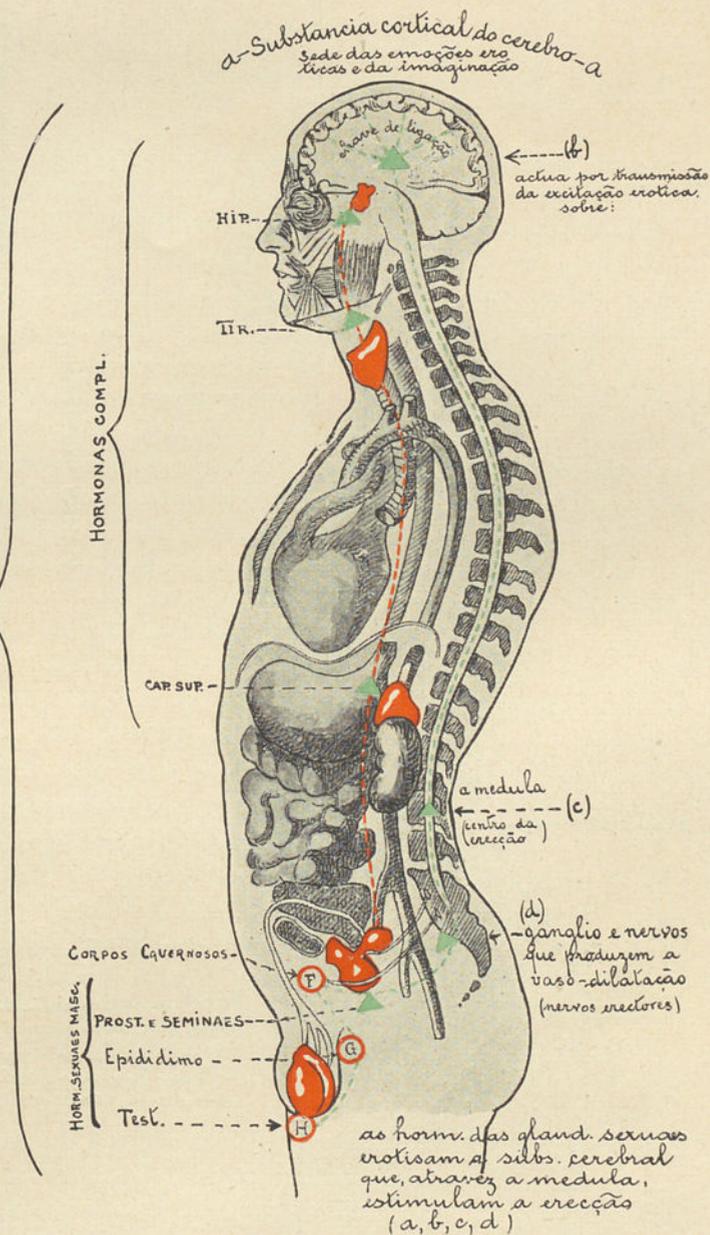
na parte mais interna do bôrdo antero-superior do rochedo, entrando, por êsse facto, do lado de dentro, em relação directa com a parede externa do seio cavernoso, bem como com os nervos que neste caminham, e, um pouco para trás e para baixo, com a carótida interna. Assim, a sua extirpação é muitas vezes acompanhada de accidentes graves, quer immediatos, e dêstes são o *shock* e a hemorragia os mais vulgares e os mais vezes citados como causa da morte, quer a distância, havendo aqui a considerar os mesmos accidentes que sucedem nalguns casos, a secção da raiz sensitiva, com a diferença, porém, de serem mais freqüentes e mais graves. Não admira, pois, a preferênciada dada à secção da raiz sensitiva, operação muito mais simples e mais benigna, pois a sua mortalidade em mãos experimentadas se pode considerar nula, excluindo, claro, os casos esporádicos, impossíveis de evitar, que podem apparecer como consequência da mais simples das intervenções.

Antes de descrevermos a sua técnica queremos-nos ainda referir a outro método de tratamento, o último em data, que, ao princípio, certamente, despertou exageradas esperanças mas que, depois, se reconheceu ser um tratamento paliativo de emprêgo justificável apenas nos casos de média intensidade, ou nos outros sòmente quando haja contra-indicação operatória absoluta. Queremos referir-nos as injeções alcoólicas.

Em boa verdade a injeção de nervos com várias substâncias é já muito antiga, pois desde 1874 que Bartilow a empregou. Antes do alcool outras drogas foram empregadas, como o éter, o clorofórmio, o ácido ósmico, o sôro fisiológico, etc.

A applicação do alcool em injeção profunda para tratamento de nevralgia do trigêmeo foi introduzida por Pitres e Verger (1902) e Schlösser (1903). Para ser verdadeiramente eficaz a injeção deve ser dada dentro do tronco nervoso. O efeito é immediato, aparecendo uma zona de anestesia correspondente à distribuição do nervo. Em média o efeito dura cêrca de um ano. As injeções ulteriores são menos eficazes e menos duradouras nos seus resultados. Se a injeção não é intra mas perinervosa o período de alívio é muito mais curto. Em certos casos tem-se obtido a cura permanente, que tem sido explicada com a filtração do alcool ao longo dos troncos nervosos até o gânglio de Gasser. No propósito de atingir deliberadamente êste, e como conse-

VÍRILINA



VÍRILINA, TONICO NATURAL, contendo a seiva das seivas masculinas. A sua acção opera-se por influencia directa na nutrição por meio das seivas vitais dos animais e não por excitação medular ou espinhal do organismo, como fazem os afrodisiacos, os preparados farmacologicos e as preparações secretas.

O QUE A **VÍRILINA** CURA:

Neurastenia geral e doenças nervosas, nevroses cardiacas, asma nervosa, fraqueza geral, envelhecimento precoce, falta de appetite, prisão de ventre, insonias, melancolia, falta de memoria e concentração espiritual, esgotamento cerebral, cansaço, falta de energia.

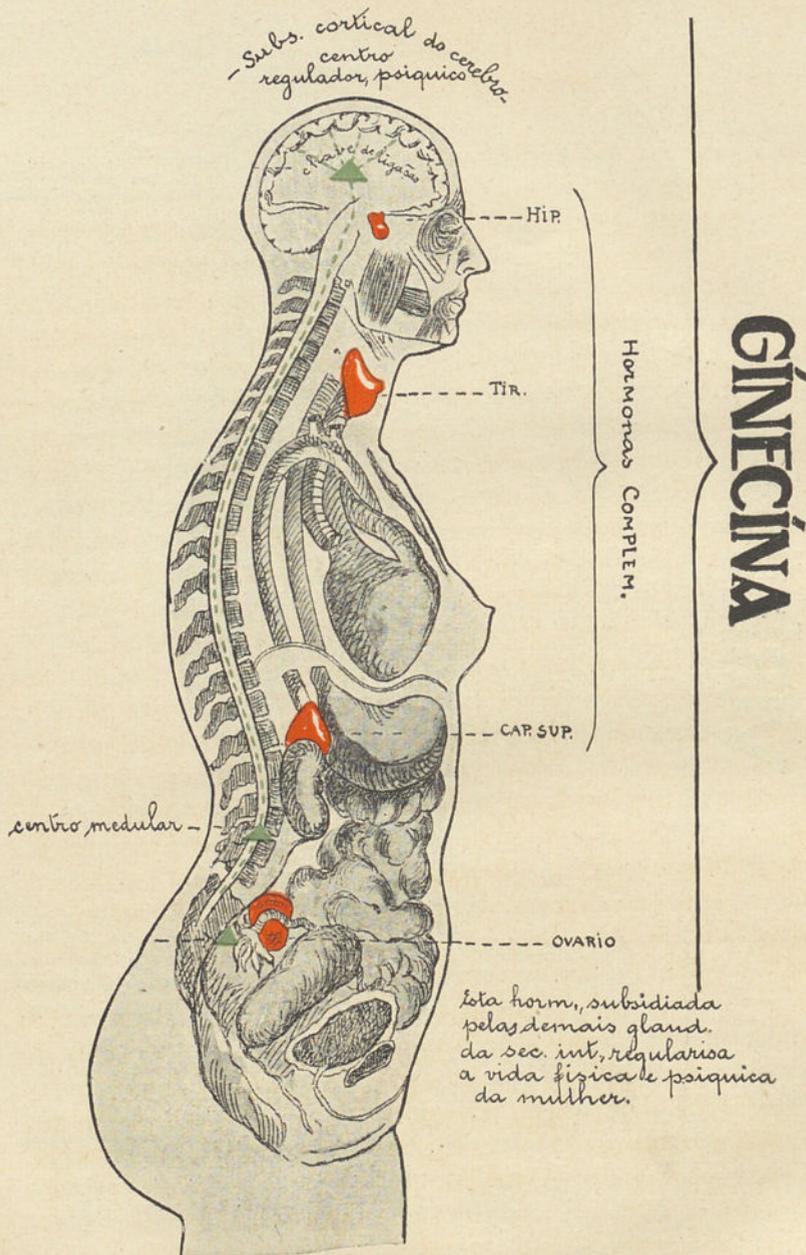
Todos os clínicos podem requisitar amostras aos nossos depositarios:

VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, LDA. — Rua da Prata, 237 — LISBOA

qüência dos trabalhos de Bruns sôbre anestesia regional, propôs Härtel em 1912 as injeções intra-ganglionares de alcool. Os resultados seriam talvez definitivos; todavia, tais injeções são tanto ou mais graves que a extirpação do gânglio. Basta dizer que em 25 % dos casos do próprio Härtel se observaram queratites, além de outras complicações igualmente graves. Assim, enquanto as injeções intranervosas continuam a ter largo emprêgo, poucos se abalançam a atingir o gânglio. Dado, porém, o carácter temporário do alívio obtido e a menor eficácia quando a injeção é repetida, é o próprio doente que, nos casos de grande síndrome, pede a operação radical. As injeções têm, contudo, indicações nítidas nos casos pouco intensos, quando haja contra-indicações para a operação e ainda, como no nosso caso II, para estabelecer o diagnóstico diferencial em casos difíceis, pois então a operação só será tentada se o resultado das injeções fôr positivo.

A técnica da secção da raiz sensitiva do trigêmeo resulta directamente daquela que se tornou clássica para a extirpação do gânglio de Gasser, embora, assim como esta última não foi estabelecida sem que de vários lados fôsem propostas modificações, também naquela algumas variantes se quisessem introduzir num propósito de facilitar a sua execução. Não vale a pena referir aqui as diferentes *étapes* seguidas, hoje apenas com interesse histórico, já que, se exceptuarmos a incisão das partes moles que nem todos fazem da mesma forma, a técnica geralmente seguida é a que resultou principalmente dos sucessivos trabalhos e investigações de Frazier sôbre o assunto. Foi, de resto, o processo deste cirurgião, tal como êle o emprega hoje e vimos executar a Robineau, que utilizámos na nossa doente. Será êle, pois, o que descreveremos. Antes, porém, há três pontos que queremos focar e que são: a posição do doente, a anestesia e a iluminação do campo operatório. A melhor posição a dar ao doente é, ao que parece, a sentada, proposta já há muito por Bergmann para a cirurgia craniana. As suas vantagens são: comodidade para o operador, sob o ponto de vista de visão, e menor hemorragia e evacuação rápida, por uma ligeira inclinação dada à cabeça, do sangue ou líquido céfalo-raquidiano que se derramem.

O inconveniente é exigir uma cadeira especial, motivo porque não a empregámos, limitando-nos a colocar a doente em decúbito dorsal com a cabeça voltada para o lado oposto ao da lesão.



GINECINA, TONICO NATURAL, de optimos resultados em todos os casos de:

Irregularidades menstruaes, perturbações da menopausa, neurastenia sexual, histerismo, acidentes consecutivos á ovariectomia, nevroses cardiacas, asma nervosa, neurastenia geral.

Para os grandes transtornos menstruaes recomendamos:

Nas deficiencias e faltas absolutas, **Extracto Ovarico Antiamenorreico.**

Nas hemorragias, **Extracto Ovarico Anticongestivo.**

No histerismo, vomitos ocasionados pela gravidez, **Extracto Ovarico Completo.**

Sob o ponto de vista da anestesia não há uniformidade de opiniões. Frazier aconselha a anestesia geral, que alguns fazem por via rectal, pois, diz, não é justo fazer suportar a um doente já esgotado pelo sofrimento qualquer dor por pequena que seja. Outros aconselham a anestesia local pura, fazendo a anestesia directa do gânglio de Gasser quando chegam ao nervo maxilar inferior, a fim de tornar indolor a última parte da operação. Por nossa parte fizemos uma anestesia mixta, seguindo na esteira doutros, começando com a anestesia local até chegar ao nervo maxilar inferior, e então fazendo administrar um pouco da mistura de clorofórmio + éter (1:3) de modo a obter-se uma anestesia superficial. Uma vez cortada a raiz sensitiva, para-se com a administração do anestésico visto ficar logo insensível o campo operatório.

A via de acesso hoje geralmente seguida é a chamada via temporal, isto é, através duma trepanação pre-auricular feita o mais junto possível da base do crânio. Uma via supra-auricular, proposta ainda não há muito por Beule e que foi recebida com simpatia em França, depressa foi abandonada pelas incertezas em que se caía seguindo-a. Como a secção da raiz se executa bem através dum pequeno orifício do crânio, pôs-se de parte o retalho osteoplástico em ferradura, ainda usado por Krause para a ressecção do gânglio de Gasser que necessita um campo muito maior. A incisão das partes moles é, por isso, muito mais limitada, tendo em vista não só o resultado estético ulterior como também o poupar os ramos do facial superior, por forma a não se ter a paralisia da pálpebra superior, por si só determinante de perturbações oculares já possíveis como consequência da operação, como veremos. São duas as incisões actualmente empregadas, uma proposta por Frazier, que foi a que empregámos, e a outra devida a Adson.

Na primeira talha-se um pequeno retalho rectangular de charneira anterior, cujo lado vertical de 4,5 cm. de comprimento parte da arcada zigomática e passa $\frac{1}{2}$ centímetro adiante do *tragus*. Dos lados horizontais, o inferior, situado sobre a arcada zigomática, tem 1 cm. e o superior tem 2 cm., devendo-se notar que os pontos de união com o lado vertical são arredondados. O retalho cutâneo é rebatido para diante e talha-se depois um retalho músculo-aponevrótico inverso daquele, isto é, de charneira posterior,

LISBOA MÉDICA



Opothérapie Hématica Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineræes do Sangue total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS

Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas

DESCHIENS, D^e em P^a, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8^e)
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 hidrcarbonados
e principios mineræis (fosfatos naturais).

Insubstituível como alimento nos casos de intolerân-
cias gástricas e afeccões intestinaes. — Especial para
crianças, velhos, convalescentes e doentes
do estomago.

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

FERNANDEZ & CANIVELL Y C.^a. MÁLAGA
Depositários: GIMENEZ-SALINAS & C.^a
Rua Nova da Trindade, 9-1^a
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 estircina.

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.

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



FORXOL BAILLY

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

FERRO, MANGANEZ, CALCIUM

em combinação nucleínica, hexoso-hexaphosphorica e monomethylarsínica vitaminada

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

LIQUIDO

AGRADÁVEL) toma-se no meio das refeições, n'agua, no vinho ou outro liquido (excepto o leite)

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

que se rebate para trás. Descobre-se assim o plano ósseo, fazendo-se uma hemóstase cuidada antes de se proceder à trepanação. No processo de Adson faz-se uma incisão vertical passando a meio da arcada zigomática e descendo um pouco abaixo dela, sendo o plano muscular aberto por dissociação. De Martel faz esta incisão um pouco oblíqua para baixo e para diante. Um afastador segura depois as partes moles suficientemente para pôr a descoberto a área necessária do plano ósseo. Faz-se então neste uma abertura de 3 centímetros de diâmetro, cuja porção mais inferior aflora à base do crânio, não convindo que aquele diâmetro seja maior, pois está provado que o cérebro não pode ser levantado da base muito além de 2 centímetros sem se correr o perigo de o lesar. Feita a trepanação, a *dura-mater* é sucessivamente descolada da base do crânio, devendo êsse tempo ser executado com os necessários cuidados para se evitar rasgá-la. Êste intento consegue-se no mais alto grau insinuando sucessivamente tampões de algodão humedecidos em sôro fisiológico, ou no soluto anestésico para quem empregar a anestesia local, a pouco e pouco, entre a *dura-mater* e o plano ósseo. Antes de começar o descolamento aconselha Frazier fazer uma pequena punção da *dura-mater*, a fim de, pelo esvaziamento do líquido céfalo-raquidiano, diminuir a tensão, o que facilitaria o levantamento do cérebro. Outros, porém, dizem dever-se evitar o mais possível aquele esvaziamento, pois uma vez feito diminui muito a protecção do cérebro relativamente ao afastador que o levanta. Não nos pareceu necessário fazer a punção, pois quando realmente se torna útil a evacuação do líquido céfalo-raquidiano ela se dá fatalmente, como veremos, devendo, porém, notar-se que a suposta protecção é apenas teórica, pois, uma vez levantada a *dura-mater* pelo afastador, certamente que o líquido se escapa para outros pontos, deixando, portanto, da mesma maneira o cérebro exposto à compressão directa.

Descolada a *dura-mater*, tanto quanto possível, e levantada com um afastador apropriado, procura-se na base do crânio a primeira referência que é o sulco onde se aloja a artéria meníngea média. Êle conduz-nos ao buraco pequeno redondo por onde essa artéria penetra no crânio. A *dura-mater* tem de ser cuidadosamente descolada da periferia dêste, e, depois, antes de se cortar a artéria, é preciso obliterar o seu tópo central (o periférico pratica-

mente não sangra), o que melhor se faz seguindo a técnica de Frazier, isto é, tamponando aquele buraco com algodão. Cortada a artéria e descolada um pouco mais a *dura-mater*, chega-se logo ao bôrdo externo do buraco oval por onde sai do crânio o nervo maxilar inferior. Este é então convenientemente pôsto a descoberto e, seguindo-o centripetamente, encontramos primeiro o gânglio de Gasser e depois a raiz sensitiva. Estas estruturas estão envolvidas numa bainha própria, divertículo da *dura-mater*, tornando-se necessário separar desta, tanto quanto possível, aquela bainha, e, uma vez isso conseguido, abre-se esta última mais ou menos segundo o seu bôrdo externo, o que dá lugar a escapar-se líquido céfalo-raquidiano em abundância. A raiz é então identificada, procedendo-se à sua secção para o que se carrega num gancho de estrabismo. O arrancamento que noutros tempos se usou foi abandonado por poder dar origem a complicações graves. Nos últimos anos, mercê dos trabalhos de Frazier, foram introduzidos dois notáveis melhoramentos na técnica. O primeiro consiste em evitar-se a secção do nervo mástigador que acompanha primeiro a raiz sensitiva, cruzando obliquamente de dentro para fora a sua face inferior e depois segue com o nervo maxilar inferior. Não conseguimos identificá-lo no nosso caso em grande parte, queremos crê-lo, por falta de instrumental apropriado. A sua conservação evita a paralisação dos músculos mastigadores do lado operado, o que, além de perturbações fisiológicas, acarreta uma atrofia muscular inestética e ainda, se acontece o doente ter nevralgia bilateral, de que há vários casos, poderá ser operado dos dois lados, o que antes não se podia fazer. O segundo aperfeiçoamento resulta de se ter reconhecido que, dos três ramos nervosos que saem do gânglio de Gasser, o oftálmico raras vezes é interessado na nevralgia, o que, até certo ponto, é explicado pela anatomia comparada, pois, em alguns animais, este nervo tem um centro independente daquele que corresponde aos nervos maxilar superior e maxilar inferior. O corte da parte da raiz correspondente ao oftálmico traz como consequência a anestesia da córnea, que é, sem dúvida, um dos elementos mais importantes das complicações oculares que adiante referiremos. Frazier, tendo concluído que aquela parte da raiz correspondia ao seu têtço mais interno, propôs a sua conservação, tendo depois verificado, pela observação sucessiva dos doentes, a cessação definitiva da nevralgia.

NEO-PLASTINA

SEIXAS=PALMA



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

Emulsão aseptica de lecitina
e luteinas em soro fisiologica



Este preparado
não provoca reacção

NEO=PLASTINA

SEIXAS=PALMA

Emulsão aseptica de lecitina e luteinas em sôro fisiologico

Este preparado não provoca reacção

Receitae a

NEO=PLASTINA

SEIXAS=PALMA

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

» » » 6 » » 5 » »

Porque é

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

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

Seguimos esta técnica com as conseqüências relatadas na observação.

Stockey pretende levar a diferenciaçãoain da mais longe, cortando na raiz apenas a parte correspondente ao nervo atingido, pois, assim como a sua parte mais interna corresponde ao oftálmico, a parte média corresponde ao maxilar superior e a parte externa ao maxilar inferior (fig. 1). Não havendo, porém, uma razão especial para a conservação da sensibilidade em qualquer dos territórios correspondentes aos dois últimos nervos, como para o caso do oftálmico, parece-nos que seguindo êste preceito poderá resultar para o doente, com relativa freqüência, a recidiva da neuralgia no território do nervo não insensibilizado.

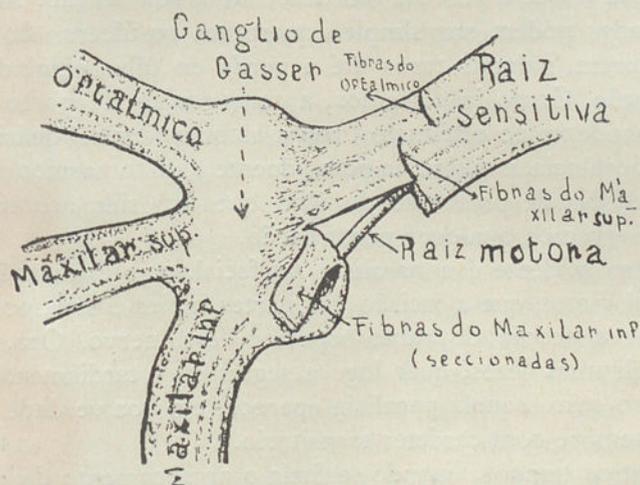


Fig. 1

A operação é levada a têrmo segundo os preceitos vulgares, devendo-se, como em toda a cirurgia craniana, ter um cuidado especial com a hemóstase.

Os aperfeiçoamentos sucessivamente introduzidos na técnica têm baixado a percentagem de complicações post-operatórias por forma tal que as mais graves quasi desapareceram por completo.

A mortalidade referida nas estatísticas dos cirurgiões que contam um grande número de casos é, por assim dizer, nula e al-

gumas complicações noutros tempos muito receadas, como a hemorragia e o *shock*, responsáveis do maior número de casos de morte quando se fazia a extirpação do gânglio, têm presentemente apenas interêsse histórico. Há, porém, ainda um certo número de accidentes possíveis que é necessário mencionar. De entre elles os mais importantes são as lesões da córnea atribuídas a várias causas. Destas a mais importante é, sem dúvida, a falta do reflexo de defesa aos traumatismos, consequência da sua insensibilidade post-operatória. A paralisia facial, adiante referida, suprimindo igualmente aquele reflexo, também pode ter a sua cota parte e, para Robineau, a falta de secreção lacrimal, consequência da dilaceração do grande petroso superficial, seria em grande parte responsável por estes accidentes, o que o leva a propor a identificação cuidadosa daquele nervo a fim de evitar a sua secção. As lesões observadas podem ser simples queratites ou úlceras da córnea, indo, porém, nalguns casos até a perda do olho, exigindo a sua enucleação. Como já dissemos, a conservação da parte da raiz correspondente ao oftálmico tirou a estes accidentes quasi toda a sua importância, e assim, na nossa doente, sem tomarmos qualquer das medidas de protecção do olho que têm sido aconselhadas, não observámos qualquer perturbação.

Outro accidente é a paralisia do facial, cuja explicação não é fácil. Já vimos que a incisão das partes moles é feita por forma a evitar a secção do ramo superior deste nervo. Ora, a-pesar disso, algumas vezes, quer logo a seguir quer tardiamente, como no nosso caso, aquella paralisia aparece, em boa verdade se deve dizer, sempre com carácter transitório.

Noutros tempos, quando se fazia o arrancamento da raiz sensitiva, attribuía-se o seu aparecimento à lesão do centro protuberancial do facial. Como, porém, as paralisias continuam a aparecer, embora aquele arrancamento fôsse substituído pela secção, Taylor explica-as pelo repuxamento transmitido pelo grande petroso superficial ao gânglio geniculado, quando aquele nervo é levantado e mesmo dilacerado nas manobras de descolamento da *dura-mater*, o que provocaria edema daquelle gânglio com a consequente compressão das fibras do facial mantido num canal rígido. Para outros, este mesmo efeito seria produzido pela infiltração de sangue derramado no campo operatório ou ainda por traumatismo directo do gânglio, pois, nalguns casos, a parte do

rochedo que o cobre se reduz a uma lâmina muito ténue. Como dissemos, estas paralisias são benignas e, quando não desaparecem espontâneamente, cedem às massagens e tratamento eléctrico.

Em certos casos, por perturbações tróficas da mucosa do ouvido médio, produzir-se-ia tardiamente uma otite média secretória descrita por Lyons, que é usualmente transitória.

Ainda alguns doentes se queixam duma sensação de enchimento do canal auditivo, também transitória, que o exame daquele canal e da membrana do tímpano não explicam e que Adson julga ser causada pela infiltração de líquido céfalo-raquidiano no canal auditivo interno.

Como se vê, de todas as possíveis complicações as mais graves são as que interessam o olho, que, como dissemos, em virtude dos preceitos técnicos actualmente empregados, tendem a desaparecer. Por este lado, portanto, também não há que recer da intervenção.

Quando se fazia a extirpação do gânglio não era rara a persistência de fenómenos dolorosos, e daí o terem-se proposto várias explicações acêrca dum pretenso restabelecimento da via sensitiva. Na realidade parece tratar-se de casos em que o receio de lesar o seio cavernoso levava insensivelmente a fazer apenas uma ressecção parcial. Assim Frazier que, escrevendo para o tratado de cirurgia de Keen, admitia aquele restabelecimento, mais tarde, em 1921, confessa ter tido duas recorrências em 221 operações, dizendo, porém, que elas foram devidas a erros de técnica, pois na reoperação dos dois casos, 12 anos depois, em ambos encontrou uma parte da raiz não seccionada. Da mesma forma Robineau, notando num doente operado a persistência de fenómenos dolorosos, reabriu a ferida ao fim de 48 h. encontrando um filete não seccionado. Estas citações servem para mostrar a possibilidade duma operação incompleta, mesmo em mãos experimentadas, e permitem estabelecer que os casos de pseudo-recidivas devem simplesmente ser reoperados.

CASOS CLINICOS

OBSERVAÇÃO I. — M. R. F. 30 anos, casada. Há um ano vem sofrendo de dores na metade direita da face. As dores são quasi continuas tendo, por vezes, exacerbações, principalmente quando mastiga. As dores localizam-se na metade inferior da face; nunca teve dores no olho. Tem feito vários tratamentos, inclusive a Roentgenerapia, sem resultado útil. Nunca sofreu do na-

riz, nem dos ouvidos nem dos olhos. Julgando que o seu sofrimento resultava do mau estado dos dentes, tem tirado quasi todos. Antecedentes pessoais sem interesse, nunca teve sezões, não é diabética, nega qualquer doença venérea. Não conhece na familia ninguém que sofra do mesmo mal, nem de quaesquer outras afeções nervosas.—*Observação* (resumo): Bom estado geral. Boa coloração da pele e mucosas. Lingua húmida e limpa. O exame geral dosapparelhos cárdio-pulmonar, gastro-intestinal e génito-urinário nada revelam de notável.—*Sistema nervoso: Funções motrizes*: Força conservada, movimentos todos possíveis, movimentos de mastigação limitados pela dor que provocam. Não há alterações dos reflexos quer tendinosos quer cutâneos.—*Pares cranianos*: V par: Dor na face, à direita, do tipo nevralgico, em todo o território do nervo maxilar inferior e parte do superior. Deminuição da sensibilidade táctil nesta

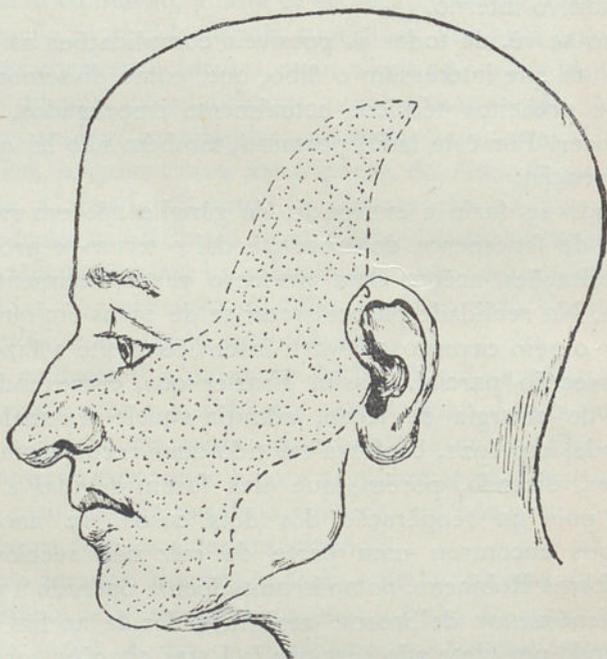


Fig. 2

região. Reflexo córneo mantido. Nos outros nervos cranianos não se notam perturbações.

Análise da urina.—Não tem glicose, densidade normal, vestígios de albumina.

Perante a ineficácia dos tratamentos médicos é resolvida a intervenção.

Em 4-1-1929 é praticada a radicotomia retro-gasseriana.

Exame após a intervenção cirúrgica.—Ligeira elevação febril (38) na tarde do dia da operação e no dia seguinte, a partir do qual as temperaturas voltam à normal. Zona de anestesia táctil dolorosa e térmica, com os limites

marcados no esquema (fig. 2). Este território anestésico, como se vê, poupa inteiramente a zona sob a dependência do oftálmico. Reflexo córneo mantido. A doente não tem a menor sensação dolorosa subjectiva na região onde anteriormente sofria das suas algias, apenas algumas dores na zona operatória e na articulação do maxilar. Mantém-se neste estado durante três dias, tendo-se feito a exploração diária da sensibilidade; ao quarto dia a zona de anestesia estende-se nitidamente ao território do oftálmico.

Reflexo córneo abolido. Ao oitavo dia após a intervenção instala-se uma paralisia facial do lado operado, do tipo periférico, bastante acentuada. Melhora progressivamente e, passados outros oito dias, todos os sintomas da paralisia facial tinham desaparecido. Começa por essa data a ser evidente a atrofia dos músculos mastigadores do lado direito, a doente sente menos força e não mastiga para esse lado.

Tem alta ao fim do mês completamente curada da sua neuralgia, tendo até agora sido observada periodicamente: mantém-se a zona de anestesia já indicada, sendo esta talvez menos acentuada na porção mais superior da região do oftálmico. Atrofia dos músculos mastigadores. Cicatriz operatória quasi imperceptível e mascarada pelo cabelo. As dores desapareceram por completo.

OBSERVAÇÃO II. — N. S. C. 61 anos. Doméstica. Há oito anos, depois que deixou de ser menstruada, começou a sofrer de dores da hemi-face direita. Inicialmente as dores repetiam-se com longos intervalos e eram pouco duradouras; depois as crises dolorosas tornaram-se mais repetidas e de mais longa duração; agora são quasi constantes e exageram-se quando toca na face ou faz movimentos de mastigação ou de deglutição.

As dores iniciam-se junto ao rebordo do maxilar superior direito e irradiam daí para a asa do nariz, para a região auricular e para cima, abrangendo o olho até a região frontal. Em Março do ano passado piorou muito, por se terem intensificado consideravelmente as dores e porque a visão do olho esquerdo, que era boa até então, diminuiu muito. Do olho direito há muito que não vê. Não tem cefaleias habituais, nem vômitos. Por vezes tonturas. Já consultou um oto-rino-laringologista que verificou não sofrer nem do nariz, nem dos ouvidos, nem dos seios perinasais. Nunca teve sezões, não é diabética, diz ter contraído sífilis, nunca tendo feito tratamento perseverante. — *Observação*: Mentalidade normal. Constituição física regular, coloração normal da pele e mucosas. Língua húmida e suja. Dentes em mau estado e cariados, muitas faltas. Vê mal. Ouve bem. Palpa-se a pulsação aórtica ao nível da fúrcula do esterno. Área cardíaca sensivelmente normal, o pulso frequente e regular. Tons cardíacos da ponta duros, 2.º tom aórtico, vibrante. Aparelhos pulmonar, gastro-intestinal e génito-urinário sem sintomatologia.

Exame dos nervos cranianos:—I par, normal. II par: «Olho direito: lesões antigas da coróideia; atrofias e pigmentações. Visão apagada. Olho esquerdo: glaucoma crónico com a visão central reduzida a $\frac{1}{6}$ e o campo periférico altamente reduzido. — *Gama Pinto*».

III e IV — Pupilas iguais, reagindo à luz. Movimentos de convergência e

associados normais.—V par: Sensibilidade dolorosa (picada) ligeiramente diminuída na face direita. Conservação da sensibilidade da córnea e conjuntiva. Mobilidade dos masséteres, dos temporais e pterigoideus, normal.

VI, VII, IX, X, XI XII, normais.—*Funções sensitivas*: Sensibilidade subjectiva: dores na hêmi-face direita e câimbras nas pernas. Sensibilidade objectiva: só as perturbações já indicadas no domínio do V par. Reflexos tendinosos e cutâneos mantidos, vivos e iguais. Funções motrizes e cerebelosas sem alteração.—*Líquido céfalo-raquidiano*: Tensão normal. Alb., normal. Globulina (Pandy)-(.....). Citose-1,3 por mm³. R. do benjoim.-00000, 12200, 00000, o W.

Tratamento: Iodeto de potássio (*per os*). Neosalvarsan doses I, II, III, III, III. Tratamentos oftalmológico e estomatológico. Dores levemente atenuadas. Alcoolização do 2.º ramo do trigêmeo (maxilar superior). Muito melhorada das nevralgias.

* * *

As histórias clínicas apresentadas ilustram o que afirmámos sobre o tratamento da nevralgia do trigêmeo.

Trata-se de dois casos graves, não dos de maior intensidade, embora a vida dos doentes fosse insuportável pela violência e continuidade das dores. A primeira doente apresenta a sua nevralgia desacompanhada de quaisquer outras sintomatologias; na segunda, pelo contrário, apresenta-se acompanhada de um cortejo de lesões (lues, glaucoma, lesões da coróideia, lesões dentárias) a que muitos atribuem um papel primacial na produção da nevralgia.

Na última o tratamento dessas várias afecções apenas trouxe insignificantes melhoras, só a alcoolização deu um notável alívio a doente. Na primeira a cura foi completa pela intervenção.

Em resumo: dos tratamentos sistemáticos das várias causas apontadas como podendo originar a nevralgia do trigêmeo não podemos, senão em casos excepcionais, esperar um alívio completo para o doente, embora de modo algum se devam descurar quando para isso haja indicações. Nos casos pouco graves uma criteriosa escolha do tratamento medicamentoso, fisioterápico e higiénico traz a atenuação e muitas vezes a cura da nevralgia.

Nos casos graves e mesmo nos médios, o prolongamento desses tratamentos é não só inútil como prejudicial. Só a alcoolização, dando uma acalmia de longa duração e raras vezes a cura, ou a intervenção cirúrgica (radicotomia) são de aconselhar. O prolongamento de um tratamento ineficaz só tem como efeito deprimir o doente pela duração das suas dores e colocá-lo me

Tratamento específico completo das **AFECCÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

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

MAGNESIA S. PELLEGRINO

Purga. Refresca. Desinfecta.

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

LABORATORIO CHIMICO FARMACUTICO MODERNO
- TORINO -

Representantes e depositarios para Portugal e Colónias:

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



IODALOSE GALBRUN

IDO PHYSIOLOGICO, SOLUVEL, ASSIMILAVEL

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

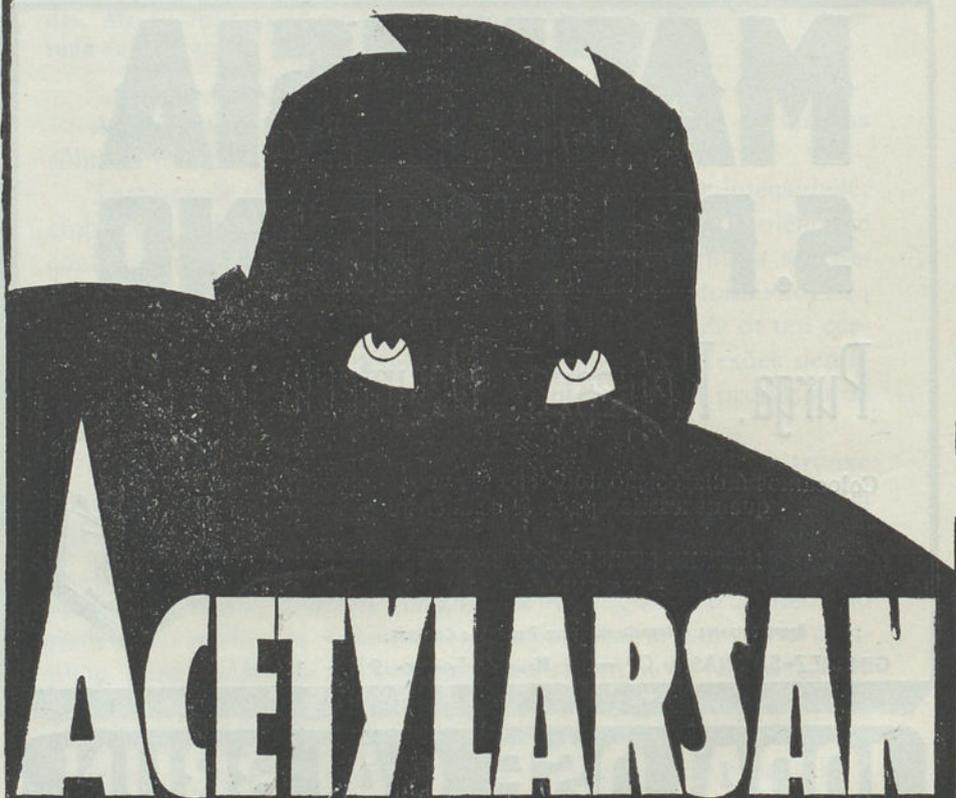
Substitue Iodo e Ioduretos em todas suas applicações
sem Iodismo.

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

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

TERAPEUTICA DA SIFILIS

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



ACETYLARSAN

DE COMPOSIÇÃO ACTIVA E SEGURA

AMOSTRAS E LITERATURA

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

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

piores condições para a operação. A radicotomia retro-gasseriana é absolutamente eficaz e comporta hoje um risco mínimo. Por isso a ela se deve recorrer sempre que se esteja em presença de casos de grande intensidade, pois a-pesar-das perturbações definitivas com que os doentes ficam, quer de ordem sensitiva quer da mastigação, quando se não poupa a raiz motriz, estas produzem um incômodo tão pequeno, em comparação com a violência do sofrimento que vêm substituir, que os doentes se dão por bem felizes por a êle ficarem reduzidos.

BIBLIOGRAFIA

- ADSON, A. W. — Preservation of motor root of Gasserian ganglion. — Surg. Gyn. and Obst. 1922, Sept. Pág. 352.
- IDEM — The diagnosis and surgical treatment of trigeminal neuralgia. — Relat. do Cong. da Soc. Int. de Cir. Roma, 1926.
- BORDIER, H. — La névralgie du trijumeau et son traitement diathermothérapie. — Presse médicale. N.º 75. Pág. 1186. 18 Set. 1926.
- IDEM — Diathermie e Diathermoterapie. 4.ª edição.
- CHATON — Deux observations de neurotomie rétro-gassérienne. — Bul. et Mem. de la Soc. Nat. de Chirurgie. 1926. Pág. 407.
- COMBIER ET MURARD — Un cas de neurotomie rétro-gassérienne. — Bul. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. 1925. Pág. 327.
- COUGHLIN, W. T. — Root section under local anaesthesia for the radical cure of trigeminal neuralgia major. — Ann. of Surg. 1927. Vol. LXXXVI. Pág. 494.
- DAVIS, L. — The post-operative complications of trigeminal rhizotomie. — Surg. Clin. of N. Am. 1927. Pág. 627.
- DESCOMPS, P. — Neurotomie rétro-gassérienne. — Bul. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. 1921. Pág. 474.
- DIDSBURY — Vaccinothérapie dans un cas de névralgie faciale. — Soc. de Laryn. Oto. et de Rhinologie de Paris. 20 Mai 1926.
- DORRANCE, J. M. — Alcoholic injections into the gasserian ganglion. — Journ. of the Am. Med. Ass. 1924. Vol. LXXXIII. Pág. 1678.
- FRAZIER, C. H. — Cirurgia intracranial del quinto par. — in Keen-Cirurgia (ed. espan.). Vol. V. Pág. 952.
- IDEM — Cirurgia del quinto par (trigémimo). — in Keen-Cirurgia. Vol. VIII. Pág. 171.
- IDEM — A clinical lecture on trigeminal Nerve. — Surg. Clin. of Am. 1921. Pág. 101.
- VINCENT ET DARQUIER — A propos de la communication de M. Souques. Névrálgie du trijumeau. Sur les troubles consecutifs à l'arrachement de la racine du trijumeau. Sensibilité résiduelle, troubles trophiques, parésie faciale. Troubles vestibulaires. — R. Neurolog. 1924. II. Pág. 109.
- WOOLSEY — Névrálgias — in Keen-Cirurgia (ed. espanh.). Vol. II. Pág. 724.

- IDEM — A refinement in the radical operation for trigeminal neuralgia. — Journ. of the Am. Med. Ass. 1921. Vol. LXXVI. Pág. 107.
- IDEM — The surgery of the trigeminal tract. — Journ. of the Am. Med. Ass. 1921. Vol. LXXVII. Pág. 1389.
- FRAZIER, C. H. AND GARDNER, W. J. — The radical operation for the relief of trigeminal neuralgia. — Surg. Gyn. and Obst. 1928. Vol. XLVII. Pág. 73.
- GRANT, F. C. — Alcoholic injection of the second and third divisions of trigeminal nerve. — Journ. of the Am. Med. Ass. 1922. Vol. LXXVIII. Pág. 1750.
- ILLOWAY, H. — Priority in the extirpation of the gasserian ganglion. — Ann. of Surg. 1923. Vol. LXXVII. Pág. 125.
- KANAVEL, A. B. AND DAVIS, L. E. — Surgical anatomy of the trigeminal nerve. — Surg. Gyn. and Obst. 192. Vol. XXIV. Pág. 357.
- MARTEL, T. DE — A propos de la neurotomie rétro-gassérienne. — Bul. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. 1920. Pág. 772.
- IDEM — Deux neurotomies rétro-gassériennes. — Bul. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. 1920. Pág. 895.
- IDEM — La névralgie du trijumeau. — La pratique Chir. ill. Fasc. V. Pág. 1.
- IDEM — Neurotomie retro-gassérienne. — Bul. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. 1924. Pág. 1119.
- MERCADÉ, S. — Névralgie du trijumeau. Resection du ganglion de Meckel. — Bul. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. 1921. Pág. 428.
- OPPENHEIM, H. — Tratado de las enfermedades nerviosas (trad. espan. da 3.^a ed. alemã). Pág. 719.
- PEET, M. M. — Tumors of the gasserian ganglion. — Surg. Gyn. and Obst. 1927. Vol. XLIV. Pág. 202.
- RICHARD — Névralgie faciale e stomatologie. — Paris Médical. Vol. 16. N.º 36. Pág. 187. 14 Juin 1926.
- ROBINEAU — Neurotomie retro-gassérienne. — Bul. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. 1925. Pág. 386.
- ROSE, W. — Removal of gasserian ganglion for severe neuralgia. — Lancet. 1890. II. Pág. 914.
- SILVERMANN, S. L. — Trigeminal neuralgia. — Journ. of the Am. Med. Ass. 1921. Vol. LXXVII. Pág. 1802.
- SOUQUES — Un cas de névralgie faciale rebelle à l'alcoolisation du nerf, à la resection de la racine postérieure du trijumeau et à la résection du sympathique cervical. — Rev. Neurolog. 1925. II. Pág. 459.
- SPILER, W. G. — Tic doloroso in Keen. — Cirurgia (ed. espan.) Vol. II. Pág. 705.
- STOOKEY, B. — Differential section of the trigeminal root in the surgical treatment of trigeminal neuralgia. — Ann. of Surg. 1928. Vol. LXXXVII. Pág. 172.
- IDEM — Surgery of the nerves in Nelson — Loose leaf living surgery. Vol. II. Pág. 549.
- TAYLOR, A. S. — Partial neurectomy of the sensory root of the gasserian ganglion. — Ann. of Surg. 1926. Vol. LXXXIII. Pág. 196.
- VILLETTE, J. — Opération en deux temps dans la chirurgie intra-cranienne du trijumeau. — Bul. e Mém. de la Soc. Nat. de Chir. 1923. Pág. 527.

Trabalho da 2.^a Clínica Médica
(Prof. Pulido Valente)

COLESTERINEMIA E TIROIDEIA

POR

MÁRIO ROSA e DIOGO FURTADO

Não é nova a idea de que pudesse haver uma relação entre as funções da glândula tiroideia e a colesterinemia. Foi em 1922 que Epstein e Lande (1) a tal se referiram pela primeira vez, advogando a hipótese da existência de uma relação inversa entre o valor do metabolismo basal e a quantidade de colesterina do sangue circulante. Esta hipótese baseavam-na os autores sôbre factos experimentais. Para isso executaram repetidas determinações do metabolismo em indivíduos com hipertiroidismo, combinando-as com o doseamento simultâneo da colesterinemia, e os resultados apresentados depunham realmente a favor da relação inversa entre aqueles dois valores.

Já antes, Luden (2) havia verificado num mixedematoso que a administração de tiroidina implicava uma diminuição da colesterinemia, sem que, porém, tivesse pretendido dar a êste facto a importância que mais tarde lhe deu Epstein.

Com effeito, seria até certo ponto compreensível, dado o papel antitóxico que se tem attribuído à colesterina, o facto de a sua quantidade se encontrar diminuída nas intoxicações tiroideias. É o que succede, por exemplo, nas doenças toxi-infecciosas, em que, conforme demonstrou Chauffard, a colesterinemia vai diminuindo até atingir no período de estado o seu menor valor, para seguir depois uma curva ascendente até à normalidade, durante a convalescença.

Esta diminuição da colesterinemia nas infecções agudas têm-na outros autores (3) pretendido explicar por uma forma diferente, baseando-se no facto de existir em tórno dos glóbulos brancos um involucro de colesterina, e attribuindo a esta um papel primacial no fenómeno da fagocitose.

Há, porém, provas experimentais do poder antitóxico da colessterina. Assim, Morgenroth e Reichert injectaram veneno de serpente a três coelhos, dois dos quais haviam sido preparados com repetidas administrações daquela substância, e verificaram que, enquanto o não preparado sucumbia, os outros dois logravam resistir à intoxicação.

Esta experiência, repetida por outros autores, parece realmente demonstrativa do papel antitóxico desempenhado pela colessterina no organismo.

Mas há mais: em doenças como a tuberculose, em que o grau de intoxicação é variável com a forma evolutiva e com o período de evolução, a colessterinemia varia inversamente com a gravidade da toxemia (4). Este facto, que tem sido objecto de múltiplos estudos, deu origem, como se sabe, a várias terapêuticas da tuberculose, mais ou menos improficuas, a despeito do real poder antitóxico da colessterina, e improficuas a nosso ver porque a colessterina endógena, muito embora derive da exógena (Lemoine, Aschoff), deve ser, sob o ponto de vista das suas acções fisiológicas, diferente dela, e porque o poder de transformação da colessterina exógena em endógena estaria nestes casos alterado, exactamente devido à toxemia.

Noutras doenças, como a difteria, em que a intoxicação é factor de primacial importância, as mesmas variações da colessterinemia têm sido observadas (5), e é ainda à grande quantidade de colessterina nêles existente que se tem pretendido attribuir a relativa imunidade dos centros nervosos em face das intoxicações (6).

Mas não só sob êste ponto de vista se poderia compreender uma variação da colessterinemia com os estados distiroideus. Num artigo recente, G. Laroche (7) pretende que a hormona tiroideia exerça sôbre a colessterinogênese uma acção análoga à das supra-renaes e à dos corpos amarelos. Com efeito estas duas glândulas dispõem de acção fundamental sôbre o metabolismo dos lipóides. É facto verificado desde há muito que a excitação de qualquer delas, que se obtém para a supra-renal, por exemplo, irradiando-a pelos raios X, determina, acompanhando o aumento da pressão arterial, uma acentuada hipercolessterinemia.

A insuficiência das supra-renais acompanha-se pelo contrário

SR. DOUTOR :

LOGO QUE TENHA OPORTUNIDADE, SIRVA-SE EXPERIMENTAR A

OVARASI

— em gotas
e injeções—

SERONO

*Extracto glicerinado
de ovário, contendo
toda a secreção
interna ovárica
fisiologicamente pura.*

No tratamento da Dismenorreia proveniente do mau funcionamento da glândula ovárica, neurastenia de índole ovárica, histerismo, clorose, perturbações da menopausa, amenorreia, etc.

L. LEPORI

Apartado 214
L i s b o a

envia amostras grátis aos srs. Médicos

A 1.^a associação de
arsénico, ferro e extracto ovárico é a

Arsiferrovarina
“I B Y S”

o tratamento mais racional e eficaz da
Clorose e anemias
do crescimento

L. LEPORI

L I S B O A

Rua Victor Cordon, 1-A

Apartado 214

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, 150-5.º - LISBOA
Sociedade de Anilinas, L.^{da}
Rua José Falcão, 199 - PORTO

E. Merck
FABRICA DE PRODUTOS CHIMICOS
DARMSTADT

DEPOSITARIOS:

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

de diminuição da colesterinemia (8); e o antagonismo, últimamente estudado, entre a secreção interna do pâncreas e a da supra-renal, incide também sobre as diferentes acções que ambas as secreções exercem sobre a colesterinemia (9).

Assim, segundo a opinião daqueles dois autores (Epstein, primeiro, e mais tarde G. Laroche) existiria realmente uma acção da secreção tiroideia sobre a colesterina sanguínea: simplesmente o mecanismo por que se daria tal acção difere segundo o critério de um e de outro. Para Epstein é por intermédio da acção sobre o metabolismo que a secreção tiroideia faria variar a colesterinemia; e aquele autor levava a sua idea até o ponto de afirmar que doenças como as nefroses, em que existe uma retenção lipídica, provinham de insuficiência metabólica tiroideia, o que fazia com que em tais casos êle recomendasse o emprêgo de tiroidina.

Pelo contrário, o autor francês que estudou 23 casos de doenças da tiroideia, sob êste ponto de vista, não encontrou a relação constante a que se referia Epstein: viu, sim, em alguns casos de bócio, colesterinemias bastante baixas, mas observou que nem sempre elas coincidiam com metabolismos elevados. Pretende então relacionar essas variações de colesterinemia com o estado de nutrição, entrando em linha de conta, para explicar alguns resultados discordes, com as acções que parecem ter também a hipertensão e a idade. Quere mesmo Laroche ver na colesterinemia um elemento de valor para o prognóstico do bócio exoftálmico.

É interessante acentuar, porém, antes mesmo de expor os nossos resultados, que nem todos os autores têm admitido como boas estas ideas. Assim, A. Gardner e H. Gainsborough controlaram os resultados de Epstein, e, num artigo recente (10), declararam que nos hipertiroidismos não viram a relação entre o metabolismo basal e a colesterinemia, de que falava Epstein, e que esta apenas lhes pareceu existir nos mixedemas não tratados. Atribuem os resultados daquele autor ao deficiente método empregado no doseamento da colesterina.

Conhecedores destes factos, pensámos em proceder nós a um trabalho de verificação sobre o assunto, aproveitando para tal o grande número de doentes da tiroideia que passam pelo Laboratório do Metabolismo desta Clínica, dirigido por um de nós.

Seguimos no nosso trabalho a mesma orientação do autor francês: avaliações simultâneas do M. B. e da colesterinemia, medição da pressão arterial e do pulso. As determinações do M. B. foram executadas com o aparelho de Krogh, seguindo a prática do nosso Laboratório. A colesterinemia doseámo-la, como no trabalho de Laroche, pelo método de Grigaud; os resultados apresentados são expressos em miligramas por cento. Foram sempre também estes doseamentos feitos com o doente em jejum. Os resultados obtidos foram lançados no quadro junto, análogo

Nome	Idade	T. A.	Pulso	M. B.	Mg. % Colesterinemia	Data	Indicações
G. I. S. Obs. 92	45	14-9	82	+27 ⁰ / ₀	180	17-III-29	Bócio tóxico. Bom estado de nutrição.
A. B. S. Obs. 95	35	14-8	96	+28 ⁰ / ₀	167	12-III-29	Hipertiroidismo. Pêso 45.200.
» » » » »	35	15-8	94	+28 ⁰ / ₀	300	26-V-29	Hipertiroidismo. Pêso 52.700.
A. P. Obs. 96	19	12-7	82	-27 ⁰ / ₀	134	20-III-29	Hipertiroidismo. Muito nutrida.
E. B. Obs. 74	18	14-8	110	+40 ⁰ / ₀	210	18-III-29	Bócio tóxico. Emagrecida Pêso 46.800.
» » » » »	18	15-8	110	+20 ⁰ / ₀	168	25-V-29	Melhorada. Pêso 47.300.
L. M. Obs. 90	35	17-8	150	+50 ⁰ / ₀	134	21-III-29	Bócio tóxico. Emagrecida.
A. S. Obs. 98	35	21-7	128	+53 ⁰ / ₀	204	23-III-29	Bócio tóxico.
» » » » »	35	17-10	130	+63 ⁰ / ₀	273	12-IV-29	Bócio Pior estado geral e de nutrição.
J. A. S. Obs. 87	46	15-7	72	+24 ⁰ / ₀	250	11-IV-29	Bócio tóxico, tiroidectomizada.
D. C. Obs. 113	33	14-7	93	+27 ⁰ / ₀	303	4-V-29	Bócio tóxico. Operada de laqueação. Emagrecida.
A. C. Obs. 124	62	17-10	90	+29 ⁰ / ₀	232	21-V-29	Bócio tóxico. Mau estado de nutrição.
E. C. Obs. 131	34	16-9	100	+28 ⁰ / ₀	119	24-V-29	Bócio tóxico. Regular estado de nutrição.
M. C. Obs. 128	55	15-8	90	+21 ⁰ / ₀	167	26-V-29	Adenoma tóxico. Bom estado de nutrição.
Valor normal				-10 ⁰ / ₀ +10 ⁰ / ₀	167 255		

ao de Laroche, juntando-lhe apenas a mais uma indicação sobre o estado de nutrição.

O simples exame dos valores mencionados no quadro mostra que os resultados obtidos por nós estão em inteira contradição com os dos autores que defendem a tese de relação entre secreção tiroideia e colesterinemia. Com efeito, em 11 casos de hipertiroidismo com metabolismos variando entre + 20 % e + 33 %, nós obtivemos valores normais ou superiores aos normais; apenas em 2 (Obs. 90 e 131) os valores da colesterinemia foram inferiores ao normal.

O único caso de hipotiroidismo que tivemos ensejo de estudar, sob este ponto de vista, revelou também uma colesterinemia baixa. Quanto ao estado de nutrição destes doentes, também nos não parece que ele tenha influências sobre a colesterinemia. Assim, os doentes das observações 74 e 98 mostram nítida discordância entre a colesterinemia e o seu grau de nutrição. A. S., tendo emmagrecido e piorado da primeira observação até a segunda, mostra nesta uma colesterinemia mais elevada do que na primeira; pelo contrário, E. B., que engordou, viu diminuir a sua colesterinemia. Apenas na observação 95 se viu confirmada a opinião de Laroche.

Quanto aos casos de hipotiroidismo, os únicos em que Gardner e Gainsborough viam confirmadas as ideias de Epstein, nós apenas incluímos um (Obs. 96) e esse discorda dos observados pelos autores ingleses; é pouco porém para nos pronunciarmos.

CONCLUSÕES

- 1) A hiperfunção tiroideia não parece ter acção alguma sobre a colesterinemia.
- 2) Em caso algum, portanto, a colesterinemia poderá servir de elemento de prognóstico do hipertiroidismo.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — EPSTEIN e LANDE. — Arch. Ind. Med. 1922. 30-563.
- 2 — G. LUDEN. — Collected Papers of the Mayo Clinic. 1918. 10-470.
- 3 — TUNNICLIPT. — Journal of Inf. Dis. 285-288. Out. 1923.
- 4 — GAVRILA e VIER. — Soc. Biologie. 31-Mai-1927. etc.
- 5 — LEREBoulLET, DAVID et TONATO. — Paris Médical. Juin 28. 502-512.
- 6 — L. MINOVICI. — Conf. na Soc. Ch. Biol. Paris. 1928.
- 7 — G. LAROCHE. — Presse Med. n.º 17. Fev. 1929.
- 8 — ROGOFF e STEWART. — Am. Journal of Physiology.
- 9 — L. QUARANTA. — Il Policlinico (sez. med. n.º 2). 1929.
- 10 — A. GARDNER e H. GAINSBOROUGH. — Brit. Med. Journal. 24-Nov. 1928.



NOTAS CLÍNICAS

TUMORES CEREBRAIS

POR

ALMEIDA LIMA

Assistente de Neurologia

(Serviço do Prof. Egas Moniz)

O desenvolvimento da neuro-cirurgia, tornando possível salvar muitos doentes portadores de neoplasias intra-cranianas, deu um novo aspecto ao problema clínico dos tumores cerebrais. As responsabilidades do médico aumentaram com a possibilidade da cura desses doentes há pouco votados ao mais completo abandono terapêutico.

As probabilidades de cura na extirpação de tumores intra-cranianos é tanto maior quanto mais cedo se intervém; sobre o médico internista que não envia a tempo e horas os seus doentes aos serviços de neuro-cirurgia recai, em grande parte, o peso do fracasso desse tratamento.

Os centros neuro-cirúrgicos, que devem reunir além de neurologistas e cirurgiões especializados, em bom entendimento, uma perfeita instalação radiológica, serão, sempre, em reduzido número mesmo nos países onde os progressos dessa cirurgia são maiores.

A história da cirurgia intra-craniana, desde os seus inícios com Horsley e Fedor Krause até os neurologistas-operadores O. Förster e Clovis Vincent, abrange apenas duas ou três dezenas de anos. Devemos, porém, acentuar que aos americanos, com Cushing, Dandy, Elsberg, se devem os principais progressos da cirurgia craniana desde a fase inicial de Cushing que, operando sucessivamente 35 doentes, registou 35 mortes, até hoje em que os seus sucessos se repetem dia a dia.

A eficácia da cirurgia craniana, como hoje a executam os mais hábeis cirurgiões especializados, a-pesar-da sua rápida evolução, só se conseguiu através de grandes sacrifícios e dificuldades de toda a espécie.

Cushing demonstra quanto pode a tenacidade e a persistência ao serviço de um objectivo que se tem por certo, não desanimando com a formidável estatística de 100 % de mortalidade e, após sucessivos aperfeiçoamentos de diagnóstico e técnica operatória, consegue hoje salvar muitos dos doentes há pouco irremediavelmente condenados. A técnica actualmente em prática, e que certamente não será a definitiva, exige do cirurgião um esforço violento, pois obriga muitas vezes a sessões operatórias de seis e mais horas. Cushing chega a operar durante nove horas consecutivas.

Todo o sacrifício de vidas e de energias despendido pelos cirurgiões e neurologistas com o fim, já hoje em grande parte atingido, de salvar os doentes portadores de tumores cerebrais, será inútil ou improficuo se o cli-

nico geral não lhes enviar, em seu devido tempo, êsses doentes que, na enor-míssima maioria dos casos, o procuram em primeiro lugar.

Os doentes que, sob êsse ponto de vista, devem principalmente pre-ocupar o médico são os que apresentam o quadro sintomatológico da hiper-tensão intra-craniana. Êste síndrome é motivado pelo aumento de volume do conteúdo da caixa craniana e do canal raquídio inextensíveis. A sua conse-quência directa é o aumento de pressão do líquido céfalo-raquídio.

Evidentemente, a constatação directa do aumento de pressão por punção de qualquer das cavidades que contêm o líquido céfalo-raquídio constitui um sintoma quasi patognomónico. Na prática corrente essa barometria faz-se por punção lombar e aplicação dum pequeno manómetro apropriado, o de Claude ou outro. A simples observação do modo como se escoo o líquido da agulha dá, a quem esteja um pouco habituado à raquicênese, indicações muito úteis sem ser necessário recorrer a quaisquer aparelhos.

Não se devendo usar nestas punções agulhas de grande calibre, fácil é que as empregadas vulgarmente se obturem parcialmente com particulas dos tecidos moles atravessadas quando da introdução, falseando, assim, os resul-tados manométricos. A possibilidade do bloqueamento dos ventrículos por obliteração do orificio de Monro, ou da septação do canal raquideo em qualquer altura, pode, também, obstar à transmissão da pressão. Além disto, a punção lombar parece estar contra-indicada nos casos de hipertensão em que se sus-peita da existência de um tumor cerebral do fossa posterior, pois pode causar a morte súbita.

Clinicamente a hipertensão intra-craniana traduz-se, em geral, por uma sintomatologia muito acentuada, em certos casos de intensidade verdadeira-mente dramática.

Ao enumerar, rapidamente, a sintomatologia da hipertensão, terei prin-cipalmente em vista a provocada pelos tumores, compreendendo nesta desi-ghnação genérica, os abscessos e as meningites serosas enquistadas. Das nume-rosas lesões, tumores, traumatismos; os processos inflamatórios (meningites, encefalites) ou outras (hemorragias, edema cerebral) causadoras da hiper-tensão intra-craniana, são as devidas às neoplasias as que aqui particula-mente nos interessam, sendo, também, as de sintomatologia mais típica.

Aos três sintomas clássicos: a cefaleia, o vômito dito de tipo cerebral, e o apagamento da visão, temos a juntar mais dois de igual ou maior impor-tância mas que para a sua interpretação necessitam da intervenção de mé-dicos especializados: a dissociação albumino-citológica, isto é, o aumento de albumina no líquido céfalo-raquídio sem aumento do número de elementos figurados e a existência de estase papilar.

Nos casos típicos, após um período prodrómico de mal-estar e leves ce-faleias, alguns vômitos por vezes, instala-se, repentinamente, o quadro com-pleto da hipertensão: cefaleias intensísimas de localização variável, muitas vezes frontal, vômitos incoercíveis não mantendo o doente alimento algum, deminuição progressiva da visão, podendo trazer, muito rapidamente, a ce-gueira completa. A obnubilação mental, a sonolência, as tonturas, o pulso lento, as dores do tipo radicular, a abolição dos reflexos tendinosos, etc., são tantos outros sintomas gerais,

A esta sintomatologia podem vir adicionar-se em menor ou maior abundância os sintomas dependentes da localização e da natureza do elemento produtor da hipertensão.

Algumas vezes um tumor cerebral, mesmo de volume considerável, pode, durante um largo período (bastantes anos) não manifestar nenhuns dos sintomas de hipertensão, limitando-se muitas vezes a ataques epileptiformes parciais ou generalizados. Assim, em toda a epilepsia tardia, muito principalmente quando tende para as características da epilepsia jacksoniana, ataques parciais sem perda de consciência, indiferentemente diurnos ou nocturnos, com aura sensitiva ou motora bem limitada, deve sempre fazer pensar na possibilidade da existência de uma neoplasia intra-craniana,

É bom ter presente que a artério-esclerose cerebral pode dar um síndrome muito análogo ao da hipertensão craniana.

Os tumores primitivos do cérebro (gliomas e meningiomas), os metastáticos (epiteliomas), as gomas e tubérculos, as meningites serosas enquistadas e os abscessos, podem, como dissemos, ser considerados em bloco, pois possuem a característica comum de, aumentando o volume do conteúdo craniano, produzirem o sintoma de hipertensão. É apenas a este aumento de volume que é devido o aparecimento da hipertensão? Numerosos factos levam-nos a responder pela negativa. Não é só do fenómeno físico: aumento de volume do conteúdo de um continente praticamente inextensível, que resulta a hipertensão. Algum processo biológico (inflamatório?) se lhe vem, por certo, adicionar.

Assim, como acima dissemos, podem existir grandes tumores cerebrais sem sintomas ou só com leves sintomas de hipertensão. Pelo contrário, pequenos tumores podem produzir fenómenos hipertensivos de grande intensidade.

Tumores de longa evolução podem, em determinado momento, provocar o brusco aparecimento do síndrome hipertensivo. Pelo contrário, um tumor pode, de início, apresentar-se acompanhado de todo o cortejo sintomatológico próprio, que, num dado momento, desaparece, deixando, em geral, atrás de si, como triste testemunho, a cegueira e, por vezes, ataques epileptiformes. Na enfermaria N. A. do serviço do Prof. Egas Moniz existe um doente portador de um tumor cerebral que há quinze anos não tem como sintomatologia senão raras cefaleias, de longe em longe algum ataque epiléptico e cegueira completa; e, contudo, o volume do tumor decerto não decresceu.

A doutrina de necessidade da adição de um outro processo (inflamatório?) ao processo tumoral para a produção do síndrome hipertensivo intra-craniano, a qual é defendida pelo Prof. Egas Moniz e julgo que por outros eminentes neurologistas, não tem, contudo, um geral aceiteamento.

Assim, pretende-se explicar os factos citados, e à primeira vista de difícil interpretação, pela localização e evolução da neoplasia. É sabido que os tumores, por vezes pequenos, do cerebello podem produzir uma grande hipertensão. A compressão que exercem ao nível da comunicação ventricular pode obstar ao natural escoamento do líquido céfalo-raquidiano, em grande parte produzido adentro dos ventrículos (*plexus coroldeos*), provocando uma hidro-

cefalia secundária, o que explica a intensidade dos fenómenos observados. É nos tumores da fossa posterior que, em geral, se encontram as mais acentuadas perturbações da visão e os edemas papilares mais característicos.

O desenvolvimento muito lento de uma neoplasia, permitindo uma certa adaptação, atenua muito os transtornos que a existência dessa neoplasia pode provocar, ficando por vezes, principalmente, nos tumores congénitos (como, por exemplo, os colestatomas), muito tempo sem darem sinal de si. No desenvolvimento rápido e brutal de uma neoplasia é, pelo contrário, fácil de compreender a produção de maiores perturbações.

Estas explicações são, contudo, impotentes para justificar alguns dos factos apontados, como seja o aparecimento brusco da hipertensão e o seu rápido desaparecimento, para, por vezes, de novo voltar ao quadro primitivo,

Num caso do Serviço de Neurologia de Santa Marta (caso Santos) um pequeno tumor do lobo frontal pouco maior que uma avelã, sem dilatação apreciável dos ventrículos, provocava um síndrome de hipertensão dos mais violentos que temos visto. Num outro caso (caso Aníbal) um grande tumor ocupando todo o lobo temporal direito só se manifestou por ataques epilépticos, durante largo período.

Temos exposto, rapidamente, os sintomas gerais da hipertensão intra-craniana; a estes em muitos casos se limita toda a sintomatologia dos tumores cerebrais. Em outros, à sintomatologia geral adiciona-se a sintomatologia focal, isto é, os sinais que traduzem as lesões locais por destruição ou compressão de determinadas regiões encefálicas.

A sintomatologia localizadora é por tal modo polimorfa, a sua interpretação e discussão tão delicadas, que numa pequena nota clínica apenas poderemos enumerar alguns dos seus aspectos fundamentais.

Certas zonas encefálicas são ricas em sintomatologia quando lesadas; outras, completamente mudas. Assim, aquelas que permitem um diagnóstico de localização pela sua sintomatologia típica são: a zona motora, o cerebelo, a região infundíbulo-quiasmática, o ângulo ponto-cerebeloso, a protuberância, os pedúnculos cerebrais, os núcleos da base e o lobo temporal esquerdo. Segue-se, em ordem decrescente, o lobo occipital, o lobo frontal, o corpo caloso, os ventrículos laterais, o lobo parietal direito, o terceiro ventrículo.

A sintomatologia do lobo temporal direito (nos indivíduos direitos), é nula antes do aparecimento da hemianopsia e a do corpo caloso difícil de ser apercebida.

A interpretação, porém, desta variada sintomatologia necessita de uma larga prática clínica e de uma apurada educação neurológica para não cair em erros grosseiros. Por vezes torna-se impossível emitir uma hipótese que se coadune com a sintomatologia apresentada pelo doente, outras vezes os sinais clínicos parecem de tal modo evidentes que nos conduzem a um diagnóstico aparentemente indiscutível, mas, na verdade, inexacto.

A percentagem de diagnósticos de localização puramente clínica varia muito nas estatísticas apresentadas, de um mínimo de 30 % a 60 % a um máximo de 80 % (estatística de Oppenheim). Devemos, porém, notar que estes 80 % de localizações exactas (verificação operatória ou necrópsica) in-

YODALGON

COM ARRENAL

Combinação orgânica de IODO, FOSFORO e ARSENICO associada aos principios activos do *fucus vesiculosus*, *fumaria* e *juglans regia*. Muito rico em VITAMINAS.

XAROPE MUITO AGRADAVEL DE TOMAR

Artrismo, Escrofulose, Arteriosclerose, Linfatismo, Tuberculose e Doenças da pele.

RECONSTITUINTE DE EFEITO SEGURO NAS CRIANÇAS

Doses: Adultos, 3 colheres das de sopa. Crianças, 3 colheres das de chá.

Depositasios para Portugal e Colonias: Gimenez-Salinas & C.^a, Rua Nova da Trindade, 9, 1.^o - Lisboa

LABORATORIOS HIGIONE DIPUTACION 73 BARCELONA

ASSOCIAÇÃO DIGITALINE-OUABAINÉ

DIGIBAINÉ

Substitue vantajosamente a digital e a digitalina no tratamento de todas as formas de insuficiência cardíaca

LABORATOIRES DEGLAUDE

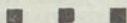
MEDICAMENTOS CARDÍACOS ESPECIALIZADOS (SPASMOSÉDINE, ETC.) - PARIS

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a
R. NOVA DA TRINDADE, 9 - LISBOA

RACEM-EPHEDRINA "HOECHST"

Chlorhidrato da phenilpropanolmonometilamina



O novo sympathicotónico synthético offerece
4 vantagens em confronto com a Adrenalina:

1. Pode applicar-se peroralmente
2. Tem acção muito persistente
3. E' melhor supportado
4. Conserva-se indefinidamente

Para o tratamento da asthma, urticária,
febre do feno e outras affecções allér-
gicas; além d'isso nos estados de fra-
queza circulatória, em consequencia
de doenças infecciosas



EMBALAGENS D'ORIGEM:

Comprimidos, tnbos de 20 compr. de 0,05 gr.

Soluto (a 5 0/0), caixas de 5 e 10 empolas de 1 cc. contendo
0,05 gr. de Racem-Ephedrina "HOECHST".

Em pó: Vidros com 1, 5, 10, e 25 gr.

**Acção muito mais persistente
que a da Adrenalina**



I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Secção scientifica pharmaceutica (Bayer & Meister Lucius)

LEVERKUSEN (Alemanha)

cide sobre doentes cuja sintomatologia permitia pôr a hipótese de uma localização.

Não foram considerados aqueles casos que apresentavam apenas, como tantas vezes sucede, o quadro da hipertensão sem sintomas de foco. Ultimamente Cushing, Vincent, etc., auxiliados pela radiografia (sem contrastes) apresentam percentagens de 75 % de diagnósticos.

O grande número de erros cometidos, a falta de confiança em muitos diagnósticos e a impossibilidade de os fazer em muitos doentes, levou alguns investigadores a recorrer a artifícios clínicos que, dando localizações mais exactas, permitem intervir nesses doentes.

A palavra localização é, evidentemente, relativa e susceptível de uma interpretação mais ou menos larga, necessitando ser limitada a sua aceção para não dar lugar a mal entendidos. Para nós, um tumor está localizado quando a sua indicação topográfica é suficiente para uma intervenção cirúrgica, correcta e eficaz.

A literatura abunda em casos de sintomatologias anômalas e enganosas que levaram os melhores nomes da Neurologia a erros de diagnóstico. Tem-se cometido erros até na lateralização dos tumores, diagnosticando-se à direita neoplasias que se encontram à esquerda e *vice-versa*. Há, também, registados, erros de polo, ou sejam localizações cerebrosas de tumores frontais.

A sintomatologia por transmissão da pressão, por compressões a distância exercidas pela neoplasia, as possíveis lesões inflamatórias adjuntas podem trazer grandes embaraços ao diagnóstico.

As neoplasias que atingem os nervos cranianos podem trazer uma sintomatologia das mais elucidativas. Vimos, porém, em um caso do Serviço de Neurologia, uma neoplasia invadindo a base, tocando vários nervos cranianos, sem, contudo, apresentar a sintomatologia respectiva. O desenvolvimento, neste caso muito lento, de um tumor porventura congénito (colesteatoma) pode explicar essa adaptação funcional dos órgãos comprimidos.

A vinda tardia dos doentes às consultas da especialidade pode trazer também a impossibilidade de diagnóstico que seria evidente em fases menos adiantadas. A grande diminuição de visão ou a amaurose priva-nos da grande elucidação, trazida pelo exame dos campos visuais, ultimamente pôsto em relêvo por Cushing.

Todas estas dificuldades clínicas, muito sumariamente referidas, trouxeram um certo descrédito à cirurgia dos tumores cerebrais.

Muitas vezes os cirurgiões, por deficiência de localização, não conseguiram encontrar os tumores, o que levou a dizer-se que os neuro-cirurgiões necessitam de habituar-se a não encontrar os tumores e a ver morrer os doentes; felizmente, assim não sucede hoje, como o demonstra a estatística das operações realizadas ultimamente no Serviço de Neurologia.

Impunha-se, pois, a aplicação de quaisquer métodos que pudessem trazer uma certeza maior a êstes diagnósticos.

Dandy em 1908 apresenta o seu método de ventriculografia. Êste método consiste em visualizar, numa radiografia da cabeça, as cavidades ventriculares. Consegue-se êsse fim injectando-as de ar, o que dá uma maior transparência aos R. X (manchas escuras nas radiografias negativas). A introdução

de ar faz-se, no método de Dandy, por punção directa de um dos cornos ventriculares, quer o frontal, quer o occipital, através de um pequeno orifício de trépano previamente executado.

A introdução do ar pode-se também fazer por punção lombar (Brugel, Purves Stewart), mas com esta técnica nem sempre se enchem bem os ventrículos. A quantidade de ar a injectar oscila de 20 a 150 centímetros cúbicos.

A ventriculografia de Dandy prestou e presta ainda grandes elucidações e a êle recorrem grande número de neurologistas e cirurgiões. Muitas vezes, porém, não traz quaisquer ensinamentos e, o que é mais grave, pode, em certos casos, induzir em erros.

Num caso do nosso serviço, a ventriculografia levou a um diagnóstico errado de hemisfério, encontrando-se o tumor à direita, quando a ventriculografia o fazia supor à esquerda.

Outras provas, como a injeção corada de Dandy, a introdução de lipiodol ascendente nos ventrículos (Sicard), a das punções múltiplas do cérebro com uma grossa agulha, colhendo amostras para exame histológico (Neisser Polack), a pequena trepanação de Elsberg, e a punção da hipófise de Simons e Hirschmann, pela sua gravidade ou dificuldade de técnica tiveram pouca expansão.

Em 1927 apresentou o Prof. Egas Moniz, após numerosas e bem orientadas experiências no animal e no cadáver, o seu método que denominou «Encefalografia arterial». Como se sabe, êsse método consiste na visualização da rede arterial cerebral dependente da carótida interna, por meio de injeção de uma substância opaca aos R. X (iodeto de sódio a 25 %) nessa artéria. Da comparação das radiografias normais com as de portadores de neoplasias tiram-se conclusões preciosas para o diagnóstico de localização. Comporta a prova ainda a possibilidade, já tantas vezes realizada, de se tornar visível o próprio tumor por inundação da sua circulação própria, pelo líquido opaco.

Nestes casos a exactidão de diagnóstico é absoluta. Nos casos de tumor cuja irrigação não se vê, os deslocamentos arteriais provocados são, quasi sempre, de tal evidência que o diagnóstico numa grande percentagem se impõe.

A prova encefalográfica, que teve grande repercussão nos meios neuro-cirúrgicos de todo o mundo, ainda não deu, decerto, tudo que dela se pode esperar. A percentagem de diagnósticos feitos por seu intermédio aumentará com um mais perfeito conhecimento das alterações arteriais produzidas pelas várias localizações e espécies de tumores. Vários aperfeiçoamentos poderão ser, ainda, introduzidos, e entre êles a estéreo-radiografia, trabalho a que presentemente se dedica o Prof. Egas Moniz.

A prova encefalográfica tem-se mostrado inócua. Apenas, por vezes, provoca ligeiros ataques epileptiformes, inconveniente que se evita com a ingestão prévia de luminal.

Freqüentemente, os doentes sentem notáveis alívios após a injeção carotídea. Os sintomas, principalmente as cefaleias, atenuam-se notavelmente, tendo dado mesmo num ou outro doente a ilusão de cura. Tem-se verificado, por vezes, o desaparecimento da estase papilar.

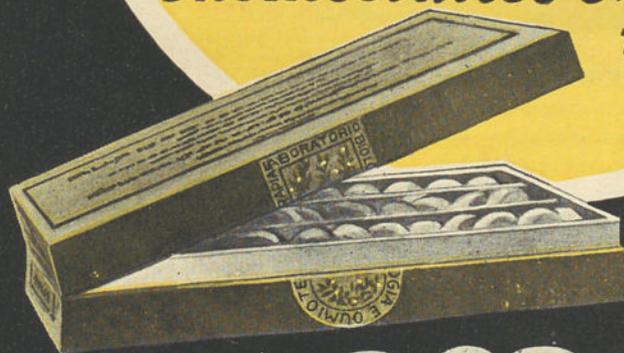
Fora dos métodos a que acabamos de referir-nos, o exame atento das

Pulmác

Seiscas-Palma

O PULMÁC,

*encevia além de calcários,
carbonatos naturais e sili-
catos, o succo pulmonar que
é hemostático e reconsti-
tuinte.*



**TUBERCULOSE
EM GERAL**



*Doenças
do aparelho
respiratório:*

Raquitismo.

Gravidez. Remineralização.

Osteomalacia. Amamentação.

PULMAC

DR. SEIXAS-PALMA

FORMULA DO DR. CASSIANO NEVES

QUIMICA — O PULMAC é uma calcina natural (casca d'ovos), associada a silicatos, fosfatos e extractos organo-terapicos do pulmão e baço.

FARMACOLOGIA — Para uma recalificação se dar é indispensavel: 1.º uma formula calcaria apta á reabsorção; 2.º, existirem as condições de assimilação do organismo. Ambas realiza o PULMAC porque a formula calcaria á de **reconstituição animal**, e os seus componentes organoterapicos estimulam a defeza organica e a assimilação do calcio pelos orgãos.

APLICAÇÕES CLINICAS — Tuberculose em geral, doenças do aparelho respiratorio, raquitismo, remineralisação, amamentação. (Para a falta de leite aconselhamos o nosso Lactogeno).

MODO D'APLICAÇÃO — 5 a 10 comprimidos durante o dia engulidos com agua antes das refeições, creanças 3 a 5 comprimidos ao dia.

EFEITOS — Aumento do apetite e das forças, diminuição da tosse, aumento de peso, melhoria geral.

VANTAGENS DO PULMAC — O seu diminuto preço. E não exigir dieta.

PROVAS DA SUA EFICACIA — Ter merecido o plagiato do estrangeiro.

DEPOSITARIOS GERAES:

VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, LDA.

Rua da Prata, 237, 1.º — Lisboa

simples radiografias pode fornecer-nos elementos de diagnóstico. Assim, certas neoplasias que apresentam pequenas zonas de calcificação podem ser localizadas pela radiografia sem método de contraste; o mesmo sucede a tumores (meningiomas) que provocam uma hiperplasia óssea na área de contacto com a calote.

Não insistimos sobre as indicações a tirar das alterações radiográficas da sela turca, das possíveis calcificações da hipófise e das anomalias da sombra da pequena asa do esfenóide. São sobejamente conhecidos os sinais radiológicos da hipertensão (aspecto cerebriforme, alargamento das suturas, etc.) e as alterações ósseas próprias das lesões específicas.

Em radiografias, principalmente de indivíduos de uma curta idade, é possível ver-se uma pequena sombra correspondente a glândula pineal. Esta leve opacidade é visualizada em películas executadas com boa técnica radiográfica, tanto nas posições laterais como nas ântero-posteriores. Dos deslocamentos dessa sombra pode-se tirar ilações para o diagnóstico de localização (Cushing).

Estes vários métodos de roentgenodiagnóstico, sem ou com contraste, a-pesar-de serem nalguns casos suficientes para fazer um diagnóstico, não se devem, evidentemente, considerar senão como auxiliares de observação clínica que, em boa prática, deve manter sempre o primeiro lugar.

Os indícios tirados dos vários procedimentos indicados (na prática só há a considerar o exame roentgenológico geral, a encefalografia arterial do Prof Egas Moniz e a ventriculografia de Dandy) devem conjugar-se com a observação clínica, completando-a, ou possivelmente indicando um novo caminho a explorar clinicamente.

Na terapêutica dos tumores cerebrais é indispensável diagnosticar precocemente e «fazer com que os doentes sejam operados o mais brevemente possível», pois, excluída a hipótese de lesão de natureza luética, é a cirurgia que temos sempre de recorrer.

Nos casos suspeitos de tubérculo o problema da intervenção é muito mais delicado e as opiniões dividem-se muito.

O maior número pende para a abstenção de qualquer manobra cirúrgica, dando como sobrevivência máxima seis meses em casos de tubérculos operados. Contudo no Serviço de Neurologia de Santa Marta foram extirpados dois tumores que o exame anátomo-patológico mostrou serem tubérculos, um da base (andar médio), outro do cerebelo. O primeiro doente, sete meses após a intervenção, encontra-se em bom estado geral, muito melhor em relação ao antecedente à craniectomia: desaparece-lhe a sintomatologia hipertensiva, e reconquista uma parte da visão perdida.

O segundo doente, que se encontra muito bem, foi operado há menós tempo. Foi-lhe extirpado todo o hemisfério cerebeloso esquerdo destruído por um enorme tubérculo. O estado geral melhorou. O doente está, actualmente, apirético, tendo tido, antes da operação, elevações febris diárias, atingindo por vezes 38°.

A roentgenerapia e radioterapia, nos tumores cerebrais, é de muito delicada indicação, e ainda aqui as opiniões se dividem, uns aconselhando-a em certos casos inoperáveis, outros afirmando que a sua aplicação pode acelerar

o desenvolvimento da neoplasia. As suas indicações parecem, na prática, limitadas aos tumores da hipófise, ao tratamento post-operatório de tumores em que não haja a certeza de uma completa exeresse, e nas recidivas.

O tratamento sintomático, que, evidentemente, não pode ser desprezado para alívio dos doentes, não deve, contudo, fazer retardar o tratamento operatório, visando à extracção do tumor.

A trepanação descompressiva, que perde terreno com a precisão dos diagnósticos, fica, ainda, com algumas indicações.

O tratamento anti-sifilítico, pouco criteriosamente empregado em grande número dos casos de hipertensão, é muitas vezes a causa de os doentes chegarem às mãos do neuro-cirurgião em tão adiantado período de evolução que a intervenção cirúrgica é impossível, ou quasi inútil por se tratar de doentes com atrofia completas dos nervos ópticos.

Assim, repetimos por nos parecer um ponto essencial, todo o doente com cefaleias intensas e persistentes acompanhadas de diminuição de visão; toda a epilepsia tardia, principalmente quando do tipo jacksoniano, e de um modo genérico todo o síndrome de hipertensão intra-craniana não estando nitida e indubitavelmente sob a dependência da etiologia sifilítica, ou de causa aguda (meningites, uremia, edema cerebral, hemorragias, etc.) deve imediatamente ser enviado a um centro de neuro-cirurgia.

As instalações neuro-cirúrgicas, para poderem dar todo o rendimento exigível no tratamento destes doentes, devem estar sob a direcção de um neurologista que trabalhe em bom entendimento com o cirurgião especializado; um radiologista, feito às técnicas especiais do rádio-diagnóstico dos tumores cerebrais, quer em radiografias normais quer naquelas em que se empregaram os métodos de contraste; um oftalmologista de boa escola, pois as suas informações sobre as alterações do fundo dos olhos e exame do campo visual são capitais; a cooperação de um otô-rino-laringologista e a de um anátomo-patologista. Como material deve possuir uma sala de operações e respectivos anexos, uma instalação de primeira ordem para rádio-diagnóstico, laboratórios clínicos e anátomo-patológico.

Uma organização desse tipo (quasi totalmente conseguida no serviço de neurologia do Hospital Escolar de Lisboa), absorvedora de energias, abundante em despesas, verá completamente falseada a sua finalidade se não tiver a cooperação inteligente dos clínicos gerais que devem enviar-lhe os doentes portadores de tumores cerebrais a tempo de poderem tirar o aproveitamento máximo.

Revista dos Jornais de Medicina

Fibrilação auricular. Os resultados de sete anos de experiência com o sulfato de quinidina. (*Auricular fibrillation. Results of seven years experience with quinidine sulphate*), por Z. WOTFF e P. WHITE. — *Arch. Int. Med.* Maio, 1928,

Do estudo empreendido pelos autores em vários casos de fibrilação auricular e *auricular flutter*, permanente e paroxística, resultam as seguintes afirmações :

Em uma série de 70 casos, compreendendo 52 de fibrilação auricular permanente e 8 de *auricular flutter*, o ritmo normal foi restaurado em 67,5 % dos casos.

Em uma série de 7 casos de fibrilação auricular com ritmo aparentemente normal a percentagem de cura foi de 100 %, independentemente do tempo de doença e da idade do doente; esta categoria de doentes é a que com mais regularidade costuma responder ao tratamento. Um outro grupo de doentes há em que também é de norma obter resultados imediatos com o tratamento: é o das cardiopatias reumáticas, em indivíduos abaixo dos 40 anos de idade.

Nas formas de fibrilação auricular associada ao hipertiroidismo, à artério-esclerose ou à hipertensão, os melhores resultados terapêuticos demonstram-se na primeira variedade.

Nos casos em que a fibrilação dura há menos de um mês a acção do sulfato de quinidina é particularmente favorável.

Nas cardiopatias reumáticas encontra-se uma relação entre a idade dos doentes e os resultados do tratamento; os bons casos pertencem, em uma percentagem muito elevada, a indivíduos novos e são muito menos frequentes os bons casos entre os indivíduos com mais de 40 anos de idade. As crises de insuficiência cardíaca exercem, nos períodos próximos da sua aparição, uma acção que limita a influência favorável da quinidina.

A dosagem insuficiente deste medicamento pode ser uma das causas predisponentes para a assistolia e, no mesmo sentido, actuam as intercorrências sépticas e o alcoolismo.

O grau de dilatação do coração, as crises de insuficiência cardíaca remotas e o tipo de fibrilação-auricular não têm uma interferência pronunciada nos resultados finais do tratamento pela quinidina.

Uma história de fibrilação antiga, de muitos anos, sem complicação de doença valvular ou de insuficiência do coração, recente ou actual, não é uma contra-indicação para a quinidina.

A digitalização prévia dos doentes é uma medida que deve tornar-se uma norma terapêutica; a teoria, a clínica e a investigação experimental apoiam, simultaneamente, esta indicação.

A digitalização pode ser discutível em certos casos, mas noutros é o factor exclusivo capaz de provocar o successo do tratamento pela quinidina. A digitalização consegue, mesmo, um reforço na actividade da quinidina e

permite, por vezes, alcançar a modificação de ritmo cardíaco com doses inferiores às que são necessárias para obter os mesmos benefícios sem digitalização prévia.

A associação da *digitalis* e da quinidina não revela qualquer efeito pernicioso.

Dos 70 doentes que constituem a base do artigo só um dêles morreu de complicação atribuível ao sulfato de quinidina.

A *digitalis* tem uma indicação formal na profilaxia e mesmo no tratamento das crises de fibrilação auricular e é também eficiente em alguns casos de taquicardia paroxística e de arritmia extra-sistólica.

Na *auricular flutter* a *digitalis* é, talvez, mais activa do que a quinidina. A mesma particularidade se encontra em algumas formas de fibrilação auricular e de taquicardia paroxística.

Em certos casos de fibrilação auricular permanente, de longa duração, o restabelecimento do ritmo normal pela quinidina é definitivo.

A normalização do ritmo cardíaco não implica seguramente uma maior sobrevivência do doente, mas tem, com certeza, uma enorme repercussão no conforto e bem-estar dos doentes.

MORAIS DAVID.

Alterações patológicas na fibrilação auricular e nas arritmias congêneres. (*Pathologic changes in auricular fibrillation and in allied arrhythmias*), por W. M. YATER. — *Arch. Int. Med.* Julho, 1929.

A fibrilação auricular, a *auricular flutter*, a taquicardia paroxística e, mais particularmente, a anatomia patológica e a fisiopatologia destas diferentes arritmias, têm sido campo de largas investigações que, nas suas linhas gerais, vêm mencionadas na primeira parte do artigo. Aqui figuram, por ordem, os resumos dos trabalhos sucessivos, publicados de 1909 a 1928. São especialmente numerosos os trabalhos que se referem à fibrilação auricular.

Como contribuição original o A. apresenta o estudo de 145 casos de fibrilação auricular, 7 casos de *auricular flutter* e 2 casos de taquicardia paroxística, todos êstes casos com exame necrópsico.

A endocardite crónica, o bócio exoftálmico e o adenoma tiroideo com hipertiroidismo, são as três condições mais vulgarmente associadas à fibrilação auricular. Alguns casos referem-se a indivíduos com hipertensão e outros a indivíduos em que não foi possível descobrir causa aparente em relação com a arritmia completa.

A *auricular flutter* encontrou-se, também, em dependência de lesões de endocardite, de hipertiroidismo e hipertensão.

Os dois casos de taquicardia paroxística correspondem a um doente com extensa miocardite fibrosa e a um velho de 78 anos, morto com uma complicação séptica post-operatória, sem lesões cardíacas aparentes.

As observações microscópicas efectuadas pelo autor incidiram em 29 corações — 26 de fibrilação auricular, 2 de *auricular flutter* e 1 de taquicardia paroxística.

A anatomia microscópica foi também efectuada em 35 corações normais e os dados dêste estudo serviram como têrmo comparativo na apreciação de determinadas particularidades histológicas observadas nos corações anormais.

Em todos os casos patológicos estudados microscópicamente não foi possível descobrir uma lesão característica que possa servir como fundamento physio-patológico das alterações de ritmo observadas em vida.

Algumas particularidades de estrutura que têm sido consideradas como abstracto anatómico do ritmo anormal foram também encontradas em corações considerados como normais e com frequência sensivelmente igual. Se, em resumo, as lesões observadas incidem, especialmente, no nódulo sino-auricular ou vizinhanças, a sua intensidade não é de forma a justificar a importância especial que alguns autores lhes atribuem.

Não há consequentemente uma lesão histológica especifica que condicione a fibrilação auricular e o mesmo se pode dizer provavelmente em relação à *auricular flutter* e à taquicardia paroxística.

MORAIS DAVID.

O tratamento da toxemia gravidica, pelo extracto hepático. (*Liver extract in the toxemia of pregnancy*), por A. M. MENDENHALL e D. L. SMITH. — *Jour. Am. Med. Ass.* 15 Junho.

Em face dos resultados favoráveis apregoados em dois artigos de Miller e Martinez, publicados no *Atl. Med. Jour.* de Dezembro e no *Jour. Am. Med. Ass.* de Fevereiro último, acêrca do tratamento da toxemia gravidica pelo extracto de fígado, Mendenhall e Amith repetiram o tratamento em 25 casos de eclampsia. Os casos clinicos vêm descritos no texto.

Da sua experiência puderam tirar conclusões que estão em completo desacôrdo com as de Miller e Martinez e que são as seguintes:

Neste grupo de 25 doentes apenas em 1 dos casos houve uma forte evidência de acção benéfica do tratamento opoterápico.

O tratamento não suspende as convulsões nem impede o seu aparecimento e também não demonstra qualquer influencia sôbre certos sintomas post-eclâmpticos, tais como a hipertensão e a albuminúria.

Em um caso de toxemia gravidica em início o insuccesso do tratamento foi igualmente completo.

Perante uma tão elevada percentagem de casos maus é de supor que a evolução benigna apontada em um dos casos tenha sido estranha à interenção do extracto hepático.

As doses fortes do extracto de fígado produziram algumas vezes sintomas tóxicos alarmantes. As doses mais pequenas são também capazes de determinar fenómenos graves de intolerância.

Em presença dos fracassos da hepatormona no tratamento dos 25 doentes que o autor estudou, assim como dos sintomas graves que o tratamento pode determinar, os autores reprovam o seu emprêgo.

MORAIS DAVID.

O diagnóstico radiológico do apêrto mitral. (*X Ray diagnosis of mitral stenosis*), por A. COOKSONI. — *Lancet*. 29 de Junho 1929.

Os sinais acústicos do apêrto mitral são variáveis e inconstantes e alguns casos apresentam-se como um problema de diagnóstico de interpretação difícil.

Os raios X podem servir como um ótimo meio de observação, revelando particularidades na configuração da imagem cardíaca com um grande significado.

O autor desenvolve as noções fundamentais do quadro semiótico do apêrto mitral e faz a sua respectiva interpretação.

Estudando depois os aspectos radiológicos de quarenta casos de endocardite reumatismal com sinais do orifício mitral, diz:

O exame radiológico e o ortodiagrama mostraram um conjunto de alterações muito frequentes (80% de casos), que deve considerar-se como típico.

Estas alterações consistem na proeminência exagerada do arco mediano esquerdo (por anormal dilatação da artéria pulmonar e dilatação do cone arterial e do apêndice auricular esquerdo) ou, com menos frequência, a proeminência apenas do arco da artéria pulmonar. — Todos êstes detalhes são referidos ao exame feito com a incidência ântero-posterior. Em incidência oblíqua anterior direita, nota-se o estreitamento do espaço retro-cardíaco pelo aumento de volume correspondente à aurícula esquerda e também, em certos casos, pelo aumento da aurícula direita.

O exame radiológico de 30 casos com afecções cardíacas orificiais sem apêrto mitral, de etiologia não reumastimal, comparado com o exame dos apertos mitraes, revela aspectos diferentes e apenas 1 mostrou acentuação do arco pulmonar.

Em 10 casos de estenose mitral provável, a imagem radiológica característica foi verificada em 6 casos e em 4 havia acentuação do arco da artéria pulmonar.

MORAIS DAVID.

Cancros da bexiga e da próstata. (*Cancerous tumors of bladder and prostate*), por L. R. KANFMAN. — *Surg. Clin. N. Am.* Junho 1929.

Descrevem-se as neoplasias benignas da bexiga, suas características histopatológicas e clínicas, descrevem-se depois as neoplasias malignas da bexiga e próstata — sob o ponto de vista anátomo-patológico e clínico — e finalmente encara-se o problema terapêutico, nas suas várias modalidades. Ilustram o artigo várias fotografias, preparações microscópicas e de provas radiológicas. Fazem-se as seguintes conclusões:

O sintoma mais importante do cancro da bexiga é a hematúria. Toda a hematúria em uma pessoa de mais de 50 anos justifica um exame cistoscópico.

O cancro da bexiga é essencialmente uma doença local, com fraca tendência para a formação de metástases mas com um extraordinário poder infiltrativo. A causa da morte depende das alterações renais secundárias, da caquexia e das complicações sépticas. As formas por que vulgarmente se apre-

senta são : a papilomatosa, a forma maligna de cancro de células escamosas e o tipo de infiltração lenta. O tratamento está em íntima dependência do tumor a considerar, da sua localização e da sua morfologia.

A operação radical, transperitoneal ou extraperitoneal, oferece a única garantia de cura em todos aqueles casos em que o tumor é susceptível de extirpação com transplantação ou ligação alta do uretero.

A cistectomia total com transplantação preliminar dos ureteros na ansa sigmoidea deve ser executada com maior largueza. A radioterapia e os raios X têm um papel limitado no tratamento. A electrocoagulação é o processo ideal para destruir o tumor e, nos casos inoperáveis, um agente apreciável para impedir o crescimento tumoral.

O sinal mais importante do cancro da próstata é a dor, a dificuldade na micção, e estes sintomas impõem sempre um exame rectal em todo o individuo com mais de 50 anos.

A difusão rápida e extensa do tumor está em contraste com a reduzida malignidade e dimensões da lesão local.

O rádio é um agente apreciável como sedativo das dores e profilático da recidiva.

A cistostomia supra-púbica oferece, em combinação com a radioterapia, o melhor meio terapêutico a empregar. A prostatectomia radical aplica-se a um limitado número de casos.

MORAIS DAVID.

Sobre a reserva albuminóide do fígado; acção da insulina e outras hormonas. (*Über das Reserveeiweiß der Leber; Wirkung von Insulin und anderen Hormonen*), por K. PASCHKIS. — *Klinische Wochenschrift*, n.º 28. 1929.

Ratos ricamente alimentados com albumina são extraordinariamente resistentes à insulina.

A adrenalina provoca, igualmente, a desapareição da reserva albuminóide.

A combinação de insulina e adrenalina deixa intacta a reserva albuminóide. Deve procurar-se a explicação d'este facto num diferente ponto de acção de ambas as hormonas, sobre o metabolismo.

O tratamento com tiroidina pode não mostrar influência alguma sobre a reserva albuminóide.

O tratamento com timo parece facilitar a deposição de albumina.

A *Vaccineurin* não tem influência alguma sobre a reserva albuminóide.

F. FONSECA.

Cheyne-Stokes e uremia. (*Cheyne-Stokes und Urämie*), por ROSENBLUTH e WASSERMANN. — *Klinische Wochenschrift*, n.º 28. 1929.

Os A. A. tiram as seguintes conclusões do seu trabalho :

1.ª — A respiração de Cheyne-Stokes é, em primeiro lugar, um fenómeno circulatório.

- 2.º — Os doentes com insuficiência renal (uremia) apresentam, principalmente, uma respiração profunda, grande, e não o ritmo de Cheyne-Stokes.
- 3.º — Se aparece respiração de Cheyne-Stokes num doente renal pode concluir-se que existe, simultaneamente, insuficiência cardíaca.

F. FONSECA.

Estudos sobre a idade das manifestações e condições de hereditariedade da diabetes infantil. (*Studien über das manifestationsalter und die hereditäts-verhältnisse des kindlichen diabetes mellitus*), por R. PRIESFL e R. WAGNER. — *Klinische Wochenschrift*, n.º 30. 1929.

No seu trabalho os AA. chegam às seguintes conclusões:

- 1.ª — A idade da manifestação da diabetes infantil é aos 13 anos e isso mostra que há uma estreita relação entre o número de ilhéus em função activa e o crescimento.
- 2.ª — A diabetes juvenil representa sempre uma minusvariante congénita dos ilhéus de Langerhans e não é originada por uma lesão adquirida post-natal. A transformação duma diabetes latente depende, em primeiro lugar, do número de ilhéus activos. A diabetes juvenil, em muitos casos, só aparentemente é progressiva.
- 3.ª — A diabetes juvenil é hereditária em 27 % dos casos.
- 4.ª — A maior frequência da hereditariedade da diabetes na raça judaica está em relação com a consangüinidade. Na estatística dos AA. aparece a diabetes juvenil em 43 % dos casos.
- 5.ª — A tara hereditária diabética dupla favorece, especialmente, o aparecimento da diabetes.

F. FONSECA.

Sobre o modo do amolecimento tuberculoso. (*Zum Wesen der tuberkulösen Erweichung-Nach einem Modellversuch*), por W. PAGEL. — *Klinische Wochenschrift*, n.º 29. 1929.

Por meio duma experiência modelo que consistiu na implantação de tecido tuberculoso humano em bolsas cutâneas de cobaias normais e tuberculosas, foi possível constatar duas espécies diferentes de amolecimento tuberculoso. Em primeiro lugar alterações circunscritas em animais normérgicos estreitamente relacionados com a proliferação local dos bacilos. Em segundo lugar, extensa fusão leucocitária dos tecidos enxertados em animais alérgicos. A estas alterações podem juntar-se tanto a multiplicação local dos bacilos, como o quadro do amolecimento normérgico em mais extensão.

O amolecimento alérgico (leucocitário) é, incomparavelmente, mais importante do que o normérgico.

F. FONSECA.

Sobre sensibilização experimental e manifestações alérgicas da pele ao salvarsan. (*Über experimentelle Sensibilisierungs- und Allergieerscheinungen der Haut gegenüber Salvarsan*), por E. NATHAN e A. MUNCH. — *Klinische Wochenschrift*, n.º 29. 1929.

Não só é possível conseguir uma sensibilização no homem ao salvarsan por injeção intra-cutânea de neosalvarsan, como ainda por aplicação cutânea do mesmo.

Depois dum intervalo de 7 a 11 dias aparece, nos pontos de aplicação do salvarsan até então sem reacção, alergia local e sensibilização geral da pele.

A hipersensibilidade ao salvarsan pode pesquisar-se não só por meio da reacção intra-cutânea com salvarsan, como também em muitos casos pela reacção cutânea.

A sensibilização experimental pode manifestar-se pelos fenómenos inflamatórios locais e pelo aparecimento do exantema universal espontâneo (análogamente ao que sucede na doença do sôro nos injectados pela primeira vez).

A indivíduos sensibilizados experimentalmente contra o salvarsan, a reinjecção intra-venosa ou intra-cutânea dessa droga pode levar ao aparecimento do eritema generalizador urticariano.

F. FONSECA.

Anemia hipercrômica por estagnação do conteúdo intestinal num divertículo lateral do intestino delgado. (*Hyperchrome Anämie bei Stagnation des Darminhaltes in einer Seitentasche des Dündarms*), por E. HARTMANN. — *Klinische Wochenschrift*, n.º 29. 1929.

Knud Faber foi o primeiro a chamar a atenção para uma forma etiológica, embora rara, de anemia perniciosa no homem.

Esse autor observou que, em consequência de um ou muitos apêrtos do intestino delgado em doentes tuberculosos, se pode desenvolver uma anemia com o carácter da anemia perniciosa. Mais tarde o mesmo autor estabeleceu as relações da aquilia gástrica com a anemia perniciosa.

Em 1921 Meulengracht, baseado em algumas observações, apoiou o ponto de vista de Knud Faber. Mais tarde Seyderhelm conseguiu determinar em alguns cães o quadro da anemia perniciosa depois de ter provocado um apêrto do intestino delgado, concluindo que essa doença é resultado duma intoxicação partida do intestino delgado. No caso apresentado pelo A. a anemia hipercrômica é atribuída a estagnação do conteúdo intestinal.

Trata-se duma doente que foi operada em 1923 e que cinco anos mais tarde adoeceu com sintomatologia gastro-intestinal, sem nenhum sintoma dominante. O quadro clínico-hematológico impunha-se como o duma anemia perniciosa: falta de ácido clorídrico no conteúdo gástrico, anemia hipercrômica, acentuada megalocitose, megaloblastose, no ácupe da doença leucopénia com aumento relativo dos linfócitos. O A. acentua em especial que a-pesar-da coexistência duma inflamação purulenta da bexiga e rins, havia diminuição dos leucócitos. A autópsia revelou a existência duma retenção

do conteúdo do intestino delgado provocada pela presença dum corpo estranho que determinou a formação dum divertículo. A estase no intestino delgado favoreceu o desenvolvimento duma flora intestinal idêntica à que normalmente aparece no intestino grosso, determinando a formação de processos de putrefacção e a formação de substâncias hematotóxicas que causam o quadro característico da anemia hipercrômica.

O A. cita vários casos em que se desenvolveu um quadro típico de anemia perniciosa depois da exclusão das funções normais do estômago, o que levou Dening a considerar a falta da digestão gástrica normal como causa primária da anemia perniciosa.

F. FONSECA.

Experiências clinicas com o pyridium, um novo antiséptico urinário.

(*Klinische Erfahrungen mit Pyridium, einem neuen Harnantisepticum*), por R. STERN. — *Klinische Wochenschrift*, n.º 29. 1929.

O *pyridium* é um produto coloidal de condensação de cloretos de β e γ -Fenilazodiaminopiridina. Foi introduzido na terapêutica pelos autores americanos que verificaram tratar-se dum poderoso desinfectante rapidamente absorvido no tubo digestivo e eliminado em grande parte pela urina.

O A. verificou que o preparado não é tóxico, podendo ser administrado com resultados satisfatórios durante semanas e em doses de 0,3 gr. e mesmo 0,6 gr. por dia.

F. FONSECA.

Sobre o emprégo da reacção de Takata-Ara no liquido céfalo raquidiano. (*Ueber die Brauchbarkeit, usw.*), por STERN u. BAYER. — *Deutsche Mediz. Wochenschrift*, n.º 38. 1928.

Esta reacção foi introduzida na prática em 1926. Há nela a distinguir uma primeira fase (metaluética) e uma segunda fase (meningítica). A reacção na essência consiste em coagular um soluto mercurial por meio dum soluto de fucsina. Esta mistura apresenta uma côr azul, e a adição de líquidos céfalo-raquidianos patológicos faz variar a coloração do colóide formado. Os AA. designam-na como reacção coloidogénea, acentuando que não é a precipitação de colóides formados mas o pôder de inibição ou de alteração na formação dum sistema coloidal em via de formação o que produz a reacção.

Os resultados discordantes publicados pelos diversos autores que experimentaram o método induziram os AA. a comprová-lo em larga escala.

Utilizaram 180 líquidos. Dêstes, em 43, havia uma ligeira hemorragia, pelo que não entraram em linha de conta, pois os AA. consideram que (em opposição aos autores do método) pequenas quantidades de sangue fazem com grande freqüência obter resultados não específicos. Dos restantes soros, 60 eram, seguramente, não sifilíticos. Obtiveram 57 resultados negativos e 3 positivos (na primeira fase) em doentes de esclerose em placas, tumor cerebral e epilepsia. Em 7 meningites não específicas obtiveram constantemente, uma segunda fase. Nos restantes casos, doentes de lues meningo-vascular, pa-

ralisia geral e tabes, a reacção foi sempre concorde com a de Wassermann, excepto em 4 casos. Nestes 4 casos (2 tabéticos e 2 paralíticos certos) o Wassermann foi negativo e a Takata-Ara positiva. Nos dois paralíticos, o Wassermann, primitivamente positivo, tinha-se tornado negativo em consequência de uma cura malárica. Em um dos casos de tabes, a reacção, negativa no líquido, era positiva no sangue. Em resumo: consideram a nova reacção superior às restantes reacções coloidais, em virtude da técnica muito mais simples, e visto que os resultados não específicos, presentes como em toda a reacção coloidal, não são mais frequentes que com a reacção do ouro ou a do mastic.

MENESES.

Osteocondrite vertebral infantil. (*Ostéochondrite*, etc.), por JACQUES CALVÉ (Berck-Plage). — *Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris*, n.º 10. Dezembro, 1927. Págs. 489-496.

Neste artigo põe o A. em dia o que está estudado sobre esta doença da coluna infantil, descrita pelo próprio, pela primeira vez, em 1924, doença que simula o Mal de Pott, individualizada por um síndrome rádio-clínico característico.

Há registadas, até aqui, 9 observações: 1 caso de Calvé, 1 de Brackett (Boston), 2 de Harrenstein (Amsterdam), 2 de Buchmann (Brooklyn), 1 de Kleinberg, 1 de Gallié, 1 de Harry Plat (Manchester).

Sinais clínicos: Criança de 5 a 10 anos, apresentando: 1.º, dor à pressão duma apófise espinhosa; 2.º, contractura do raquis; 3.º, aparição progressiva duma gibosidade mediana e angular (3 vezes atitude escoliótica).

Sinais radiográficos: Um único corpo vertebral tocado (muitos numa observação de Buchmann); o núcleo ósseo central do corpo está achatado, lamelar, quer regular, quer irregular.

Densidade óssea aumentada: opacidade dos raios X. Integridade absoluta dos discos supra e subjacentes.

Se se seguir a evolução por um tempo suficiente, assiste-se à regeneração do núcleo ósseo.

Êste síndrome especial não deve ser confundido com os achatamentos de origem congénita descritos por Putti, Lance, Mouchet e Roederer, nem com os fenómenos dolorosos da coluna nos adolescentes no período de crescimento em que a radiografia não mostra êste aspecto especial.

A vértebra atingida é, quasi sempre, *uma das últimas dorsais*.

O sexo é indiferente, a idade entre 6 e 11 anos. Não é tuberculose porque, em geral, está uma única vértebra atingida, e o osso se regenera: não parece ser sífilis.

Doença análoga à osteocondrite da anca e à escafoidite do tarso. O papel do traumatismo parece duvidoso, é possível tratar-se duma osteoporosa localizada ligada a uma infecção ou a perturbações endócrinas.

MENESES.

É o estrabismo funcional uma doença toxinfeciosa de natureza análoga à paralisia infantil? (*El estrabismo*, etc.), por R. ARGANARAZ.—*La Semana Medica*, n.º 1.807. 30 de Agosto, 1928.

Segundo o A. o estrabismo da primeira infância representa a manifestação clínica de uma toxinfecção localizada aos centros supranucleares da visão e de natureza análoga à que se produz na medula nessa mesma idade e que provoca a paralisia infantil.

Em ambas as doenças se observa uma predisposição neuropática hereditária, que pode ser constatada na maior parte dos casos quando se estuda atentamente os antecedentes hereditários e colaterais dos doentes.

Tanto o estrabismo como a paralisia infantil iniciam-se nos primeiros anos da vida, muito vulgarmente entre os dois e os quatro anos, e produzem alterações tanto mais intensas quanto mais precocemente elas aparecem.

Geralmente, ambas as doenças atacam crianças nos seus primeiros anos, em plena convalescença de alguma doença infecciosa, como o sarampo, a tosse convulsa, escarlatina, etc., e às vezes sem sintomas prévios nem causa aparente. Finalmente, ambas determinam paralisias definitivas e incuráveis. No estrabismo a paralisia da convergência é quasi absoluta e irremediável.

Baseando-se em factos de própria observação, pensa o A. que uma mesma doença de natureza toxinfeciosa se localiza durante os primeiros anos da vida nos centros supranucleares da visão e, segundo a extensão e localização topográfica da mesma sobre o sistema nervoso, pode determinar, conjunta ou separadamente, as alterações seguintes:

Desvio dos eixos oculares; ambliopia unilateral; ausência de visão binocular; ambliopia bilateral e nistagmo.

MENESES.

O estrangulamento dos tendões do longo abductor e curto extensor do polegar. Tendo-sinovite estenosante de De Quervain. (*L'étranglement des tendons*, etc.), por LAROYENNE & BOUYSSSET. — *Archives Franco-Belges de Chirurgie*. Vol. 30, n.º 2, pág. 98 Fevereiro 1927.

Em 1895 descreveu De Quervain uma doença caracterizada por dores na região da apófise estilóidea do rádio, leve tumefacção *in loco*, tenaz e persistente. A dor aumenta à pressão sobre a extremidade inferior do rádio, e sobretudo nos movimentos do polegar e em particular na abdução e na extensão. A anatomia patológica ainda é desconhecida; sabe-se, apenas, que a lesão interessa a região formada pelos tendões que constituem o bordo externo da tabaqueira anatómica: longo abductor e curto extensor do polegar, que atravessam o ligamento anular dorsal do corpo numa bainha comum.

O sexo feminino é quasi exclusivamente predisposto. Os AA. descrevem dois casos desta natureza característicos, sobretudo porque a lesão era em ambos os casos bilateral, e, baseando-se nisso, são inclinados a considerar a doença como uma retracção de Dupuytren localizada. Muitos autores concordam em afirmar os bons resultados obtidos com a simples abertura da bainha

comum dos tendões acima indicados, ou com a excisão parcial daquela : os dois casos ilustrados confirmam êsse sucesso.

MENESES.

Um caso de osteomielite das duas tibias tratado com mercurocromo.
(*Un caso de osteomielitis, etc.*), pelo DR. PI FIGUERAS. — *Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña*, sessão de 7 de Novembro de 1928, in *Medicina Ibero*. Año XII, vol. II. N.º 575. Pág. 480.

Trata-se de um rapaz de catorze anos, com antecedentes patológicos sem importância : sarampo, bronquites, anginas. Sem pródromos, uma manhã teve dores fortes nas pernas e pés, com mal-estar geral, temperatura 38º e impotência para andar ; visitado de urgência pelo assistente, fez aplicações quentes e tomou aspirina.

Alguns dias mais tarde foi o A. chamado, observando uma infiltração no terço inferior de ambas as pernas e pés, com dor, temperaturas altas com grandes remissões, e concluindo por uma septicémia, pôsto que não tivesse feito hemocultura. Instituiu um tratamento com mercurocromo em injeções intra-venosas, começando pela dose de 45 miligramas, 50 no dia seguinte, 100 no quinto dia, 110 no sétimo, 110 no oitavo, e terminando por uma injeção de 80 miligramas.

A partir da terceira injeção a curva de temperatura desce, para desaparecer totalmente no final da série ; é de notar que, depois de uma das injeções, sobreveio uma elevação térmica que, como veremos depois, é um dos efeitos próprios do sal crômico.

Depois do tratamento apareceu uma colecção numa perna, que foi puncionada, extraíndo um líquido sero-hemático, absolutamente estéril ao exame bacteriológico ; a punção foi repetida três vezes, por o líquido se reproduzir.

A radiografia mostra lesões evidentes de osteomielite, com rarefacção e sequestro. Durante a convalescença, tratamento calcificante, hélio e balneoterapia. Cinco meses depois, novas radiografias revelando um começo de recalcificação, a qual chega a ser quási completa nas radiografias que o A. apresenta.

Um caso único não prova a eficácia do tratamento, atribuindo o A., no entanto, a êle, a evolução do mesmo, evitando o tratamento cirúrgico que não é isento de perigos.

Sobre o modo de instituir a terapêutica, diz o A. que a solução de mercurocromo deve ser recentemente preparada com água destilada e numa concentração aproximada de 1 0/0.

Os americanos começam pela dose de 3 miligramas por quilograma de pêso ; porém, pareceu ela excessiva ao A., e começou por 1 miligrama por quilograma. A dose máxima é de 8 miligramas por quilograma.

Os accidentes que pode ocasionar são : reacção térmica depois da injeção e alterações do epitélio tubular do rim, com albuminúria e oligúria e sintomas de intolerância digestiva, como são os vômitos e as diarreias.

Na previsão da reacção térmica pode, sem inconveniente, ser administrado um antitérmico.

MENESES.

Sobre uma forma não descrita de distrofia muscular progressiva. (*Sobre uma forma, etc.*), pelo PROF. JOSÉ MARIA VILLACIÁN (Valladolid). — *Rev. Española de Medicina y Cirugia*. 1928, Diciembre. Págs. 727-731.

O A. observou dois casos de miopatia primitiva em dois irmãos, com caracteres clínicos ainda não descritos até agora, que o A. saiba. O carácter heredofamiliar é evidente: de 14 individuos, passando dos 40 anos, sofreram ou sofrem, com certeza, 9. A doença começa à volta dos quarenta ou quarenta e cinco anos. Tem uma evolução progressiva e termina pela morte em dez ou quinze anos. A impotência motriz e a atrofia começam pela raiz dos membros, quasi ao mesmo tempo nos superiores e nos inferiores, pósto que precedendo um pouco nestes. Os músculos da cabeça, língua e pescoço, não são atingidos. A princípio existem câimbras e depois sensação de entorpecimento nos movimentos bruscos de flexão.

Os sintomas que estes casos têm de comum com os de atrofia muscular progressiva são: a localização dos segmentos atroficos na raiz dos membros, ficando livres as partes distais; a simetria da atrofia, o modo de estar de pé, de andar, de subir, de se baixar e de se levantar, e lordose lombar e proeminência das omoplatas; a falta de contracção ídeo-muscular; a abolição dos reflexos tendinosos; as reacções eléctricas e, por fim, o seu evidente carácter familiar.

Diferençam-se das formas clássicas de miopatias primitivas porque se apresentam em idades relativamente avançadas, pelo seu predomínio muito accentuado da fraqueza motriz sobre a atrofia, pela presença de câimbras e contracções fibrilares e pela sensação de apêto e de estrangulamento nos movimentos bruscos de flexão dos dedos e das mãos.

O doente que o A. apresenta no seu artigo é sifilítico serològicamente e clinicamente, e uma irmã sua apenas clinicamente, juntando-se ao quadro sintomático distròfico sinais em relação de immediata dependência com a lues. O A. não repele nem afirma a origem sifilítica da distrofia muscular.

Não apresentam estes casos sintomas de perturbação endócrina. Não obteve resultados alguns com a opoterapia.

MENESES.

Biblioteca da «Lisboa Médica»

Obras recebidas:

Actualidades Biológicas—Vol. 1. Conferências realizadas no Instituto Rocha Cabral em Abril-Maio de 1928. Coimbra.—Imprensa da Universidade, 1929.

Colectânea preciosa de vulgarização científica.

Arquivo da Universidade de Lisboa—Vol. XII. Lisboa, 1927.

A individualidade e a obra mental de João do Rio em face da psiquiatria, por NEVES-MANTA. Rio de Janeiro, 1928.

Biología y Patología de la Mujer, vol. I. HALBAN e LEITZ, trad. espanhola de SANCHEZ LOPES.—Editorial Plus Ultra, Madrid.

Esta obra vem preencher uma lacuna. Não existia nenhum livro em que se estudasse a patologia da mulher, assentando na biologia do organismo feminino.

Este satisfaz plenamente o *desideratum*. Exposição elegante e completa do assunto, não deixou nenhum capítulo em aberto.

Tradução correcta.

Na parte histórica, que ocupa perto de 250 págs., os AA. não se esqueceram de rebuscar nas *Centurias* do nosso Amato Lusitano as importantes contribuições que êle trouxe para o estudo da ginecologia e da obstetrícia.

A edição, esmerada, honra as oficinas gráficas da Casa Editorial Plus Ultra, de Madrid.

Treinta Lecciones de Análises Clínicas, por M. IBAÑEZ.—Est. Tipográfico J. Sánchez Ocaña.—Madrid.

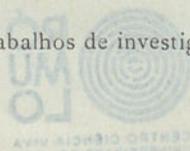
Estudo teórico e prático dos métodos empregados nos laboratórios. Bom auxiliar para os clínicos e para os chefes de laboratório.

Tratamiento post-operatório, pelo Prof. E. MELCHIOR.—Edit. Marin, Barcelona.

Tradução espanhola da conhecida obra do cirurgião de Breslau, de imprescindível leitura para os cirurgiões.

Travaux de Laboratoire, publicados sôbre a direcção do Prof. FERREIRA DE MIRA. II vol.—Lisboa, 1928.

Coletânea dos trabalhos de investigação do Instituto Rocha Cabral.



III Congresso Nacional de Medicina — Vol. I, 1928.

Este volume encerra as conferências plenárias e os relatórios do Congresso Nacional de Medicina de 1928.

Volumoso tomo de 700 páginas, cuja factura se deve principalmente aos esforços do Dr. ALEX. CANCELA DE ABREU, secretário geral do Congresso.

A sua publicação dispensa quaisquer encômios.

Archives Portugaises des Sciences Biologiques. — Tomo II, fasc. II, 1929.

Revista portuguesa bem conhecida, inserindo importantes trabalhos de biologia.

Fora da Aula, por J. A. PIRES DE LIMA. — Pôrto, 1929.

Crônicas de vulgarização publicadas no *Comércio do Pôrto*.

Trabalho incompleto quando pretende fazer a resenha do movimento científico português—não citando, por exemplo nem a nossa Revista nem os trabalhos aqui publicados. Há neste livro afirmações fortes com as quais concordamos inteiramente. Esta, por exemplo:

«Qualquer candidato (ao professorado universitário) que não tenha demonstrado cabalmente, pelo seu *curriculum-vitae*, que possui aptidões para se entregar à investigação científica, deve ser implacavelmente eliminado».

Assim deviam pensar todos os professores universitários. Talvez ai estivesse a sua melhor obra...

Admiramos no A. o entusiasmo pelas questões do ensino universitário, se bem que nem sempre o acompanhem nas suas digressões.



O PROF. RICARDO JORGE

BREVE ENSAIO CRÍTICO

SEGUIDO DA RESENHA BIBLIOGRÁFICA DA SUA OBRA

POR

EDUARDO COELHO

(Conclusão)

Ricardo Jorge vai criar e dirigir os Serviços de Sanidade num período crítico da vida portuguêsã.

Ao longo dêsse quarto do século de lutas políticas não há interesses nacionais que subjuguem os partidos. Há apenas um fito — deitar abaixo, destruir. Este negativismo patológico, característica étnica de um país que há três séculos não sabe fazer outra cousa, que vive adormecido pelos fumos da Índia, só acórdando em arrancos de impetuosidade para destruir; característica de um povo que vive a recordar um passado e a destruí-lo pelos seus actos; êste negativismo e a falência de vontades e de recursos que encontrou Ricardo Jorge não o deixaram caminhar. Topou no seu caminho todas as dificuldades e oposições.

A organização dos Serviços de Saúde estava no pé em que a deixara a sua crítica contundente a quando da *Higiene Social aplicada à Nação Portuguesa*. Os vícios da burocracia desafiaram pela sua continuidade a instabilidade política.

Que havia de fazer Ricardo Jorge com impecilhos dêsse jaez a tolher-lhe os passos num país, já de si, refractário à hygiene?

Produz trabalhos de estatística, de profilaxia e epidemiologia. O país salda as suas contas com a estatística demográfica e sanitária.

Publica dois volumes sobre a *Legislação sanitária* e o *Boletim dos Serviços Sanitários do Reino* de 1901 a 1910.

Neste período, além doutros trabalhos de epidemiologia e estatística, publica as *Tabelas preliminares do movimento fisiológico da população de Portugal* (anos de 1902, 3, e 4-6) e valiosos estudos sobre a *defeza contra o cólera e o combate ao sezonismo em Portugal*.

A sua crítica aos sistemas rotineiros e arbitrários de profilaxia internacional, admitidos nas conferências até então realizadas, e que estavam tantas vezes em desacôrdo com as legítimas inferências dos descobrimentos etiológicos, inspiram-lhe *Le régime sanitaire maritime au Portugal*, precursor da convenção de Paris de 1903, a qual se aproxima da nossa legislação em muitos artigos e disposições.

Desde 1912, delegado do Governo ao *Office International d'Hygiène*, mais tarde membro e presidente do *Comité d'Hygiène de la Société des Nations* — onde representa o *Office* por vontade expressa dos seus membros — é encarregado de elaborar relatórios sobre as momentosas questões de hygiene e de epidemiologia. Memórias, relatórios, comunicações e discussões enchem os *Bulletins de l'Office* e os *Procès Verbaux du Comité d'Hygiène*. Demais, em alguns jornais médicos de Londres, Paris, etc., apareceram os seus trabalhos, principalmente sobre a encefalite letárgica, o alastrim e a encefalite post-vacínica.

Em 1913 funda os *Arquivos do Instituto Central de Hygiene* (1).

Os três volumes dos *Arquivos* encerram alguns dos trabalhos científicos mais importantes de Ricardo Jorge, a cuja factura procedeu no período de 1911 a 1926:

Les bacillifères de la Zaire et le système défensif contre le choléra par le contrôle bacteriologique. Este relatório foi escrito para ser apresentado à Conferência Sanitária Internacional de 1911. Ricardo Jorge termina o trabalho com estas palavras: *Il n'y a pas autre chose à faire que de lutter vivement contre les foyers européens en activité, et que de fortifier dans l'avenir les*

(1) Este Instituto, criado e dirigido pelo grande higienista, tem agora o nome de *Instituto Central de Hygiene Dr. Ricardo Jorge*.

frontières orientales de l'Europe par une prophylaxie intégrale qui ait pour base l'inspection bactériologique.

O novo método do *controlo* bacteriológico, como profilaxia anticolérica, foi admitido, conquistando o lugar que lhe era devido no protocolo da convenção.

A *Prostituição e Profilaxia Antivenérea* constitui um projecto de decreto mandado elaborar pelo Ministro do Interior do Governo Provisório e que não chegou sequer a ser promulgado.

Fazia parte de um vasto programa de medidas de higiene social, de habitações de classes pobres, saneamento das cidades, sanidade das indústrias e do trabalho operário, etc. O desleixo governativo impediu o trabalho do higienista, de sorte a permanecerem as condições do *statu quo ante*.

A *Demogenia e mortalidade das cidades portuguesas* apresenta-nos os dados globais do movimento da população das cidades portuguesas no triénio de 1907 a 1909 e as comparações com grande número de cidades estrangeiras. Dêsse modo, Ricardo Jorge pôde fazer confrontos e tirar ilações sôbre o estado actual da demogenia urbana nos principais centros civilizados. Este processo comparativo tinha-o já ensaiado Ricardo Jorge para as cidades de Lisboa e Pôrto na *Demografia e Higiene da cidade do Pôrto*.

São cheias de actualidade as conclusões destas estatísticas: «O aumento da vida indica o aumento do bem-estar, e este promana directamente da vitória incessante contra a miséria e contra a ignorância. A arma capital dessa vitória é o dinheiro; cresce a riqueza pública, e com a prosperidade económica vem a prosperidade bio-social, a resistência contra a moléstia e a morte, o alongamento da vida».

A grande chave do problema da redução da morbidade e da mortalidade reside na salubridade urbana. Pois os grandes sistemas de saneamento só imperfeitos se encontram nas nossas grandes cidades. «Que fecundo exemplo, termina Ricardo Jorge, aquele do Rio de Janeiro que não recuou, para sanear-se, perante um orçamento de vinte mil contos. Com soma mais modesta nos remediaríamos nós para instituir a defesa nacional por excelência, a que se exerce contra os inimigos de todos os dias, os que minam a saúde e derrubam a existência».

No *Relatório sobre a epidemia tífica de Lisboa em 1912* apresenta o método que sirva de remissão sanitária e económica da cidade.

Em *A luta contra a tuberculose* defende a declaração obrigatória como base da profilaxia.

La Fièvre ondulante é um relatório geral completo apresentado ao *Comité International d'Hygiène Publique* sobre a distribuição geográfica, a etiologia e a profilaxia da febre de Malta, acrescentado de uma estatística recolhida em Portugal, depois de um inquérito expressamente feito.

Ricardo Jorge descreve os primeiros casos da melitocócia no nosso país, submetidos à observação do Prof. Carlos Tavares, que os diagnosticara em 1893.

«Il convient constater, pour donner toute sa valeur à la découverte du Prof. Tavares, qu'à date de 1893 le mal n'avait été encore reconnu par personne ni en Espagne ni en France».

Nenhum caso confirmativo se veio juntar durante muito tempo aos que foram diagnosticados por Carlos Tavares e foi preciso que passassem quinze anos para que se restabelecesse o contacto clínico com esta nova espécie mórbida.

Este estudo constitui a melhor contribuição apresentada ao *Office* sobre a melitocócia.

Les pestilences et la Convention Sanitaire Internationale.

Nesta colectânea reuniu Ricardo Jorge tudo o que, sobre a matéria, traz o seu nome nos *Procès Verbaux de l'Office* desde 1919 até 1925, comunicações e discussões que representam uma das maiores contribuições dos delegados à obra do *Comité*, não só sobre a epidemiologia «des maladies pestilentielle», mas ainda sobre o texto do protocolo convencional.

Devemos destacar, nesta série de documentos, particularmente os que se referem: à peste pneumónica, à doutrina da dualidade da peste bubónica e da peste pulmonar, ao quadro epidemiológico da peste, à epidemia da peste de 1920 em Lisboa, à fauna pestígena dos roedores e das pulgas, ao cólera, ao paracólera e portadores de germes, e à crónica marítimo-sanitária da febre amarela no pôrto de Lisboa.

Relativos às convenções protocolares, sobressaem: a notifica-

ção obrigatória e a publicidade das declarações de infecção; os períodos de contaminação e de descontaminação, a classificação dos navios, o tratamento das mercadorias e o regime contra a febre amarela.

Dêste conjunto de trabalhos, em que a marca da originalidade aparece sempre a torná-los inconfundíveis, ressalta uma atitude: a da opposição aos excessos de profilaxia internacional, a tudo o que poderia recordar o arbitrário das antigas quarentenas, aos sistemas, alfim, que pretendem organizar a chamada defesa absoluta contra as invasões das três epidemias pestosas.

As numerosas sessões do *Office* dedicadas a estas palpitantes questões de hygiene internacional permitiram uma exegese profunda das convenções protocolares. Entre as diferentes opiniões sôbre os numerosos problemas levantados com o fito de conduzir a fórmulas mais racionais e mais práticas, as sugestões e as propostas do representante de Portugal no *Comité* foram muitas vezes adoptadas.

Pelo seu profundo saber de afamado epidemiologista, entre os seus pares estrangeiros, se dilatou o pequenino país que ali representava.

L'encéphalite léthargique — (L'encéphalite léthargique. Épidémiologie. Nosologie. Histoire. — L'encéphalite léthargique et la grossezse. — A encefalite letárgica e a epidemiologia dos quinhentos em Portugal e Espanha. — Sôbre a encefalite letárgica. Factos e conceitos. — Sur les rapports de la grippe et de l'encéphalite léthargique. — L'encéphalite, la grippe et le typhus dans les épidémies historiques du xvi siècle. — Les séquelles mentales de l'encéphalite léthargique au Portugal).

Logo que esta epidemia apparecera em França e Inglaterra, depois do descobrimento de Economo, Ricardo Jorge imediatamente deu o alarme aos médicos portuguezes, chamando-lhes a atenção para esta entidade nosográfica e escrevendo uma revista geral de conjunto da nova doença infecciosa (1918). Um ano depois desencadeava-se a vaga epidémica em Portugal, tomando por dois anos a extensão de uma verdadeira pandemia (1919-1921).

Em 1920 apresenta ao *Office International d'Hygiène* um

quadro epidemiológico e nosológico da infecção letárgica, acrescentando as observações reunidas em Portugal aos dados colhidos nos outros países, seguidos de um estudo histórico desenvolvido com o fim de demarcar a idade da encefalite e as suas incursões anteriores.

Desde o primeiro artigo, Ricardo Jorge professa a doutrina de que a encefalite letárgica constitui uma entidade nosológica autónoma e independente.

Quis uma grande corrente de opinião, depois inteiramente abandonada, que ela fôsse uma variedade gripal. Esta teoria não resistiu à série de argumentos de ordem patológica e epidemiológica apresentados por Ricardo Jorge, estabelecendo que a influenza e a encefalite nada têm que ver entre si.

A sua unificação com a *poliomielite aguda*, fundada na extrema semelhança das suas lesões anátomo-patológicas não resistiu à crítica. A identidade dos dois morbos seduziu Osler e foi apadrinhada, depois, por outros médicos fundados na extrema semelhança histológica do seu processo lesional. A afinidade histopatológica foi desde princípio reconhecida.

«Há que considerá-los moléstias afins — diz Ricardo Jorge — mas não unas como vírus e como espécie nosológica. Tudo protesta contra tal unificação. As lesões mesmo, embora do mesmo tipo hístico, encontrado para moléstias parellhas, como a moléstia do sono, a paralisia geral, a raiva, entram mais fundo nas células nervosas na moléstia de Heine-Medié que na de Economo».

Os trabalhos posteriores radicam a diferenciação das duas histopatologias.

O conceito nosológico de doença *sui generis* encontrou um apoio muito seguro numa observação da Clínica Daniel de Matos, de Coimbra, a qual levou Ricardo Jorge a examinar as relações da encefalite e da gravidez.

O vírus atravessava a placenta e transmitia a doença ao feto, com todas as características da doença materna.

A contribuição portuguesa de Ricardo Jorge apresentada no seu relatório (1920) ao *Office International d'Hygiène* não só precedeu os outros relatórios estrangeiros — como o relatório inglês de Parsons, Macialty e Perdrau (1922) e o relatório belga de Van Boeckel, Bassemans e Nélis (1923) — mas levou mais

longe e mais profundamente o estudo epidemiológico e nosológico da encefalite.

Alastrim et variole. Vaccine — Encéphalites post-vaccinales.

A aparição do *alastrim* e da *encefalite post-vacinal* — um porque é muito benigno, a outra porque é muito maligna — deu origem, nas assembleas de hygiene internacional do *Office* em Paris e da *Sociedade das Nações* em Genebra, a um grande número de trabalhos, comunicações e discussões.

O vocábulo *alastrim*, derivado brasileiro do verbo português *alastrar* e criado pelos indígenas do interior da provincia da Baía — donde a doença irradiou para os estados meridionais do Brasil — não interessando a principio senão a patologia exótica, tornou-se por fim europeu.

«On surprend son invasion bruyante aux Açores — relata Ricardo Jorge — et les varioles mitigées, répandues en Angleterre et en Suisse, le *mildpox* et le *whitepox*, s'identifient sans l'ombre d'un doute avec l'alastrim africo-américain».

Em 1924 apresenta ao *Office* a memória *Sur l'alastrim et la variole*, impressa depois em *The Lancet*, onde desencadeou uma ruma de comentários e de críticas. A *Klinische Wochenschrift* logo publica um artigo do Prof. Gins, do Instituto Koch, sumariando o artigo de *The Lancet*.

A aparição e distribuição geográfica, os focos actuais, as características clínicas e epidemiológicas, os caracteres immunológicos e experimentais, as provas biológicas de diferenciação ou identificação com o *Smallpox*, tudo é passado em revista com uma profundeza de crítica, rara entre os membros do *Comité*.

A este relatório se juntam as notas das discussões, sempre que o *alastrim*, no *Office* e a cada sessão, «revient sur le tapis».

Quatro meses depois surge no *Office* e na *Sociedade das Nações* a nova de um acontecimento epidemiológico inesperado: a denominada encefalite post-vacinal, até então inteiramente desconhecida, aparece na Holanda, na Inglaterra e na Suíça. Depois da comunicação dos casos, feita por Jitta, Buchanan e Carrière, propõe Ricardo Jorge um inquérito internacional.

O *Comité* encarrega o higienista português de proceder a esse inquérito, submetendo-lhe um plano de investigações concernentes à variola e à vacina, que é formulado, discutido e apro-

vado. No seu relatório, depois de apresentar os resultados do inquérito, formula e discute as diferentes questões em litígio, com um espírito crítico e com uma dialéctica que só o seu saber igualam, termina por estas palavras:

«Nous arrivons à une conclusion décevante sur les encéphalites post-vaccinales—nous ne savons rien de plus que le titre e nous ne savons rien pour nous en garder. Pour le savoir il y a beaucoup à faire».

Reünindo-se em Haia, sob os auspícios da Sociedade das Nações, sábios e técnicos dos mais especializados para dar seguimento à execução dêsse plano, é Ricardo Jorge encarregado de preparar e dirigir os trabalhos da conferência. No relatório elaborado dá conta dos resultados imediatos, procurando sobretudo fazer sobressair os pontos de vista apresentados e o estado actual dos problemas debatidos, e produz um estudo crítico e analítico dos processos verbais e das peças anexas que foram distribuídos aos membros dos congressos.

É o conjunto dêstes trabalhos que enche êsse volume, debatendo uma questão que apaixonou os meios científicos de todo o mundo, e a que se seguiram ainda os trabalhos apresentados na Conferência de Berlim e nas sessões conjuntas dos *Comités de Paris* e de Genebra.

A pandemia gripal de 1918 e o tifo exantemático do Pôrto mereceram-lhe extensos relatórios de estudo exaustivo das duas epidemias.

Nos *Procès Verbaux de l'Office* e do *Comité d'Higiène de la Société des Nations* continua ainda Ricardo Jorge com os seus trabalhos epidemiológicos sôbre a *familia variólica*, as *encefalites post-vacinaes*, a *dengue*, a *febre amarela na África e no Brasil*, os *tipos variólicos* e as *encefalites*, a *peste*, a *doença do sono nas colónias portuguezas*, a *febre escarlatina em Portugal*, uma *epidemia de peste pulmonar nos Açores*, o *tifo exantemático*, a *pelagra*, etc.

Foi tão grande a repercussão, nos meios científicos internacionais, dos seus estudos sôbre a variola, a vacina e as encefalites post-vacinaes, que o *Comité* organizador do *Congrès d'Higiène de Paris* indica-o para relator da seguinte tese: *Les facteurs de recrudescence de la variole dans le monde*. A *Lisboa Médica* pôde publicar, em primeira mão e na mesma lingua em que fôra

pronunciado, esse notável repositório sobre o tema que tanto tem apaixonado a medicina preventiva.

O relatório geral de *L'Enquête de l'Office International d'Hygiène* sobre *Rougeurs et puces dans la conservation et la transmission de la peste* é publicado em volume, por determinação do *Office*, na Livraria Masson de Paris.

Não há problema epidemiológico nem capítulo da medicina preventiva aos quais Ricardo Jorge não tenha dado novas orientações e novos pontos de vista.

As suas notas, relatórios, memórias e discussões nos conclave de Paris e de Genebra, nas duas mais altas tribunas da higiene internacional, distinguindo o maior higienista português de todos os tempos e um dos maiores epidemiologistas do mundo, elevaram bem longe a ciência portuguesa, não pelo país que aí representa, mas somente pelo valor do sábio eminente pelo qual o nosso país teve a fortuna de estar representado.

A História da medicina portuguesa deve a Ricardo Jorge um rico manancial de estudos que ele joeirou com carinho através dos nossos maiores em Hipocrates.

Já na *Higiene social aplicada à nação portuguesa* o ocupam as investigações sobre a higiene e a epidemiologia em Portugal.

No *Relatório apresentado ao Conselho Superior de Instrução Pública* estuda desenvolvidamente, à laia de proémio, as principais fases da Escola Médica do Pôrto numa exposição que nada deixa em aberto.

Em *As Caldas do Gerez — O Gerez termal* (História — Hidrologia — Medicina), a história da hidrologia, da hidroterapia, e das termas desde os romanos é longamente desenvolvida com todos os dados que Ricardo Jorge rebuscou, numa erudição exhaustiva. Desde o Dr. Mirandela, em cujo livro — *Aquilégio medicinal* — aparece o primeiro esboço de hidrologia médica portuguesa até os modernos cultores desta ciência, a bibliografia gereziana passa de lauda em lauda.

Assim, vasculhando documentos impressos e manuscritos,

pôde Ricardo Jorge reconstruir não só a história dessa instância balnear, mas ainda a da medicina hidrológica portuguesa.

Sobre o mal do bicho (ano-rectite úlcero-gangrenosa exótica) deu-nos Ricardo Jorge uma importante monografia com a qual contribuiu para o estudo histórico e actual dessa moléstia. Demonstra, em primeiro lugar, que cabem a Aleixo de Abreu, o escritor do *Tratado de las siete enfermedades* (1623) as honras da prioridade da observação e da descrição desta nova espécie tropical, tendo-a examinado em Angola e no Brasil e em si próprio. Soares Feio compila a descrição de Aleixo, sem o citar.

Zacuto Lusitano, na *Praxis Médica Admiranda*, publicada em 1694, descreve-a como moléstia nova, deixando perceber que foi o primeiro a nomeá-la. Diz que sobre a sua natureza todos os autores estão em jejum: *jejuana est lectio auctorum*. Parece que Zacuto desconheceu Aleixo de Abreu.

Depois, veio a relato de Pison que a estudou no Brasil. Luís Gomes Ferreira abriu o rol dos tratadistas que no século XVIII estamparam a descrição do mal do bicho.

A exposição de Francisco da Costa fecha o elenco dos velhos autores que escreveram sobre esta moléstia tropical.

Da investigação aturada dos textos ressuscitou Ricardo Jorge o quadro nosográfico do mal do bicho. A confrontação desses achados com o estudo que dêle fazem os autores modernos condu-lo a uma completa exegese médica desta doença quasi desconhecida, annunciando, por fim, «os problemas que ela sugere perante a patologia e parasitologia tropicais de hoje em dia».

Esta monografia representa uma importante contribuição à patologia colonial portuguesa.

No ensaio de medicina ética sobre a revirginização, intitulado *A partenoplastia*, Ricardo Jorge estuda a seita das Celestinas e das Brísidas, das proxonetas e matronas divulgadas na literatura ultranaturalista da Renascença, particularmente no português Gil Vicente, no espanhol Rojas e no francês Brantôme; e ainda na literatura científica antiga, especialmente em Amato, Rodrigo do Castro, Nicolau Venette e João Lopes Correia. A revirginização nos autores modernos — nos médicos e nos literatos —

e o seu estudo sob o ponto de vista social, ocupa também uma boa parte d'êste trabalho.

No estudo das epidemias, tema que o tem ocupado desde 1893, Ricardo Jorge levou as suas investigações até expurgar a parte histórica de cada epidemia. Assim, por exemplo, quando descreve o tifo exantemático do Pôrto, diz-nos: «il faut remonter à des temps reculés, surtout aux xv^e et xvi^e siècles, pour retrouver le typhus en pleine puissance pestillentielle, disputant à la peste du Levant le privilège des tueries effroyables; on l'appelait alors, en Portugal et en Espagne, *fièvre punticulaire* dans le langage technique et, dans le vulgaire, *tabardilho*...»

Não só a história das epidemias, mas ainda o seu diagnóstico retrospectivo, preocupou, muitas vezes, o higienista. A leitura dos textos dos médicos renascentistas e dos escritores dos séculos de quinhentos e de seiscentos, particularmente de Amato, Damião de Góis, Garcia de Resende e Frei Luís de Sousa, leva-o as seguintes presunções sobre a epidemiologia de quinhentos em Portugal e Espanha: «*Houve em Portugal e Espanha no século xvi e nomeadamente em 1521, 1556-7, epidemias graves denominadas de modorra, aproximáveis da encefalite letárgica, senão identificáveis com esta afecção, agora nomeada e rastreada na Europa desde 1917*».

Nas freqüentes fainas da medicina histórica, estudou ainda o diagnóstico retrospectivo da morte de D. João II, de D. Manuel e de D. Pedro IV. A monografia dedicada à morte do primeiro encerra um interessante capítulo sôbre os envenenamentos históricos. O ensaio de clínica histórica sôbre D. Afonso VI apresenta também um real valor actual.

Entre os grandes médicos portugueses do passado, dois ocupam a sua predilecção plúmitiva: Ribeiro Sanches e Amato Lusitano.

Logo na sessão de abertura da secção de Higiene do Congresso Internacional de Medicina de 1906 se ocupou Ricardo Jorge, no discurso inaugural, d'esse grande mestre da medicina portuguesa que, com o *Tratado da conservação da saúde dos povos*, foi o «criador da higiene moderna, como sciência social e arte sociotécnica».

No ano seguinte publicava-lhe duas cartas inéditas, precedendo-as de alguns comentários sobre o higienista, o pedagogo

e o patriota, do grande sábio exilado e lançado nas tempestades da Rússia por Boerhaave.

Ao estudar a rōda dos amigos de Ribeiro Sanches — de dois dos quais, João Jacinto de Magalhães e Soares de Barros, dois portugueses de punho, traça a biografia — novos achados vão surgindo da sua caneta sōbre o cirurgião dos exércitos da Rússia.

Nos *Comentários à vida, obra e época de Amato Lusitano*, a figura do médico português da Renascença avulta entre a chusma portuguesa de Salamanca.

Estavam publicadas duas monografias, independentemente uma da outra, e consagradas ao Amato: uma alemã de Max Salomon (1901), a outra portuguesa de Maximiano de Lemos (1907). Mas havia ainda muito que minuciar na obra científica e social do grande oráculo da medicina, que pôs pégada no Portugal de D. João III, na Espanha de Carlos V, na Itália da Renascença, na Flandres reformadora, no Oriente abarrotado ainda do helenismo bizantino — judeu lusitano errante, cuja obra «assume o carácter de uma crónica de subsidio para a historiografia do século XVI».

Porque Amato sintetiza em si os elementos superiores da arte judaica — «um super-homem, consubstanciando a intellectualidade suprema do Israel português, no génio, no carácter e até na desventura» — abre Ricardo Jorge a sua monografia sōbre o Amato pelo estudo social, mental e moral do hebreu português ao fechar da idade média. Nos seus *Comentários à vida, obra e época de Amato Lusitano*, emendando datas, acrescentando documentação inédita, refazendo críticas, cerzindo notas, segue o roteiro de Amato através da Europa, descrevendo o na sua terra (Castelo Branco), em Salamanca, em Portugal e nas suas digressões. Acolcheta ao estudo de Amato a solução de dois problemas importantes da *Celestina*, de Rojas, a descrição pormenorizada da Renascença médica peninsular, um quadro, a que não faltam pormenores, da vida salamantina dos séculos XVI e XVII e da sociedade portuguesa da mesma época de quinhentos e seiscentos. Vai na esteira de Amato, demorando-se aqui e além, e, chegando ao fim da viagem, está feita a história da época do médico lusitano.

Lauda a lauda, os *Comentários*, as *Centúrias*, o *Dioscórides* são analisados com o método, a persistência e a crítica que demandam estas questões históricas — as quais exigem mais largo

tempo e mais nocturno azeite, como ponderava Juvenal — ajudando-nos a compreender uma parte da história do nosso país nos séculos XVI e XVII. A medicina a seu tempo, a zoologia e a botânica são ainda apreciadas nestes trabalhos.

As relações espirituais entre Espanha e Portugal aparecem já no esboço do que mais tarde devinha árvore frondosa.

«Por toda a Espanha, as pedras, as tradições, os lugares e as crónicas nos falam de Portugal. Em Salamanca, então, que de memórias gratas para o digressionista português, por pouco que elle tenha o culto do passado glorioso da sua pátria.

«... Onde na histórica cidade mais alto ressurgem as grandezas idas da nossa terra é na crasta da *catedral vieja* na *capilla de Santa Bárbara* que, fundada pelo bispo Lucero, guerreiro e cortezão, por meados do século XIV, até 1840 serviu de sagrado paraninfo para os recipiendários dos graus académicos conferidos pela *alma mater*. Nela jaz ainda o scenário simples e solene da magistral colação. Ao meio a mesa, armada por sôbre a estátua jacente da tumba do fundador, e ladeada das grosseiras bancadas do júri; à cabeceira o *sillon de cuero* do graduando, ali encerrado desde a véspera do acto, no trânsito de uma noite de vela de armas, alumada fúnebremente pela candeia do velador, de horas cortadas pelo tanger da campá. E o recinto severo e escuro, outrora capitólio, hoje necrópole das glórias universitárias, anima-se espectralmente com os fantas togados de tanto português illustre, honrador do seu nome e do seu reino, que, ou da bancada dos mestres ou do cadeiral de sola, fez reboar a voz inteligente pelos gomos da cúpula oitava da da capelato exalçada como sede de investidura doutoral que estavam as inquirições feitas quando se dizia de alguém: Há passado por Santa Bárbara».

Só na medicina por aí passaram Amato Lusitano, Tomás Rodrigues da Veiga, Luís de Lemos, Pedro de Peramato, Pedro Vaz, Garcia Lopes, Jorge Henriques, Rodrigo de Castro, Ambrosio Nunes, Isaac Cardoso, Gabriel da Fonseca, Oróbio de Castro, Rodrigues Pedrosa, Ribeiro Sanches, e tantos outros que ali foram ensinar ou aprender.

A propósito de Amato cura ainda dos «*mestres de polpa e brado nas altas humanidades*» e que floresciam em Salamanca — dos quais reza o médico quinhentista — principalmente do insigne

helenista Herman Nunez, o *Pinciano*, que se formara na lição dos humanistas de Bolonha e na do português Aires de Barbosa, introdutor do grego nas Espanhas.

A biografia do humanista salamanquino António Nebrixa, criador da lexicologia nas Espanhas, é também esmerilhada com grande riqueza pintural.

Ao exumar do passado êsses dois grandes médicos que honraram a medicina portuguesa, nessas «*cavadelas na vala comum da história onde se fossilizaram*», «*a entendê-los e a senti-los*» se entreteve. Contam-lhe «*os seus feitos na voz apagada dos livros, puxando o comento, a critica e por vezes a admiração; a espaços fazem encrespar ironias, o sal do entendimento, ou comover penas, a simpatia da ressurreição*».

Dêsses ensaios foram surgindo factos inéditos, dados importantes para o estudo da obra e da época dos que foram glória da pátria — glória e opróbrio.

Com os Profs. Carlos Lopes, Pedro Dias, Serrano, Maximiano de Lemos, Teixeira de Carvalho e poucos mais, Ricardo Jorge procurou nestes trabalhos contribuir para o estudo da *História da medicina portuguesa*, tomando-a como expressão de uma das facetas do génio nacional. Todavia, de alguns daqueles se differença radicalmente porquanto, fazendo investigação histórica, os factos são apenas pontos de partida das idéas que afloram da sua mente. Não há só erudição; há, sim, uma completa reconstrução histórica. O saber feito apenas de citações «*não é saber, é lembrar-se*», dizia Vieira.

Alguns dos seus coetâneos na arte de Hipocrates, como Tomás de Carvalho, Sousa Martins, Serrano, Câmara Pestana, Maximiano de Lemos mereceram-lhe algumas páginas, nas quais ressaltam em relêvo os traços que os destacaram no culto da medicina e do professorado.

Em tantas das suas obras, quantos nomes da medicina nacional, com bastos achados inéditos, não exumou Ricardo Jorge, trazendo-os do esquecimento para que os tinha postergado a amência nacional à simpatia da nossa convivência e do nosso aprendizado!

Dos seus roteiros pelos grandes adais da nossa literatura respigou ainda interessantes factos que documentam o conheci-

mento médico de alguns escritores, e topou dizedelas, quasi sempre irónicas, como as que trouxe à colação em *O Médico penitente*; ridículos e doestos assacados no auto dos físicos de mestre Gil, nas censuras de Verney e nos *Burros* de José Agostinho de Macedo.

Maior que a sua cátedra do Campo de Santana é a tribuna dos seus escritos, a sua situação privilegiada no *Comité do Office de Paris* e do *Comité da Sociedade das Nações*, onde é ouvido e acatado por todo o mundo interessado nos altos problêmas da hygiene.

Médico «desde o calcanhar ao cocuruto» — assim justamente se define porque é essa a sua feição substancial — Ricardo Jorge realizou entre nós uma obra médica, na hygiene e mormente na epidemiologia, que não tem par. E até na clínica — êle que tão cêdo a pôs de ilharga — os seus trabalhos sôbre a encefalite, o mal do bicho, a acromegália (descrevendo o primeiro caso português em 1891), sôbre a litíase biliar, a cólera e tantos outros, deram-lhe foros de clínico de marca, na primeira fila dos profissionais portugueses. Com acêrto dizia Camilo em 1885, exprimindo o consenso unânime do país: «*Entreguei-me à reputação médica do Porto mais notável — o Ricardo Jorge*».

Ao lado do cientista o homem de letras. Por «amor da cultura, da língua e da arte», nas raras horas vagas dos seus trabalhos profissionais, tornou-se Ricardo Jorge um dos maiores cultores da língua pátria.

Andam esparsas por jornais e revistas, esquecidas, algumas das mais belas páginas da literatura portuguesa. É preciso enfeixar por amor da língua êsses pedaços de prosa que Ricardo Jorge espalhou tão pròdigamente.

Desde os primeiros escritos, o seu estilo e o seu vocabulário — de cada vez mais rico — se apresentam com características individuais.

«... Aquele estilo genuinamente nacional e de vigor pitoresco que destingue tudo quanto o Dr. Ricardo Jorge escreveu, de

1878 em diante, quer relativo à arte *podalíria*, quer a outras artes» — afirmou Carolina Michaëlis de Vasconcelos.

As suas *Conferências de Higiene Social* dão-nos logo no início da sua carreira pública laudas de prosa tersa, de inextinguível justeza no vocábulo e plasticidade na frase.

Camilo, nos *Serões de S. Miguel de Seide*, a elas se refere neste dizeres:

«O estilo de Ricardo Jorge desatrema de tudo que se conhece em oratória parlamentar, em dialéctica académica, em eloquência cívica dos clubes, e até em oratória de púlpito que é às vezes a mais fresca e desbragada».

! A casticidade da locução, a propriedade do vocábulo, e o poder pintural e descritivo do seu verbo!

Seja, por exemplo, a descrição do Gerez, em que a sua escritura marca o paisagista:

«Quem a meia encosta das escarpadas ribas do Cávado encarar de perfil todo o Gerez, imaginará ver a estranha corporatura dum monstro, erriçado de protuberâncias e zebreado de vales, que ali dorme o sono profundo da natureza: o espinhaço afestoado de apófises caprichosas recorta-se numa direcção sensivelmente leste-oeste; cauda e flancos encosta-os por nordeste e nascente às alturas de Barroso e às ramificações das montanhas galaico-asturianas; a cabeça ligada ao corpo pelo colo de Leonte, e coroada pelos dois tentáculos do Pé do Cabril, vem descansar entre os dois rios, o Homem e o Cávado.

«A linha longitudinal que lhe recorta o perfil do dorso majestoso sobe das eminências trasmontanas até a máxima culminância, o Borrageiro, onde desenha uma dupla gibosidade, que se eleva a 1.442 metros de altura; desce por sucessivas eminências até a garganta de Leonte, a 900 metros, para trepar logo a 1.235 metros no bifido espigão do Pé de Cabril, e vir morrer nas férteis Chãs de S. João do Campo e Vilarinho das Furnas. A linha transversal do desfiladeiro de Leonte, próximamente norte-sul, empina-se desde as margens do Cávado, apenas a 100 metros, até as nascentes do Rio Caldo, onde ascende a 900 metros, quebrando logo para o norte em declive até as cascatas do Homem».

As *Caldas do Gerez*, as *Origens e desenvolvimento da população do Pôrto*, a *Demografia e Higiene do Pôrto* são modelos

da boa prosa portuguesa, em que a frase é sempre apurada na elegância, castigada na propriedade, realçada na expressão.

Ricardo Jorge tem sido um apaixonado cultor das velhas letras, da arte, da investigação histórica e literária, de tudo, alfim, que é beleza criadora do espírito humano. No seu estudo procura o descanso para a sua mente atarefada pelas imposições do officio, realizando uma obra literária que iguala a que lhe mereceu com justeza, lá fora e portas a dentro, o nome de sábio higienista.

Na investigação histórica e literária destacam-se, entre os seus trabalhos, depois das monografias sobre as *Origens e desenvolvimento da cidade do Pôrto* e o *Gereç histórico, La Celestina en Amato Lusitano, El Greco, Francisco Rodrigues Lobo, A Intercultura de Portugal e Espanha no passado e no futuro, Camilo e António Aires*.

À leitura do Amato, deparou-se-lhe no *Dioscórides* estes dizeres: *non procul á domo Celestinae mulieris famosissimae et de quale agitur in comedia Calisti et Melibaeae*.

Trouxe êsse passo à colação como elemento importante para resolver os problemas da autoria e do local de acção da famosa comédia *Celestina*, obra das mais originaes da literatura espanhola, que ocupa, talvez, o segundo lugar depois do *D. Quixote*, consoante a opinião autorizada de Menendez y Pelayo.

Contrariamente a Foulché-Delbosq, Ricardo Jorge, baseando-se em diferentes dados apurados, e especialmente no documento de um processo inquisitorial de Toledo — publicado por Serrano y Sans — adjudica a Fernando Rojas a autoria global unívoca da *Celestina*.

A frase trasladada do Amato e diferentes argumentos, respigados da própria comédia e da topografia de Salamanca, permitem-lhe resolver as testilhas que se têm levantado sobre o local de acção da *Celestina* e sobre a realidade das personagens.

Assim, pôde afirmar que o tipo da *Celestina* foi copiado do natural, sendo Salamanca o teatro das suas scenas, ao contrário do que afirma Ortega y Maior, que a localiza em Toledo.

Menendez y Pelayo, que partilha com Carolina Michaëlis do grão-mestrado da literatura histórica da Península, preparava ao tempo (1909) o tómo III das *Origens de la novela*. Ao discutir os dizeres de Amato, aproveita o trabalho de Ricardo Jorge, ao

qual dá o devido relêvo. Mais: os juízos e argumentos do mestre português sôbre a *Celestina* são aproveitados por Menendes y Pelayo. Não podiam ter melhor consagração.

Um achado importantíssimo para a biografia de *El Greco*, que Ricardo Jorge topou nos *Apólogos dialogais* do grande escritor seiscentista D. Francisco Manuel de Melo, foi o ponto de partida da sua notável monografia, *Nova contribuição ao estudo biográfico, crítico e médico* dêsse pintor.

É mais um documento do poder do seu juízo crítico, da sua erudição e do entranhado amor de peninsular ao tesouro artístico de Espanha, a que consagra «horas forradas a outras canseiras e peregrinações devotas das suas belezas».

Postas e comentadas as espécies históricas do nosso seiscentista, aflora à sua pena a discussão de toda a obra do mestre. Desfazendo êrros e críticas, e tratando finalmente da *morbilidade* que representa a obra de Greco, dá-nos Ricardo Jorge uma das monografias mais completas que se têm dedicado à memória do mestre de Toledo, trazendo interpretação nova a velhos problemas de arte.

O *Estudo biográfico e crítico sôbre Francisco Rodrigues Lobo*, o grande mestre da língua portuguesa, é a sua melhor obra de homem de letras.

Ao ler o *Tratado de las siete enfermedades*, de Aleixo de Abreu, deparou-se-lhe na testada o soneto: *Al Autor deste livro, Francisco Rodrigues Lobo — Ultimo que hizo en sua vida*. Logo no *Mal do Bicho*, em cuja monografia Abreu foi mestre, escreveu Ricardo Jorge (1909): «Tópico que supponho desconhecido aos nossos historiadores da literatura». E era, de facto.

Êsse achado constituía uma peça importante para a biografia do grande escritor seiscentista.

Numa carta sôbre estas achegas do Abreu, Carolina Michaëlis — a introdutora de métodos e espírito científico na história da literatura portuguesa — dizia-lhe: «tais migalhas são sempre bemvindas, sobretudo num país onde o descuido descaroável da nação tem deixado em trevas a vida de quási todos os poetas».

«Em trevas e entrevada tem andado a nação» — acrescenta Ricardo Jorge.

Tempos depois, como a doença o afastasse das imposições da vida pública, para entreter o cérebro nessa inacção forçada, deu-se a esmerilhar, levado por «essa pista», a vida e obras do Lereño. Matéria virgem, nada se sabia da biografia de Rodrigues Lôbo. Do cotejo das datas e dizeres do *Tratado* do Aleixo de Abreu, da raríssima versão castelhana da *Côrte na Aldeia* do Morales, de *La Jornada* do Lôbo e das *Ribeiras do Mondego* de Sotomaior, deduziu a data da morte de Rois Lôbo, que fixou no último quartel do ano de 1622.

Do mesmo modo que a data do seu passamento, era inteiramente ignorada a da sua nasçença.

Foi o próprio escritor quem lha descortinou num tópico até então despercebido. Na dedicatória da edição autêntica da *Côrte na Aldeia* encontrou essas afirmações:

«E se alguém me julgar por atrevido em tratar de cousas de côrte, nascendo em idade em que já a de Portugal era acabada...»

Comenta Ricardo Jorge: «Ora a côrte portuguesa sumiu-se após os desastres sucessivos da morte de D. Sebastião em 1578 e do Cardeal D. Henrique em 1580. Logo, o nascimento não é anterior a 1580; não permite outra inferência o texto autobiográfico tomado a letra».

Apaixonado pelo grande seiscentista a nada se poupou, esmiuçando datas, autógrafos, decifrando textos, freqüentando bibliotecas e arquivos nacionais e estrangeiros, pagando pesquisas no *British Museum*, para construir esta obra, por tantos títulos notável, à qual não falta até a sua contribuição médica para o estudo da psicopatia amorosa ou da erotomania dos bucolistas.

«Obra prima», «edifício monumental», feita com «crítica disciplinada e arguta», lhe chamou e a julgou com a sua autoridade de mestra incontestada D. Carolina Michaëlis de Vasconcelos.

Êsse volume de xv e mais 474 páginas in-8.º grande, separata da *Revista da Universidade de Coimbra*, constitui de feito um modêlo de crítica literária, padrão dos futuros investigadores (1).

(1) Obra rara no mercado, desaparecida a pequena edição, compreende os seguintes capítulos: I — A morte e a vida; II — Na casa de Vila Real; III — Na casa de Bragança; IV — Outras relações; V — Castelhanismo; VI — Romances; VII — Églogas; VIII — Pastoral; IX — Epopeia; X — Diálogos; XI — Opúscula; XII — Resenha bibliográfica; XIII — Vida póstuma.

Esta monografia dá-lhe ensejo a estudar o seiscentismo, os escritores bilingües do século de seiscentos, a evolução da novela e ainda as relações intelectuais de Portugal e Espanha, estudo em parte novamente expellido e ampliado, com inéditas achegas, na conferência: *A Intercultura de Portugal e Espanha no passado e no futuro*, que é uma oração de grande hispanófilo em favor da intercultura peninsular, para o renascimento de um novo foco de produção e expansão humanista neste canto do ocidente.

A origem do romanceiro é definitivamente julgada nessa obra numa crítica histórica inexcedível. «O romanceiro tradicional português não é um produto autóctone, paralelo ou similar ao castelhano; é esse próprio naturalizado».

Não há mazela que desnorteie o seu juízo crítico.

Como êle descreve a evolução da linguagem até o século de setecentos, saindo da sua caneta tersa e ática os traços que gravam os caracteres da locução do Lerenó!

«Da *linguagem* em escritor de tal tempo e tómo — diz-nos Ricardo — não há senão dizer que é castiça de vinte e quatro quilates. Joeira-a de arcaísmos, de latinismos e plebeísmos. Sôbre esta vernaculidade assentam qualidades locutivas que extremam a frase do Lôbo e a graduam na evolução da prosa portuguesa. Á data da sua emissão, a *Primavera* representa um esforço novo realizado na expressividade e na textura do período. Experimentara-se a língua como instrumento novelesco nas *Saúdades* do Bernardim e no *Palmeirim* do Francisco de Moraes; desbastara-se e polira-se nos diálogos do Heitor Pinto e do Amador Arraiz. Uma nova fase lhe tocava agora, a inaugurar a magnífica prosa seiscentista — a dêle próprio na *Côrte na Aldeia*, do Bernardo de Brito, Luis de Sousa, Francisco Manuel de Melo e António Vieira».

A *Côrte na Aldeia* é «o livro mais testemunhal da sua cultura de espírito e da pureza da sua locução».

E põe no fecho do seu *Estudo* sôbre o Lôbo estas palavras: «leiam-no e hão-de amá-lo os raros e delicados que estremecem esta terra (1).

(1) Esta monografia aproveita-a Teófilo Braga nos *Seiscentistas*, sem dar conta do investigador nem da obra. *Contra um plágio do Prof. Teófilo Braga* foi o libelo violento com que Ricardo Jorge encerrou a polémica que o plágio de T. Braga provocara.

Médico e amigo de Camilo, com êle convivendo durante alguns anos, tendo recolhido muitas das suas críticas sôbre os homens e a sociedade do seu tempo, e como êle apaixonado do vocábulo e das velhas letras, ninguém como Ricardo Jorge para biografar o Mestre de Seide. Ambos possuem o temperamento a um tempo saúdoso e irónico.

«Ricardo escreve como Camilo» ou «é discípulo de Camilo» são frases sôltas e endêmicas que se ouvem a cada passo. Tais apreciações demonstram que quem as profere nem leu Camilo nem compreendeu Ricardo Jorge — se alguma vez o leu.

Cada um seguiu o seu atalho, bem diferenciada a locução, diferentemente castigada a frase, embora um e outro escrevessem a mesma língua do povo nortenho.

Nunca, porém, Camilo, um dos grandes magos da nossa língua, trabalhou a frase com a riqueza do vocabulário, com a *objectividade* da expressão que caracteriza a prosa opulenta de Ricardo Jorge. Disseca até a fibra mais fina para englobar tudo, depois, numa síntese maravilhosa.

Leia-se esta apreciação de Ricardo Jorge ao último capítulo da novela de Camilo: *Coração, Cabeça e Estômago*, em que a sua análise retrata algumas das mais belas páginas do mestre de Seide:

«Que frescura de idílio, tão singelo e tão puro — suspira a brandura clássica das musas sicélicas de Teócrito, sussurra a veia patriarcal dos carmes bíblicos de Jacob e Raquel, de Ruth e Booz. Nenhum artifício, nenhum rebusco, na aguarela campesina, lavada a côres naturais, em pinceladas dum jacto sem retoque. E que projecção retratual, apanhada em plena luz e em pleno traço: desde o espírito e o fraseado do diálogo à observação minudente dos hábitos, dos costumes, do traje e da paisagem, tudo se calca na mais achegada realidade — um *verismo* inexcusável. Português, requintadamente português, na vida que ressuma e na frase que a grava».

Em artigos esparsos, no prefácio e comentários ao *De Como me Casei*, no *Camilo e António Aires* relatou-nos Ricardo Jorge muitos aspectos interessantes da vida e obra de Camilo, pespontando, uma ou outra vez, pedaços das suas próprias memórias.

No *Camilo e António Aires* exuma do passado recente mas esquecido para a actualidade um dos maiores oradores, erudito,

vernaculista e poeta—Aires de Gouveia; estuda as primeiras pègadas de Camilo nas letras e na polémica, «o período de gestação laboriosa do prosador e do romancista»; e dá-nos uma visão panorâmica, através das suas páginas, da sociedade burguesa do Pôrto, pé-de-boi e endinheirada, e da mocidade literária dessa cidade, do meio e dos homens da geração que precedeu a sua entrada na vida, e que «enceivou» «as efflorescências e os frutos dos dois mais poderosos rebentos da literatura indígena na última metade do século xix—espíritos altíssimos e linguagistas portuguesíssimos, que, ao talante da sua arte, cunharam observacionalmente a sociedade sua contemporânea—Camilo e Ramalho».

As relações de Camilo com António Aires são aqui estudadas a propósito da crítica acirrada que a êste seu amigo fizera Camilo quando António Aires publicara anònimamente as *Comendas*.

Obra de história literária sôbre duas personalidades de alto coturno é também a história da sociedade do Pôrto dos meados do século xix.

A Ramalho vota Ricardo Jorge igual devoção. São, quiçá, os dois artistas da prosa portuguesa do século xix que lhe merecem mais louvores. A monografia sôbre Ramalho, seu professor de francês no colégio da Lapa, seguindo a linha evolutiva da sua mentalidade desde o janota do Pôrto até os seus últimos escritos, obra de gratidão e amor por êste escritor, foi quasi que o único grito a atestar a grandeza dêsse exímio cultor das letras pátrias.

*

* *

As viagens a que, por dever de ofício, a higiene internacional o obriga, ou ainda para minorar os achaques físicos, correndo meio mundo, de Seca em Meca, vieram enriquecer a literatura com três tomos de alto quilate: *Canhenho dum Vagamundo*, *Pasadas de Erradio*, *Terra Santa e Terras de Mafoma*; o último ainda não coligido, mas já publicados alguns dos seus capítulos.

Os museus, desde o Prado ao do Louvre, ao de Turim, de Bruxelas, de Berlim, de Leyde, do Cairo, ao *British Museum*, a *National Gallery* e a tantos outros, palmilha-os o romeiro na

sêde da sua paixão pela arte e conta-nos as peregrinas belezas que a sua retina focou.

Memória prodigiosa, o exame atento de um quadro despertalle logo a nascente da sua erudição artística e da sua intelligência crítica, a época e a vida do artista, a sua escola, as obras que outros museus recolheram, o significado da sua arte, etc.

Procede idênticamente quando traça a biografia de alguns corifeus da arte e da sciência da sua terra ou quando aprecia um artista estrangeiro: foca-o no seu tempo; e vemos, então, sob o seu verbo, toda uma época que se refaz.

Ao visitar os museus egípcios, desde o do Cairo ao de Londres, que síntese feliz traça Ricardo Jorge da egiptologia, desfiada em todos os seus elos, desde a língua, a escrita, a literatura, as artes, os costumes, a história, a religião, até as práticas funerárias do reino dos Faraós.

A descrição da *National Gallery* traça-a mão de mestre na escolha dos quadros e na apreciação da côr.

Na apreciação de alguns dos nossos monumentos da arte plástica, tem-se abusado em filiar na arte portugueza aquelas obras que se integram no movimento artístico europeu, e que possuem *características universais*. Assim, por exemplo, a Batalha, Alcobaça, Tomar, S. Marcos.

Arte plástica puramente nacional, expressão do renascimento portuguez, temos só uma — o manuelino. Essa, sim, que não há quem a destrone.

Estas doutrinas de crítica de arte defende-as Ricardo Jorge, ao invés de alguns críticos nacionais, com argumentos valiosos.

A análise pormenorizada das obras de arte, que coteja, leva-o, por fim, a um estudo sintético que lhe dá a solução do problema.

Assim, a visita à catedral de Westminster dá-lhe ensejo para debuxar um largo quadro da evolução e distribuição geográfica do gótico e evocar êsse milagre da arte ogival portugueza — *A Batalha* — comparando as duas catedrais pela sua flagrante parrencia.

A Batalha não faz excepção na sua gênese às outras catedrais; enquadra-se na arte do seu tempo.

Elementos autóctones são pobres os poucos que existem. No

estilo da Batalha estão os moldes dos mestres estrangeiros que foram chamados à península. Não existem características regionais.

«Que contraste — afirma Ricardo Jorge — entre a arte obscura, singela, banal, reinante no país, e aquela obra prima, tallhada a génio e a capricho, onde a regra e a indisciplina se chocam ao mesmo par que se harmonizam no mais bizarro efeito estético, onde a inspiração artística se emancipa da estreiteza de escola ou da rotina, associando os elementos arquitecturais e ornamentais com geito e escolha de marca própria. Obra prima, em suma, de mestre consumado e desabusado, de retina e dedos treinados nos centros donde a arte mediéfica se gereceu, floresceu e expandiu, um mestre, numa palavra, feito e refeito nas melhores oficinas maçónicas da Inglaterra e da França».

Arrisca a idea de attribuir ao «mal individuado mestre» Ouguet a autoria da Batalha.

Com o método genealógico ou filogenético, tão fecundo para o apuramento originário das manifestações de arte literária ou plástica, resolve Ricardo Jorge o problema genético da Batalha. As suas vantagens tinham já sido apreciadas na crítica da evolução dos géneros literários portuguezes na obra consagrada a Rodrigues Lôbo.

Aplica o mesmo método à individuação da Charola de Tomar e da Cortina de Pedra de S. Marcos. No estudo dedicado a esta conclui que o exemplar portuguez se filia na arte italiana de «tapeceiros de cortinados tumulares de Pedra dos séculos XIII, XIV e XV». Entronca-se no tipo veneziano.

Quantas notas interessantes desfia nas suas recordações de viagem! Ora a descrição de uma exposição de arte, recordações do segundo império, impressões de Paris, da Suíça, de Estrasburgo, de Londres, de Catalunha, de Madrid, de Mônaco, de Florença, de Veneza, de Berlim, de Jerusalém... A arte, a sciência, a paisagem, os costumes, a história, os homens, tudo avivado pela sua linguagem castiça e pitoresca.

A descrição do que vê e sente em terras estranhas é entremeadada com trechos da vida, dos costumes e da história da nossa terra, evocados pela sua sensibilidade de portuguez do norte.

As impressões sobre a guerra começadas com o discurso:

A guerra e o pensamento médico, em 1914, e continuadas nos *Aspectos de Paris*, na *Côrte das nações*, *Em quarentena de guerra*, etc., deram-nos algumas das mais intensas páginas da chamada «literatura de guerra», agora coroada, a cerrar fileira, pelo alemão Erich Remarque com um livro estupendo — *Im Westen nicht Neues*.

A lauda com que fecha a sua última produção literária (1929) — discurso pronunciado na sessão académica consagrada a Pio XI — onde são debatidos alguns dos maiores problemas da filosofia moderna, é das mais intensas que tem traçado a sua pena, em que à transcendência do sentimento se casa a mais pura linguagem descritiva.

Recorda o remate de um congresso das religiões realizado há anos em Chicago. No final, um frade carmelita sobe à tribuna e propõe que uma prece saída da boca e do coração dos congressistas fôsse a oração de encerramento. Foi a oração dominical...

«A oração dominical... as primeiras palavras seguidas que se me imprimiram a pouco e pouco na memória de criança — diz Ricardo Jorge — e que toda a vida ouvi rezar à minha beira... só a compreendi em toda a sua beleza, ternura e elevação, em Jerusalém, no cimo do Olivete, quando, no silêncio do expirar da tarde, a voz do Padre Nosso me vinha de todos os lados daquela imensa paisagem, a mais nobre e solene da terra — vinha do vale de Josaphat, melopeia soluçada pelos enterrados, tementes ao juízo final — vinha do horto de Getsemani, suspirada da rocha da Agonia, do sangue suado que a ensopa, e das fezes do cálix da amargura que queimaram os beiços do mártir — vinha do covo vazio do Santo Sepulcro, através da laje partida pela espádua do ressuscitado — vinha da ribeira funda do Jordão, da sua veia que corre ansiada depois que batisou Cristo, das suas águas que, vai para dois mil anos, ao verterem-se do lago de Tiberíades, aprenderam o Padre Nosso, quando ele brotou fresco, sonoro e cristalino da garganta do Nazareno, e o ficaram a murmurar eternamente — ... *Padre nosso que estais no céu!* ...»

Sejam quais forem as convicções religiosas e as doutrinas filosóficas dos que lêem esta página — e há até quem não possa nem umas nem outras — não deixarão de admirar o sentimento que flui e reflui em catadupa e que o seu verbo exalta ao evocar o cenário histórico do Cristianismo do alto de Jerusalém.

Da sua locução podemos dizer o que êle disse da de Roiz Lôbo: «Um clássico de vinte e quatro quilates, um toque máximo em que não vejo ninguém que o sobrepuje. A frase mantém-se numa tal impecabilidade que, se tiver algum vício, será tão só o excesso da sua perfeição».

Escritor bilingüe, a língua francesa em que redige os trabalhos científicos, não obstante a aridez da matéria, é escrita num «style très chaud et coloré», como lá fora o denominaram.

Mas não são só os relatórios, notas e comunicações que em francês elegante e castigado êle compõe por dever de officio e por vocação; desde a monografia sôbre a filosofia da guerra—*La Guerre et la pensée médicale*, até o capítulo dos *Aspectos de Paris—Dancings*, a mesma linguagem sai da sua pena temperada pelas qualidades que caracterizam a sua locução na língua pátria.

*
* * *

É esta a Obra que, em rápido escorço, procurámos delinear nos seus tópicos mais notáveis. Oxalá um dia possamos traçar com largueza e mais vagar o seu estudo, seguindo o roteiro ascensional desta alta mentalidade que tão pròdigamente enriqueceu a ciência e a literatura portuguesa.

Sábio da estirpe mental de Amato, Zacuto, Ribeiro Sanches e Manuel Bento, realizou uma obra científica, em matéria de higiene, que é difícil igualar dentro de portas. Ombreia com a dos mais notáveis higienistas lá de fora.

Criando essa ciência em Portugal, introduziu métodos novos para a sua prática e desenvolvimento, e novos métodos deu ainda à higiene internacional.

A *Demografia e Higiene da cidade do Porto* bastava para consagrar o nome do higienista. Mas as suas investigações epidemiológicas dos últimos vinte anos são em tal quantidade e qualidade que o seu nome passou a ser tema obrigado de citas internacionais.

E, à medida que o rol dos anos aumenta, maior a perfeição que imprime aos trabalhos científicos a juventude do seu espírito. Não envelheceu a sua mente de escol.

Indagação histórica, literária, crítica de arte, crítica de costu-

mes, crítica filosófica sôbre tantos problemas sociais, não houve comarca espiritual a que a agudeza da sua intelligência não apontasse esclarecimentos.

Francisco Rodrigues Lôbo consagrou-o definitivamente entre os corifeus da história da literatura ibérica.

Tão vasta a sua erudição em diferente matéria, tantas contribuições carregou para diferentes manifestações do pensamento, enriqueceu a tal montante a língua, o vocabulário, escrevendo numa linguagem que é um lavor de grande artista, numa terra e numa época em que o idioma português escasseia, e entre profissionais que o empobrecem e esfarrapam, que não vejo quem, pelo conjunto de tantos predicados, possa, em Portugal, pôr-se lado a lado de Ricardo Jorge. São-lhe familiares as mais recentes aquisições do pensamento, realizando bem o tipo, de cada vez mais raro, de *uomo universale*. É da mesma têmpera espiritual de Ch. Nicole, prémio Nobel de medicina, que ao lado de notáveis descobrimentos bacteriológicos nos deu obras de arte como *Marmouze*, *La Marquoize*, etc.; ou de Ranke que, com os seus estudos notáveis de anatomia patológica e de imunologia da tuberculose, nos legou esta obra eminente de filosofia kantiana — *Die Kategorien des Lebendigen*.

Mas, além da cultura enciclopédica, êle possui a sabedoria — aquela *docta ignorância*, sôbre a qual escreveram dois livros tão profundos o nosso Francisco Sanches e o alemão Nicolau de Cusa; que é, como afirma Max Scheller, o socrático saber do não saber, «aquele respeito diante da filigrana das cousas», como lhe chamou Frederico Nietzsche.

BIBLIOGRAFIA DO PROF. RICARDO JORGE (1)

1879-1889

- 1 *Um Ensaio sobre o nervosismo* — Dissertação inaugural. 1879.
- 2 *Localizações motrizes no cerebro* — Dissertação de concurso. 1880.
- 3 *Revista Scientifica* — Direcção e colaboração, 1882.
- 4 *Almanach de Amenidades Medicas* por Celsio e Fabricio d'Acquapendente (Ricardo Jorge e Max.º de Lemos). 1882.
- 5 *O bioplasma e a biodynamica* — Oração de sapiencia 1881. In *Rev. Scient.* de 1882.
- 6 *O reino dos Protistas*. Ibidem.
- 7 *Os grandes Homens e as Comemorações Civicas* — Centenario do Marquez de Pombal. Ibidem.
- 8 *Luiz de Verney*. — Centenario do Marquez de Pombal. Ibidem.
- 9 *A Educação Moderna* — Prefacio à Educação de Spencer. 1884.
- 10 *Prologos ao Anuario dos Progressos da Medicina em Portugal*, de Max.º de Lemos. 1884, 85 e 86.
- 11 *Electromedicina e electrodiagnostico* — In *Med. Cont.* de 1884.
- 12 *Higiene Social applicada à Nação Portuguesa* — Conferencias de 1884. (A higiene em Portugal, A evolução da sepultura, Inhumacão e cemiterios, A Cremação). 1885.
- 13 *Relatorio ao Conselho Superior de Instrução Publica*. 1885.
- 14 *Literatura Portuguesa. Critica da Hist. de la Litt. Port. de Loiseau*. In *Jornal da Manhã*, de 1886.

(1) — Empregaram-se os melhores esforços para deixar completo este inventário bibliográfico. Faltam, porém, algumas memórias—entre as quais, uma apresentada à Academia das Sciencias de Lisboa (1928) — orações pronunciadas e não publicadas, alguns artigos, e ainda trabalhos apresentados ao *Office Int. d'Hygiène*.

- 15 *Ensaíos scientificos e criticos* — (O bioplasma e a biodynamica, O Reino dos Protistas, Luiz de Verney, Os grandes homens, a Balneação antiga, A Educação Moderna, A Vontade, Medicina Portuguesa). 1886.
- 16 *Os Heroes do Trabalho* — de G. Tissandier com a Noticia de Varões illustres de Portugal e Brasil. 1886.
- 17 *D. Afonso VI* — Ensaio de clinica historica. In Med. Cont. 1886.
- 18 *Nota sobre o Franklinismo em Electro-diagnostico* - In Med. Cont. 1886.
- 19 *Trabalhos experimentaes sobre os fluoretos alcalinos*-In Med. Cont. 1886.
- 20 *Sur l'électrométrie et l'électrodiagnostic*, à propos de la paralysie faciale de Ch. Bell. 1888.
- 21 *Saneamento do Porto* — Relatorio apresentado à Comissão Mnnicipal de Saneamento. 1888.
- 22 *As Caldas do Gerez* — O Gerez Termal. Historia, Hydrologia, Medicina. 1888.
- 23 *Camillo Castello Branco*. — In Norte de 16-3-1888.
- 24 *Uma Visita a Seide* — In Primeiro de Janeiro, de 16-3-1888.

1890-99

- 25 *Estudo sobre a lithiase biliar*- Clinica Thermal do Gerez. In Med. Cont. 1890.
- 26 *As Caldas do Gerez* — Guia Termal. 1891.
- 27 *Acromegalia* — Um caso clínico. In Med. Cont. 1891.
- 28 *Camillo Castello Branco - Derradeiro Inédito*. In Primeiro de Janeiro de 2-7-1891.
- 29 *Camillo Castello Branco* — In Primeiro de Janeiro de 30-5-1892.
- 30 *Vocabulario Médico* por A. Cirrado — In Med. Cont. de 1892.
- 31 *Boletim Mensal da Estatistica Sanitaria do Porto* — 1893-1900.
- 32 *Nouvelle Méthode de Classification des Eaux Minérales* — In *Congrès de Besançon de la Association Française pour l'Avancement des Sciences*. 1893.
- 33 *A Epidemia de Lisbôa de 1894* — Impressões de uma missão sanitaria. 1895.
- 34 *A Diphtheria no Porto* — In Med. Cont. 1895.
- 35 *Ueber einer neuen Wasser Vibrio* — In *Centralblatt für Bact.* 1896.
- 36 *Tomaz de Carvalho* — Discurso na Soc. de Med. e Cir. do Porto. In *Gazeta Medica do Porto*. 1897.
- 37 *Sousa Martins* — Discurso na Soc. de Med. e Cir. do Porto. 1897.
- 38 *Saneamento do Porto* — Consulta da Comissão de Saneamento, apresentada à Camara do Porto. 1897.
- 39 *Origens e Desenvolvimento da população do Porto* — Notas historicas e estatisticas. 1897.
- 40 *Uma Questão deontologica* — In *Gazeta Med. do Porto*. 1889.
- 41 *Uma consulta médico legal sôbre o Gonococco* - In *Gaz. Med. do Porto*. 1899.

- 42 *Guia Médico-legal* pelo Prof. Lacassagne — Versão e adaptação portuguesa de R. J. e Max. de Lemos. 1899.
- 43 *Demographia e Hygiene da Cidade do Porto* — Clima, População, Mortalidade — com quadros e graphicos referentes a Lisboa, Porto e Reino, e confrontos internacionais. 1899.
- 44 *Resposta do Médico Municipal à Cam. do Porto sobre medidas sanitárias* — Ext. do Primeiro de Janeiro. 1899.
- 45 *A Peste bubonica no Porto* — Seu descobrimento Primeiros trabalhos. 1899.
- 46 *La Peste bubonique de Porto — Sa Découverte, Premiers Travaux.* 1899.

1900-1909

- 47 *Camara Pestana* — In Dia. 1900.
- 48 *As Pinturas decorativas da Escola Médica* — in Med. Cont. 1901.
- 49 *Legislação Sanitaria* — T. I, 1901. T. II, 1904.
- 50 *Boletim dos Serviços Sanitarios.* 1901-1910.
- 51 *Gil Vicente e a Medicina* — in Med. Cont. de 1902.
- 52 *O Primeiro Arismetico do Porto* — In Almanach do D.º da Tarde. 1902.
- 53 *O Xadrez* — In Novidades de 6-10-1902.
- 54 *Sobre o Estudo e o Combate do Sezonismo em Portugal.* 1903.
- 55 *Uma Visita a Seide* — In Novidades de 1-6-1903.
- 56 *A Cura dos Limões* pelo dr. Mirandela — In Novidades 7-6-1904.
- 57 *A morte de D. Pedro IV* — In Historia de Portugal de Barbosa Colen, Vol. 9. 1904.
- 58 *Consumo e Falsificação de Vinhos* — Cartas a D. Luiz de Castro pelo dr. Mirandela. Ext. do «Diario de Noticias», impresso mas não publicado. 1904.
- 59 *Censo dos Tuberculosos do Reino.* 1905.
- 60 *La Malaria in Portugal.* Com o prof. Morais Sarmiento. 1906.
- 61 *Le Régime Sanitaire Maritime du Portugal.* 1906.
- 62 *Le Mouvement Physiologique de la Population.* 1906.
- 63 *Ribeiro Sanches* — Discours présidentiel au Congrès Int. de Médecine de Lisbonne. 1906.
- 64 *Cartas de Ribeiro Sanches* — Ext. da Med. Cont. 1907.
- 65 *A ultima Cabra Brava* — In Seculo de 31-8-1908.
- 66 *Protecção à infancia* — *O que dizem os medicos* — Inquérito do Século de 1-7-1908.
- 67 *La Celestina en Amato Lusitano* — Contribuicion al estudio de la famosa comedia. Trad. del dr. E. Montaldo, in *Nuestro Tiempo.* 1908.
- 68 *A Parthenoplastia* — Ensaio sobre a revirginização. In Med. Cont. 1909.
- 69 *O mal do bicho* — Contribuição à Patologia Colonial Portuguesa. Ext. da Med. Cont. 1909.

- 70 *Sôbre a Capela dos Templarios de Tomar* — In *Diario de Noticias* de 14-12-1909.
 71 *Ribeiro Sanches e Soares de Barros* — Ext. da Med. Cont. 1909.

1910-1919

- 72 *Amigos de Ribeiro Sanches* — J. M. de Magellan. Ext. da Med. Cont. 1910.
 73 *Cometas antigos em Lisboa* — In *Diario de Noticias* de 13-5-1910.
 74 *A Defesa contra o Colera* — In *Med. Cont.* de 1910.
 75 *Les Bacillifères de la Zaïre et le système défensif contre le choléra par le contrôle bactériologique.* 1911.
 76 *Camillo Castello Branco, Memorias* — In. Século de 2-6-1911.
 77 *Em verdade* — Cartas publicadas no jornal *A Republica.* 1911.
 78 *O medico municipal* — Discurso no congresso dos médicos municipais. 1911.
 79 *D. Carolina Michaelis e Camillo* - In *Boletim da Academia das Ciências de Lisboa.* 1911.
 80 *Bartolomeu de Gusmão* - In *Diario de Noticias e A República.* 1912.
 81 *Prostituição e profilaxia anti-venerea* — In vol. I dos Arq. do Inst. de Higiene. 1913.
 82 *A Epidemia tífica de Lisboa em 1912* — Ibid. 1913.
 83 *El Greco* — Nova contribuição biográfica, crítica e médica ao estudo do pintor Doménico Theotópuli. Ext. da Rev. da Univ. de Coimbra. 1913.
 84 *O médico penitente* — Discurso presidencial na Sociedade das Sc. Med. Ext. da Med. Cont. 1913.
 85 *La fièvre ondulante.* — In *Bull. de l'Office Int. de Hygiène.* 1913.
 86 *La prophylaxie des maladies vénériennes au Portugal* — In, *Proc. ver. de l'Office Int. d'Hyg.* 1914.
 87 *La Lépre au Portugal* — In *Proc. Verb. de l'Office.* 1914.
 88 *A Luta contra a tuberculose* — In Vol. I dos Arch. do Inst. de Hig. 1914.
 89 *La Décroissance de la tuberculose* — In *Proc. Verb. de l'Office.* 1914.
 90 *A Guerra e o Pensamento médico* — Discurso presidencial na Sociedade de Ciências Médicas. Ext. da Med. Cont. 1914.
 91 *La Guerre et la Pensée médicale* — Ed. bilingüe da Soc. de Ciências Médicas. Seguido de *En marge d'une revue allemande.* 1915.
 92 *Lutte contre la tuberculose au Portugal* — In *Bull. de l'Off. Int. de Hyg.* 1915.
 93 *La Fièvre ondulante* — In Vol. I dos Arquivos do Inst. de Higiene. 1905.
 94 *Ramalho Ortigão.* 1915.
 95 *Comentos à Vida, Obra e Epoca de Amato Lusitano* — Ext. dos Arq. para a Hist. da Med. 1916.
 96 *A Sanidade em Campanha* — 1.^a Conferência em Tancos e na Fac. de Med. de Lisboa. 1916.

- 97 *A Sanidade em Campanha* — 2.^a Conf. na Fac. de Med. In *Med. Cont.* 1916.
- 98 *Contra um plágio do prof. Teophilo Braga* — Dados para a ethopsicologia literária de uma pedantocracia. 1917.
- 99 *Na Meca dos dispepticos* — Recordações de Lausana, Ext. da *Atlantida*. 1917.
- 100 *A Influenza* — Nova incursão peninsular — Relat. apresentado ao Cons. Sup. de Higiene. 1918.
- 101 *A Influenza e a Febre dos papatazes*. 1918.
- 102 *Tifo exantemático ou tabardilho* — Relat. apres. ao Cons. Sup. de Hig. 1918.
- 103 *De que faleciam os Conegos regrantés* — Ext. da *Med. Cont.* 1918.
- 104 *Encefalite letargica ou estupor epidémico* — Nota sobre uma nova infecção epidémica. 1918.
- 105 *A Influenza pneumonica* — Notas ao Cons. Sup. de Hig. e Instruções de 1918. In vol. II dos Arq. do Inst. de Hig.
- 106 *La Grippe*. Rapport présenté à la Conférence Sanitaire des Alliés, 1919.
- 107 *Le Rôle de l'Office d'Hygiène* — In Proc. Verb. de l'Office, 1919.
- 108 *Le Typhus exanthématique à Porto* — Ext. du Bull. de l'Off. de Hyg. 1919.
- 109 *Le Paracholéra et les porteurs de vibrions* — Ext. du Bull. de l'Off. de Hyg. 1919.
- 110 *Peste pneumonique et peste bubonique* — In Proc. Verb. de l'Office de Hyg. 1919.
- 111 *La Pandémie Grippale de 1918-19* — In Proc. Verb. de l'Office. 1919.

1920-1929

- 112 *Hygiène militante* — Allocution faite à la Conférence Sanitaire des Alliés, 1920.
- 113 *Le Typhus exanthématique à Porto (1917-19)* — Com. á l'Office Int. de Hyg. 1920.
- 114 *Discours d'Ouverture du Congrès d'Hydrologie de Monaco*. 1920.
- 115 *Sur la Nomenclature méthodique des Eaux minérales* — Congrès de Monaco. 1920.
- 116 *Les Eaux minérales du Portugal* — Congrès de Monaco. 1920.
- 117 *Le Climat Lusitanien* — Congrès de Monaco. 1920.
- 118 *1^{ère} Note générale sur la revision de la Convention Sanitaire* — In Proc. verb. de l'Off. d'Hyg. 1920.
- 119 *Francisco Rodrigues Lobo* — Estudo biográfico e crítico. Ext. da Rev. da Univ. de Coimbra. 1920.
- 120 *L'Encéphalite Léthargique* — Epidémiologie, Nosologie, Histoire — Ext. do Bull. de l'Off. d'Hyg. 1920.
- 121 *L'Encéphalite Léthargique et la Grossesse* — Transmission placentaire de la mère au foetus, Ext. du *Paris Médical*. 1921.

- 122 *A Encefalite letárgica e a Epidemiologia dos Quinhentos*—A morte de D. Manuel. Ext. da Med. Cont. 1921.
- 123 *L'Encéphalite, la Grippe et le Typhus dans les Épidémies historiques du XVI siècle*. Com. faite au Congrès Int. de l'Hist. de la Médecine à Paris. 1921.
- 124 *Rapports de l'Office d'Hygiène avec la Soc. des Nations*. — In Proc. verb. de l'Office. 1921.
- 125 *Sobre a Encefalite letárgica. Factos e conceitos* — Com. ao Congresso Luso-Espanhol no Porto. Ext. da Med. Moderna. 1921.
- 126 *La Pellagre* — In Bull. de l'Off d' Hyg. 1921.
- 127 *A Intercultura de Portugal e Espanha no Passado e no Futuro* — Conferência no Congresso Científico Luso-espanhol, com um prefácio de D. Carolina Michaelis. 1921.
- 128 *O Juiz Pinto Osório* — In Memoriam. 1921.
- 129 *II^{me} Note générale sur la Révision de la Convention* — In Proc. Verbaux de l'Office. 1921.
- 130 *Peste à Lisbonne* — Ibid. 1921.
- 131 *Traitement sanitaire des marchandises et bagages* — Ibid. 1921.
- 132 *III^{me} Note générale sur la Révision da la Convention* — Ibid. 1921.
- 133 *Chronique médico-sanitaire de la fièvre jaune à Lisbonne* — Ibid. 1921.
- 134 *Gomes Leal e Camillo* — In Diario de Noticias, 6-3-1921.
- 135 *O Obito de D. João II*. 1922.
- 136 *La Renaissance dans l'Anatomie et la Médecine au Portugal* — Pierre Brissot et Amatus Lusitanus. Congrès de l'Histoire de l'Art de Guérir, à Londres, 1922.
- 137 *Convention pour le Proche-Orient* — In Proc. Verb. de l'Office. 1922.
- 138 *Gomes Coelho e os Médicos* — in Primeiro de Janeiro 1922.
- 139 *Les Rapports de la Grippe et de l'Encéphalite léthargique* — In Proc. Verb. de l'Office, 1922 e 1923.
- 140 *Maximiniano de Lemos* — Discurso proferido na festa comemorativa da Fac. de Med. do Porto. 1923.
- 141 *A Proposito de Pasteur* — Conferência do Centenario Pasteuriano na Fac. de Med. de Lx.^a 1923.
- 142 *La Mortalité par le cancer à Lisbonne et à Porto* — Parallèle interurbain — In Bull. de l'Office d'Hygiène. 1923.
- 143 *La Fièvre typhoïde* — Rapport général sur l'Enquête de l'Off. — In Bull. de l'Off. 1923.
- 144 *Enquête sur la fièvre typhoïde* — In Proc. Verb. de l'Office. 1923.
- 145 *La contagion familiale de la Diphtérie* — In Proc. Verb. de l'Off., 1923.
- 146 *La Grippe et l'Encéphalite léthargique* — In Bull. de l'Off. d'Hyg. 1924.
- 147 *Canhenho dum Vagamundo* — Impressões de Viagem — (Vôo a Londres. De Paris, da Suissa, de Monaco, da Catalunha) — 1.^a ed. (com e sem dedic.). 1923 — 2.^a ed. 1924.
- 148 *Sur la Peste Pneumonique*, — à propos de l'Épidémie d'Alcochete — Ext. du Bull. de l'Off. d'Hyg. 1923.
- 149 *O culto de Camões* — Uma ficção convencional — In Diario de Noticias de 2-2-1924.

- 150 *La Dualité des Pestes* — In Proc. Verb. du Comité d'Hygiène da la Soc. des Nations. 1924.
- 151 *Sommaire épidémiologique de la Peste* — Ibid. 1924.
- 152 *La Peste* — In Bull. de l'Office. 1924.
- 153 *Peste Pulmonaire* — In Proc. Verb. de l'Office. 1924.
- 154 *Passadas de Erradio* — Impressões de viagem e de guerra. (II Duce, A cortina de Pedra de S. Marcos, Pela Puerta del Sol, Na córte das Nações, No Centenário Pastoriano, Aspectos de Paris, Em quarentena de Guerra) 1.^a ed., 1924 — 2.^a ed. 1926 (impresa mas não publicada).
- 155 *Sur l'Alastrim et la Variole* — Ext. du Bull. de l'Off. d'Hyg. 1924.
- 156 *Alastrim and Variola* — Translated by The Lancet. 1924.
- 157 *Julio Diniz* — Prefacio a *Julio Dents* de Egas Moniz. 1924.
- 158 Prefácio aos *Homens de outros tempos*, de Teixeira de Carvalho. 1924.
- 159 *La Peste Pulmonaire et la Grippe* — In Proc. Verb. de l'Office. 1924.
- 160 *Deuxième Rapport sur la Fièvre Typhoïde* — In Proc. Verb. de l'Office. 1925.
- 161 *La Convention de l'Opium* — In Proc. Verb. de l'Office. 1925.
- 162 *Examen de la Convention — Type pour les votes navigables* — In Procès Verb. de l'Office. 1925.
- 163 *Plan de Recherches sur la Question de la Variole* — In Proc. Verb. de l'Office. 1925.
- 164 *Rongeurs et Puces* — Ibid. 1925.
- 165 *Questions relatives à l'Extrême Orient et au Code Pan-Américain* — Ibid., 1925.
- 166 *La Fièvre jaune en Afrique* — Ibid. 1925.
- 167 *Pro Israel* — Prefácio a *Os Cristãos Novos em Portugal*, de Samuel Schwarz. 1925.
- 168 *Sermões dum leigo* — (Sousa Martins, João Semana, O médico penitente, A Guerra e o Pensamento médico, A Intercultura de Portugal e Espanha. Maximiano de Lemos, A propósito de Pasteur). 1925.
- 169 *Camillo e António Aires* — Seguido do Poema «As Commendas». 1925.
- 170 *De como me casei*, de Camillo — Versão francesa de Olivier des Chastel, com prefácio e comentários. 1925.
- 171 *Encéphalites Postvaccinales* — 1^{re} Note présentée à l'Office et au Comité d'Hygiène de la Société des Nations. 1925.
- 172 *Camillo Castello Branco* — In Diario de Noticias de 15-3-1925.
- 173 *La Maladie du Sommeil dans les Possessions Portugaises* — In Proc. Verb. de l'Office. 1925.
- 174 *La Fièvre scarlatine au Portugal* — In Proc. Verb. de l'Office. 1925.
- 175 *José Antonio Marques*, por José de Abreu — Pref. à *Cruz Vermelha Portuguesa*. 1926.
- 176 *A Cloragem das aguas de Lisboa* — In Diario de Noticias de 15 e 17-7-1926.
- 177 *La Peste Russe* — In Proc. Verb. de l'Office. 1926.
- 178 *Une Épidémie de Peste pulmonaire aux Açores*. — In Proc. Verb. de l'Office. 1926.

- 179 *Des Ictères épidémiques* — In Bull. de l'Off. d'Hyg. 1926.
- 180 *La Vaccination, la Variole et les Encéphalites postvaccinales à la Conférence de la Haye* — 2^{me} Note présentée aux Comités de l'Off. et de la Soc. des Nations — In Bulletin de l'Off. 1926.
- 181 *Les Pestilences et la Convention Sanitaire Internationale* — Vol. III, Fasc. I, Arq. do Instituto de Higiene. 1926.
- 182 *Déclarations et Propositions générales à la Conférence Sanitaire Internationale* — In. Proc. Verb. 1926.
- 183 *La Peste* — Rapport et Conclusions de la 1^{ere} Comm. Epidémiologique à la Conf. Sanitaire — In. Proc. Verb. 1926.
- 184 *Contre les Mesures quarentenaires concernant la fièvre jaune*. Conf. sanit. Proc. Verb. 1926.
- 185 *Réserves faites par le Plénipotentiaire du Portugal à la Conf. Sanit.* — In. Proc. Verb. 1926.
- 186 *Sur la Désinfection* — In Proc. Verb. de l'Office. 1926.
- 187 *Les Faunes Régionales des Rongeurs et des Puces dans leurs rapports avec la Peste* — Ext. du Bull de l'Off. d'Hyg. 1927.
- 188 *Alastrim et Variole. Vaccine. Encéphalites Post-vaccinales - I.* (Alastrim and variola — Controversy, Alastrim and variola — Discussion à l'Off. d'Hyg., Encéphalites Post-vaccinales.) — Vol. III, Fas. II, Arq. do Inst. de Higiene. 1927.
- 189 *Programme d'une enquête sur la Variole et la Vaccine* — In Proc. Verb. des Comités d'Hygiène de la Soc. des Nations et de l'Office. 1927.
- 190 *Las Séquelles mentales de l'Encéphalite léthargique au Portugal.* — In Proc. Verb. de l'Office. 1927.
- 191 *La Fièvre jaune africaine* — In Proc. Verb. de l'Off. 1927 e 28.
- 192 *Nouveaux cas d'Encéphalite post-vaccinale* — In Proc. Verb. de l'Off. 1927.
- 193 *Les Puces et les porteurs de germes de la peste* — In Proc. Verb. de l'Office. 1927 e 28
- 194 *Variole et Vaccine — Encéphalites Post-vaccinales* — Rapport présenté au Congrès d'Hygiène de 1927 à Paris. Ext. de Lisboa Médica. 1928.
- 195 *Les Types varioliques et les encéphalites* — In Proc. Verb. de l'Office. 1928.
- 196 *Rongeurs et puces dans la conservation et la transmission de la peste.* — Rapport général de l'Enquête de l'Off. Int. de Hyg. Librairie Masson. 1928.
- 197 *L'Encéphalite léthargique* — (Epidemiologie, Nosologie, Histoire, L'Encéph. et la grossesse, A Epidemiologia dos 500 em Portugal, Factos e Conceitos, Sur les rapports de la grippe et de l'encéph., Les Epidémies historiques du XVI siècle. Les Séquelles mentales). Vol. III Fasc. 3.º dos Arq. do Inst. de Higiene. 1928.
- 198 *Impressões de Viagem, não colecionadas.* In Diario de Noticias (Consoadas, Arte hebraica, A' Porta de Brandeburgo, Lusos áquem e além No Sopé de Fourvières, Givió — Givió, No Presepe de Belém, No Monte Olivete). 1924-28.
- 199 *Saude e Assistencia* — Discurso em Thomar — In Diario de Noticias. 1928.

- 200 *La famille variolique* — Communication faite à l'Office et à la Soc. des Nations. 1928.
- 201 *Les Encéphalites post-vaccinales -- Conclusions et doctrines* — In Proc. Verb. de l'Office. 1928.
- 202 *La Fièvre jaune en Afrique et au Brésil* — In Proc. Verb. de l'Office. 1928.
- 203 *Tem a palavra o prof. R. J.* — In *Seculo literario*, Jan. de 1929.
- 204 *I-H-S* — Discurso em sessão académica consagrada a S. S. Pio XI e celebrada na Sociedade de Geografia. 1929.
- 205 *La Dengue, à propos d'une épidémie navale à Lisbonne* — In Bull. de l'Office. 1929.
- 206 *Les Cas du Tuscania et la Variole anglaise* — In Proc. Verb. de l'Office. 1929.
- 207 *La Mortalité Urbaine et rurale* — Ibid. 1929.
- 208 *Plan de recherches sur les questions concernant la Variole* — Ibid. 1929.
- 209 *Esparsos* — In «Primeiro de Janeiro», «Jornal da Manhã», «Comércio do Porto», «Folha Nova», «Norte», «Diário da Tarde» — In *Novidades*, «Diário de Noticias», «Século», «Vitória» — in «Med. Contemporânea», «Jornal da Soc. das Sciencias Médicas», Arquivos do Inst. Central de Higiene, Procès Verbaux de l'Office et du Com. d'Hygiène de la Soc. des Nations, etc.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Revue Sud-Américaine de Médecine et Chirurgie

Editada pela casa Masson, de Paris

O Dr. João Coelho, nosso compatriota residente em Paris, defensor extreme da cultura latina e dos nossos interesses espirituais junto da França, vai iniciar naquela capital a publicação de uma Revista de Medicina, onde serão insertos os trabalhos scientificos da América do Sul no idioma francês.

Transcrevemos do programa :

«Os trabalhos scientificos, médicos e cirúrgicos, produzidos pelos sábios da América latina, são de cada vez mais numerosos, ao mesmo tempo que as Faculdades de Medicina e Cirurgia da América do Sul desenvolvem a sua actividade scientifica, aumentam as fontes aos seus laboratórios, organizam as suas clinicas e os seus hospitais. Mas todos estes trabalhos, publicados as mais das vezes nas revistas americanas, não encontram junto dos médicos e dos trabalhadores do mundo inteiro a attitude a que o seu valor e a sua alta situação lhes dão direito.

«Pensou uma das mais velhas casas editoras de Paris que as relações scientificas que existem há tantos anos entre a França e a América do Sul justificavam o esforço para criar em Paris um órgão destinado a servir de laço de união entre esta produção médica e cirúrgica que o Oceano Atlântico separa dos laboratórios, dos hospitais e das clinicas do antigo continente.

«A nova Revista só publicará trabalhos de origem sul-americana; mas estes trabalhos serão exclusivamente redigidos em francês, de sorte que este jornal possa ombrear na Europa com as numerosas revistas scientificas francesas das mais afamadas que se espalham por todo o mundo».

Fazem parte do *comité* scientifico da Revista as maiores autoridades médicas da América latina.

O Novo Continente, onde a investigação scientifica começa a ganhar terreno e a tomar vulto, vai mostrar à Europa o que vale a tenacidade, a energia de duas raças irmãs que, herdando as qualidades de origem, tem queimado os defeitos de tal maneira que podem ser tomadas como padrão aos hispanos.

Os povos das linguas castelhana e portuguesa, a-pesar-do incremento que estas vão tomando, quando descrevem o seu labor scientifico, têm de se exprimir—é triste dizê-lo—em lingua estranha. Só assim serão lidos, criticados e apreciados.

A obra que o Dr. João Coelho vai realizar, seguindo uma orientação que marca bem o vigor da sua personalidade e do seu espirito universalista, merece o nosso aplauso.

A *Lisboa Médica* felicita por isso o nosso illustre compatriota.

E. C.

A Cadeira de Propedêutica Médica na Faculdade de Medicina de Lisboa

DURANTE O ANO LECTIVO DE 1928-1929

Relatório do Prof. Lopo de Carvalho

Ex.^{mo} Sr. Director da Faculdade de Medicina de Lisboa:

O ensino da Propedêutica Médica, durante o actual ano lectivo, não pôde ter a mesma regularidade que consegui imprimir ao primeiro curso que regí na Faculdade de Medicina de Lisboa. Vários factores se congregaram para o perturbar, muito embora a actividade e o esforço despendidos por mim e pelos meus auxiliares fôsse maior e mais extenuante.

O falecimento do Dr. Ferreira de Mira, filho, e a grave doença que o afastou do nosso convívio durante longos meses, constituíram, sem dúvida, um dos elementos que mais prejudicou a boa regularidade do ensino e da orientação científica do serviço. Espirito vivíssimo, trabalhador pertinaz, investigador insaciável, labutava permanentemente numa ânsia continua de trabalho e de estudo. A sua brilhante preparação no ramo da Biologia, fruto da íntima convivência com o Dr. Ferreira de Mira, pai, creara-lhe uma situação especial que lhe permitia trilhar, sem dificuldades, o campo vastíssimo da investigação experimental. Essa enorme bagagem científica, que poucos médicos actualmente possuem, posta ao serviço de uma avassaladora impaciência de saber, cedo lhe proporcionou uma situação de destaque no meio científico português.

Pela seguinte lista de trabalhos publicados por Ferreira de Mira, só ou de colaboração, bem se pode ajuizar do esforço por êle despendido durante os dez fugitivos meses em que foi médico e trabalhou:

1.^o L'épreuve de la vitesse de sédimentation des globules rouges chez le cobaye normal. — Comptes-rendus des séances de la Société de Biologie.

2.^o Influence des injections sous-cutanées de sanocrysine sur la sédimentation globulaire du cobaye. — Comptes-rendus des séances de la Société de Biologie.

3.^o Quelques essais pour la détermination de l'action de l'aurithiosulfate de soude sur les bacilles de la tuberculose «in-vitro». — Comptes-rendus des séances de la Société de Biologie.

4.^o Effets de l'alimentation surrénalisée sur le développement de l'organisme et sur la fonction sexuelle. — Comptes-rendus des séances de la Société de Biologie.

5.^o Le tissu surrénal dans l'alimentation des souris. Effets sur le développement de l'organisme et sur la fonction sexuelle. — Archives Portugaises des Sciences Biologiques.

6.º Sur la morphologie du bacille tuberculeux. — Bulletin de la Société Portugaise des Sciences Naturelles.

7.º L'infection tuberculeuse pulmonaire par voie digestive. — Comptes-rendus des séances de la Société de Biologie.

8.º Sur le trajet suivi par le bacille tuberculeux, absorbé par l'intestin. — Comptes-rendus des séances de la Société de Biologie.

9.º Sur le trajet suivi par le bacille tuberculeux, du duodénum au poumon. — Comptes-rendus des séances de la Société de Biologie.

10.º Sôbre a infecção tuberculosa pulmonar pela via digestiva. — *Lisboa Médica*.

11.º Action des extraits pancréatiques sur le bacille tuberculeux. — Comptes-rendus des séances de la Société de Biologie.

12.º Sur la réserve alcaline du sang chez le cobaye tuberculeux. — Comptes-rendus des séances de la Société de Biologie.

13.º Sur la réserve alcaline du sang des tuberculeux pulmonaires. — Comptes-rendus des séances de la Société de Biologie.

14.º A reserva alcalina na tuberculose pulmonar. Considerações gerais sôbre o equilibrio ácido-base. — *Lisboa Médica*.

15.º Sôbre a acção da insulina no tratamento da tuberculose pulmonar. — *Lisboa Médica*.

16.º Le pouvoir réducteur des tissus du cobaye tuberculeux. — Comptes-rendus des séances de la Société de Biologie.

17.º Sur l'infection tuberculeuse pulmonaire par voie digestive. — *Revue de la Tuberculose*.

Foi êsse ardor ao trabalho, essa vivacidade impressionante do seu espírito, que permanentemente o impelia para a continua discussão dos mais apaixonados problemas, forçando-o a aturados estudos e horas seguidas de árduas pesquisas que, cedo, comprometeram gravemente a sua saúde. Cumpridor rigoroso dos seus deveres, não discutia nem olhava para a quantidade de energia que tinha a despender, tanto no estudo e na investigação laboratorial, como no afan diário e absorvente do serviço de Santa Maria e da sua clínica particular. Foi, por isso, ferido pela doença que mais o apaixonara e ferido mortalmente. A sua morte perturbou intensamente o serviço de Clínica Propedêutica, quer pelo desaparecimento de um dos seus mais brilhantes assistentes, quer pela perda de um dos seus mais assíduos investigadores, quer pela saúde que deixou em todos nós o companheiro leal, inteligente e sabedor que sempre foi.

*

* * *

Reduzido a um único assistente, o Dr. Vasco de Lacerda, impossível me foi desempenhar cabalmente o programa que traçara para o ensino da disciplina. Mais do que em qualquer outra cadeira, são, aqui, indispensáveis bons auxiliares, pois, como já tive ensejo de dizer a V. Ex.^a, no meu último relatório, os conhecimentos de propedêutica devem ser adquiridos, sempre que seja possível, pela observação directa dos doentes. As lições teóricas são,

é certo, indispensáveis, mas, única e exclusivamente para agrupar, em síntese, certas noções complexas e dispersas e para estabelecer directrizes na observação dos casos clínicos. O estudo da semiologia deve assentar em bases objectivas, devendo o aluno ser levado a conhecer, praticamente, não só os sintomas das diversas entidades nosológicas, como, também, os métodos e processos técnicos que conduzem à sua pesquisa e apreciação. Por seu lado, deve ser o ensino essencialmente individual, a fim de desenvolver o espírito de observação e de juízo crítico do discípulo, que deixará de ser considerado como um mero receptor anónimo da exposição do mestre, para constituir uma inteligência a desenvolver e a aperfeiçoar.

É necessário, portanto, mostrar aos alunos, não em conjunto, mas individualmente, uma colecção rica e variada de doentes em que se observem os aspectos clínicos mais diversos, os sintomas mais frequentes e os sinais mais característicos dos processos mórbidos, em ordem a que, ao entrarem na Patologia e na Clínica, lhes exista, já gravada no espírito, essa série de elementos essenciais, para fácil aproveitamento com as lições dos futuros mestres. A verdadeira, a profícua aprendizagem, só pode ser realizada colocando o aluno em contacto com o doente, na enfermaria, e com os produtos a analisar no laboratório. É indispensável que tenham a seu cargo, durante todo o ano, numerosos exemplares clínicos para interrogarem e observarem e que, num laboratório central, façam as análises e as pesquisas triviais, por forma a convencerem-se de que os conhecimentos da semiótica laboratorial devem constituir bagagem científica de todo o clínico, sendo fundamentais para o exercício consciente da profissão.

Mercê desta orientação, que se me afigura ser a melhor e que comeci trilhando na antiga Faculdade de Medicina de Coimbra, onde primeiro exerci o magistério, dividi o curso em seis pequenos turnos, como já fizera no decurso do ano transacto. Vi-me, no entanto, embaraçado no desempenho da minha missão de professor, pelo reduzido número de auxiliares da clínica. Enquanto todos os outros serviços hospitalares possuem quatro e cinco assistentes, a Clínica Propedêutica tem apenas dois! E, sem querer insinuar, muito embora se justificasse tal atitude, que é o ensino da Propedêutica o mais fundamental do grupo das clínicas, o que afirmo é que, indiscutivelmente, é o mais trabalhoso e esgotante e o que exige maior número de auxiliares.

Apelo, portanto, para o justo critério de V. Ex.^a, pedindo-lhe que consiga superiormente a distribuição equitativa dos assistentes pelos diversos serviços, criando-se, para tal fim, mais dois lugares destinados exclusivamente à cadeira de Clínica Propedêutica. É esta uma medida que se afigura justa e inadiável, para que o ensino da disciplina que me está confiada não continue sujeito a eventualidades várias, capazes de prejudicarem a boa regularidade nos trabalhos a executar, obrigando-nos, a mim e aos meus auxiliares, a um esforço esgotante, e impedindo-nos, por carência absoluta de tempo e de tranqüilidade, a realização de trabalhos de investigação científica, que nos prendem e apaixonam.

Sendo uma disciplina que exige ensino individual para que resulte proveitoso, não é possível apenas com dois assistentes para a regência das seis turmas poder imprimir à matéria a orientação pedagógica que requiere. Se o

curso fôsse pouco numeroso, um assistente bastaria. Sendo numeroso na matrícula, mas pouco freqüentado pelos estudantes, não solicitaria, também, de V. Ex.^a, mais auxiliares que comigo colaborassem. Honram-me, no entanto, os meus discípulos com elevadíssima freqüência às minhas aulas, e êsse facto constitui o testemunho frisante de que eu e os meus auxiliares procuramos contribuir com o melhor do nosso esforço para a preparação profissional dos alunos. É o que se deduz do gráfico representado na fig. 1.

A abertura das aulas de Propedêutica teve apenas lugar em 20 de Novembro, tendo-se realizado, portanto, menos lições que no ano anterior. Foi isso devido à circunstância de se terem prolongado até aquela data os exames de Clínica Médica, que me ocuparam todas as manhãs e me impediram de dedicar êsse período de dias lectivos ao ensino da disciplina. Seria, por consequência, para desejar que a segunda época de exames em Outubro terminasse, ou fôsse apenas permitida a alunos que, por motivo de força maior, não pudessem comparecer aos exames finais do ano. A continuar êste regime

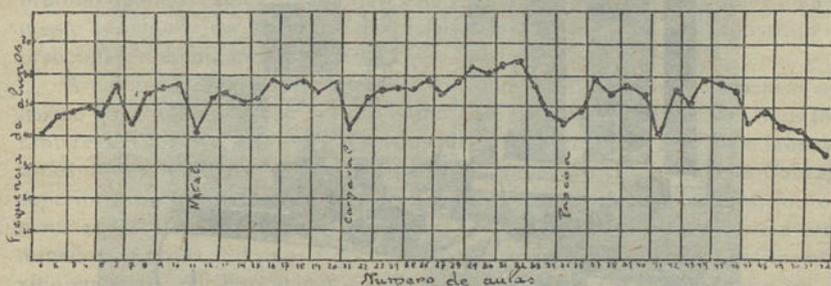


Fig. 1

de liberdade de escolha de época de prestação de provas, pode considerar-se perdido para o ensino o primeiro trimestre do ano, o que representa um grave prejuízo na educação dos alunos pela forçada redução da matéria a expor e a desenvolver.

*

* *

Como faz parte da missão do professor estimular, durante o seu estágio no magistério, as qualidades didáticas e de exposição dos seus assistentes, encarreguei o Dr. Vasco de Lacerda e o Dr. Carlos Vidal, no último trimestre do ano lectivo findo, de tomarem a seu cargo as lições teóricas do curso de Propedêutica. Os assuntos escolhidos foram: «Provas da tuberculina» e «Semiologia renal», para o primeiro, e «Semiologia do abdômen em geral» e «Semiologia gástrica», para o segundo. Assisti, como de costume, a essas lições, pois, repetindo o que escrevi no relatório do ano transacto, a minha presença tinha, sem dúvida, o significado do mútuo auxílio que entre professores e assistentes deve existir na árdua missão do ensino, significado êsse que sempre procurei salientar junto dos meus alunos, para que cedo comesçassem a respeitar, por igual, todos os que trabalham no mesmo serviço, sejam quais fo-

rem os graus universitários que os distinguem. O professor e assistentes devem constituir, na verdade, um conjunto harmónico, unido entre si pela mais franca e leal colaboração. Só assim poderá ser prático e útil o esforço extenuante despendido com o ensino e proveitoso o somatório de energias individuais e dispersas dos que procuram trabalhar e produzir.

Em harmonia com uma proposta que apresentei no Conselho da Faculdade no final do ano lectivo, e que foi aprovada por unanimidade, o Sr. Prof.



Fig. 2

Morais Sarmiento deu-me a honra de realizar no meu serviço duas lições sobre fisiopatologia do coração, como complemento das aulas de semiótica do aparelho cárdio-vascular leitas por mim e pelos meus assistentes. Nessas duas preciosas preleções conseguiu o Sr. Prof. Moraes Sarmiento condensar os conhecimentos adquiridos pelos alunos no estudo analítico dos diversos sinais e sintomas, reünindo-os e relacionando-os entre si em ordem a construírem o

síndrome e edificarem a doença, mostrando como do conflito entre cousas morbígenas e os mecanismos da reacção do organismo se podem deduzir os sintomas, prever o seu aparecimento e determinar a sua evolução.

Estas duas lições do Prof. Moraes Sarmiento mais arreigaram no meu espírito a idéa, que há muito venho defendendo, da utilidade que adviria para o ensino clínico se o curso de Patologia geral tivesse essencialmente uma feição de fisiopatologia.

Compete aos professores catedráticos, segundo o último regulamento da Faculdade de Medicina de Lisboa, fazer investigação científica e promovê-la na sua cadeira, orientando e dirigindo os trabalhos feitos nos seus serviços. Nem sempre, porém, é fácil executar esta determinação do regulamento, sobretudo quando a falta de auxiliares no ensino nos obriga a despendar toda a nossa actividade na regência da cadeira, função esta que deve constituir a preocupação dominante do professor.

A-pesar-dos motivos acima apontados que me obrigaram a dispensar ao ensino quasi todo o tempo útil da minha vida hospitalar, alguns trabalhos foram realizados por mim e pelos meus auxiliares, quer nas clínicas e laboratórios do serviço, quer no Instituto de Investigação Científica Rocha Cabral, superiormente dirigido pelo Dr. Ferreira de Mira e onde continuamos, eu e os meus assistentes, a encontrar as maiores facilidades para o estudo de determinados assuntos, e o mais franco e leal acolhimento. Com o seu precioso auxílio pudemos, por isso, dar publicidade, durante o ano lectivo — 1928-1929 — às seguintes notas e monografias :

1.^a Le pouvoir réducteur des tissus du cobaye tuberculeux, por Ferreira de Mira, fils. — Comptes-rendus des séances de la Société de Biologie.

2.^a A operação de Jacobaeus. Considerações sobre 3 doentes recentemente operados, por Lopo de Carvalho. — *Lisboa Médica*.

3.^a O problema da infecção tuberculosa, por Lopo de Carvalho. — Conferências do Instituto Rocha Cabral.

4.^a Sur l'infection tuberculeuse pulmonaire par voie digestive, por Lopo de Carvalho et Ferreira de Mira. — *Revue de la Tuberculose*.

5.^a Considerações sobre doze casos de frenicectomia, por Lopo de Carvalho e Vasco de Lacerda. — *Lisboa Médica*.

6.^a L'infection tuberculeuse pulmonaire par voie digestive chez le singe, por Lopo de Carvalho, Carlos Vidal et Nuno dos Santos. — Comptes-rendus des séances de la Société de Biologie.

7.^a Contribuição para o estudo da acção da ergotamina sobre o sistema nervoso vegetativo, por Eduardo Coelho. — *Lisboa Médica*.

8.^a O significado clínico das alterações electrocardiográficas na angina «pectoris» (nota prévia), por Eduardo Coelho. — *Lisboa Médica*.

9.^a Action de l'éphédrine sur le cœur du chien (études électrocardiogra-

fiques), por Eduardo Coelho. — Comptes-rendus des séances de la Société de Biologie.

10.^a Action de la digitale sur l'accident T de l'électrocardiogramme, par Eduardo Coelho. — Comptes-rendus des séances de la Société de Biologie.

11.^a Investigations expérimentales sur l'embolie des coronaires, por Eduardo Coelho et J. Rocheta. — Comptes-rendus des séances de la Société de Biologie.

12.^a Action de la thyroxine sur le cœur (études électrocardiographiques), par Eduardo Coelho et Rocheta. — Comptes-rendus des séances de la Société de Biologie.

13.^a Recherches électrocardiographiques sur la ligature des artères coronaires chez le chien, por Eduardo Coelho et J. Rocheta. — Comptes-rendus des séances de la Société de Biologie.

14.^a Les troubles électrocardiographiques de l'infarctus myocardique expérimental après la section des nerfs vago-sympatiques cervicaux, por Eduardo Coelho et J. Rocheta. — Comptes-rendus des séances de la Société de Biologie.

15.^a L'onde T de l'électrocardiogramme dans le collapsus expérimental, por Eduardo Coelho et J. Rocheta. — Comptes-rendus des séances de la Société de Biologie.

16.^a A malariaterapia na sífilis do quiasma óptico — Um caso clínico, por Eduardo Coelho. — *Lisboa Médica*.

17.^a Síndroma acromegálico sucedendo-se a um síndrome de Frölich, por Eduardo Coelho. — *Lisboa Médica*.

18.^a Estudo experimental do infarto miocárdico, por Eduardo Coelho. — *Lisboa Médica*.

19.^a Sub-luxação de Madelung-Dupley (*corpus curvus*), por Carlos Vidal — *Lisboa Médica*.

20.^a Sur le taux du fibrinogène, de l'albumine et de la globuline dans le plasma du cobaye, por Carlos Vidal. — Comptes-rendus des séances de la Société de Biologie.

21.^a Quelques essais sur l'influence exercée par l'étain sur les bacilles de la tuberculose «in vitro», por Nuno dos Santos. — Comptes-rendus des séances de la Société de Biologie.

22.^a Nouvelles recherches sur l'influence exercée par l'étain sur les bacilles de la tuberculose «in vitro», por Nuno dos Santos. — Comptes-rendus des séances de la Société de Biologie.

Semelhantemente ao que fizemos no final do ano transacto, estes trabalhos serão retinidos em volume e distribuidos por alguns dos principais serviços clínicos estrangeiros. Esperamos, assim, receber em troca monografias e notas clínicas que virão enriquecer a pequena biblioteca que o serviço possui.

O primeiro volume distribuido, relativo ao ano 1927-1928, deu como resultado a recepção de perto de 100 trabalhos publicados nalguns dos principais laboratórios e serviços hospitalares da Europa e da América.

Na organização dos laboratórios e enfermarias da Clínica Propedêutica continuei, como no ano transacto, a despende uma boa parte da minha actividade.

Enfermarias. — É acanhado, como já por mais uma vez tenho informado o Conselho da Faculdade, o espaço de que o meu serviço dispõe para o internamento de doentes. Possui apenas duas salas, comportando cada uma o máximo de 16 camas, e um pequeno quarto de isolamento para 3 doentes. É esta a lotação de um serviço que exige justamente uma grande variedade de casos destinados ao ensino.

Mas ainda mais: tornando-se absolutamente necessário, para a aprendizagem da semiologia do aparelho respiratório, a admissão de doentes portadores de tuberculose pulmonar, transformei o meu serviço em enfermarias destinadas exclusivamente a esta espécie de doentes, por não ser humano manter em salas pequenas como as minhas, em promiscuidade condenável, camas ocupadas por individuos tuberculosos ao lado de outras, cujos internados, sãos dos pulmões, estão sujeitos a ser facilmente contagiados pelos companheiros.

Sendo, portanto, indispensável, para aprendizagem dos alunos, a permanência no serviço de doentes com lesões bacilares em actividade, ver-me hei forçado a manter neste pé a enfermaria, com grave prejuízo do ensino dos outros capitulos da semiótica por falta de exemplares clínicos, emquanto no Hospital Escolar não fôr construido um

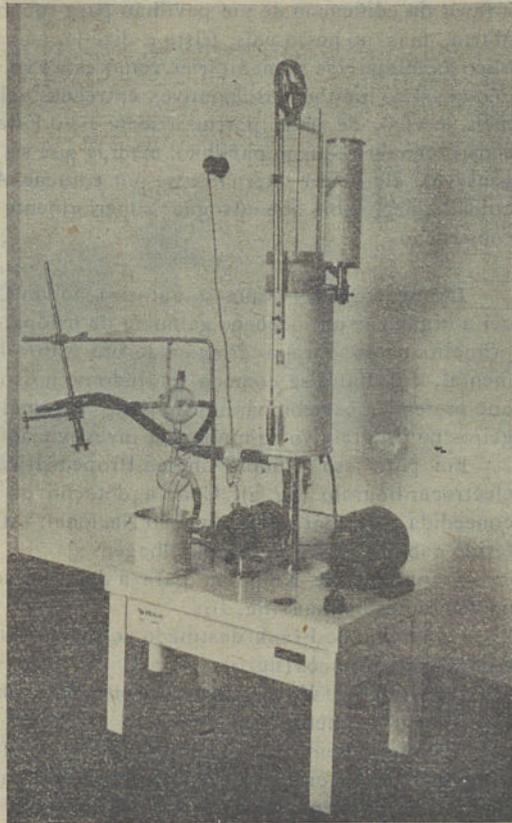


Fig. 3

pequeno pavilhão de isolamento, reservado aos tuberculosos. Construído êle para uma capacidade de 40 leitos, já o serviço de Clínica Propedêutica ficaria melhorado, pois passaria a ter o mesmo número de camas que possuem os outros serviços clínicos existentes e a dispor de doentes destinados não só ao ensino da semiótica do aparelho respiratório, como, também, da dos outros órgãos.

Tenho procurado, é certo, suprir desde já esta grave deficiência, recorrendo a doentes internados noutros serviços, principalmente no Serviço de Patologia Interna, a cargo do Prof. Padesca. Não é prática, porém, tal orientação.

Um dos jornais diários da capital iniciou, recentemente, uma subscrição a favor da edificação de um pavilhão para tuberculosos no Hospital de Santa Marta, mas no nosso país, triste é dizê-lo, não encontram eco no grande público as iniciativas humanitárias como esta; na verdade o produto da subscrição quasi se limitou aos donativos entregues pelos clínicos que trabalham no meu serviço, de onde partiu a idéa. Se o Estado não tomar a seu cargo a construção do pequeno pavilhão, medida que se me afigura inadiável e indispensável, êle ficará eternamente por edificar. A V. Ex.^a, Sr. Director da Faculdade, peço pois que advogue superiormente a necessidade da sua rápida construção

Laboratórios. — Com a autorização do Conselho da Faculdade comecei a organizar um pequeno gabinete de fisiopatologia, que deve constituir o primeiro passo para a criação de um futuro instituto de patologia experimental, cuja falta se começa sentindo no nosso meio universitário, uma vez que pretendemos acompanhar de perto os grandes centros científicos estrangeiros no progressivo-caminhar da investigação científica.

Foi para isso cedido à Clínica Propedêutica o gabinete onde já existia o electrocardiôgrafo (fig. 2). Com a dotação da cadeira e com uma verba concedida pela Junta de Educação Nacional, está já encomendada para o referido gabinete a seguinte aparelhagem:

1 aparelho de Knipping para a determinação do metabolismo basal no homem e nos animais (fig. 3).

1 aparelho de Frank destinado ao registo do pulso, do choque da ponta, e dos sons cardíacos (fig. 4).

1 aparelho de Mayer para a respiração artificial dos animais

Tomou a chefia do gabinete o assistente Dr. Eduardo Coelho que se prontificou a desempenhar, gratuitamente, o referido cargo, emquanto no orçamento não fôr criada a verba necessária à sua manutenção e ao seu ulterior desenvolvimento. Alguns trabalhos foram já realizados no decurso do corrente ano lectivo, como consta da relação atrás publicada.

O laboratório de química-física, já organizado por mim numa das dependências da Clínica, com a dotação do serviço e com o auxilio de algumas pessoas amigas, está pronto a funcionar. Destina-se, a meu ver, a um grande futuro no que respeita a investigações científicas, pois possui toda a aparelhagem necessária para um regular funcionamento e para toda a espécie de pesquisas dentro da química-física aplicada à investigação biológica. Exi-

gindo, no entanto, esta ordem de trabalhos uma especial preparação que os médicos actuais não podem possuir, por se tratar de um ramo relativamente recente da sciência, julgo indispensável que seja contratado um engenheiro químico que, durante dois ou três anos, eduque os assistentes do serviço nos métodos especiais exigidos pelas pesquisas a efectuar.

Ninguém melhor do que o Sr. Prof. Herculano de Carvalho, do Instituto Superior Técnico, poderia desempenhar-se dessa missão, pois é, sem dúvida, quem no nosso país melhor conhece o ramo da química-física a que se vem dedicando há já alguns anos. Presta-se S. Ex.^a a dirigir e organizar o laboratório e, bem assim, a fazer o ensino técnico dos assistentes e alunos que o queiram frequentar. Apesar da sua categoria dentro do magistério superior, limitou-se S. Ex.^a a pedir a insignificante remuneração de 1,000 escudos men-

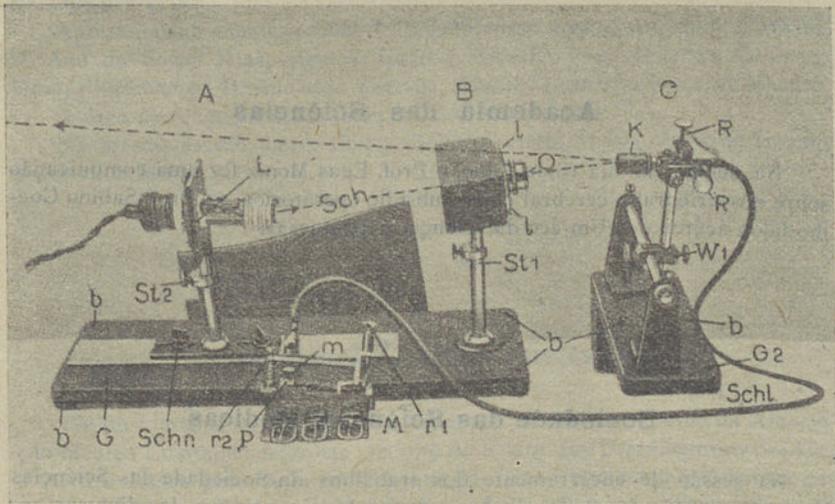


Fig. 4

sais. Ora, estando o laboratório completamente apetrechado e sendo a química-física uma sciência de que muito há a esperar nas suas aplicações à patologia, sob o ponto de vista de investigação, peço a V. Ex.^a para superiormente conseguir a referida verba, sem a qual ficará inutilizado todo o material adquirido e todo o esforço gasto na sua organização.

Aqui tem V. Ex.^a, Sr. Director da Faculdade, resumidamente exposto, o trabalho despendido por mim e pelos meus assistentes na regência do curso de Propedêutica Médica, durante o actual ano lectivo, e bem assim as medidas que julgo indispensáveis para melhor organização da Clínica, que me está confiada, e para mais produtivo rendimento no ensino da disciplina e na investigação científica.

Lisboa, 25 de Julho de 1925.

LOPO DE CARVALHO.

Faculdades de Medicina

De Lisboa

Foram nomeados assistentes da cadeira de psiquiatria da Faculdade de Medicina de Lisboa os Drs. Américo José de Assunção e António de Almeida.

Academia das Ciências

Na sessão do dia 18 de Julho, o Prof. Egas Moniz fez uma comunicação sobre «Arteriografia cerebral como subsídio operatorio», e o Prof. Sabino Coelho falou acerca de «Um eco da ciência portuguesa».

Sociedade das Ciências Médicas

Na sessão de encerramento dos trabalhos da Sociedade das Ciências Médicas procedeu-se à eleição dos corpos administrativos e das diversas comissões, tendo-se obtido o resultado seguinte :

Assemblea geral : Presidente, Augusto da Silva Carvalho ; vice-presidente, Adriano Pessa ; 1.º secretário, Fernando de Freitas Simões ; 2.º secretário, Mário Carmona ; vice-secretários, D. Pedro da Cunha e Vitor Fontes ; tesoureiro, Henrique Parreira ; bibliotecário, Costa Sacadura.

Comissão de admissão : Salazar de Sousa, Moreira Beato e Costa Sacadura.

Comissão de higiene : Belo Moraes, Nicolau Bettencourt e José Alberto de Faria.

Comissão de redacção : Celestino da Costa, Costa Sacadura, Henrique Parreira, Joaquim Fontes e Simões Raposo.

Comissão de Medicina Legal : Bettencourt Raposo, Azevedo Neves e Cardoso Pereira.

Foi apresentada uma comunicação do Prof. Sobral Cid sobre «Cura malarica na paralisia geral». Estatística da Clínica Psiquiátrica de Lisboa. (1925 a 1929).

*
*
*

Sociedade Portuguesa de Biologia

Secção do Pôrto

A Secção do Pôrto da Sociedade Portuguêsa de Biologia, na sua última reunião, deliberou exarar na acta um voto de sentimento pelo falecimento do Dr. Oliveira Frias.

Apresentaram comunicações os Drs. Manuel Pinto, Amândio Tavares, D. Ana de Sousa Dias, Almeida Garrett, Américo Pires de Lima, Celestino Maia, Pinto Nunes, D. Adelaide Estrada, Afonso Guimarães e Cesar Martins.

Acêrca das comunicações falou o Dr. Pires de Lima.

Na mesma sessão foram eleitos sócios efectivos os Drs. Almeida Garrett e Celestino Maia.

*
*
*

Associação Médica Lusitana

Foram tomadas as deliberações seguintes, na última reunião da Associação Médica Lusitana: Aprovar um voto de louvor aos Drs. Casimiro Barbosa e Álvaro Rosas pelo êxito da «Semana Médica»; agradecer à Empresa das Aguas de Vidago, Melgaço e Pedras Salgadas a oferta de 2.000 escudos; officiar às Associações Médicas de Lisboa e Coimbra para que, numa conjugação de esforços, se obtenha dos poderes públicos a promulgação da «Lei de repressão do curandeirismo»; aprovar as contas referentes ao 1.º semestre do ano corrente que acusam um saldo de 7.718 escudos; tomar conhecimento do bom andamento das diligências para a compra de terreno destinado à construção da «Casa dos Médicos»; aprovar sócios os Drs. Fernando Archer e Severiano J. da Silva.

*
*
*

Prof. Egas Moniz

Pela Faculdade de Medicina de Lyon foi convidado o Prof. Egas Moniz a ir àquela cidade, no próximo ano lectivo, receber o grau de «Doutor Honoris Causa»



Sociedade de Saúde Naval

Foi nomeado chefe da Repartição de Saúde Naval o capitão de fragata médico Dr. Duarte da Silveira.

— Está desempenhando as funções de presidente interino da Junta de Saúde Naval o capitão-tenente médico Dr. Carvalho Miranda.

A Academia de Medicina do Rio de Janeiro e o Prof. Ricardo Jorge

No banquete de encerramento das comemorações do Centenário da Academia de Medicina do Rio de Janeiro, o Prof. Ricardo Jorge pronunciou um discurso sôbre a personalidade do Dr. Oswaldo Cruz.

Também, em S. Paulo, o Prof. Ricardo Jorge realizou, na Santa Casa da Misericórdia, a convite da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, uma conferência acêrca do «Alastrim».

A Academia Brasileira de Letras do Rio de Janeiro recebeu o professor português, pronunciando o seu elogio o académico Dr. Austregesilo.

Na Casa de Portugal do Rio de Janeiro, sob a presidência do embaixador de Portugal, Dr. Duarte Leite, realizou-se uma sessão solene em honra do Prof. Ricardo Jorge.

Dr. Carlos França

Iniciaram-se, em Pisões, os trabalhos de colocação do monumento ao Dr. Carlos França.

Necrologia

Faleceu nas Caldas da Rainha o Dr. João Côrte Real.



*Tratamento completo das doenças do fígado
e dos síndromas derivativos*



Litíase biliar, insuficiência hepática, colemia amiliar,
doenças dos países quentes,
prisão de ventre, enterite, intoxicações, infecções



Opoterapias hepática e biliar
associadas aos colagogos

2 a 12 pílulas por dia
ou 1 a 6 colheres de sobremesa de **Solução**

PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos científicos

Lavagem
de **Extracto de Bilis**
glicerinado
e de **Panbiline**



1 a 3 colheres em 160 gr.
de água fervida
quente.

Crianças: $\frac{1}{2}$ dose

Depósito Geral, Amostras e Literatura: LABORATÓRIO da PANBILINE, Annonay (Ardèche) FRANÇA
Representantes para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a, Rua Nova da Trindade, 9-1.º — LISBOA

A MUSCULOSINA BYLA, VITAMINADA

SUCO MUSCULAR DO BOI, CONCENTRADO, INALTERÁVEL

FORÇA,

DÁ

SAUDE

Agentes para Portugal: **Gimenez-Salinas & C.^a**

Rua Nova da Trindade, 9 — LISBOA



JEMALT

Oleo de fígado de bacalhau desprovido do seu gosto característico desagradavel

Opinião dum medico:

„Felicito-vos por ter creado o JEMALT que é verdadeiramente um triunfo de tecnica pharmaceutica. Minha mulher por exemplo, que nem mesmo suporta o cheiro do oleo de fígado de bacalhau, está encantada com o Jemalt. Eu mesmo notei o seu gosto excelente e recitei-o largamente este inverno enquanto que até aqui não me decidia a atormentar as creanças com o oleo de fígado de bacalhau.

Dr. O. H. V.

O JEMALT é um extracto de malte contendo 30 % de oleo de fígado de bacalhau hydrogenado, sob a forma seca, sem gosto desagradavel e possuindo as mesmas propriedades que o oleo de fígado de bacalhau. Sempre que haja creanças escrofulosas, rachíticas ou fracas que precisem de oleo de fígado de bacalhau mas que o recusem, o JEMALT dá-lhes a cura, não havendo então produto que o substitua.

DR. A. WANDER S. A. BERNE

Unicos concessionarios para Portugal

ALVES & C.^a (Irmãos)

Rua dos Correiros, 41-2.^o — LISBOA

Amostras e literaturas á disposição dos interessados

Sal
Est
Tab
N.º