

Ano VI

N.º 11

Novembro de 1929



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

*Custódio Cabeça, Belo Moraes, 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, Moraes David, Fernando Fonseca
António de Meneses e Eduardo Coelho*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

KALOGEN

Solução de Compostos Halogenados de Cálcio
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 a) por dia produzem **diurese prompta**, reanimam o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA**, **DYSPNEA**, **OPPRESSÃO**, **EDEMA**, Lesões **MIRAES**, **CARDIOPATHIAS** da **INFANCIA** e dos **VELHOS**, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

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

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

3, Boulevard St. Martin Paris — PHARMACIAS.

RICINOSAL

OLEO DE RICINO EM PÓ EFERVESCENTE

Purgante eficaz e muito

agradavel de tomar

Verdadeiro substituto do

oleo de ricino vulgar

II INDICADO PARA II

CRIANÇAS*GRÁVIDAS*PUÉRPERAS

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

PARA AMOSTRAS DIRIGIR-SE AOS REPRESENTANTES:

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

LISBOA

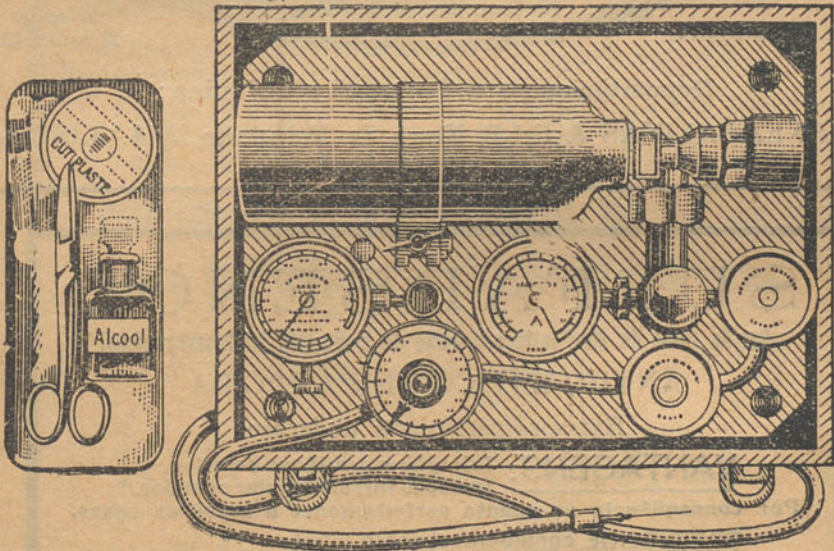
Oxigenador do Dr. Lesieur

D A

S. T É O X I G E T T

É o unico aparelho que permite uma prática perfeita e segura na oxigenotherapia sub-cutânea

É SIMPLES, ECONOMICO E PORTATIL



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

Pedir todos os esclarecimentos e demonstrações aos representantes e depositários

DAVITA, Limitada

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

Depositários para Portugal e Colónias :

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

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos 606, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em ar)

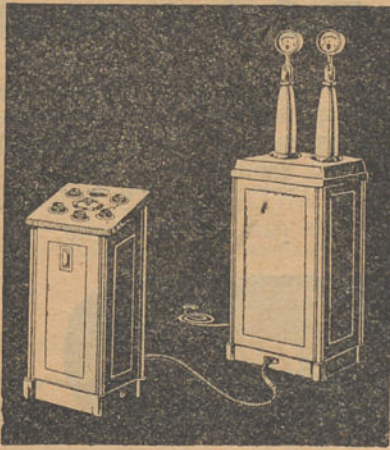
Muito **EFICAZ** na orquite, artrite e mais complicações locais de Blenorragia, Metrite, Salpingite, etc.

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

R e u m a t i s m o

Não pretendemos que a ANTIPHLOGISTINE cure o reumatismo, mas há já vinte e quatro anos que os médicos a aplicam com bons resultados, como um adjuvante analgésico e paliativo em casos desta doença.

Pretendemos sim, que a ANTIPHLOGISTINE é o tratamento local de maior eficácia para o reumatismo.

Antiphlogistine
TRADE MARK

Alivia a inflamação dos musculos e articulações que estão inchados e doridos devido á retenção, impedindo a eliminação do corpo adoentado e dando lugar a uma reparação fisiológica.

A ANTIPHLOGISTINE não tem interferência alguma com medicamentos internos.



Peçam amostras e prospectos á

The Denver Chemical MFG. Co., New-York
LABORATORIOS: - Londres, Paris, Berlim, Barcelona, Buenos Ayres, Sydney, Montreal, Mexico City, Florence, Rio de Janeiro.

ROBINSON, BARDSLEY & Co.

S. Caes do Sodré, S

LISBOA

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

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

N.º 1 — Lacteo, para recém-nascidos
N.º 2 — Lacteo, dos 3 aos 6 meses
N.º 3 — Mallado, depois dos 6 meses e adultos
Diet — para dispepticos e velhos
Biscoltos — maltados, para o desmame
Farinha — para diabéticos, etc.

Oleo de Fig. de Bac. — com malte (Byanol)
arafina — contra prisão de ventre
Extracto de Malte — puro (Torch)
Pastilhas — mentol, eucalypto, 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

USADOS

pelo HOSPITAL DA MARINHA
 pela ASSISTENCIA NACIONAL AOS TUBERCULOSOS, etc.

A' venda nas FARMACIAS de todo o mundo

INSULINA 'A.B.'
 MARCA DE  **Brand**

Esta Insulina foi a 1.ª apresentada na Inglaterra á classe médica e após 5 anos mantém a reputação de ser a de maior confiança e a demais seguros e 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 acção da INSULINA . B. avalia-se por meio das mais completas provas fisiológicas e baseia-se na unidade convencional e no produto-padrão

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

A P R O V A D A :
 pelo III.^{mo} Prof. Dr. ERNESTO ROMA
 pela ASSOCIAÇÃO dos DIABÉTICOS
 A de maior venda no país e
 A ÚNICA adquirida
 pela MISERICORDIA DE LISBOA

Fornece-se em duas forças :

20 UNIDADES POR C. C.
 5 c. c. (frascinhos de 100 un. ou 10 doses)
 25 c. c. (frascinhos de 500 un. ou 50 doses)
 40 UNIDADES POR C. C.
 5 c. c. (frascinhos de 200 un. ou 20 doses)
 A disposição dos srs. clínicos o folheto «Notas Práticas Sobre o Tratamento pela INSULINA».

FABRICANTES UNIDOS:

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

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

Hãmafopan

do Dr. A. WOLFF, BIELEFELD

Depositários:

Henrique Linker, .da — LISBOA

Rua de D. Pedro V, 32-36

HEMOGLOBINA - FERRO

Extracto de Malte

RICO EM VITAMINAS

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

Resultados excelentes!
Sabor agradável

SPETON

PASTILHAS
ANTISEPTICAS
E
PROFILATICAS

O protector
ideal para
as mulheres

Conhecidas
desde ha mais
de 25 anos

Poderoso desinfectante
vaginal



GONOCIN

(Gonocidin)

Antiblenorrágico 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

Fabricante: TEMMLER-WERKE, Berlin-Johannisthal

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

Película EASTMAN

para Raios X
Contraste Dupli-Tized

Películas radiográficas

Pathé

A nova película Contraste Dupli-Tized representa um progresso considerável, devido á pureza das suas transparências, á sua resistência ao véu químico e á profundidade dos seus negros. A sua extrema rapidês permite obter imagens muito detalhadas e duma notavel visibilidade. E' absolutamente insensível ás marcas de fricção

Dotadas duma grande sensibilidade aos Raios X, as películas radiográficas "Pathé", oferecem aos radiologistas diferentes variedades de emulsões, susceptíveis de adaptação aos mais variados trabalhos:

Películas radiográficas rápidas.
Películas radiodiaphanes.

Os Serviços Técnicos de Kodak Ltd., Rua Garrett, 33, Lisboa, respondem com o maior prazer a quaisquer consultas que lhes sejam dirigidas sobre assuntos radiográficos, e fornecem, contra pedido, plantas de instalação de laboratórios.

Kodak, Limited — Rua Garrett, 33 — LISBOA

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: _____ Colónias e estrangeiro: _____

Ano, 60700

Ano, 80700

NÚMERO AVULSO: 8700 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

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

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

MÜLLER



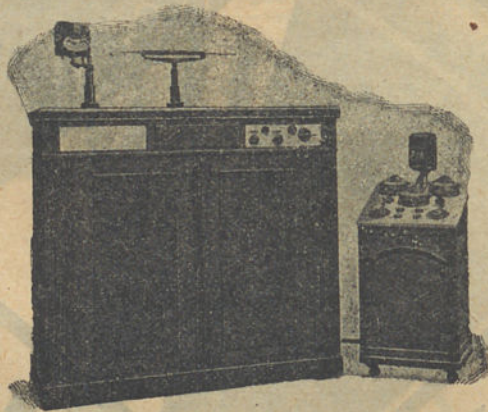
METALIX

Sistema Philips
Protecção Completa
Máxima nitidez
Facilima Centração
Máximo Rendimento

Sociedade Comercial Mattos Tavares, L.^{da}

Rua dos Fanqueiros, 218, 3.º Dt.º - LISBOA

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



CONTACTO GIRATORIO TIPO M. S.

FORNECIMENTOS DE RADIO DA CASA
RADIUM BELGE — BRUXELAS

CONCESSIONARIOS EXCLUSIVOS
S. I. C. E.

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



DOUTOR

Quando se trata de receitar a Valeriana tem por ventura receio de dar ao seu doente um medicamento de cheiro desagradavel?
 Nesse caso receite o Valerianato Cabail Inodoro, ou o Elixir Cabail Valeriano Bromurado, que tem uma acção tao eficaz quanto agradavel e tomal-o.

Amostras á disposiçào dos Ex.^{mos} Srs. Médicos.

Representante

Sarangeiras & Agostinho, L.^{da}

Rua dos Fanqueiros, 366, 2.^o

LISBOA

2 novidades em vacinoterápia

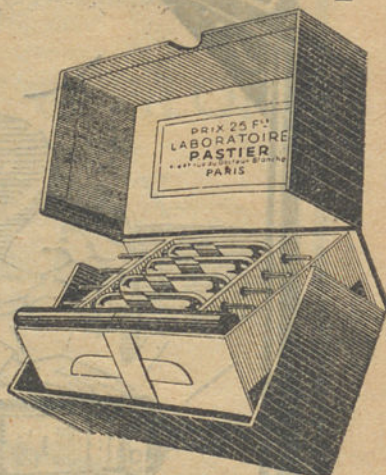
«Dupla superioridade

Acção directa sobre o micróbio
Ausência de reacção febril... »

colitique

vacina curativa anti-colibacilar
(segundo a técnica do Doutor FISCH)

a que melhor realisa
sob a forma bucal,
a vacinação
anti-colibacilar (1)



(1) Outras formas: Injectavel e filtrado para applicações locais.

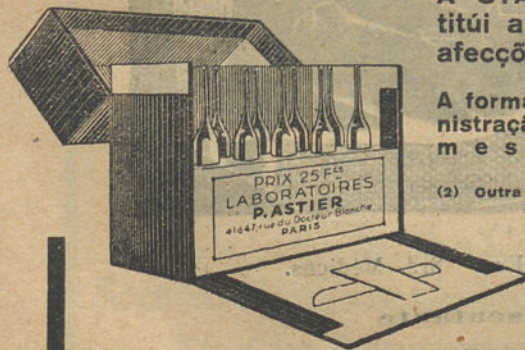
stalysine

vacina curativa anti-estafilococica
(segundo a técnica do Doutor FISCH)

A STALYSINE injectavel constituiu a melhor terapeutica das afecções estafilococicas.

A forma bucal (de mais facil administração) pode usar-se com o mesmo successo. (2)

(2) Outra forma: filtrado, para pensos sobre focos abertos.



Colitique e Stalysine

há mais de dez anos que são ensaiadas com successo em muitos serviços dos Hospitais de Paris.

Literatura e Amostras

LABORATOIRES ASTIER - 45, Rue du Docteur Blanche - PARIS

ou nos representantes para Portugal e Colónias

GIMENEZ-SALINAS & C.^a - R. Nova da Trindade, 9 - Lisboa



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Terapêutica do bócio pelo silício</i> , por Mário Rosa e Diogo Furtado	pág.	643
<i>A malariaterapia na sífilis do quiasma óptico</i> , por Eduardo Coelho	»	650
<i>Histero-salpingografia</i> , por Moura Relvas	»	657

Notas clínicas

<i>Indicações e contra-indicações do pneumotórax terapêutico</i> , por Armando Narciso	»	676
--	---	-----

Bibliografia

<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	»	689
<i>Notícias & Informações</i>	»	CXLVII

Trabalho da 2.^a Clínica Médica

(Prof. Pulido Valente)

TERAPÊUTICA DO BÓCIO PELO SILÍCIO

POR

MÁRIO ROSA e DIOGO FURTADO

Data já de longos anos o emprêgo do silício na terapêutica. Usado em diferentes afecções cutâneas, como pênfigos simples, exfoliativos, furunculoses, ulcerações de difícil cicatrização, constituiu êle sobretudo uma esperança mais no tratamento da tuberculose pulmonar. O facto do silício, depositando-se no tecido conjuntivo, determinar da parte dêste uma reacção hiperplástica que provocaria em tôrno dos processos tuberculosos a tão desejada fibrose curativa, levou muitos autores, principalmente alemães, a preconizarem o seu emprêgo naquela doença. Os resultados alguns têm sido; determinados processos tuberculosos, principalmente aqueles em que as lesões de fraca intensidade evolutiva têm já de si uma certa tendência à transformação fibrosa, são realmente susceptíveis de melhorar com o uso continuado do silício. Quere-nos mesmo parecer que o seu emprêgo em tais casos não tem sido divulgado com o interêsse que merece o seu real valor.

Não é, porém, o papel terapêutico do silício na tuberculose que objectivou o nosso trabalho. Os bócios, com ou sem disfunção tiroideia, são também susceptíveis de melhorar com o silício, e a acção dêste em tais circunstâncias é digna de estudo e aprêço.



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

Foi Bircher quem, em 1925, estudou pela primeira vez a acção terapêutica dêste elemento nos bócios.

Baseava-se para isso nas investigações anátomo-patológicas em que Schultz verificou que uma das vias de eliminação do ácido silícico, a par do pâncreas e dos órgãos hemopoiéticos, é precisamente a glândula tiroideia. Bircher admite, como consequência de tais investigações, que poderia existir um bócio por deficiência de silício, e chega a pensar que a profilaxia silícica do bócio seria tão razoável como a iódica, tendo sôbre ela a vantagem do seu nulo perigo.

Sob o ponto de vista terapêutico compreender-se hia, teóricamente, uma acção benéfica do silício sôbre o bócio com disfunção glandular. Rössles que, histològicamente, estudou também êste assunto, constatou que o silício se depositava no tecido de neoformação e no tecido intersticial, produzindo um aumento dêste último com consequente regressão dos acinos glandulares e do volume total do órgão. Assim, nos bócios tóxicos o aumento de tecido intersticial, determinando uma redução dos acinos e uma diminuição da irrigação da glândula, traria, como consequência, uma diminuição da secreção tóxica; nos bócios simples, em que a única perturbação é o aumento de volume, mais razoavelmente ainda se compreenderia a atrofia.

Estas ideas foram applicadas na clinica pelo próprio Bircher, que tratou pelo silício 30 doentes de bócio de adolescência, obtendo resultados que classifica de encorajantes.

Administrou nuns silício e iodo, noutros apenas silício, e conseguiu, em períodos que vão de 4 a 6 semanas, a melhoria acenuada da maioria dos casos. Bircher empregava o silício ou por via oral, sob a forma de produtos orgânicos, ou em pomada a 10-20 0/0, em applicação local.

Finkelstein, na Soc. de Medicina Interna e Pediatria de Berlim (1925), referiu-se também, entusiasticamente, ao emprêgo do silício nos bócios da adolescência, e, mais tarde, Liebesny (Soc. Med. de Viena) apresentou 8 casos de bócio tóxico em que o silício teria feito baixar o metabolismo basal, aumentar o pêso e diminuir os suores; não observara, porém, diminuição do volume do pescoço, o que está em manifesto desacôrdo com a opinião de Bircher.

Para podermos formar uma idea pessoal do valor do silício

na terapêutica dos bócios, empreendemos nós próprios o tratamento de vários casos, aplicando nêles, a princípio, apenas o silício, e nalguns, mais tarde, a associação de silício e iodo.

O silício administrámo-lo, também, em combinação orgânica, sob a forma de Silistren (Bayer), quimicamente o éter tetraglicólico do ácido o-silícico.

Empregámo-lo, sempre, em uso continuado, durante bastante tempo; os doentes começaram ingerindo 15 gotas, três vezes por dia, às refeições, e foram aumentando o número de gotas, 5 de cada vez, de 3 em 3 dias, até perfazer 30 gotas por dose, continuando depois, assim, até findar o tratamento.

O iodo, quando o empregámos, fizemo-lo segundo as normas adoptadas nesta clínica (soluto de iodeto de potássio a 5 % em doses crescentes).

Nunca observámos, pela terapêutica silícica, fenómenos de intolerância ou sintomas relacionáveis com intoxicação.

Vamos, agora, reunir as histórias clínicas das doentes sujeitas à medicação silícica; o seu conhecimento e o dos resultados obtidos permitir-nos-hão tirar algumas conclusões que reputamos úteis.

OBSERVAÇÃO I. — M. J. S., 45 anos. Solteira. (Cama 4. Enfermaria M 2 B).

Baixa queixando-se de um tumor no pescoço. Nota êste tumor desde há três anos, época em que lhe apareceram também perturbações nervosas, como tremor geral, crises de pranto, mau humor, sensação de calor interno, etc.

Sono agitado, com suores nocturnos; muitas palpitações. Queixa-se ainda de diarreia, vômitos e astenia. Tem freqüentes perturbações menstruais e tem emmagrecido bastante.

Antecedentes pessoais e hereditários. — Sem valor. 2 partos de têrmo, eutócicos.

Exame objectivo. — Doente emmagrecida, agitada, com tremor digital.

Corpo tiroideu difusamente aumentado de volume, mais acentuadamente o lobo direito. Mole e indolor à palpação.

Restantes órgãos e aparelhos normais.

Não tem taquicardia apreciável (82 p. m.).

Não tem exoftalmos.

Diagnóstico clínico. — Bócio tóxico.

Metabolismo basal. — (1 de Março de 1929) = + 27 % (Ap. de Krogh).

Pêso da doente. — 58^{kg},800.

Começou nesta data fazendo uso do Silistren.

Em 31 de Março a doente sente-se muito melhor; pesa, 59^{kg},400 e o seu metabolismo basal é então de + 10 %.

Em 28 de Abril a doente, que pesa já 62^{kg},300, tem alta, sentindo-se bem. O seu metabolismo basal medido nesta altura é de + 2 %.

OBSERVAÇÃO II. — A. B. S., 35 anos. Casada. (Cama 45. Enfermaria M 2 B). Baixa queixando-se de cansaço e emmagrecimento. Sente-se pior há cinco meses; cansa-se muito e tem frequentes palpitações. Bastantes suores; num ano emmagreceu 10 quilos. Sente-se muito nervosa, de humor instável, e tem tremor.

História progressa e antecedentes sem nada de notável. Um parto de têrmo; menstruações irregulares, pouco abundantes.

Exame objectivo. — Revela uma doente emmagrecida, bastante nervosa, mas normal sob o ponto de vista da exploração dos seus órgãos e aparelhos. Taquicardia.

Não apresenta bócio palpável. Pesa à data da admissão 45^{kg},200.

Executada a determinação do metabolismo basal, revelou esta um aumento de + 28 %. Começou em 7 de Março a tomar Salistren; em 3 de Abril nova determinação mostra o metabolismo já normal, + 10 %.

Quere dizer, nesta doente, em menos de um mês de tratamento, o metabolismo regressou à normalidade, acompanhando a regressão dos sintomas. Nessa data o pêso da doente era já de 47^{kg},800.

Mais tarde (30-IV-29) a doente tem, sem causa aparente, uma brusca subida do seu metabolismo basal, até + 36 %. No entanto mantém-se bem e pesa nessa data 50^{kg},900.

Administrámos-lhe de novo silício, agora associado ao iodo; a doente continua melhorando e tem alta em Abril, sem sintomas e pesando 52^{kg},700.

OBSERVAÇÃO III. — E. M. B., 19 anos. Solteira. (Cama 27. Enfermaria M 2 B).

Reinternada por agravamento dos sintomas anteriores. Sofre de bócio tóxico; quando do seu primeiro internamento queixava-se de cansaço, suores, emmagrecimento e aumento do volume do pescoço. O metabolismo basal que nessa data era de + 36 % reduziu-se depois, pelo tratamento iódico, a + 22 %. A doente foi então transferida para cirurgia, onde lhe foram feitas as laqueações de duas artérias tiroideias. Após a sua saída daquele serviço piorou, voltando a ingressar nesta clínica.

A primeira medição do M. B. feita então acusa um considerável aumento (+ 47 %). A doente sente-se, com efeito, muito pior, tendo emmagrecido bastante. O seu pêso, que antes da operação era de 50^{kg},600, é agora apenas de 46^{kg},800.

Começámos, após o seu reingresso aqui, preparando a doente para o tratamento naturalmente indicado, a tiroidectomia. Em 18 de Março começou tomando Silistren; em 29 de Abril, muito embora tenha engordado (pesa 48^{kg},800) o seu M. B. mantém-se elevado (+ 55 %) e a doente não se sente melhor. Associámos então iodo ao tratamento, e em 23-V-29 há melhoras subjectivas e o M. B. é apenas + 20 %.

LISBOA MÉDICA



JUNO

KLIMAKTON



contra os
distúrbios do climacterio

COMPOSIÇÃO:

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

Tubos com 20 e frascos com 50 drageas.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN SOBRE O RHENO;

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

OBSERVAÇÃO IV. — M. C., 55 anos. Casada. (Cama 38. Enfermaria M 2 B).

Baixa queixando-se de um tumor no pescoço. Este tumor, de menores dimensões que as actuais, existe já há mais de vinte anos. Há cinco meses, porém, começou tendo perturbações nervosas, como palpitações, tremor, suores e calor interior. Emmagreceu e tem tido diarreias.

Ao mesmo tempo o tumor, porque o seu volume tem crescido, dificultou-lhe um pouco a deglutição.

Exame objectivo. — Doente um pouco emmagrecida, nervosa, com tremor digital. Corpo tiroideu bastante aumentado de volume, com um nódulo maior, mal limitado, ocupando a parte interna do lobo direito. Órgãos e aparelhos normais à observação. Pulso com 72 p. m. M. B. = + 21 % (3-VI-29).

Diagnóstico. — Adenoma tóxico da tiroideia.

Começa naquela data tomando Silistren.

Em 21 de Junho sente-se muito melhor, menos palpitações e suores, mais sossegada e já não tem diarreia. M. B. = + 14 %.

OBSERVAÇÃO V. — E. C., 34 anos. Solteira. (Cama 24. Enfermaria M 2 B).

Baixa queixando-se de cansaço e palpitações. Está doente desde Setembro; começou por essa época a sentir-se constantemente cansada, com abundantes suores, palpitações, irascibilidade permanente e mau dormir.

O pescoço aumentou-lhe de volume, e os olhos tornaram-se acentuadamente salientes.

Antecedentes de nulo valor.

Exame objectivo. — Doente emmagrecida, nervosa, com exoftalmo bilateral muito nítido. Sinais oculares de bócio positivos. Aumento de volume total do corpo tiroideu. Órgãos e aparelhos normais à observação; taquicardia (96 p. m.)

M. B. = + 28 % (9 de Junho de 1929).

Diagnóstico. — Bócio tóxico com exoftalmos (doença de Basedow).

Começou naquela data ingerindo Silistren; em 21 de Junho a doente sente-se mais calma e aumentou dois quilos de peso. M. B. = + 5 %.

A taquicardia e o exoftalmos diminuíram, também, sensivelmente.

Em qualquer das Observações precedentes sobressai a acção nítida que o silício exerceu sobre os fenómenos de intoxicação tiroideia. Em três delas (Obs. I-IV-V) o tratamento foi feito unicamente pelo silício; a doente da Obs. I saía curada, a da Obs. V está também em via de cura, e quanto à doente IV, já quasi livre dos sintomas tóxicos, ser-lhe-há extirpado agora o adenoma que apresenta no lobo tiroideu direito. Todas estas doentes engordaram e em todas elas os sintomas atribuíveis à tireotoxemia regressaram por completo.

Na doente da Obs. II houve também melhoria do estado ge-

ral, aumento de pêso e queda dos sintomas; o metabolismo basal, porém, que a princípio acompanhava a melhoria, sofreu depois um brusco aumento, não voltando a diminuir pelo silício. Neste caso, a posterior associação de iodo ao tratamento resolveu o problema, normalizando o M. B. ao mesmo tempo que se mantinham as melhorias obtidas pelo silício, quanto aos sintomas subjectivos e ao estado de nutrição.

Na doente da Obs. III, finalmente, o silício apenas nos pareceu ter alguma acção sobre a nutrição da doente. Caso antigo, sujeito anteriormente a vários tratamentos, incluindo mesmo o cirurgico, o fracasso da terapêutica silícica nestas circunstâncias não nos pode diminuir em nada a opinião que sobre o seu valor se colhe das observações anteriores.

Não se vá porém supor, ao que vimos descrevendo, que é pretensão nossa substituir totalmente na terapêutica dos bóciós, e na sua preparação operatória, o iodo pelo silício. Em observação alguma das que publicamos o sindroma de intoxicação tiroideia apresentava aquele aspecto de gravidade e agudeza que tantas vezes se depara ao clínico; e precisamente nestes casos o silício, pela sua acção lenta, de pouca valia poderá ser. Os bóciós graves com grande toxemia e conseqüente alteração do estado geral não seriam compatíveis com a demorada acção do silício.

Em compensação, os bóciós de menor gravidade, com aumento moderado do metabolismo basal, mas em que nem por isso as perturbações subjectivas deixam de ser grandes, parecem-nos mais indicados para a terapêutica silícica que para a iódica, visto aquela apresentar sobre esta a vantagem da sua inocuidade, e, se são verdadeiras as investigações anátomo-patológicas em que nos fundamentamos, do seu resultado definitivo. O iodo só viria nestes casos a ser empregado quando pelo silício se não conseguissem obter a normalização do metabolismo e as melhoras necessárias ao bem-estar do doente ou à intervenção cirurgica.

Os bóciós simples, sem sinais de intoxicação tiroideia, constituídos apenas pela hipertrofia do corpo tiroideu, são, nas nossas clínicas, pouco freqüentes. No entanto, no unico caso que tratámos com silício, observámos realmente, ao fim de mais de um mês de tratamento, uma diminuição, embora pequena, do

DRYCO

LEITE EM PO'

Contem todos os elementos exigidos pelo Lactante

É importante saber-se que o leite séco DRYCO contém em quantidade a vitamina anti-neurítica, tão necessária, especialmente no periodo da lactação. Este facto está positivamente demonstrado pelas experiências feitas em animais com os diversos tipos de leite: condensado, pasteurizado, etc. A evidencia da baixa quantidade desta vitamina na maioria dos diversos tipos de leite que foram sujeitos á acção da temperatura elevada, manifestou-se nos animais lactantes por uma súbita perda de peso ou inhabilidade para o aumentar, com incoordenação dos músculos, manifestações estas acompanhadas de tremores e de morte imediata.

Nos animais alimentados com DRYCO *não se observaram estas manifestações*, e o seu desenvolvimento foi normal, ou melhor ainda do que o normal.

The Dry Milk Company

15, PARK ROW — NEW YORK

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

Representantes para Portugal e Colónias

GIMENEZ-SALINAS & C.^a

R, Nova da Trindade 9, 1.º — LISBOA

CAFIASPIRINA

Combate eficazmente
reumatismo, gripe, nevralgias

Reune as reputadas vantagens da
Aspirina com as conhecidas
qualidades vasotónicas da



==== Cafeina ====

DOSES

No reumatismo, gripe — 1 a 2 comprimidos 3
vezes por dia.

Nas dôres de cabeça, nevralgias — 2 comprimi-
dos 1 a 2 vezes por dia.

Nas intoxicações pelo alcool — 1 comprimido 2
a 3 vezes por dia.

No emfisema — um comprimido 2 vezes por dia.

Nas cólicas menstruais — 1 comprimido 2 vezes
por dia.

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Departamento farmacêutico "*Bayer-Meister-Lucius*"

Representante-Depositário

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150, 3.º

LISBOA

volume do pescoço. Como são muitos porém os factores que podem influir nestas variações, e como o caso é um apenas, não nos podemos filiar por ora, a êste respeito, nas conclusões de Bircher.

Limitar-nos-hemos, assim, a tirar, das observações que expozemos, as conclusões seguintes :

I) O silício constituiu um novo elemento na terapêutica dos bócios, que merece ser ensaiado e que se nos afigura de apreciável valor.

II) É sobretudo indicado nos casos de pouca gravidade, em que a evolução da doença seja compatível com a sua acção demorada.

III) Essa acção manifesta-se pela melhoria do estado de nutrição e dos sintomas subjectivos, e, na grande maioria dos casos, pelo abaixamento do metabolismo basal.

BIBLIOGRAFIA

- BIRCHER. — Iodbehandlung des Kropfes. — *Klin-Woch.* Nr. 16. 1925.
FINKELSTEIN. — Puebertäts basedowoid. — *Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.* — Sitzung vom 20 Mai 1925.
LIEBSNY (P.). — *Gesellschaft der Aerzte in Wien.* — Sitzung vom 12 November 1925.

A MALARIATERAPIA NA SÍFILIS DO QUIASMA ÓPTICO (1)

UM CASO CLÍNICO

POR

EDUARDO COELHO

As lesões do quiasma, por efeito do cruzamento de uma parte das fibras do nervo óptico neste lugar, repercutem-se quasi fatalmente nos dois olhos, determinando atrofias descendentes parciais ou totais, perturbações da visão central e reduções do campo visual, cuja extensão depende da topografia da lesão, e que são, por isso, de uma grande importância para a sua localização.

Se as lesões residem no ângulo anterior ou posterior do quiasma, determinam a perda das duas metades nasais da retina, que se traduz ao exame perimétrico por um apêto temporal dos dois campos visuais, podendo dar, até, uma *hemianopsia bitemporal*.

Este fenómeno observa-se com caracteres típicos nos tumores da hipófise e ainda na sífilis da base, tuberculose, hidrocefalo do 3.º ventrículo, e, mais raramente, na esclerose do *circulus arteriosus* de Willis.

Se as lesões atingem apenas os ângulos laterais do quiasma determinam a perda da metade temporal correspondente e, portanto, uma *hemianopsia binasal*. Esta localização é muitissimo rara.

Há, também, as hemianopsias superiores e inferiores determinadas por compressões exercidas acima ou abaixo do quiasma.

Oppenheim observou ainda, em alguns casos, modificações rápidas do campo visual, que denominou *campo visual* oscilante

(1) Comunicação apresentada nas sessões scientificas do Hospital Escolar (Maio de 1929).

(hemianopsia bitemporal fugaz); trata-se de uma lesão sífilítica de evolução rápida, cercando o quiasma e comprimindo-o mais ou menos consoante o estado de progressão dos tecidos mórvidos.

O caso que trago a esta sessão apresentou uma hemianopsia heterónima bitemporal de evolução rápida.

Embora, no início, se apresentassem dúvidas sôbre a sua patogenia, não é o interêsse diagnóstico que motiva a sua apresentação. Divulga-mo-lo, porque caminhando o doente para a cegueira, sem a menor reacção ao tratamento específico — pelo contrário, agravando-se progressivamente — só pela malariaterapia se conseguiu fazer regressar as lesões. A evolução terapêutica dêste caso é, de facto, digna de atenção.

RESUMO DA OBSERVAÇÃO

J. C. M., de 30 anos de idade, vem à minha consulta em Março de 1928, por indicação do seu médico oftalmologista. Queixa-se, apenas, de crescente perda de visão.

D. a. Sífilis há 18 anos tratada na Alemanha por uma única injeção de 606. Nunca mais fizera tratamento. Consultando alguns sífilígrafos por várias vezes, sempre lhe disseram que não era sífilítico.

Status praesens :

Anisocória (midríase à esquerda).

Reacção preguiçosa da pupila esquerda à luz e à acomodação.

Reflexos patelares — normal à direita, diminuído à esquerda.

Reflexos aquilianos — normais.

Reflexos tendinosos dos membros superiores — normais.

Romberg — negativo.

Sensibilidades táctil, dolorosa, para o calor, para o frio, e sensibilidade profunda — normais.

Não há perturbações genésicas nem dos esfíncteres.

Exame geral dos restantes sistemas e aparelhos é inteiramente normal.

Exame oftalmológico :

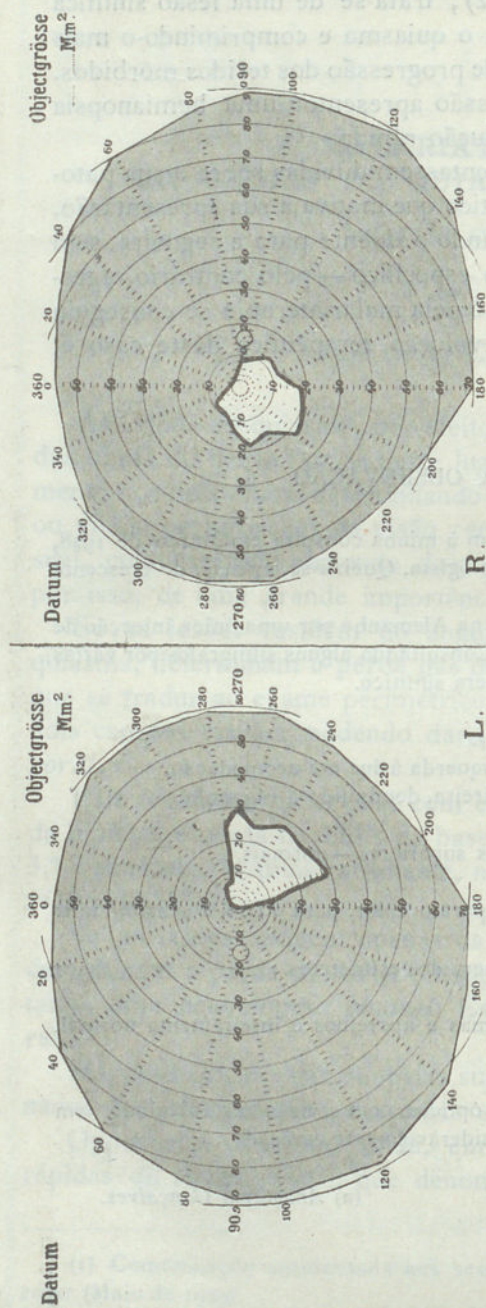
«Pronunciada atrofia dos nervos ópticos, com a visão central ainda bem conservada, mas o campo visual consideravelmente cerceado».

(a) *Anastácio Gonçalves.*

Exames laboratoriais :

Líquido céfalo-raquídeo :

Tensão — normal.



Form. Ch. St. 52.

Fig. 1. — Campo visual antes da inoculação da malária

Albumina total 0,65 %.
R. das globulinas — Pandy (— + +).

Contagem na célula de Nageotte, 48,8 por mm³.

Exame citológico — muitos linfócitos, alguns polinucleares.

Reacção do benjoim coloidal: 22222,22222,22000,0.

(a) *Luis Pacheco.*

R. W. — Fortemente positiva (hemólise nula).

(a) *Adelino Costa.*

Radiografia da base do crânio — normal.

Se o primeiro exame clínico me conduziu a pensar na forma monossintomática da *tabes dorsalis*, os exames seguintes, cotejados com os dados oftalmoscópicos e com os resultados da análise do líquido céfalo-raquídeo, levaram-me a considerar este caso uma doença sífilítica localizada na base do cérebro e possivelmente uma meningite basal luética que interessasse o quiasma óptico.

Comecei com o tratamento anti-sifilítico

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

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

MAGNESIA S. PELLEGRINO

Purga, Refresca, Desinfecta.

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

LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO MODERNO
- TORINO -

Representantes e depositarios para Portugal e Colonias:

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



IODALOSE GALBRUN

iodo physiologico, soluvel, assimilavel

A IODALOSE É A ÚNICA SOLUÇÃO TITULADA DO PEPTONIODO

Combinação directa e inteiramente estável do Iodo com a Peptona

DESCOBERTA EM 1896 POR E. GALBRUN, DOUTOR EM PHARMACIA

Comunicação ao XIII^o Congresso Internacional de Medicina, Paris 1900.

Substitue Iodo e Ioduretos em todas suas applicações sem Iodismo.

Vinte gotas IODALOSE operam como um gramma Iodureto alcalino.

Doses medias: Cinco a vinte gotas para Crianças; dez a cinquenta gotas para Adultos.

Pedir folheto sobre a Iodotherapia physiologica pelo Peptoniodo.

LABORATORIO GALBRUN, 8 et 10, Rue du Petit-Musc. PARIS

LISBOA MÉDICA

*Nas crises cardiovasculares
e respiratorias a*

Coramina „Ciba“

(dietilamina do ácido piridino-beta-carbónico)

ocupa o primeiro lugar entre os
ANALEPTICOS

*Reúne em si todas as proprie-
dades da cânfora sem apresentar
nenhum dos inconvenientes dos
antigos preparados canforados.*

SUAS 4 PRINCIPAES VANTAGENS:

*É facilmente soluvel em agua, logo,
reabsorpção rápida.*

*Efeitos clinicos seguros, intensos e persi-
stentes.*

*Dosagem exacta e administração tanto
por via hipodermica e endovenosa
como tambem por via interna.*

Toxidez mínimo e perfeita tolerancia.



Amostras e literatura:

CATULLO GADDA, RUA DA MADALENA 128, LISBOA
unico representante dos Productos "CIBA" em Portugal.

co: bismugenol e cianeto de mercurio.

Exames oftalmoscópicos sucessivos mostram o cerceamento progressivo do campo visual.

Associo ao bismuto e ao mercurio a neosalvarsanoterapia (2 injeções de 0,15 + 0,30) sem resultados. O avanço das lesões é acusado por repetidos exames oftalmológicos.

Em presença da evolução contínua das lesões, desafiando a terapêutica empregada e impondo uma prognose sombria, aconselho ao doente a malariaterapia e envio-o para a clínica do Prof. Nonne, de Hamburgo, com a indicação do tratamento que preconizo.

É submetido ao tratamento pela malária; e o campo visual, que se encontrava mais cerceado do que à saída de Lisboa, deminui ainda ligeiramente após o primeiro acesso febril, para começar a melhorar com os acessos seguintes.

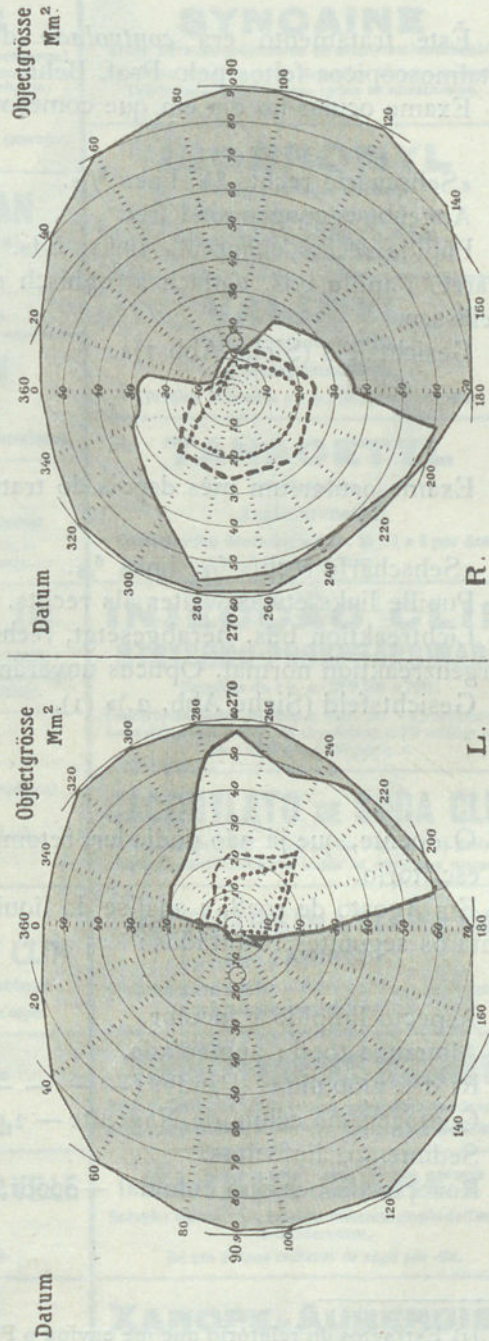


Fig. 2. — Campo visual um mês depois da malariaterapia. Mantém-se um ano após o tratamento

Êste tratamento era *controlado* diariamente- por exames oftalmoscópicos feitos pelo Prof. Behr.

Exame ocular no dia em que começou o tratamento:

«Sehschärfe rechts $\frac{6}{8}$, links $\frac{6}{18}$.

Augenbewegungen sind frei.

Pupille rechts enger als links, bds. unvollkommene absolute Starre. Papille bds. einfach atrophisch, mit annähernd normalen Gefässen.

Gesichtsfeld (Siehe Abb 1)».

(a) Prof. Behr.

Exame ocular um mês depois do tratamento :

«Sehschärfe rechts $\frac{6}{6}$, links $\frac{6}{8}$.

Pupille links etwas weiter als rechts.

Lichtreaktion bds. herabgesetzt, rechts besser als links. Convergenzreaktion normal. Opticus unverändert.

Gesichtsfeld (Siehe Abb. 2.)» (1).

(a) Prof. Behr.

O doente, que já não podia ler, retoma o seu trabalho habitual de escritório.

Em Agosto de 1928, a análise do liquido céfalo-raquídeo apresenta os seguintes resultados :

Aspecto límpido e incolor.

Albumina total : aumentada.

R. das globulinas (Pandy) (— — — —).

Contagem na célula de Nageotte — 2,9 p. mm³.

Sedimento : linfócitos.

Reacção do benjoim coloidal — 00001,22222,00000,0.

(a) *Luis Pacheco.*

(1) Extractos do relatório que me enviou o Prof. Behr, de Hamburgo.

LABORATORIOS CLIN

COLLOIDES

1º COLLOIDES ELECTRICOS : Electragol (prata) - Electrauroil (ouro) - Electr-Hg (mercurio) - Electrocuprol (cobre) - Electrorhodiol (rhodio) - Electroelenium (selênio) - Electromartiol (ferro). Arrhenomartiol.

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

SULFO-TREPARSEANAN

ARSENOBENZENE INJECTAVEL
Pela via hipodermica

Doses : **I** (0 gr. 06) a **X** (0 gr. 60)
Craças de peito : 0 gr. 02 e 0 gr. 04

NEO-TREPARSEANAN

Syphillis — Plan — Impaludismo — Trypanosomiasis.

ENESOL

Salicylarsinato de Hg (As e Hg) dissimulados)
Empólas de 2 e de 5 c.c. a 0 gr. 03 par c.c.
Injecções intramusculares e intravenosas.

ADRÉNALINE CLIN

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

CINNOZYL

(Cinnamato de benzylo-Cholesterina e Camphora)

Immunisação artificial do organismo tuberculoso.

Empólas de 5 c.c.

SOLUÇÃO de Salicylato de Soda do D^r CLIN

Dosagem rigorosa - Pureza absoluta
2 gr. de Salicylato de Soda por colher de sopa.

SALICERAL

(Mono-salicyl-glycerina)

Linimento antirreumatismal

LICOR E PILULAS DO D^r LAVILLE

Anti-gottosas

1/2 a 3 colheres das de chá por dia.

SOLUROL

(Acido thymínico)

Eliminador physiologico do acido urico.
Comprimidos doseados a 0 gr. 25.

SYNCAINE

Ether paraaminobenzoico do diethylaminoethanol.
Syncaine pura em sal. — Soluções adranestheticsas.
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.

INJEÇÃO 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



VIGANTOL

Em todas as perturbações do metabolismo osseo, tais como :

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

VIGANTOL

preparado de VITAMINA D, altamente activo

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

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

I. G. Farbenindustrie
Aktiengesellschaft

Departamento Farmaceutico

"*Boyer-Meister-Lucius*"

LEVERKUSEN

DEPOSITARIOS:

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150-3.º—LISBOA

Sociedade de Anilinas, L.^{da}

Rua José Falcão, 199—PORTO

E. Merck

FABRICA DE PRODUTOS CHIMICOS

DARMSTADT

DEPOSITARIOS:

J. Wimmer & Co.

Rua 24 de Julho, 34

LISBOA

Rua Trindade Coelho, 1-C.

PORTO

R. W. no líquido céfalo-raquídeo — negativa.

(a) *Adelino Costa*

Além do alargamento do campo visual, a inoculação da malária normalizou as reacções do líquido céfalo-raquídeo.

Em Março de 1929, o doente é de novo examinado pelo professor Behr que verifica, como consequência da malariaterapia, *eine ganz erhebliche Besserung des Chiasma prozesses eingetreten.*

Repeti recentemente a análise do líquido céfalo-raquídeo que é normal e a R. W. no líquido e no sangue negativa.

O processo do quiasma, indiferente aos medicamentos específicos, regressou e fixou-se pela malariaterapia.

De feito, se a malariaterapia não é superior aos medicamentos específicos na «sífilis dos vasos e do tecido conjuntivo» do sistema nervoso, é-o, entretanto, como mostrou, com boas razões, Wagner-Jauregg, na metasífilis do sistema nervoso, incluindo nesta, além dos paralíticos gerais e dos tabéticos, «os sífilíticos dos estados de latência avançada com reacções positivas do líquido céfalo-raquídeo». Nestes casos, a malariaterapia tem uma acção especial, neurótropa contra as afecções metasifilíticas, como demonstrou o neurologista de Viena.

Todavia, a casuística da inoculação da malária na sífilis dos nervos ópticos e do quiasma é menos feliz.

De várias estatísticas da literatura alemã, que consultei, lembro a de L. Hegedüs, que em dez atrofias do nervo óptico não obteve nenhuma melhoria, e a de Dreyfus e Hanau, em que dezasseis tabéticos com atrofia do nervo óptico não reagiram à malariaterapia.

Entre essas estatísticas merece registro o caso que trago a esta sessão.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BERING. — Die Impfmalaria zur Behandlung der Tabes. — *Münch. Med. Woch.* Pág. 1455. 1925.

DO INSTITUTO DO RADIO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

(Presidente da Comissão : Prof. ÁLVARO DE MATTOS)

E DA CLÍNICA GINECOLÓGICA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

(Director : Prof. ÁLVARO DE MATTOS)

HISTERO-SALPINGOGRAFIA

POR

MOURA RELVAS

Assistente da Faculdade de Medicina de Coimbra

Por meio da histero-salpingografia (H. S.) obtém-se uma imagem radiológica que nos dá a configuração interior das cavidades útero-tubares.

Realiza-se tal objectivo injectando um líquido rádio-opaco através do canal cervical e por forma a encher as referidas cavidades útero-tubares que, em seguida, são expostas ao exame röntgenológico.

R. S. Hoffmann (do Serviço do Prof. Novak, de Viena de Áustria) atribui a paternidade da idea da H. S. a Le Lorier. Ora a verdade é que, quando em 1912 Le Lorier injectava, sob pressão, na cavidade uterina soro fisiológico, ou melhor, prata coloidal isotonzada, fazia-o com o fim de verificar a permeabilidade tubar e muito longe de objectivar o seu pensamento pela exploração radiológica.

Le Lorier pode considerar-se como precursor de Rubin (o inventor da insuflação tubar) mas, de nenhum modo, como pioneiro da H. S.

Cabe ao americano Cary (de Brooklyn) a honra de ter publi-

cado, em 1914, as primeiras tentativas de H. S., utilizando o colargol como detector radiológico. Êste produto, demasiadamente irritante para o peritóneo, foi por êsse motivo abandonado.

Na esteira de Cary seguiram outros investigadores, cuja sagacidade foi posta à prova na escolha da substância que, ao mesmo tempo rádio-opaca e inócua, permitisse fazer entrar, na prática usual dos serviços de ginecologia, o novo processo de diagnose cujos resultados se adivinhavam prometedores.

Seguidamente a Cary experimentou Dickinson o argirol, mas a fraca visibilidade dêste produto tornou pouco animador o seu emprêgo.

Dartigues e Dimier, que publicaram em 1916 tentativas com o colargol, e Novak e Eisler, em 1917, com o iodeto de potássio, não foram mais felizes.

Em 1922, com Kennedy, começam a obter-se resultados práticos sensíveis com o método. Empregou êste autor uma solução de brometo de sódio a 20 %, cuja rádio-opacidade não era, todavia, absolutamente satisfatória. De então para cá cresce, consideravelmente, o número de artigos publicados sôbre o assunto.

Reservamos para um trabalho ulterior a publicação da já extensa bibliografia sôbre Röntgendiagnóstico pelas injeções opacas, publicando, desde já, apenas a presente nota preliminar.

Não queremos omitir os nomes de Gaston Cotte, Claude Bécclère, Sicard, Forestier, Jean Dalsace, Francillon Lobre, Petit-Dutaillis, em França; Dyroff, Schultze, Henkel e o seu assistente Nahmmacher, Schober, na Alemanha; Heuser, na Argentina; Tieri e Ponzio, na Itália; Carulla Riera, Figueras, Carreras e Faixat, em Espanha; Van der Elst e Gautot, na Bélgica; Schneider, Eisler, Novak, Hoffmann, na Áustria; Rubin, Bendick, Kennedy, Crossen, nos Estados Unidos da América, para nos referirmos apenas àqueles que, directamente, estudámos e mais importantes subsídios nos forneceram para a elaboração do presente trabalho.

Vamos, sumariamente, descrever, em primeiro lugar, os diversos factores susceptíveis de influenciar a repleção do utero e das trompas: 1) ciclo menstrual; 2) estado psíquico da doente; 3) natureza, quantidade, velocidade, pressão e temperatura do liquido injectado; 4) intervalo entre a injeção e o exame; 5) estado do utero; 6) estado das trompas.

1) CICLO MENSTRUAL. — Eis o que, a tal respeito, escreveu Eugène Douay no seu relatório sôbre a «Esterilidade de origem tubar», apresentado no 5.º Congresso da Associação dos Ginecólogos e Tocólogos franceses (1927):

«No período pre-menstrual a permeabilidade tubar está diminuída e muitas vezes ausente. Há, portanto, uma impermeabilidade fisiológica das trompas. A insuflação tubar é negativa neste momento e o lipiodol não penetra nas trompas. Pelo contrário, o momento mais favorável para investigar a permeabilidade tubar corresponde aos dias que se seguem à cessação da menstruação (permeabilidade fisiológica máxima das trompas). Esta variação na permeabilidade das trompas é devida à espessura variável da mucosa uterina. Antes do período menstrual a mucosa hipertrofia-se a ponto de obliterar o *ostium* uterino. Após a deiscência catamenial da mucosa o orifício tubar abre-se e obtém-se a permeabilidade máxima. A mucosa tubar, na sua porção intersticial, experimenta modificações análogas, como demonstram as investigações de Daniel sôbre a trompa intersticial. Em conclusão, a mucosa espessa-se antes e durante o período menstrual e provoca uma obliteração temporária das trompas. É preciso notar que o momento de melhor permeabilidade tubar corresponde ao período de deiscência ovular. O foliculo rompe-se cêrca de 13 dias após o comêço das regras, num momento em que a via de acesso para o ovário está livre para os espermatozoides; a reabsorção do líquido folicular teria uma acção excitante sôbre a trompa, favorecendo a mobilidade dos cílios vibráteis e os movimentos peristálticos da trompa, o que facilitaria o transporte do óvulo para a cavidade uterina».

É um facto que a espessura da mucosa uterina (Hoehne) e da porção tubar intersticial (Daniel) aumenta o dôbro ou o triplo durante o período pre-menstrual, que se estende, pelo menos, a toda a semana que antecede a menstruação. Mas as ideas perflhadas por Douay merecem, em parte, ser objecto de crítica.

Efectivamente, não vemos motivos para que o óvulo seja expulso, quando não fecundado, através da trompa. A afirmação de Simpson: «A menstruação é o abôrto dum óvulo não fecundado», carece de fundamento sólido.

A menstruação mantém-se em casos de impermeabilidade tubar bilateral e até quando, extirpados ambos os ovários, se pro-

cede à enxertia ovárica em ninhos de tecido celular donde o óvulo não poderia atingir a trompa, após a rotura do folículo.

A menstruação, estando relacionada com a ovulação, deve ser considerada como um fenómeno de ordem humoral.

O aparecimento do fluxo sanguíneo consecutivamente a uma acção sérica localizada ao útero (provocada por Bouché e Hustin com hemostil), a facilidade com que se desencadeiam crises hemoclásicas no período pre-menstrual (Hofbauer) e os fenómenos de ordem geral, aparentados com a simpaticotonia, que se desenrolam naquele período (e com uma intensidade impressionante em certos casos) como sejam a taquicardia, hipertermia, diminuição do índice refractométrico do sôro, hipertensão arterial, aumento do metabolismo basal, hiperactividade da hipófise e tiróide, etc., são outros tantos motivos para se supor que a menstruação resulta dum choque humoral específico desencadeado pela retenção do líquido folicular (onde o fisiologista inglês Schochet descobriu uma enzima específica proteolítica e uma lipase) e do próprio óvulo que, não fecundado, morto, seria reabsorvido.

A primeira ovulação não ocasionaria fluxo menstrual; teria uma acção sensibilizante.

Nas ovulações seguintes o organismo reagiria especificamente, pela menstruação, ao choque ocasionado pelas albuminas ovulares, perturbadoras do equilíbrio coloidal.

Prefere Douay o período post-menstrual porque as trompas são mais permeáveis para o líquido rádio-opaco que fazemos penetrar na cavidade uterina.

¿ Mais permeáveis como, se o peristaltismo e os movimentos ciliares se dão, em seu entender, do abdómen para o útero; no sentido de transportar o óvulo à cavidade uterina?

Detalhamos adiante o mecanismo da permeabilidade máxima post-menstrual, muito diferente da concepção do illustre chefe do serviço do Prof. Faure.

Por outro lado seria fácil, no período pre-menstrual, forçar a resistência dos ovidutos com um ligeiro aumento de pressão (Claude Béchère).

Dyroff admite até que as trompas são perfeitamente permeáveis durante e antes da menstruação.

Concordamos inteiramente com tal opinião. A doente da nossa observação I teve o período menstrual consecutivamente, no pró-

**OPOTERAPIA
FEMININA**

GINECINA

SEIXAS-PALMA

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

**DE OPTIMO RESULTADO
EM TODOS OS CASOS DE:
IRREGULARIDADES MENSTRUAES
PERTURBAÇÕES DA MENOPAUSA**

NEURASTENIA SEXUAL.

HISTERISMO.

ACIDENTES CONSECUTIVOS A' OVARIOTOMIA.

NEVROSES CARDIACAS.

ASMA NERVOSA.

NEURASTENIA GERAL.

**LABORATORIOS
DE**

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

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

GÍNECÍNA

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

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

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

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

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

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



prio dia da H. S., e todavia a trompa direita revelou-se bem permeável (fig. 1).

O mesmo sucedeu a Bécère, num exame praticado dois dias antes do período menstrual.

Seja-nos licito pôr em foco uma verificação de Nahmacher. Observou este autor, depositando algumas gotas de iodipina na cavidade do útero, mantendo o colo aberto, para evitar toda a pressão intra-uterina, que o líquido progredia nas trompas, acabando por ser despejado na cavidade peritoneal. Horas passadas, o líquido era arrastado em sentido inverso, colhido pelas trompas na cavidade abdominal e lançado no útero que, consecutivamente, o expulsava para a vagina. O peristaltismo tubar exercer-se-ia ora num sentido, ora noutro, consoante o ponto excitado. Isto leva-nos a admitir que, para o acto da fecundação, o espermatozóide excitaria o peristaltismo tubar no sentido da cavidade peritoneal.

Dada a fecundação, o óvo, excitando a trompa na sua extremidade abdominal, seria agora conduzido, sob a acção de movimentos peristálticos, no sentido da cavidade uterina. É a concepção fisiológica a deduzir da observação do illustre ginecólogo de Jena, cujas conseqüências, porém, aquele autor alemão não previu.

Não me parece lógico que as trompas ofereçam, por peristaltismo no sentido do útero, dificuldades à travessia dos espermatozóides (sobretudo na zona apertada constituída pelo esfíncter tubar e pela porção ístmica) quando, nos andares inferiores, tudo se dispõe para a penetração fácil dos mesmos, como ressalta dos interessantes trabalhos de Lyman Mason.

O óvulo só adquiriria a faculdade de excitar o *ostium* abdominal quando, já fecundado, elle funcionasse por assim dizer como um corpo estranho, análogamente ao que sucede com o corante das experiências de Von Ott. É evidente que não considero o peristaltismo como a única causa de transporte do óvo. As correntes serosas de Pinner e os movimentos dos cílios vibráteis da mucosa tubar também devem desempenhar o seu papel.

Por outro lado, tal mecanismo, que me vejo obrigado a sintetisar aqui, está na dependência e em relação com outros factores que não podemos desenvolver num trabalho desta índole.

Claude Béclère e E. Douay citam acidentes de reinfeção aguda despertados em virtude das injeções ou das insuflações, quando umas e outras foram praticadas antes da menstruação e em mulheres cuja história pregressa revelava uma infecção antiga, grave, das trompas.

Já Rubin, em 1921, aconselhava o período post-menstrual como o melhor momento para se proceder a estas explorações.

Efectivamente não nos parece acertado injectar o líquido rádio-opaco no período pre-menstrual, pela sua acção traumatizante e irritante para um aparelho genital congestionado, dismenorreico, alargando possibilidades de exaltação da virulência microbiana.

Preferimos pois o período post-menstrual, porque o peristaltismo mais facilmente se desencadeará do útero para a cavidade abdominal e porque, estando em relativo repouso a circulação sanguínea dos órgãos genitais, afastamos uma possibilidade de tornar nociva a injeção opaca.

Em caso de metrorragias esperamos cêrca de 8 dias após a cessação da hemorragia. Nos restantes casos fazemos a injeção o mais perto possível do 12.º dia após o início da última menstruação que, na opinião de Watrin, adoptada pela maioria dos autores, corresponde em regra à deiscência ovular.

2) ESTADO PSÍQUICO. — Não basta uma técnica perfeita para que a H. S. adquira a vulgarização a que tem direito nos serviços de ginecologia; é também necessário que da sua prática não resulte fadiga para a doente e, tanto quanto possível, evitando estados de excitação que podem comprometer o êxito da prova.

Com o fim de evitar tais fenómenos, que são acompanhados por movimentos intempestivos dificultando as manobras e de contracções dos músculos da parede abdominal e do próprio útero, tendentes a expulsar a sonda e a obstar à penetração do líquido, o que nos afasta das condições fisiológicas, injectamos nas mulheres nervosas um preparado opiáceo (morfina ou pantopon) antes do exame.

3) O LÍQUIDO RÁDIO-OPACO. — 1. *Natureza.* — A escolha do líquido a injectar foi um dos dois grandes obstáculos da H. S., pois era necessário que êle fôsse, ao mesmo tempo, um bom

LISBOA MÉDICA

Gotas Sanguineas ROYEN

PEPTONATO DE FERRO, QUÁSSIA E ESTROFANTO

ANEMIAS, CLOROSE, DEBILIDADE, INAPETENCIA E DESARRANJOS MENSTRUAES

Doses: 8 gótas antes de cada refeição, diluidas em agua ou vinho

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

LABORATORIOS HIGIONE DIPUTACION 73 BARCELONA

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

SPASMOSÈDINE

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

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

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:
GIMENEZ-SALINAS & C.^a
R. NOVA DA TRINDADE, 9 — LISBOA

Os Srs. Médicos que desejarem
ensaiar o sôro pneumo-
-difitérico optoquinado

Em
ampôlas
de
10 cc.

Bronconeumoserum "Tbys"

Contra a pneumonia,
bronquite aguda, sub-aguda
e crónica, bronco-pneumonias de
origem gripal ou pneumocélica, me-
ningite pneumocélica, e, como profilático,
das complicações pulmonares post-operatórias.

Podem requisitar amostras a

L. Lepori LISBOA Apartado 214

O melhor coadjuvante
no tratamento
anti-sifilítico

é o

Todarson

"Zambeletti"

Peptona arseno-iodada
com glicerofosfatos de cálcio e de magnésia e princípios
vegetais tónico - eupépticos (noz
vómica, quina, condurango, kolia).

ESPECIALMETE MUITO INDICADO
no Linfatismo, Raquitismo, Escrofulose,
Adenopatias e convalescências.

L. Lepori Envia amostras grátis aos srs. Médicos Apartado 214=Lisboa

detector radiológico e que não determinasse fenômenos de irritação peritoneal.

A princípio, Cary, Dartigues, Dimier e Rubin utilizaram uma solução de colargol a $\frac{1}{10}$ que, como vimos, era muito irritante para a serosa. Kennedy, Schober e Serdukoff empregaram uma solução de brometo de sódio de 20 a 25 %, mas esta era pouco visível.

O mesmo sucedeu a Rubin com o citrato de *thorium* e a Mocquot e Tussau com o leite de bismuto.

Actualmente, empregam-se o lipiodol (óleo iodado) e o contrastol (óleo bromado).

O lipiodol, preparado por Lafay em 1901 e introduzido por Heuser, em 1924, no domínio da H. S., é um óleo iodado vegetal que se obtém fazendo actuar o ácido iodídrico sobre o óleo de dormideiras. Este é extraído das sementes da *Papaver Somniferum*, contidas na cápsula, cuja parede fornece o ópio. Contém 40 % do seu peso de iodo.

A iodipina, introduzida na terapêutica por Winternitz, em 1896, resulta da acção do protocloreto de iodo sobre o óleo de gergelim. Contém, quando se emprega para H. S., 40 % de iodo.

O lipiodol tem sobre a iodipina a vantagem de ser mais opaco, para igual fluidez, o que é devido ao facto da iodipina ser um óleo cloro-iodado ao passo que o lipiodol é um óleo iodado verdadeiro, portanto mais rico em iodo.

O lipiodol torna-se infinitamente mais fluido, elevando-o a uma temperatura de 35° a 40°. Esta particularidade é muito importante, pois que nos indica que devemos aquecê-lo, para maior facilidade da injeccção.

Os óleos iodados são insolúveis na água e no alcool, muito solúveis no éter, clorofórmio e benzina. Depois de servirem, costumamos lavar com éter os aparelhos da injeccção, procedendo da mesma forma antes de os utilizarmos.

O lipiodol, sob a acção do ar, da luz, da humidade e de temperaturas elevadas, acaba por adquirir uma côr acastanhada, mais escura, perdendo a sua côr amarelo-âmbar. Esta mudança de côr indica a presença de iodo livre dissólvido no óleo. Nunca se empregará lipiodol assim alterado, pois ocasionaria acidentes de irritação peritoneal.

Dyroff acusa-o de tóxico e de cáustico, e de determinar fenómenos de iodismo (coriza, conjuntivite, bronquite).

Sicard e Forestier, que consagraram ao lipiodol um trabalho notável, afirmam a absoluta inocuidade d'êste produto, a-pesar-do iodo nêle contido, visto que êste existe ligado quimicamente aos ácidos gordos do óleo e não como elemento livre, e tanto assim que, para o caracterizar quimicamente, é mester destruir previamente a molécula orgânica.

Não estamos inteiramente de acôrdo com êste modo de ver, como teremos ocasião de demonstrar.

Três eventualidades se oferecem à absorpção e eliminação dos óleos iodados; 1) a via linfática, que os transportaria, directamente ou emulsionados; 2) tornar-se-iam solúveis na água por saponificação ou por intermédio de fermentos lipolíticos (tais fermentos não existem no útero); 3) finalmente, o transporte far-se-ia por fagocitose (Nahmmacher).

Como quer que seja, a assimilação e eliminação dos óleos iodados realizam-se duma forma extremamente lenta e euritmica.

É essa vagarosa separação do iodo, depois da introdução dos óleos iodados no organismo (lipiodol, iodipina) que nos explica a ausência de sinais de irritação e de intoxicação, mesmo com doses elevadas, tal qual sucede com os sais mercuriais insolúveis (Grouven).

As gotas de lipiodol que caem no peritóneo, no decurso da H. S., são absorvidas, sem qualquer acidente, no espaço de algumas semanas a dois ou três meses (Sicard e Forestier).

Esta circunstância permitiu, como veremos, um importante recurso semiológico da H. S., a prova de Cotte (que consiste numa segunda observação 24 horas depois da injeção).

O iodo está de tal forma dissimulado que êste autor chegou a empregar o lipiodol, sem qualquer acidente, no exame duma pelvi-peritonite em plena evolução, com anexite aguda.

Em todo o caso, observam prudentemente Sicard e Forestier, as serosas inflamadas reagem com certa vivacidade, atacando uma apreciável quantidade de lipiodol e pondo, por consequência, em liberdade uma percentagem de iodo que pode tornar-se nociva.

Charbonnel acusa o lipiodol de originar vasinomas.

Mas, lembram Sicard e Forestier, se os óleos minerais, como

o óleo de vaselina (parafina) não são absorvíveis, determinando, por isso, aqueles tumores, o lipiodol, sendo um óleo vegetal, é, pelo contrário, absorvível.

O iodo é o elemento radiológico do lipiodol; a-pesar-das suas belas qualidades de rádio-opacidade, convém, para detalhes delicados, empregar um Potter-Bucky que, eliminando as radiações difusas e secundárias, reforça a visibilidade. Devemos utilizar, sempre que seja possível, um diafragma deste tipo, pois a quantidade de líquido rádio-opaco que enche as trompas é, pela própria constituição anatómica destes órgãos, muito pequena.

O lipiodol tem propriedades anti-bacterianas, pois os germes, deitados neste líquido, morrem. E por isso que não é necessário esterilizar o produto para proceder à injeção.

As suas propriedades antisépticas são, todavia, fracas.

2. *Quantidade.* — Se a capacidade dum útero normal é de cerca de 7 cm.³, não convém (a não ser em casos especiais que teremos ocasião de apreciar) ultrapassar aquele número.

A injeção duma quantidade superior à comportada pela capacidade fisiológica de determinado útero obrigar-nos há a um aumento de pressão que, por sua vez, ocasionará um estado de excitação traduzido por hipercontractilidade do músculo uterino.

Ora a hipercontractilidade é um sinal semiológico que não deve ser despertado artificialmente pela demasiada quantidade de líquido, para que possa servir, por exemplo, para a diagnose diferencial entre retenção placentar e carcinoma do corpo do útero.

Para igual quantidade e pressão, a facilidade de penetração está na razão inversa da viscosidade.

Deve pois injectar-se o líquido, nas diversas experiências, tanto quanto possível à mesma temperatura, para que a viscosidade seja sempre sensivelmente a mesma.

3. *Velocidade.* — Também a velocidade com que é injectado o líquido pode influir na H. S.

Uma injeção lenta, cuidadosa, não determinará reacção da parte do músculo uterino, excepto nos dois ou três primeiros minutos, findos os quais o músculo uterino readquire aproximadamente as condições fisiológicas. Faço abstracção de certos cuidados preliminares que exporei adiante e de alterações prévias de contractilidade em virtude de modificações que teremos ocasião de detalhar.

As injeções bruscas obrigam a musculatura uterina a uma reacção de defesa que pode induzir o diagnóstico erróneo de hipercontractilidade.

Deve pois proceder-se lentamente, progressivamente, evitando tanto quanto possível as injeções bruscas, súbitas, irregulares.

4. *Temperatura.* — A temperatura influi, não só porque as baixas temperaturas são desfavoráveis, tornando o lipiodol mais viscoso, mas porque o contacto da mucosa com um líquido frio coloca esta na situação de reagir duma maneira anormal, idênticamente à irregularidade ou excesso de velocidade.

Para que o lipiodol adquira as desejadas condições de fluidez e temperatura favoráveis a uma boa H. S., costumamos aquecê-lo entre 37° e 40°.

5. *Pressão.* — Resta-nos fazer referência à pressão. A repleção das cavidades útero-tubares tem sido executada segundo dois métodos diferentes.

Consiste o primeiro na repleção do útero com o colo não obturado, depositando na cavidade uterina, gota a gota, 1 a 5 cm.³ de líquido rádio-opaco e com a doente, preferivelmente, deitada em posição de Trendelenburg, para facilitar a absorpção do líquido pelas trompas.

Êste processo, à primeira vista mais fisiológico do que a técnica sob pressão, com colo fechado, tem todavia inconvenientes.

Assim, à doente da nossa observação III (fig. 5), foi injectado lipiodol com uma sonda mole de Béclère, obturando muito ligeiramente o focinho de tenca com duas pinças «tire-balle», solidarizadas com a sonda. Emquanto se exerceu tracção sobre esta, o útero e as trompas encheram-se de líquido (verificação radioscópica). Mas, logo que cessámos a tracção, o lipiodol foi, em parte, expulso para a vagina e em consequência disso a cavidade uterina não ficou representada na radiografia.

Se, para o exame radioscópico, o inconveniente é menor (subsistindo, de resto, a desvantagem duma noção muito menos exacta da conformação e do contôrno interior do útero) torna-se indispensável, para obtermos boas radiografias, o segundo processo.

Realiza-se êste calafetando o colo com uma sonda munida dum cone de cauchu (de que existem diferentes modelos, respectivamente, de Béclère, Henkel, Eisler, Cotte, etc.) que se aperta e fixa contra o colo, ou com uma sonda mole especial —

utilizando nós, correntemente, as sondas de Bécclère, de diferentes calibres — esmagando o colo contra a sonda, por forma a conseguir-se uma perfeita calafetagem, com duas pinças «tire-balle», menos dolorosas e menos traumatizantes que as de Museux. Estas últimas sondas empregam-se em caso de colos desviados, anormais, de canal cervical de trajecto irregular, e permitem sempre um fácil cateterismo, sem traumatismo.

Há autores que, depois da injeção, retiram a sonda e calafetam o colo com pinças, mas parece-nos uma complicação inútil de técnica desde que as sondas empregadas sejam leves e simples.

Não convém elevar muito a pressão, isto é, não devem ultrapassar-se 300 mm. de mercúrio, para evitar a injeção vascular do útero (com embolia oleosa conseqüente) e roturas tubares que já têm sido descritas por diversos autores.

Demonstra Claude Bécclère que, com uma pressão de 400 a 500 mm., se injecta o sistema vascular do útero em peças operatórias e de autópsias.

Supomos, com Pujol y Brull, Vanrell e Carulla Riera, que o lipiodol passa com grande facilidade, *in vivo*, para os plexos vasculares, através da mucosa, mormente quando se empregam sondas metálicas. «Por vezes, a injeção, em vez de intra-uterina, é completamente intersticial».

Para C. Bécclère havia um único mecanismo desta injeção dos plexos vasculares: excesso de pressão, provocando rotura do endotélio dos vasos uterinos e a conseqüente injeção do sistema vascular. À face de *clichés* bem demonstrativos, os autores citados admitem que, em conseqüência da aplicação incorrecta da sonda, esta possa penetrar no endométrio em virtude da pressão transmitida pela pinça que faz a contra-extensão.

Não citam acidentes — apenas dores um pouco mais vivas que habitualmente — mas concluem que: «não obstante a possível aplicação clínica da injeção dos plexos venosos uterinos no estudo do varicocelo do ligamento largo, por exemplo, devemos considerar esta injeção como um incidente a evitar... Os *clichés* tornam-se menos nítidos e as ramificações do líquido injectado podem ser tomadas por anomalias tubares».

Observam ainda os mesmos autores que a efracção de mucosas frágeis (em virtude de alteração patológica) pode constituir

uma eventual porta de entrada do líquido intra-uterino, mesmo com pressão regulada e empregando sondas moles.

Fora destes casos e tomando estes cuidados, abrigamo-nos dos incidentes referidos. De resto, as pressões elevadas podem determinar roturas tubares, assinaladas por diversos autores.

A pressão óptima é a menor, desde que se consiga a repleção das cavidades útero-tubares.

Habitualmente, 150 mm. de mercúrio são suficientes, mas se quisermos averiguar, desde logo, a permeabilidade tubar, quando o esfíncter está contracturado, 250 mm. são necessárias, segundo Douay, mantendo tal pressão durante algum tempo para vencer a resistência oposta à penetração do lipiodol nos oviductos.

4) INTERVALO ENTRE A INJECCÃO E O EXAME. — A prensão do colo, a introdução da sonda, o esmagamento do colo, manobras necessárias para obtermos a H. S. sob pressão regulada e uniforme, tal qual a praticamos, são outros tantos factores de irritação para a musculatura uterina.

Se injectássemos lipiodol e tirássemos imediatamente uma radiografia, obteríamos uma imagem mais ou menos irregular dum útero hipercontráctil. Observámos tal fenómeno pela radioscopia e chegámos à conclusão de que, ao fim de 3 ou 4 minutos, êsse estado desaparece, de maneira que se nos oferecem condições fisiológicas quasi completas, a despeito da calafetagem do colo. Uma radiografia tirada ao fim de 5 minutos e a segunda ao fim de 20 minutos, eis o que a prática nos indicou ser a melhor técnica. A segunda é, quasi sempre, dispensável desde que a primeira se tenha revelado suficiente.

Vinte e quatro horas depois da injeccão tira-se nova radiografia, para verificar se existe ou não atonia tubar: é a prova de Gaston Cotte, que detalharemos adiante.

5) ESTADO DO ÚTERO. — Embriològicamente o útero e a vagina derivam da parte dos canais de Müller situada abaixo do ligamento ingüinal, cuja fusão completa tem lugar, para formar o útero embrionário, no terceiro mês de gestação. A formação da luz da vagina e a separação entre útero e vagina só têm lugar no quinto mês.

Anatòmicamente, compõe-se o útero de fibras musculares li-

zas, entrelaçadas de forma muito complexa, de modo que no útero não podem existir os movimentos peristálticos que se verificam nas trompas, externamente constituídas por fibras longitudinais e, internamente, por fibras circulares, o que lhes permite aqueles movimentos.

Escrevem Van der Elst e Gautot: «o útero contrai-se em bloco».

Tal afirmação é errónea porque, sem que possam isolar-se verdadeiros esfínteres, as fibras musculares exteriores orientam-se circularmente em tórno dos orifícios uterinos (desembocadura das trompas e orifício cervical interno).

Daqui resulta que, ao exame radioscópico, vemos a cavidade uterina tomar diversas formas. Os seus movimentos são, ora vagarosos, ora rápidos, elegantes, sacudidos, desaparecendo um corno uterino, ao mesmo tempo que se enche e torna abaülado o outro.

Quinze, trinta segundos depois, nota-se de novo como que uma amputação lateral do útero, começando a achatarse e a desaparecer de todo um lado, ao mesmo tempo que se distende do centro para o lado oposto.

Os movimentos dos cornos uterinos são nitidamente independentes um do outro. A embriologia explicaria êste facto, visto o útero derivar, como dissemos, da coalescência dos dois canais de Müller, o que permitiria, às duas metades do útero, uma certa autonomia relativa.

O estudo dos movimentos do utero, revelados pela H. S., tem uma grande importância prática, principalmente nas infecções puerperais.

O útero deixou de ser considerado como um simples reservatório inerte, cujas paredes serviriam apenas de terreno passivo para a propagação dos micróbios.

Pelos seus movimentos em sentido centrífugo, o útero pode, duma maneira activa, transformar uma simples endometrite numa pelvi-peritonite ou levar à veia crural ou à safena interna o trombo obliterante infeccioso.

O emprêgo de substâncias ocitócicas (pituítrina, ergotino, etc.) pode ocasionar, portanto, complicações evitáveis desde que tivéssemos mantido, pelo contrário, o órgão em repouso, com pantopon, por exemplo.

Na paragem da involução uterina durante o puerpério está pois contra-indicado o uso do ergotino e substâncias congêneres se existir um estado infeccioso, mesmo ligeiro, do endométrio.

Nos casos normais verifica-se, ao exame radioscópico, a regularidade das paredes do útero, a não ser que sobrevenha uma contracção permanente isolada, dum corno uterino, coincidindo com espasmo da porção intersticial da trompa correspondente e do respectivo esfíncter.

Realizar-se-ia, nesta eventualidade, uma imagem que poderia originar erros de interpretação, postos em evidência por Gosset, Ledoux e C. Béchère.

Há um outro detalhe radiológico a ter em conta e que consiste na coarctação do fundo do útero, dando a ilusão dum útero bicornes (Schneider e Eisler).

Estas modificações de forma e de regularidade da parede são transitórias nos úteros normais, e isso permite distingui-las das verdadeiras deformações ou irregularidades.

Todavia, se as contracturas forem demoradas, podem conduzir a um diagnóstico erróneo.

O uso prévio de anti-espasmódicos, aconselhado por Francillon-Lobre e Jean Dalsace, obviaria a estes inconvenientes.

Costumamos ministrar à doente, nos dias que precedem o exame, uma poção em que entram brometos e extracto de *cannabis* índica.

Vista de frente, a cavidade apresenta-se, quando o útero está em repouso, sob a forma dum triângulo isósceles, de base superior (fundo) e de vértice inferior (orifício cervical interno).

De perfil, uma linha ideal, tirada do vértice para o meio da base, forma com a linha das apófises espinhosas um ângulo de 30°, ora à direita, ora à esquerda, pois o útero raramente conserva uma posição perfeitamente mediana, estando sempre ligeiramente lateralizado, excepto quando é alta a sua situação.

Para uma distância da ampola à placa de 70 cm., as dimensões do útero são as seguintes:

Distância compreendida entre as duas hastas uterinas: 3,5 cm. a 4 cm.; comprimento vertical: 4 cm. a 5 cm.

Esta variabilidade provém das atitudes mais ou menos anómalas que o útero toma (flexão, torsão sobre o eixo, etc.) que fazem variar a distância dos diferentes pontos da superfície à placa.

Metodo cytóphyllatico do Professor Pierre Delbet

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

DELBIASE

estimulante biologico geral

por hypermineralisação magnesia do organismo.

Unico produto preparado segundo a formula do Professor Delbet.

Principais Indicações :

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

dose : 2 a 4 comprimidos, todas as manhãs, em meio copo d'agua

DEPOSITO : LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE
8, rue Vioienne, PARIS

A pedido mandam-se amostras aos medicos

STAPHYLASE do D^r DOYEN

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

Tratamento especifico das Infecções Staphylococcicas :

ACNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ, etc.

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

Provoca a phagocytose, previne e cura a major parte das

DOENÇAS INFECCIOSAS

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

Schering

ARCANOL

o novo remédio eficaz contra
a gripe e constipações

INDICAÇÕES:

Todas as afecções gripais especialmente catarros das vias respiratórias superiores e anginas. O Arcanol reúne o conhecido efeito antiflogístico do ATOPHAN com o antipirético do ácido acetil-salicílico



SCHERING KAHLBAUM A. G.
BERLIM

Pedir amostras e literatura ao representante:

Schering, Limitada — LISBOA, Rua Victor Cordon, 7

A capacidade dum útero normal varia entre 5 cm³ a 7 cm³.

Sob o ponto de vista radiológico podemos encontrar modificações da contractilidade, modificações da capacidade, deformações da parede e, finalmente, desvios do útero.

As modificações da contractilidade podem exprimir a tendência do útero para expulsar a formação patológica em causa, como acontece nas retenções placentares, aborto tubar, certos miomas salientes na cavidade em fase de eliminação, ou encontram-se relacionados com fenómenos de ordem reflexa, como sucede na ovarite esclero quística; em todos êstes casos há hipercontractilidade; contrariamente a esta hipertonia, encontramos hipotonia ou atonia na gravidez uterina e extra-uterina, miomas intersticiais, miomas submucosos (primeira fase), carcinomas do corpo, metrite parenquimatosa; todas estas eventualidades criam diminuição da contractilidade da fibra muscular uterina.

As modificações da capacidade também podem traduzir-se por aumento ou por diminuição.

Uma capacidade uterina inferior a 3 cm³ pode representar a existência dum útero infantil, de esclerose uterina, mioma duplo (um mioma em cada uma das faces do útero).

Uma capacidade superior a 10 cm³ significará gravidez uterina ou extra-uterina, útero do *post-partum*, miomatose intersticial, mioma submucoso, carcinoma do corpo, metrite parenquimatosa.

As deformações da parede podem ter contornos lizos, em forma de crescente, como na gravidez uterina e em miomas submucosos, ou de forma mais caprichosa como nos úteros bífidos, nos miomas intersticiais e quando um tumor vizinho deprime o fundo do útero ou aderências por anexite repuxam as duas hastes uterinas.

As deformações de superfície irregular (imagens lacunares) são apanágio das retenções placentares, dos carcinomas da mucosa, dos polipos intra-uterinos esmagados ou em via de necrose.

Os polipos intra-uterinos, só por si, na ausência destas complicações, dão uma curiosa imagem central, característica.

Os desvios do útero podem dar-se lateralmente e, então, o eixo maior da imagem é transversal: o útero encontra-se deslocado por um tumor ou repuxado por aderências.

Os retro-desvios e os ante-desvios, em que a base do triângulo

se torna inferior e o vértice superior, diagnosticam-se com um simples golpe de vista, nas radiografias de perfil.

Habitualmente tiramos a radiografia a três quartos, para fazermos cair a imagem útero-anexial na luz da grande chanfradura sciática; esta radiografia oblíqua é análoga à empregada para dissociar a imagem aórtica da sombra vertebral e foi preconizada por Eugène Douay.

É necessário que a sonda ultrapasse só, ligeiramente, o istmo do útero, porque, se estivesse em contacto com o fundo, não só traumatizaria a mucosa (Henkel) como poderia tornar saliente o fundo do útero, levando ao diagnóstico erróneo de distensão da parede por atonia (Figueras, Carerras e Faixat).

6) ESTADO DAS TROMPAS. — À medida que as primeiras gotas de lipiodol chegam ao fundo do útero vão desenhando sombras esféricas ou fusiformes, e, logo que está suficientemente cheia a cavidade uterina e os ângulos tubares, vemos a sombra adelgaçar-se para baixo em forma de funil, de modo a tomar pouco mais ou menos a forma triangular já descrita.

Dentro de muito pouco tempo aparecem também as trompas.

Podemos, com Rubin e Bendick, dividi-las em duas porções: a primeira, capilar, estende-se em linha recta (para fora ou para baixo) com um comprimento que varia entre 2,5 cm. e 7,5 cm.; a segunda porção é sinuosa e está, mais ou menos, dilatada, tendo um comprimento de 2,5 cm. a 10 cm. A primeira porção corresponde ao segmento ístmico; a segunda, ao segmento ampolar.

Na primeira não se evidencia o peristaltismo; pode ser vista sob uma fluoroscopia cuidadosa; enche se, esvazia-se, mas não se pode observar acção rítmica.

É na segunda porção que podem notar-se três ordens de movimentos:

a) Passagem do lipiodol através das trompas, em consequência da pressão transmitida pela seringa, por intermédio da cavidade uterina. Êste movimento é lento, um pouco irregular e dirigido do útero para o pavilhão (Rubin e Bendick) Quere-nos parecer, porém, contrariamente a esta opinião dos autores americanos, que êste movimento depende, exclusivamente, das contracções do próprio músculo uterino, o que explicaria a sua irre-

gularidade mesmo sob pressão constante da seringa, controlada por manómetro e mantida por oclusão da sonda.

b) Um movimento vermicular da trompa, que os autores americanos não puderam verificar se provém da trompa ou se resulta da transmissão dos movimentos do intestino.

c) Um movimento dirigido das franjas para o útero, sob a forma de 4 a 5 ondas peristálticas por minuto.

Devemos acrescentar que Schneider e Eisler demonstraram, com radiografias em série, o peristáltismo da parte ístmica da trompa.

Odicharia e Zakrszewski nunca puderam verificar, radiológicamente, os movimentos peristálticos das trompas.

É interessante que os cirurgiões, em laparotomias que se contam por milhares, nunca tenham observado os tão curiosos movimentos peristálticos.

Em primeiro lugar, porque os movimentos das trompas, vagarosos nas fêmeas dos animais inferiores, são ainda mais vagarosos na mulher.

Além disso, diz Dyroff que a anestesia geral tende a paralisar os movimentos musculares do intestino e das trompas, devendo, porém, observar se, à referida passagem de Dyroff, que só pela raquí anestesia se nota o desaparecimento do peristaltismo intestinal.

Finalmente, é necessário escolher uma ocasião favorável, porque as contracções tubares variam com as fases do ciclo menstrual.

A estas três influências acrescentam Rubin e Bendick outros factores. Consideram, por exemplo, causa de inibição a secção da parede abdominal, com exposição das vísceras. A blocagem dos nervos periféricos por anestesia local excessiva exercerá, reflexamente, influência sobre a inervação visceral.

Todavia, acrescentam os mesmos autores, as contracções não dependeriam apenas dum estímulo nervoso, porque elas continuam durante algum tempo quando, extirpados estes órgãos, são mergulhados no soluto oxigenado de Locke.

Foi Dyroff quem demonstrou, pela primeira vez, *in vivo*, a existência do peristaltismo tubar na mulher.

Nahmmacher, por sua vez, verificou concludentemente a existência dum duplo peristaltismo, em sentidos opostos, analogamente ao que se passa no uretere.

As fotografias de Dyroff são absolutamente características: a imagem das trompas reveste o aspecto dum fio de pérolas. A ausência de sombra entre as pequeninas esferas só pode ser explicada por contrações anelares, ao mesmo tempo que a existência das esferas só pode ser interpretada pelo afrouxamento da musculatura a êsse nível.

Na extremidade uterina das trompas foi descrito, quasi ao mesmo tempo, por Arnstam e Reinberg, na Rússia, e por Schneider e Eisler, na Áustria, um esfíncter funcional, visto que, anatómicamente, não se demonstrou a existência dum anel muscular especial ao nível do *ostium* uterino.

Aqueles autores notaram a interrupção da continuidade de sombra entre o útero e as trompas, num ponto típico dos ângulos uterinos superiores, umas vezes no começo da luz filiforme das trompas, outras vezes com um pequeno deslocamento para a parte mediana.

Na concepção de Schneider e Eisler a porção intersticial seria uma espécie de antro, *Antrum tubae*, limitado pelo esfíncter tubar.

O *antrum tubae* nota-se nas figs. 3 e 12, limitado pelo esfíncter respectivo.

Uma das maiores vantagens da H. S. consiste no estudo da permeabilidade tubar.

Quando as trompas são permeáveis nota-se uma sombra difusa anexa à sombra tubar; devido ao peso do óleo que desce sob a acção da gravidade, a sombra é irregular, com aspecto de salchicha ou de pêra; outras vezes as gotas aglomeram-se tomando um aspecto muriforme, de que resulta um conjunto mais largo que a sombra tubar, alongada, e que é característico.

Se o lipiodol não passa para as trompas, o obstáculo reside no *ostium* uterino. Há estenose tubar a êste nível.

Se o lipiodol enche a porção intersticial, parando no começo da luz filiforme, trata-se quasi com certeza duma salpingite nodular obliterante, habitualmente bilateral e muitas vezes de natureza tuberculosa (Douay).

Se o lipiodol para na união do istmo com a ampola, trata-se duma lesão localizada neste ponto, ou ocupando todo o segmento externo (neste último caso pode tratar-se dum hidrosalpinx fechado).

Se o lipiodol enche as trompas mas não passa para o peritoneu, trata-se dum hidrosalpinx aberto — se a trompa está dilatada, formando o lipiodol massas importantes de contornos arredondados — ou duma simples obliteração do pavilhão sem hidrosalpinx — se há uma delgada fita ou um filamento (Douay).

Está feita a verificação radiológica de que as obliterações da trompa na extremidade uterina são raras em relação às obliterações da extremidade abdominal, o que vem confirmar dados anátomo-patológicos já conhecidos. Reymond pudera constatar, pela sondagem, a permeabilidade da extremidade uterina em 98 % das salpingites.

O mecanismo da obstrução pode estar relacionado com uma inflexão da parte ístmica ou, como sucede na *Hydrops tubae profluens*, a válvula impede o escoamento do liquido para o útero, facultando-o sob certas circunstâncias.

Desde que a obliteração esteja apenas localizada a *ostium* abdominal, as trompas são visíveis em todo o seu trajecto e podemos ficar na dúvida se o lipiodol atingiu ou não o peritoneu.

Tira-se um *cliché* 24 horas depois; se as trompas estiverem vazias e o lipiodol, visível, difundido no peritoneu, por *brassage* das ansas intestinais, as trompas eram permeáveis; se ainda houver lipiodol nas trompas é porque estas, doentes, em atonia, não expulsaram ainda para o útero o lipiodol nelas contido. Esta prova, devida a Gaston Cotte, tem uma alta importância prática e só é possível em virtude da lenta reabsorção do lipiodol.

Na gravidez extra-uterina, salpingites, tumores das trompas, estão obturados estes órgãos. Nos quistos do ovário, pelo contrário, há, muitas vezes, permeabilidade tubar.

(Continua)

NOTAS CLÍNICAS

INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES DO PNEUMOTÓRAX TERAPÊUTICO

POR

ARMANDO NARCISO

Indicações do pneumotórax. — Ainda que generalizado a outras afecções pulmonares, o pneumotórax terapêutico continua sendo hoje, como quando Forlanini o principiou a empregar, um processo de tratamento principalmente indicado na tuberculose. E de todos os processos de tratamento da tuberculose pulmonar, tem sido o do pneumotórax aquele que, em vez de cair, depois de um período de entusiasmos e esperanças, se tem mantido e divulgado, pouco a pouco, aumentando, com a idade, os créditos que os outros processos, com o tempo, vão perdendo. Mesmo os outros processos de pequena e de grande cirurgia toraco-pulmonar, em via de divulgação: frenicectomia, pneumolise e toracoplastia, não são mais do que processos de exceção, substituintes ou adjuvantes do pneumotórax terapêutico.

Assim, perante terapêutica que tende, dia a dia, a tornar-se a mais corrente na tuberculose pulmonar, mesmo o clínico geral, que se não tenha adestrado na sua técnica, precisa conhecer as suas indicações e contra-indicações, para estar habilitado a indicá-la aos seus doentes todas as vezes que dela possam tirar proveito. E tanto mais isto se vai tornando necessário quanto melhor se vai conhecendo que o êxito dêste processo depende, em grande parte, da precocidade com que êle é empregado.

Certamente que o pneumotórax terapêutico não está indicado em todas as formas de tuberculose pulmonar. As formas mistas de predominância produtiva, de marcha lenta, tendendo para a esclerose, são as que melhor resultado podem tirar do pneumotórax terapêutico. Mas são também aquelas que, pela sua tendência para a cura espontânea, mais vezes dêle podem prescindir. E também são aquelas que, pela sua freqüente extensão fibrosa à pleura, mais vezes impedem o seu emprêgo. Assim, nos casos iniciais deste tipo, formas acinosonodulares circunscritas, não é geralmente necessário recorrer à colapsoterapia, a não ser por causas acidentais, como sejam a evolução rápida ou as hemoptises de repetição. E antes de ir mais longe, convém dizer que é esta indicação da hemoptise aquela que faz também do pneumotórax uma terapêutica de urgência de primeira ordem, não só nas lesões dêste tipo, mas em todas as formas de tuberculose pulmonar, e ainda em lesões não tuberculosas, que levem à hemorragia abundante dum só pulmão.

Nas formas acentuadamente produtivas, muito avançadas, cirroses extensas, com bronquectasia, bilaterização acentuada, capacidade respiratória limitada e coração forçado, em doentes caquéticos, ou a cair em caquexia, o

pneumotórax é de execução difícil ou impossível e, quando possível, de efeitos quasi sempre prejudiciais. Pelo contrário, nas formas deste tipo, de extensão média e com zonas de amolecimento no lado a intervir e ausência de lesões, ou pequenas lesões, no lado oposto, ainda com regular estado geral, pleura livre, em doentes pouco intoxicados, o pneumotórax está indicado, porque êle acelera uma cura vagarosa ou torna possível uma cura, que, sem êle, não seria de esperar.

Nas formas mistas de predominância exsudativa, lobulares, unilaterais, febris, de evolução mais ou menos rápida, caminhando para o amolecimento, fusão e cavitação, está a indicação predominante do pneumotórax terapêutico. Porque, ainda que nestes casos a cura não seja tão fácil e tão rápida como nos das formas produtivas de extensão média, o efeito terapêutico é mais evidente, visto estas formas, abandonadas a si mesmo, levarem à cavitação e só muito excepcionalmente poderem ter cura espontânea. E mesmo quando já em fusão e cavitação, em doentes condenados a uma morte rápida e inevitável por outros processos terapêuticos, ainda o pneumotórax consegue, muitas vezes, a cura definitiva ou, pelo menos, melhoras acentuadas e duradouras.

Não havendo portanto nestas formas probabilidade, nem mesmo possibilidade, a maior parte das vezes, de uma cura espontânea, o pneumotórax deve ser estabelecido o mais precocemente possível, não se esperando pelas fases avançadas da doença, sempre de mau prognóstico. Porque êle é de indicação imediata não só nestas fases avançadas, mas mesmo em fases incipientes, muito principalmente em doentes jovens, em quem, depois dos primeiros fenômenos hemoptóicos, a febre se estabelece e a desnutrição e a anemia principiam a acentuar-se. Indicação imediata, urgente mesmo, é ainda a das formas pneumônicas e bronco-pneumônicas, pouco extensas e recentes, ainda que nestes casos graves as possibilidades de sucesso sejam bem mais limitadas, visto a maior parte das vezes ser impossível sustar o agravamento do estado geral, que leva geralmente estes doentes a uma terminação muito rápida. Apesar disso, casos há destes em que a intervenção do pneumotórax produz bons resultados, logo que se não trate de formas extensas e maciças que tornem impossível o colapso.

As formas miliáres difusas, como às restantes formas muito extensas e mais ou menos generalizadas, não é aplicável a colapsoterapia. O mau estado geral, em doentes caquéticos ou quasi caquéticos, também contraíndica, nem só nas formas produtivas, como ficou dito, mas em todas as formas, esta intervenção. No entanto, é preciso notar que é difícil marcar o limite de resistência, ou melhor de reserva de defesa, destes doentes para a aplicação do pneumotórax, acontecendo, por vezes, que doentes em mau estado geral, muito intoxicados, mas portadores de lesões bem delimitadas, podem tirar proveito surpreendente da colapsoterapia.

Contraindicações relativas. — Acabamos de ver que são as lesões unilaterais aquelas que mais aproveitam desta terapêutica e que a generalização das lesões contraíndica o pneumotórax. A unilateralidade foi mesmo, durante muito tempo, para a maioria dos autores, uma condição julgada indispensável

para uma boa cura de pneumotórax, ainda que Forlanini não tenha sido tão exclusivista.

A seguir tal preceito, que de preconceito não passa, as indicações da colapsoterápia teriam ficado bem limitadas, sabido como é pouco freqüente encontrar tuberculosos com unilaterização absoluta. E mesmo quando a observação clínica e a radiologia sejam negativas para o pulmão oposto àquele sobre que se quiere intervir, nunca é possível ter-se a certeza da sua integridade anatómica.

Acontece, porém, o que é de observação corrente, que, mesmo quando bilaterais, as lesões são, durante algum tempo, mais acentuadas e mais activas num pulmão que no outro e quanto maior fôr o contraste mais precisa é a indicação da intervenção colapsoterápica. Forlanini aconselhava intervir sempre sobre «a lesão que ameaça a vida». E ainda hoje é esta a melhor indicação. Sem dúvida que, quanto menos extensas e menos activas forem as lesões de lado oposto àquele em que se estabelecer o pneumotórax, maior é a possibilidade de cura. Sendo sempre neste pulmão oposto mais importante atender à actividade das lesões do que propriamente à sua extensão. Isto dentro de certos limites, como é fácil de compreender. Provindo, portanto, a dificuldade da determinação da intervenção nos bilaterais mais em avaliar qual a actividade destas lesões do que em verificar da sua existência e extensão.

Assim, não sendo a bilateralização, muitas vezes, uma contra-indicação absoluta à execução do pneumotórax terapêutico, é preciso não perder, evidentemente, de vista o pulmão não tratado. Ele é forçado a um aumento de trabalho que o leva à hipertrofia compensadora, e, além disso, ele sofre a pressão do deslocamento do mediastino, principalmente quando as tensões interpleurais se mantêm positivas.

A regra da intervenção exclusivamente sobre lesões unilaterais fundava-se em se julgar que o estabelecimento do pneumotórax, dum lado, levava sempre ao agravamento das lesões existentes no pulmão do lado oposto. Dêste modo, quando, a-pesar-desta-suposição, se fazia o pneumotórax, em doentes bilateralizados, era na esperança de que essa evolução fôsse menos grave do que seria a das lesões do pulmão tratado, o mais lesado, e nunca na esperança de que do pneumotórax beneficiassem, simultaneamente, os dois pulmões, tratado e oposto.

É evidente que se as lesões forem equivalentes, em extensão e actividade, o pneumotórax é contraproducente, ou, pelo menos inútil. E mesmo quando as lesões do pulmão mais lesado muito se avantajem sobre as do pulmão oposto, o doente pode não aproveitar do tratamento, pelo agravamento das lesões dêste pulmão. E esta mesmo a causa mais freqüente dos insucessos desta terapêutica, principalmente durante o primeiro, ou primeiros anos de tratamentos. Acontece, no entanto, que muitas vezes é impossível dizer se a evolução teria sido diferente se o pneumotórax não tivesse sido executado, porque nos doentes a êle não submetidos a evolução das lesões bilaterais, de início desigual, se torna mais ou menos paralela, ao fim do mesmo espaço de tempo. E tanto nos doentes tratados como nos não tratados esta evolução bilateral paralela acentua-se tanto mais quanto mais acidentada fôr a vida do doente: *surmenage*, doenças intercorrentes, gravidez, etc. E, quando isto acontece, o

LISBOA MÉDICA



GLEFINA

LABORATORIOS ANDRÓMACO, S. A.

Pl. Central de Tibidabo 3

BARCELONA

Preparada com:

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

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

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

Tem um sabor agradável. Não produz transtornos digestivos

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

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

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



PILULAS

OPOBYL

PILULAS

TRATAMENTO PHYSIOLOGICO

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

Prisões de ventre chronicas, Estados hemorrhoïdarios.

COMPOZIÇÃO

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

**INSUFFICIENCIAS
Hepatica e Biliar**

PHARMACODYNAMIA

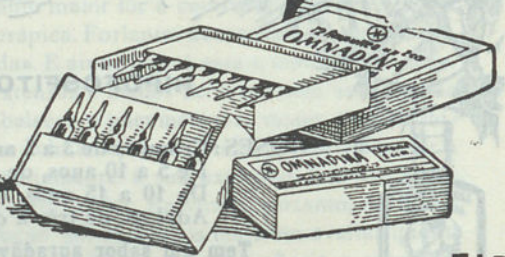
*Cholagogo, Reeducador das
funções entero-hepaticas,
Descongectivo do figado
e dos intestinos.*

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

Amostras gratuitas, a um simples pedido endereçado aos:

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

Omnadina



Vacina total imunizante "MUCH"

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
1,2 EMPOLAS
DE 2 c. c.



EMPACOTA-
MENTO ORI-
GINAL

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

Leverkusen (Alemanha)

REPRESENTANTE-DEPOSITARIO:

Augusto S. Natividade

RUA DOS DOURADORES, 150, 3.º - LISBOA

estado geral do doente também se agrava, a generalização estabelece-se e o pneumotórax tem de ser interrompido.

Mas as cousas nem sempre se passam dêste modo. Às vezes, depois de uma crise de prognóstico reservado, as lesões do pulmão oposto estabilizam-se, o estado geral melhora e o doente pode continuar a sua cura, com maior ou menor proveito, devendo o clínico redobrar de vigilância. Noutros casos, e estes não são os menos freqüentes, as lesões do pulmão oposto ficam estacionárias, durante toda a evolução da cura. E casos há mesmo em que a cura, ou as melhoras acentuadas, se produzem tanto no pulmão tratado como no pulmão oposto. É por isso que, ao estudar um doente para ser submetido à colapsoterapia, é muitas vezes impossível avaliar como se vai portar o pulmão oposto ao que vai ser tratado, visto ser difícil, como ficou dito, avaliar da actividade das lesões dêsse pulmão. É freqüente, em bilateralizações acentuadas, começar-se, hesitante, por fazer um pneumotórax temporário, como primeira tentativa de cura, e torná-lo depois definitivo, continuando as insuflações, ao verificar-se que o estado do pulmão oposto se não agravou e o doente principiou a tirar proveito da colapsoterapia. Todos aqueles que praticam, com freqüência, o pneumotórax têm casos dêstes, por vezes bem surpreendentes. É evidente que tais sucessos, em casos de tal gravidade, são raros. Mas nos casos menos graves é relativamente freqüente a estabilização, e mesmo a cura das lesões do pulmão oposto. São estes os casos a que os autores chamavam paradoxais e que hoje principiam a ter explicação. Porque se é verdade que a imobilização relativa, a que leva o pneumotórax, é um processo de cura, e o mais conveniente, para as lesões de predominância exsudativa em estado de rápida evolução, não deixa de ser verdade que lesões limitadas dêste tipo, e lesões mesmo de extensão média de tendência produtiva podem beneficiar da superactividade funcional. É uma variante da estimuloterapia e a estimuloterapia, sob várias maneiras, é bastantes vezes empregada, com êxito, na cura de tais lesões pulmonares. Portanto, não deve admirar que o melhor arejamento dos vértices e a maior actividade circulatória possam levar também à cura, algumas vezes, as lesões do pulmão oposto ao do lado do pneumotórax. A juntar a isto, temos o benefício que o estado geral tira do abafamento dos focos de maior gravidade, que são os do pulmão tratado, e o aumento de defesas que êste melhor estado geral cria e de que o pulmão oposto também aproveita. É nas formas crônicas, de evolução lenta, que isto se verifica mais freqüentemente. Nas formas agudas, e nas crônicas de evolução rápida, a bilateralização é sempre uma condição má para a cura pela colapsoterapia.

Outros estados patológicos podem contraindicar, ou pelo menos limitar, as indicações do pneumotórax terapêutico. Estão neste caso as cardiopatias descompensadas. Mas se esta contra-indicação é absoluta nas cardiopatias acentuadas, ela é somente relativa nas cardiopatias ligeiras que não tenham levado à insuficiência cardíaca. Caso semelhante se dá nas netropatias. A emotividade, em doentes pusilânimes, sujeitos a crises nervosas intensas, com tendência sincopal, também contraindica a execução do pneumotórax, porque estes estados podem desencadear acidentes graves durante a intervenção.

Todas as doenças intercorrentes ou associadas à tuberculose, agudas ou

crônicas, que agravem o estado geral do doente, ou o seu estado pulmonar, podem contraindicar o pneumotórax. No entanto, há casos em que estas doenças aumentam a sua indicação. É por exemplo o caso da diabetes, em doentes de nutrição ainda não muito alterada, e de lesões pulmonares não muito extensas. Estes doentes aproveitam quasi sempre duma cura mista pela insulina e pela colapsoterapia. Do pneumotórax também aproveitam as tuberculosas em puerpério, diminuindo esta intervenção as probabilidades do agravamento das lesões pulmonares, tão frequentes em tais estados. E como nestas doentes a evolução bilateral é a mais frequente, alguns autores aconselham mesmo fazer-se nestes casos o pneumotórax bilateral parcial.

A idade é também uma circunstância a atender. Na criança, ainda que proveitoso, o pneumotórax pode levar a perturbações intratorácicas acentuadas. Os velhos, depois dos 50 anos, pouco beneficio tiram desta terapêutica.

Contraindições absolutas. — Se a bilateralização, como ficou dito, está longe, em grande números de casos, de contraindicar o tratamento pelo pneumotórax, a extensão das lesões para fora dos pulmões quasi sempre o contraindica em absoluto. Já vimos como êle está contraindicado nas formas difusas, só de localização pulmonar, mas quando essa difusão se estende aos brônquios, à laringe e, no fim, às restantes vísceras, essa contraindição é absoluta.

No caso da laringite tuberculosa, no entanto, há a considerar a laringite inicial, de lesões circunscritas, e a laringite grave, de lesões extensas. Na laringite tuberculosa limitada e inicial, o pneumotórax nem só não está contraindicado, como pode até ser um bom processo de tratamento, pelo repouso que a diminuição da tosse e da expectoração lhe pode trazer, como pela diminuição da reinoculação laringea, se admitirmos esta hipótese, e ainda pela melhora que traz ao estado geral do doente. Pelo contrário, na laringite tuberculosa avançada, com extensão à faringe, às amígdalas e aos pilares, dando lesões estenosantes e graves, o pneumotórax está formalmente contraindicado, porque estas lesões revelam um estado terminal, irremediável, da doença.

A enterite tuberculosa é também uma contraindição absoluta à execução do pneumotórax, porque ela agrava-se nitidamente com esta intervenção terapêutica. Mas é preciso não confundir com ela as diarreias tóxicas e as perturbações digestivas da superalimentação.

Possibilidades técnicas. — Ao estudar um doente para ser submetido à colapsoterapia temos de, excluídas as contraindições, averiguar simultaneamente das possibilidades técnicas desta intervenção terapêutica.

A técnica do pneumotórax terapêutico é simples, nos bons casos, para quem está habituado a executá-la. E estes bons casos são os de pleura livre, em que o pulmão se contrai sobre si mesmo, sem dificuldade, e o pneumotórax se estabelece mais ou menos rapidamente, segundo o desejo do operador, tornando-se mesmo necessário não ir atrás desta facilidade, provocando um colapso rápido e um grande desvio do mediastino.

A contrapor a estes bons casos, de técnica fácil, temos outros de técnica

bem mais difícil e às vezes mesmo de execução impossível. Quando a pleura está aderente, em maior ou menor extensão, ela põe entrave à boa formação do pneumotórax, ou mesmo a impede absolutamente. Uma vez são aderências pouco extensas do vértice, da parede lateral, ou da base, que não deixam fazer um colapso completo, ainda que o pneumotórax parcial, que daqui resulta, nem sempre deixe de ser activo, levando a uma cura de boa marcha. Algumas destas aderências cedem, ao fim de certo tempo, à tracção que sobre elas exerce o pulmão contraído, outras persistem durante todo o tempo que dura o tratamento.

Mas se aderências pouco extensas podem não pôr estôrvo à boa marcha da cura, outras há, pouco extensas também, que a podem prejudicar grandemente. Estão neste caso as aderências que, pela situação da sua inserção pulmonar, impedem a compressão das cavidades, donde pode resultar a continuação das hemoptises e donde resulta também, quasi sempre, a impossibilidade da cicatrização dessas cavidades sempre abertas. É esta a indicação da reseccão das aderências, quer pelo processo da toracosopia, quer pelo processo da toracotomia.

Quando porém as aderências adquirem maior extensão, elas nem somente prejudicam ou impedem a cura, como ainda prejudicam ou impedem a própria insuflação. Elas podem fixar todo um vértice, ou toda uma base, e só tornarem possível um limitado pneumotórax parcial. Mas nestes casos ainda pode haver qualquer probabilidade de intervenção e mesmo de êxito terapêutico. O mesmo não acontece porém com as extensas aderências parietais que impedem em absoluto a entrada da agulha ou do trocarte na cavidade pleural, impossibilitando a insuflação e pondo o doente em risco de acidente. Nestes casos só a colapsoterapia cirúrgica pode resolver o problema. É a indicação da frenicectomia, de acção geralmente limitada, ou da toracoplastia, de efeitos mais acentuados e de êxito, por vezes, completo, mas rodeada de perigos que a tornam uma intervenção de excepção.

Ao estudar-se um doente que vai ser submetido ao pneumotórax, é portanto necessário atender ao estado da pleura. Acontece porém que muitas vezes nem o exame clínico, nem o radiológico, revelam a existência de aderências, que só depois da execução do pneumotórax, ou da sua tentativa, se verifica existirem.

A dificuldade da boa execução do pneumotórax terapêutico não reside, porém, só nas aderências, mais ou menos extensas, dos folhetos da pleura. Ela também pode existir no próprio pulmão não aderente, cuja falta de retractilidade pode impedir a formação do colapso. Nestes casos a pressão interpleural desvia o mediastino, mas não reduz, ou pouco reduz, o volume do pulmão. Isto acontece nas formas produtivas cirróticas, muito exuberantes, verdadeiras cirroses do pulmão, e ainda nas formas exsudativas maciças o mesmo se pode dar. Também há, por vezes, cavernas revestidas duma carapaça resistente a toda a compressão. Evidentemente que o estudo radiológico é o que melhor nos elucida sobre êstes casos, mas, geralmente, só depois do pneumotórax ter sido em parte provocado.

São estas as maiores dificuldades técnicas à execução do pneumotórax e, ao estudar o doente, o clínico não as deve esquecer, não devendo esquecer

também que nem sempre pode dar um crédito absoluto ao exame clínico, nem ao radiológico, nesse estudo do doente.

Aqui, portanto, nas impossibilidades técnicas, como nas contraindicações relativas, num grande número de vezes, só a tentativa do pneumotórax pode resolver o problema.

Acidentes imediatos. — O pneumotórax não é uma intervenção terapêutica livre de acidentes e percalços, mesmo com doentes bem estudados e feito por operador devidamente treinado. E se alguns destes acidentes são benignos, como a picada dos vasos e nervos intercostais, os ligeiros ferimentos das costelas e a perfuração pulmonar, outros há que, pelo contrário, são de gravidade extrema. A picada dos vasos e nervos intercostais e os leves traumatismos das costelas são faltas de técnica facilmente evitáveis. O mesmo se não pode dizer da perfuração pulmonar, muitas vezes difícil de evitar, mas que não tem geralmente, quando feita com agulha e em pneumotórax unilateral, outras conseqüências além do aparecimento de alguns escarros hemoptóicos. Os mais graves acidentes são os chamados acidentes nervosos: convulsivos, sincopais e paralíticos que têm sido atribuídos a reflexos inibitórios e a embolias gasosas. Eles dão-se, quasi sempre, em doentes de grande emotividade e nas intervenções trabalhosas, e podem desencadear-se logo a seguir à penetração da agulha ou do trocarte na pleura, antes da insuflação ter principiado; mas eles também podem dar-se durante ela, ou serem tardios e sobrevirem horas e dias depois da intervenção ter terminado. Estes acidentes são mais frequentes, relativamente, durante a primeira intervenção, mas também se podem dar durante as reinsuflações, em doentes que, nas intervenções anteriores, nada tenham manifestado de anormal.

Estes acidentes podem não ter conseqüências de maior, passando sem deixar rasto, mas também podem ser de conseqüências graves, deixando paralisias, e até cegueiras, demoradas ou definitivas. Está mesmo publicado um certo número de casos de morte. O que desanuvia, porém, o quadro é que, nas estatísticas dos autores que têm operado um grande número de doentes, estes acidentes graves são duma percentagem bem pequena, não atingindo um por mil. Isto é, uma percentagem menor do que a dos casos de morte da maior parte das intervenções cirúrgicas consideradas mais benignas e mesmo de algumas intervenções de terapêutica médica, como, por exemplo, a dos acidentes graves e fatais da injeção do neosalvarsan.

Outro acidente também raro, principalmente com a técnica actual, e geralmente benigno, é o do enfisema subcutâneo. Provocado por mecanismo semelhante, mas mais grave, é o enfisema profundo, que pode aparecer nos pneumotórax a altas pressões, com grande opressão, crises de angústia e dispneia, pondo em risco a vida do doente e fazendo passar ao médico horas aflitivas. As vezes nestes enfisemas profundos o gás atinge o tecido celular da base do pescoço e o enfisema generaliza-se à face e mesmo ao tronco, sendo nestes casos, contudo, de menores proporções e de menor gravidade que os enfisemas que sobrevêm nas grandes intervenções cirúrgicas e nos traumatismos perfurantes do tórax.

A perfuração pulmonar por trocarte pode levar à adição dum pneumotó-

rax espontâneo sobre o pneumotórax terapêutico, fazendo subir progressivamente a tensão intrapleurale e levando o doente à morte, se uma intervenção urgente lhe não acudir. Mas, como ficou dito, este acidente é raro no pneumotórax unilateral, principalmente quando o pulmão é picado com agulha. A comunicação entre as duas cavidades pleurais, por mais de uma vez verificada, pode levar à formação de pneumotórax bilateral, simultâneo e completo, e matar o doente, se o clínico só se guiar pela observação do monómetro. Mas, felizmente, antes que tal se dê, a quantidade de gás insuflado e o estado do doente, tornado alarmante, chamam a atenção do operador e levam-no à interrupção da intervenção e mesmo à aspiração do gás injectado, quando isso for necessário.

Terminada a intervenção, ainda alguns acidentes podem sobrevir. A dispneia, principalmente nos pneumotórax estabelecidos, desde início, com altas pressões, pode ser intensa e demandar cuidados especiais. Às vezes ela só se torna aflitiva algumas horas depois de terminada a insuflação e agrava-se ao menor esforço, e o mesmo pode acontecer com a tosse. O esforço e a mudança de decúbito, igualmente, podem provocar taquicardias, arritmias, síncope, torturas e lipotímias.

As crises febris também não são raras nas primeiras horas, e às vezes nos primeiros dias, a seguir à intervenção. Também se podem manifestar sintomas de crise anafiláctica, como urticárias, pruridos e edemas fugazes, revelando estados de choque.

Ainda que raramente, a hemoptise pode ser um acidente imediato, ou uma complicação precoce da insuflação. Isto deve parecer estranho, visto a colapsoterapia encontrar na hemoptise, como ficou dito, uma das suas melhores e mais urgentes indicações. Este fenómeno é devido à existência de aderências pleurais, que nem só impedem a compressão de cavidades, mas ainda podem contribuir para a sua maior abertura e laceração, depois de estabelecido o pneumotórax.

Complicações e acidentes tardios. — Pode também a evolução duma cura colapsoterápica ser prejudicada por complicações e acidentes tardios, de maior ou menor gravidade.

Estas complicações e acidentes podem ter a sua origem dentro ou fora do aparelho respiratório. Estão no primeiro caso as complicações que têm sede no pulmão do lado oposto àquele em que foi estabelecido o pneumotórax. Como ficou dito, do comportamento desse pulmão depende, a maior parte das vezes, o sucesso ou insucesso da cura. Mas não é somente a actividade das lesões tuberculosas desse pulmão que pode trazer complicações à boa marcha da cura. Lesões extensas, estacionárias, podem diminuir a capacidade de trabalho desse pulmão, não o deixando adaptar à superactividade funcional que lhe é imposta. É o que pode acontecer quando esse pulmão é sede de escleroses extensas ou de enfisema acentuado. Neste caso a dispneia, que se instala desde as primeiras insuflações, não chega a atenuar-se e desaparecer, como nos bons casos acontece. E o doente continua dispneico, cianosado e magro, devido à sua insuficiência respiratória. Este fenómeno mais se acentua na altitude. Estes doentes devem ser tratados a baixas

pressões interpleurais e não devem aumentar de altitude logo a seguir a uma insuflação.

As doenças agudas, como a pneumonia e a bronco-pneumonia, e as doenças crônicas, como as micoses, os quistos hidáticos e os tumores dêsse pulmão oposto, surgindo ou revelando-se durante uma cura colapsoterápica, podem também ser causa de complicações e acidentes. O mesmo acontece com a pleurisia intercorrente, sobrevindo do lado oposto ao do pneumotórax. É a chamada pleurisia contralateral, que pode impor uma suspensão temporária ou definitiva dêste tratamento.

Mas as mais freqüentes complicações do pneumotórax terapêutico vêm da pleura do mesmo lado onde se estabelece a colapsoterapia. E tão freqüentes que elas representam mais de cinqüenta por cento das complicações desta terapêutica. Umias são benignas, correspondendo a simples reacções da pleura, sem derrame, ou com pequeno derrame, de reabsorção fácil. Outras dão lugar a derrames mais consideráveis, de reabsorção mais difícil, com reacender febril e agravamento de estado geral, demandando toracentese, seguida de reinsuflação.

São pleurisias devidas a irritação pleural ou a infecção bacilosa ligeira, que alguns autores têm classificado de providenciais, porque, espessando a pleura, dificultam a reabsorção do gás e tornam o pneumotórax mais estável e mais proficuo. Acontece todavia que, reabsorvido uma vez o gás, parcial ou totalmente, se formam aderências mais ou menos extensas que dificultam, ou mesmo impedem, a continuação das insuflações. Pode-se estabelecer mesmo a sinfise pleural e, se as lesões pulmonares tendem para a neoformação fibrosa e para a cura, o pulmão assim esclerosado e a pleura aderente chegam a formar um todo mais ou menos maciço. É o chamado fibrotórax, que pode ser uma forma feliz de cura. Mas também pode acontecer que, debaixo da pleura aderente, as lesões pulmonares continuem a evolucio-nar. Aqui, a toracoplastia tem que suceder ao pneumotórax, na terapêutica dêstes casos.

Podem também as pleurisias, mesmo febris, de médio ou grande derrame, ceder à toracentese, única ou repetida, não agravando nem favorecendo a marcha da cura. Mas também pode acontecer que o derrame se refaça a cada punção e que no fim se torne purulento. Estes empiemas são quasi sempre de etiologia tuberculosa e o seu aparecimento representa um acidente grave. São verdadeiros abscessos frios da pleura que podem levar à fistulização, à caquexia e à morte. Nem sempre, contudo, a evolução é tão funesta. Casos há em que o doente, substituindo-se-lhe o pneumotórax pelo oleotórax, pode sobreviver a um acidente desta gravidade e até curar.

Casos mais graves são os de piopneumotórax misto, em que o bacilo de Koch se associa a outros germes piogênicos, pondo o doente em risco de vida e tornando reservado o prognóstico duma intervenção cirúrgica. Mas nestes casos ainda uma toracoplastia pode vir a ser possível e salvar o doente.

As complicações duma cura de pneumotórax podem vir também do lado do aparelho circulatório. É o caso das cardiopatias mal compensadas que a colapsoterapia pode levar à insuficiência cardíaca, principalmente provo-

cando a hipertrofia do coração direito. Por sua vez, as perturbações digestivas são freqüentes durante êste tratamento: inapetência, vômitos, enfartamentos, digestões difíceis, diarreias, etc., que, ainda que benignas, podem produzir emmagrecimento acentuado e prejudicar a boa evolução da cura. Estas perturbações têm sido atribuídas à compressão produzida pela descida do diafragma e a fenómenos reflexos da esfera pneumogástrica. Também pode acontecer que estes fenómenos digestivos sejam de maior gravidade. É o caso das grandes diarreias, com enteralgias, temperaturas altas, emmagrecimento rápido e grande queda do estado geral, correspondendo a localizações tuberculosas entéricas, que impõem a interrupção imediata da colapsoterapia e são de péssimo prognóstico.

Além das perturbações nervosas descritas, como acidentes imediatos do pneumotórax, outras podem aparecer durante a evolução da cura. Sem gravidade de maior, são episódios nervosos de origem psíquica, com delírios e obsessões. Muitas vezes não passam mesmo de crises de excitação nervosa, cortadas de explosões de choro e riso, relativamente freqüentes em doentes jovens.

Justificação terapêutica. — Especificadas as indicações e citadas as dificuldades técnicas e os acidentes imediatos e tardios, vejamos agora quais as razões que justificam o emprêgo do pneumotórax terapêutico na tuberculose pulmonar.

A não ser a cura sanatorial, nenhum outro processo terapêutico da tuberculose pulmonar tem sido mais largamente empregado, donde a publicação duma abundante estatística. E se é verdade que a estatística terapêutica da tuberculose pulmonar está sujeita a causas de erro, por apreciação defeituosa, que pode levar a optimismos infundados, essas causas de erro devem-se atenuar fazendo a média duma numerosa casuística, porque não é de supor que todos aqueles que, nêstes últimos vinte anos, têm praticado o pneumotórax, tenham caído nos mesmos erros de interpretação.

É assim que os autores estão de acôrdo em que os casos favoráveis, de cura clínica ou melhora acentuada, atingem 50% dos doentes tratados por êste processo, sendo mais de metade dêstes casos de cura definitiva. Nenhuma outra terapêutica nos deu, até hoje, estatística tão encorajante no tratamento da tuberculose pulmonar, confirmada e evolutiva, havendo ainda a notar que, até há pouco tempo ainda, quasi só se recorria ao pneumotórax nos casos desesperados, em que os restantes processos terapêuticos tinham completamente falhado. Daqui o dizer-se que a colapsoterapia veio transformar por completo o prognóstico dêstes doentes.

E melhores serão certamente os dados estatísticos para o futuro, quando a prática do pneumotórax precoce se generalizar e quando, melhor conhecida por clínicos e doentes a sua acção, êle não fôr interrompido extemporaneamente, como hoje muitas vezes acontece, em casos de melhoras tão apparentes e tão brilhantes que levam o doente, e às vezes o próprio médico, a ilusão de uma cura completa, que afinal não passa de melhora acentuada.

Comparada esta estatística com a dos restantes processos terapêuticos da tuberculose pulmonar, nenhum se lhe aproxima, como fico

tística da Nacional Sanitarium Association, dos Estados Unidos da América, dá 58 % de casos favoráveis, tratados pelo pneumotórax, sendo 35 % de unilaterais e 23 % de bilaterais. Ao fim de 5 anos, 50 % ainda estavam vivos e mais de metade podia ser considerada completamente curada. Dos doentes não tratados, possuindo lesões equivalentes e tendo as mesmas condições de vida, ao fim de 5 anos só restavam 10 % vivos, e destes nenhum podia ser considerado completamente curado. Pissavy verificou, em cura de sanatório de assistência, uma mortalidade, em 4 anos, de 72 % de doentes não tratados pela colapsoterapia, e somente de 56 % dos doentes submetidos a esta terapêutica. A estatística de E. Rist, em doentes tratados, em Paris, pelo pneumotórax, dá 48 % de casos favoráveis, sendo 31 % clinicamente curados, havendo somente 26 % de mortes nos 52 % casos restantes. Em doentes nas mesmas condições patológicas e sociais, paralelamente estudados e seguidos, mas submetidos a terapêutica diferente, somente 12 % tiveram melhoras, 7 % ficaram estacionários e os 81 % restantes faleceram ou entraram em estado terminal. Von Muralt, de Davos, obteve 68 % de resultados positivos, com 25 % de curas; Lucius Spengler, 26 % de curas e ainda 41 % aproveitando da colapsoterapia.

Nos doentes melhorados, tratados pelo pneumotórax ou tratados por qualquer outra terapêutica, a aptidão para o trabalho é três vezes maior nos primeiros que nos segundos. O que prova que o pneumotórax não é só uma boa terapêutica, mas tem ainda um valor social superior ao das restantes terapêuticas da tuberculose pulmonar. Havendo a acrescentar que nenhum outro processo de tratamento é mais aplicável à clínica de dispensário do que este, o que lhe redobra o valor nos países em que, como em Portugal, a hospitalização e a sanatorialização dos tuberculosos é ainda tão deficiente.

Por outro lado, nos sanatórios de luxo, em doentes tratados cedo e nas melhores condições higieno-dietéticas, os casos favoráveis não passam geralmente de 20 %, nos doentes não tratados por pneumotórax, subindo a 60 % nos tratados por este processo. E se é verdade que nos não tratados alguns havia em que o pneumotórax não foi aplicado em vista da fase adiantada da doença, muitos outros havia em que êle não chegou a ser pôsto em execução por serem julgados benignos e de cura espontânea possível.

Como ficou dito, a precocidade na aplicação do pneumotórax é uma das maiores causas de êxito. No tratamento precoce o foco é mais limitado, o pulmão mais retráctil, a pleura mais livre e o pulmão oposto íntegro ou menos atingido. Mas também ficou dito que, mesmo quando o doente não tenha sido tratado de início, ainda pode haver probabilidades de êxito. O primeiro beneficio que o doente tira do pneumotórax é a queda da febre, a atenuação da dispneia, a moderação da tosse e da expectoração, melhorando o estado geral e trazendo ao doente um bem-estar, uma volta à vida, que o surpreende e anima. Às vezes estas melhoras não são imediatas e só aparecem ao fim de um certo número de insuflações. Nos bons casos, elas mantêm-se e levam à cura clínica, ou a melhoras perduráveis. Nos casos menos favoráveis, elas podem não ser tão acentuadas, mas, mesmo nestes casos, elas podem prolongar a vida do doente, transformando em crônica uma evolução até ali aguda ou subaguda.

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^{is}, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8^e)
Amostras e Littérature : SALINAS, rua Nova da Trindade 9, LISBOA

“

Ceregumil

Fernández

Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas

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

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

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

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

Instituto Rocha Cabral

Está aberto concurso por espaço de 30 dias, a começar em 15 do corrente, para provimento do lugar de sub-director de êste Instituto. As condições estão patentes na Secretaria, Calçada Bento da Rocha Cabral, 14—Lisboa.

O SECRETÁRIO,

ANTONIO VILLAÇA

I M P R E N S A LIBANIO DA SILVA

Sucessor: JÚLIO DE SOUZA

TRABALHOS TIPOGRAFICOS
EM TODOS OS GENEROS

ESPECIALIDADE EM TRABA-
LHOS DE GRANDE LUXO

T. Fala-So, 24—LISBOA—Tel. 3110 T.

Dêste modo justificada fica a indicação da colapsoterapia, que, ainda que sujeita a insucessos e acidentes, é terapêutica tão proveitosa que deve ser aconselhada todas as vezes que uma contra-indicação absoluta a não exclua. E insucessos e acidentes não há nenhuma terapêutica médica ou cirúrgica que os não tenha, por muito bem indicada que esteja e por muito bem executada que seja.

Pneumotórax bilateral. — Como ficou exposto, uma das contra-indicações mais freqüentes à prática do pneumotórax é a equivalência, em extensão e evolução, de lesões bilaterais. Por outro lado, a complicação que mais freqüentemente leva ao insucesso da colapsoterapia é a invasão do pulmão oposto ao pulmão tratado. Daqui a tentação a que, desde o início desta terapêutica, foram levados os experimentadores de pôr em prática o pneumotórax bilateral. Mostra a fisiologia que a vida é possível com menos de um décimo de campo pulmonar respirando, e a prática clinica, por sua vez, mostra que na realidade se pode viver quasi normalmente com um sexto de pulmão em actividade. Portanto não existe impedimento fisiológico à execução do pneumotórax bilateral parcial.

Assim, perante lesões bilaterais equivalentes, o pneumotórax bilateral simultâneo pode estar indicado. Ele, pelo menos, em principio, não representa, de resto, mais do que o desejo de extensão duma terapêutica que se tem mostrado de resultados encorajantes, como é a da colapsoterapia. Mas, apesar do bom desejo dos experimentadores, o pneumotórax bilateral simultâneo não tem, até hoje, passado dum método de excepção, rodeado de perigos, e de efeitos bem pouco compensadores. As suas contra-indicações, no que diz respeito à extensão da doença além dos pulmões, assim como do estado do aparelho circulatório e do estado geral do doente, são bem mais formais e absolutas do que quando se trata do pneumotórax unilateral. Além disso, êle só é eficaz com pleura livre dos dois lados e demanda de técnica bem mais cuidada do que a do pneumotórax dum só lado. A perfuração operatória ou patológica do pulmão, produzida no pneumotórax unilateral, não é geralmente tão grave como quando sobrevém no decurso do pneumotórax bilateral. Mas, mesmo fora dêstes casos de gravidade extrema, as dispneias angustiosas e as anoxemias graves são bem mais freqüentes no pneumotórax bilateral simultâneo do que no pneumotórax unilateral.

O pneumotórax bilateral alterno é de prognóstico mais benigno do que o pneumotórax bilateral simultâneo. Êle está indicado quando, durante uma cura pelo pneumotórax unilateral, as lesões do pulmão oposto entram em evolução, mais ou menos rápida.

Quanto ao pneumotórax bilateral sucessivo, bem se pode dizer que êle entra nas regras e indicações gerais do pneumotórax unilateral. Curado um pulmão, é racional que se procure curar o pulmão oposto, quando êste apresente lesões evolutivas. Mas neste caso a dificuldade está em saber quando está curado o primeiro pulmão e avaliar da sua capacidade respiratória. Podemos portanto dizer que, duma maneira geral, o pneumotórax bilateral, simultâneo, alterno, ou sucessivo, é uma terapêutica de excepção, de resultados duvidosos.

Outras indicações do pneumotórax. — Ainda que encontre as suas melhores indicações na tuberculose pulmonar, a colapsoterapia está indicada noutras afecções do aparelho respiratório. Nos abscessos pulmonares e intralobares, o pneumotórax terapêutico pode actuar, quer como processo curativo, levando à cicatrização, quer como processo sintomático, produzindo a hemóstase nas hemoptises. Na gangrena pulmonar a indicação é a mesma que no abscesso simples, favorecendo a vômica, limitando a extensão das lesões e actuando como adjuvante da terapêutica medicamentosa. Aqui, ainda mais que na tuberculose, a precocidade é o elemento mais importante de bom êxito. Na bronquectasia os sucessos de colapsoterapia são mais frequentes, porque o estado geral do doente é quasi sempre mais satisfatório do que na gangrena e no abscesso pulmonar.

O pneumotórax terapêutico tem sido também indicado no quisto hidático supurado do pulmão. Mas para que esta terapêutica seja activa é necessário que o quisto seja de tamanho médio e de situação central. Os quistos de situação periférica produzem irritações e aderências de pleura que impedem o colapso pulmonar. Os quistos situados longe do hilo, muito especialmente os da base, não encontram, nas pequenas ramificações brônquicas, abertura suficiente para uma boa drenagem e para a eliminação das membranas. Sobre os quistos hidáticos fechados o pneumotórax é ineficaz, porque nem as grandes pressões conseguem romper-lhe a parede. Apesar disso, o pneumotórax ainda aqui pode ter indicações, como processo terapêutico na hemóstase das hemoptises e na produção de aderências que tornem a futura intervenção cirúrgica mais fácil e de melhor êxito, e como processo semiológico, facilitando a determinação da localização do quisto ao exame radiológico.

O emprêgo semiológico, nestas condições, do pneumotórax artificial não se limita, de resto, à melhor localização dos quistos hidáticos pulmonares, êle applica-se também na determinação da localização de tumores e abscessos intratorácicos e de pleuritis enquistadas. Êle ainda pode ser empregado, a título unicamente semiológico, no estudo de cavidades pulmonares, que, sem a sua intervenção, passariam despercebidas.

Finalmente, o pneumotórax terapêutico tem sido ainda empregado, acidentalmente, no tratamento de micoses pulmonares, pneumonias, bronco-pneumonias, derrames de pleura e hemoptises por traumatismo torácico.

Revista dos Jornais de Medicina

Um caso de doença de Kummel-Verneuil. (*Um cas de, etc.*), por Ody (GENÈVE). — *Bulletin et Mém. de la Société de Chirurgie.* — Tome LIV. N.º 27. 3 de Novembro de 1928. Págs. 1106-1115.

Um homem de 43 anos, violentamente arremessado ao chão por um automóvel, sente algumas dores pouco intensas na região dorso-lombar, às quais não ligaram grande importância e que desapareceram com o repouso na cama, e fracturou o fémur, necessitando de um tratamento de três meses na cama.

Quinze meses após o desastre o doente volta à consulta queixando-se de dores dorso-lombares violentas; o exame revela uma gibosidade na altura da 8.ª e 9.ª dorsais e uma anquilose completa da coluna dorso-lombar. A radiografia mostra um achatamento em forma de cunha de vértece anterior dessas vértebras, sem alteração dos discos intervertebrais, com ossificação do ligamento comum vertebral anterior e descalcificação dos corpos vertebrais nesse ponto.

Trata-se, evidentemente, dum caso de espondilose traumática. Ody eliminou sucessivamente os diagnósticos de espondilartria, espondilose rizomélica e cifose heredo-traumática de Bechterew. O espaço de tempo até a aparição dos sintomas foi bastante longo neste caso, porque a fractura do fémur obrigou o doente a conservar-se de cama durante meses.

É esta a observação apresentada por Ody. O seu relator, Albert Mouchet, aproveita a ocasião para expor trabalhos recentes sobre esta doença, e nós aproveitamos para os seguir e nos demorarmos sobre o seu quadro clínico, que convém recordar por nem sempre acudir à ideia no diagnóstico diferencial das conseqüências dos traumatismos da coluna.

Há no quadro clínico desta doença, que pode aparecer em todas as idades, raramente na infância e na adolescência, dois traços característicos: a noção do traumatismo inicial e a evolução em vários estádios.

O traumatismo, na maior parte das vezes mínimo, traz perturbações que parecem desaparecer ao fim de alguns dias, umas ligeiras dores; nem a clínica nem a radiografia revelam qualquer cousa de nítido.

Vem, então, o segundo estádio, o de bem-estar relativo, que pode durar semanas e mesmo meses. Depois, segue-se o estádio terminal da deformidade vertebral com volta das dores; o exame mostra, então, uma deformidade, muitas vezes até ignorada pelo indivíduo. Esta deformidade não consta de mais do que duma cifose a que se junta, na maior parte das vezes, um certo grau de escoliose.

O diagnóstico diferencial nem sempre é fácil com as espondilites infecciosas e, principalmente, com o mal de Pott. E, também, com os casos de atrofia congénita, em forma de cunha de base traseira dos corpos vertebrais, descobertos por acaso na ocasião dum traumatismo.

Para eliminar a doença de Kummel é preciso não ligar tanta importância ao aspecto radiográfico, em geral pouco demonstrativo, como ao conjunto sintomático realizado pela insignificância do traumatismo, a evolução

clínica sem dores, e, emfim, a concomitância de deformidades. A discriminação é, muitas vezes, das mais árduas, como o prova uma observação bastante embaraçante referida pelo relator.

Ignora-se ainda, a-pesar-dos recentes trabalhos alemães, e sobretudo de estes, a lesão anatómica que preside a êste síndrome. Algumas autópsias raras e um par de radiografias, sempre difíceis de interpretar, são os únicos dados para o estudo dêste problema. ¿Dever-se há discriminar uma lesão primitiva do disco intervertebral (Kocher, Nonné, Schmorl)? ¿Dever-se há atribuir as culpas a perturbações nutritivas dos corpos vertebraes, levando estes a uma atrofia e, conseqüentemente, um fraquejamento da coluna (Kümmel)? Em França, a tendência é antes para considerar o síndrome de Kümmel como uma fractura por compressão ignorada dum corpo da vértebra (Kirmisson, Grisel, Lance). Segundo Mouchet deve-se, talvez, aproximar ambas estas teorias e considerar êste síndrome como uma fractura patológica da coluna, relacionando-o, por isso, com os síndromas análogos observados no escafóide e no semi-lunar.

O tratamento deve consistir na imobilização prolongada da coluna por um colete, de princípio um colete gessado e depois um colete de celulóide. Para evitar esta longa imobilização, há toda a vantagem em utilizar o enxêrto raquidiano segundo a conhecida técnica de Albee.

MENESES.

Algumas observações de osteíte tuberculosa isolada do pequeno trocânter. (*Alcune o servazione*, etc.), por M. MANFREDI (Milão). — *Archivio di Ortopedia*. Vol. XLIV. Fasc. II. Págs. 268-290.

Ollier lembra no seu famoso tratado de ressecções que o pequeno trocânter é, às vezes, sede de peri-artrites rebeldes que dão lugar a supurações intermináveis e com fenomenologia tal que chegam a fazer pensar em possíveis lesões articulares (pseudo-coxalgias), por causa da atitude viciosa e permanente que o membro toma. No entanto, esta «parvi-trocantérite» é uma doença rara, ou melhor, uma localização rara; até aqui parece que ainda não foi nenhum caso publicado. O A observou três casos: tratava-se de três adultos, com 33, 35 e 43 anos.

Os sintomas comuns encontrados nessas três observações eram: aparição insidiosa, perturbações não chamando a atenção do indivíduo senão tardiamente e algumas vezes na ocasião dum traumatismo ulterior; dores na raiz do membro, na altura do pequeno trocânter, sobretudo quando a dor é na face interna da coxa e é provocada pela flexão a mais de 90°, na posição sentada (pela contracção do psaos puxando pelo pequeno trocânter); atitude viciosa em flexão, adução e rotação externa; limitação por contractura, da extensão, flexão, rotação e abdução; os abscessos podem seguir diversos trajectos: face externa da coxa, face interna, bacia, nádega; num caso, fistulizado, a exploração com o estilete levava-o até o pequeno trocânter. Muitas vezes, os sintomas são tão pouco característicos que o diagnóstico só pode ser firmado pela radiografia. Esta mostrava em dois casos a desaparecimento do pequeno trocânter e no outro a sua fragmentação; a operação feita neste último caso

permitted verificar que o pequeno trocãter, exteriormente intacto, continha um sequestro no seu interior.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com a osteíte de crescimento, com a osteíte tífica, o abcesso crônico dos ossos e, sobretudo, com a osteomielite de forma subaguda; êle apoiar-se há, principalmente, nas circunstâncias da idade, da evolução e dos caracteres radiográficos.

O tratamento operatorio sem ser da regra é, no entanto, muitas vezes favorável, como em toda a osteíte justo-epifisária.

MENESES

Sobre o valor da eosinofilia durante a tuberculoterapia percutânea da infância. (*Sul valore, etc.*), por N. SANTANGELO. — *La Riforma Medica*. 1929. N.º 2.

Após a exposição da sua série de casos, conclui o A. que a tuberculina empregada por via percutânea, em fricções, determina nas crianças tuberculosas um aumento dos eosinófilos no sangue. Este aumento é proporcional à intensidade da reacção cutânea provocada pela fricção tuberculínica e não aparece se esta reacção se não dá.

As inflamações cutâneas obtidas com produtos não específicos provocam um aumento mínimo dos eosinófilos de modo algum comparável ao produzido daquele modo.

A eosinofilia é, como se sabe, considerada um sinal de prognóstico favorável na tuberculose infantil e pode servir de guia no decorrer da tuberculoterapia.

A via percutânea, para introdução da tuberculina com fins terapêuticos, parece ser preferível à via hipodérmica e intradérmica, porque é de aplicação mais fácil e mais prática, obtendo-se, segundo o A., uma imunização suficiente sem os perigos das reacções gerais e do foco excessivas, dadas pelos outros métodos.

MENESES.

Sobre a terapêutica da doença do soro, por H. TATERKA e L. HIRSCH. — *Medizinische Klinik*. 1928. Nr. 42. *Ref. in. Min. Med.* ANO IX. Vol. I. N.º 8.

Nos últimos anos a freqüência da doença do soro aumentou consideravelmente sem duvida alguma em virtude do aumento contemporâneo do uso de soros vários com fins profiláticos e terapêuticos. Os AA., pôsto que tenham sempre feito uma oportuna dessensibilização dos doentes nos quais iam usar soro com fins terapêuticos, e não tivessem nunca observado qualquer sintoma grave de *schok*, verificaram porém bastantes vezes a aparição de pródromos da doença do soro, sob a forma de mau estado geral junto com uma sensação de opressão na cabeça e ligeiras exacerbações térmicas, que precediam dum dia ou de dois o exantema do soro. Tudo isto, como afirmam, permite iniciar a tempo um tratamento eficaz.

O emprêgo do cálcio bem como o de atropina, a titulo profilático, me-

bora contra as opiniões de muitos outros autores, não deram aos AA. resultados especiais.

A injeção de adrenalina, segundo os AA., é, pelo contrário, muito eficaz, pôsto que as suas bem conhecidas acções colaterais lhe limitem muito o uso; e ainda outra desvantagem, e não indiferente, é a curta duração da sua acção, o que torna necessário repetir com frequência a injeção.

Os AA. pensaram, por isto, substituí-la pela efedrina ou pela efetonina, cuja acção é mais duradoura do que a de adrenalina, dez a trinta minutos quando introduzida por via subcutânea, e meia hora a duas horas por via bucal; e, quando não puderam fazer desaparecer o exantema, conseguiram eliminar totalmente ou em parte o prurido.

As acções colaterais são insignificantes e raras.

Como dose mais apropriada aconselham os AA. 50 miligramas de efedrina, ou por via subcutânea ou por via bucal, para adolescentes e adultos; para crianças da primeira e segunda infância metade da dose.

Só nos casos muito ligeiros é suficiente uma única administração do remédio; nos outros deve repetir-se 4 horas depois, para a via subcutânea e 2 horas para a via bucal.

Para poder obter um efeito mais rápido em casos de exantemas graves indicam que se injecte subcutaneamente a primeira dose e depois se dê as seguintes em comprimidos pela via bucal.

A eficácia da efedrina com fins profiláticos é naturalmente difícil de avaliar, pois não se sabe se o doente seria ou não poupado pelo exantema do soro no caso em que ela não fôsse administrada. Algumas vezes puderam observar durante o uso da efedrina como profilático um ligeiro exantema.

Aproximadamente em mais de metade dos casos de exantema do soro, os AA. obtiveram com a efedrina um resultado certo; em alguns doentes registaram-se porém apenas resultados parciais, inteiramente ou não na dependência da droga, como o desaparecimento do prurido ora passageiro ora duradouro. Os restantes poucos casos não foram influenciados pela efedrina, mas é bom notar que foram também refractários à adrenalina.

Em outros estados anafiláticos, ou medicamentosos ou alimentares, tanto a adrenalina como a efedrina não deram resultado, enquanto obtiveram sucessos com o cálcio intravenoso e sobretudo com a administração do bicarbonato de sódio e a alimentação pobre em cloreto de sódio.

MENESES.

Os resultados do tratamento da pleurisia purulenta pela optoquina.
(*Les resultats, etc.*), por P. WÖRRINGER (Estrasburgo). — *Revue Française de Pédiatrie*. Tôm. v. N.º 1. Fevereiro 1929. Págs. 60-96.

O método de tratamento da pleurisia purulenta pneumocócica pela optoquina prestou as suas provas nas crianças; os resultados são superiores aos obtidos com os outros processos actualmente usados.

Representa, antes de tudo, o processo de eleição nos dois primeiros anos da vida.

Nesta idade, deu ao A. uma mortalidade de 33%, enquanto que as ou-

tras estatísticas indicam percentagens que variam entre 50% e 80%. O A. apresenta 35 casos clínicos e algumas radiografias.

O método empregado foi sempre o de Gralka, pouco mais ou menos: tira-se, por punção, tanto pus quanto possível e injectam-se 25 miligramas de cloridrato de optoquina (meio centímetro cúbico de solução a 5%) por quilograma de peso da criança, sem ultrapassar, porém, a dose de 0,50 grs. (10 cc.). A intervenção repete-se três ou quatro vezes de seguida com um ou dois dias de intervalo. Muitas vezes a temperatura baixa à normal e o estado geral da criança melhora; nesse caso espera-se tranqüilamente a reabsorção espontânea do resto do derrame. Se, pelo contrário, a febre se reacende, faz-se uma segunda série de injecções de optoquina, e mesmo uma terceira e uma quarta, se o estado o exige.

Nos casos favoráveis o conteúdo pleural torna-se asséptico às primeiras injecções e reabsorve-se em seguida progressivamente.

Após a esterilização do pus, a temperatura cai e o estado geral melhora rapidamente. O restabelecimento anatómico e funcional é perfeito.

O facto de alguns doentes necessitarem maior número de injecções pode ser devido a uma formação de septos dividindo o pus em vários compartimentos, ou à existência de grandes depósitos fibrinosos, ou ainda a recaídas da infecção pleural.

A acção do medicamento é sempre unicamente local; por isso é indispensável atingir directamente todos os focos de infecção.

A optoquina não tem acção senão sobre o pneumococo, e não tem efeito sobre os outros germes que com elle podem estar associados.

Os casos da infecção pneumocócica pura em que a esterilização do pus e a desfervescência não podem ser obtidas com a optoquina são extremamente raros. Mas, mesmo nestes individuos refractários, a optoquinoterapia presta serviços, arrefecendo a infecção e preparando o doente para a operação.

Os insucessos do tratamento são devidos, seja a uma bronco-pneumonia concomitante, seja às localizações extra-pleuropulmonares (pericardite, meningite, peritonite), seja às infecções por outros germes.

A optoquina injectada na pleura doente carece de efeito nocivo no organismo; mesmo as quantidades correspondendo ao dôbro da dose habitualmente empregada são bem suportadas.

As grandes lavagens da pleura com uma solução diluída de optoquina a 1/2 por cento são, na maior parte das vezes, inúteis, e podem ser perigosas.

MENESES

A natureza da substância depressora existente no extracto hepático.

(*The nature of the depressor substance in hepatic extract*), por A. GOERNER, F. HALEY. — *The Jour Lab. Clin. Med.* Agosto, 1928.

Como resultado dos seus trabalhos sobre a acção do extracto de fígado, os autores julgam que a sua acção hipotensiva depende da presença de fosfato monopotássico e de vestígios de outros sais também de potássio, e que

o ião potássio representa o agente depressor activo, visto que outros fosfatos não demonstram a mesma actividade e que diversos sais de potássio são, também, hipotensores.

MORAIS DAVID.

A crise aguda do hipertiroidismo. (*The acute crisis of hyperthyroidism*), por F. H. LAHEY. — *Surg. Gyn. and Obst.* Agosto, 1929.

A crise aguda que ocasionalmente aparece nos doentes com hipertiroidismo é curável, pelo menos em uma grande percentagem de doentes, desde que as medidas terapêuticas apropriadas se ponham em execução, com a necessária precocidade. Mesmo quando o estado dos doentes atinge o extremo de gravidade, quando sobrevêm os vômitos, a diarreia, o delírio e a excitação nervosa, as medidas terapêuticas podem vencer a crise em um número considerável de casos e permitirem a intervenção operatória, a tiroidectomia sub-total. Todavia, alguns doentes que chegam a uma fase adiantada da crise aguda de hipertiroidismo pioram sempre, a despeito de todos os processos de tratamento, incluindo o tratamento iódico.

É forçoso portanto evitar, a todo o transe, esta complicação e combatê-la logo de início; a intensificação aguda dos sintomas de hipertiroidismo, a diarreia e, particularmente, os vômitos com alterações no estado mental, devem ser considerados como índice de um agravamento sério da doença, tal como o côma diabético na diabetes; devemos por todas as formas combater, imediatamente, esta complicação.

O tratamento dos doentes em crise aguda consta das injeções de soro glicosado, 30 grs. em 500 c. c. de soro, duas doses por 24 horas, iodo sob a forma de lugol, pela bôca, por via rectal, por meio da tubagem gástrica ou em soluto de cloreto de sódio, fluidos e morfina dentro das doses terapêuticas, em quantidade suficiente para calmar a excitação nervosa.

Tais medidas, se não são curativas dêste quadro mórbido, determinam, contudo, uma acentuada baixa na mortalidade e nas complicações.

MORAIS DAVID.

Desinsulinismo. Convulsões e côma devidos a um tumor das ilhotas do pâncreas; operação e cura. (*Dysinsulinism. Convulsions and coma due to islet cell tumor of the pancreas with operation and cure*), por G. HOWLAND, E. MALTBY, W. ROBINSON. — *Jour. Am. Med. Ass.* 21 de Setembro de 1928.

Os autores descrevem pormenorizadamente, mais um dos raros casos de convulsões e côma originados em uma hiperfunção do sistema insular do pâncreas.

No caso que os autores apresentam, os sintomas clínicos manifestaram-se durante 6 anos.

Pela intervenção operatória descobriu-se um tumor implantado no corpo

do pâncreas, constituído por massas de células epiteliais atípicas, dispostas em lóbulos, com algumas granulações α e β no seu citoplasma. Com a extirpação do tumor cessaram os ataques comatosos e as convulsões.

MORAIS DAVID.

A trombo-angite obliterante, uma doença geral do sistema vascular. (*Trombo-angiitis obliterans a generalised vascular disease*), por H. LINENTHAL e M. BARRON. — *Med. Clin. North. Am.* Julho, 1929,

Citam-se dois casos de trombo-angite obliterante com lesões habituais das extremidades em que sobrevieram manifestações vasculares de outros territórios do organismo, entre elas perturbações circulatórias cerebrais com sinais de hemiplegia transitórios, que se não podiam facilmente explicar como lesões de artério-esclerose das artérias cerebrais.

Sugere-se a hipótese de que o mesmo processo anátomo-patológico determine as lesões circulatórias das extremidades e do encéfalo.

A trombo-angite obliterante seria uma doença sistemática da árvore circulatória, que, na maioria dos casos, se revela por sinais de deficiência circulatória dos membros inferiores mas que pode atingir também, e em contrário das ideias correntes, diversos segmentos vasculares, incluindo as coronárias e os vasos cerebrais.

MORAIS DAVID.

Os resultados terminais da operação na nefroptose e nos vasos renais aberrantes. (*The end results of operation for nephroptosis and aberrant renal vessels*), por E. PEIRSON e J. BARNEY. — *New. Eng. Jour. of Med.* 19 de Setembro de 1929.

Neste artigo encara-se o problema da nefroptose sob o ponto de vista dos resultados colhidos na observação de 64 casos, 6 dos quais com obstrução uretero-pélvica determinada por vasos renais aberrantes, que foram seccionados.

Apenas em 46 doentes foi possível obter os esclarecimentos necessários acerca da eficiência do método operatório no tratamento da ptose do rim.

O autor exprime, assim, concisamente, a sua maneira de vêr sobre o assunto.

A nefroptose é uma condição que se encontra com frequência e que só determina sintomas quando provoca obstrução do uretero com impedimento da drenagem da urina.

A operação de nefropexia, segundo as linhas gerais da técnica de Albarán, ainda que de uma concepção excelente, não dá o resultado desejado em muitos dos casos.

A operação só deve efectuar-se quando, depois de um estudo completo de caso clínico, se não descobre outra cousa para explicar determinados sinto-

mas e, também, só depois do exame urológico completo, com ureterografia, feita com o doente em posição vertical.

Quando haja uma hidronefrose evidente, com obstrução do uretero, ou quando existam vasos aberrantes que comprimam o uretero, a intervenção operatória tem as maiores indicações.

Na falta destas indicações formais o doente deve experimentar primeiro o tratamento ortopédico e médico e a operação deve ser o último recurso terapêutico a usar.

Em geral a operação traz melhores resultados nos casos de hidronefrose com obstrução do uretero e, como regra geral, é mais eficiente no homem do que na mulher e mais do lado direito do que do lado esquerdo. Os sintomas de piélite, que por vezes existem, melhoram, freqüentemente, por efeito da intervenção.

As causas do insucesso terapêutico derivam ou da ptose geral que acompanha a ptose renal ou da nevrose, tão comum nestes casos.

Nas formas de obstrução ureteral por compressão de vasos renais aberrantes a intervenção e secção destes vasos produz excelentes resultados.

MORAIS DAVID.

Côma diabético. (*Diabetic coma*), por E. P. JOSLIN, H. ROOT, P. WHITE, S. CURTIS, H. ADAMS. — *The Med. Clin. North Am.* Julho de 1928.

Os autores, que a propósito do tratamento do côma diabético continuam a advogar a inutilidade da administração dos alcalinos, discriminam a evolução clínica de 105 casos de côma diabético.

2 casos de morte referem-se a cômas sem complicações, tratados porém em uma época relativamente remota (1923) em que o tratamento por meio da insulina era ainda pouco conhecido em seus detalhes. 5 casos morreram durante o côma em consequência de diversas complicações, 7 saíram do côma mas morreram pouco tempo depois em resultado também de complicações.

Destes 14 casos praticou-se a autópsia em 10; no artigo figuram as indicações respeitantes a estas autópsias.

Acêrca do tratamento relatam-se as normas indispensáveis a seguir quanto à administração de insulina, aquecimento do doente, tonificação cardíaca, injeção de soro, lavagem do estômago e administração de fluidos.

O tratamento é simples, diz-se no artigo, desde que seja feito a tempo e com critério, usando insulina em doses suficientes, injeção de soro, medicação cardíaca e lavagem gástrica.

Quanto ao diagnóstico diferencial do côma diabético apontam-se as seguintes indicações:

A perda do apetite, com dor abdominal e obstipação, em um diabético, deve levantar a suspeita do côma incipiente e impõe medidas especiais no sentido do tratamento e do diagnóstico.

A distensão e a dor na parte superior do abdomen são indicações para a lavagem do estômago.

Em determinados casos de cõma a morte pode sobrevir como consequência da dilatação gástrica, a-pesar-do tratamento insulínico apropriado.

A leucocitose de 12 a 80.000 glóbulos é a regra na situação de acidose e por isso não fornece esclarecimentos para a diagnose da apendicite.

O diagnóstico de apendicite em um doente em acidose é impossível sem a história característica de uma massa palpável na fossa iliaca.

A albuminúria e os cilindros granulosos são comuns no cõma diabético, não significam mal de Bright e são raros na apendicite.

Em geral quanto mais pronunciada é a desidratação tanto maior são a oligúria e a albuminúria. Estas combatem-se por meio de largas doses de sôro fisiológico, em injeção sub-peitoral ou intra-venosa. Se a desidratação se mantém aparece a anúria e depois a uremia e a morte.

O cõma diabético nunca deve ser a causa de morte após uma intervenção operatória. Para isso as investigações da urina devem fazer-se a períodos aproximados, antes e depois da operação e ministrando doses de insulina convenientes.

Nos casos em que se criam indicações cirúrgicas urgentes, sem possibilidades de preparação pre-operatória completa, indicam-se as seguintes normas :

Tratamento pre-operatório :

Fazer a injeção de insulina em dose subordinada ao tratamento insulínico anteriormente seguido e ao resultado da análise das urinas, colhidas já na fase cirúrgica do doente.

Introduzir no organismo cêrca de 25 grs. de hidratos de carbone, sob a forma de laranjada, água de aveia, água panada, soluto de glicose a 10 % em injeção intra-venosa, 1 a 4 horas antes da operação.

Tratamento post-operatório :

A urina examina-se a intervalos de 2, 4 e 6 horas.

A insulina administra-se em doses de 5 a 20 unidades.

A dieta de um convalescente de uma operação ou do cõma deve conter entre 75 a 100 grs. de hidratos de carbone.

MORAIS DAVID.

Experiências com a dieta de Gerson na tuberculose pulmonar. (*Erfahrungen mit der Gerson-diät der Lungentuberkulösen*), por ERICH SCHWALM. — *Klinische Wöchenschrift*. N.º 42. 1929.

Das observações clínicas apresentadas e, embora em número reduzido, julga o A. poder tirar as seguintes conclusões :

1 — Em nenhum dos vinte doentes tratados com a dieta de Gerson se pôde observar qualquer modificação das lesões pulmonares.

2 — Os aumentos de pêso observados não se diferenciam dos constatados pelo A. em curas sanatoriais sem dieta de Gerson e podem atribuir-se ao óleo de fígado de bacalhau fosforado que, já de há muito, deu provas na terapêutica da tuberculose.

F. FONSECA.

Os processos de esterilização da mulher. (*Les procédés de stérilisation de la femme*), por A. LAFFONT. — *Gynécologie et Obstétrique*. N.º 3. 1929. — Relatório apresentado ao VI Congresso da Association des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française.

Transcrevemos as conclusões gerais do extenso e completo relatório elaborado pelo autor.

A esterilização da mulher pode conseguir-se pelos métodos biológicos, pelos agentes físicos e pelas técnicas cirúrgicas.

Os *métodos biológicos*, a-pesar-dos aperfeiçoamentos sucessivos que têm sofrido, são ainda pertença do laboratório. Entretanto devemos reter os seguintes, como imediatamente aplicáveis à mulher.

1.º — As injecções de esperma que actuam como uma vacina imunizadora, criadora de anticorpos específicos e que não determinam lesão dos ovários.

2.º — As injecções de extracto de corpo amarelo que actuam directamente sobre o folículo de Graaf, detendo o seu desenvolvimento e podendo mesmo suprimir a menstruação.

Os outros processos — injecções de insulina, de foliculina, de extracto do lóbo anterior da hipófise, regimes sem vitamina E — pertencem ainda ao campo experimental.

Entre os métodos físicos apenas interessam os raios X e os raios Y. A *atmocausis* já se não usa e a electrogalvanização intra-uterina, ainda pouco conhecida, é dolorosa, incerta e perigosa.

Os raios X determinam a esterilização definitiva em cerca de 90 a 100 % dos casos.

As pequenas doses repetidas têm o inconveniente de alongar o tratamento, dando bom resultado em 90 a 95 % dos casos.

Com as doses médias, o tratamento é mais rápido e o resultado é favorável em 95 a 98 % dos casos.

As doses fortes actuam ainda mais rapidamente, dão a maioria das vezes uma menopausa difícil e brutal, sendo o resultado favorável em 95 a 100 % dos casos.

A esterilização temporária pelos raios X não se pode regular bem e não é inofensiva. Em certos casos pode provocar uma esterilização definitiva e pode atingir a descendência, lesando o óvo primordial. Ainda se estuda a duração dos efeitos dos raios X.

Os raios Y do rádio só actuam verdadeiramente sobre a mucosa uterina. Esta acção é temporária porque o ovário não é, ou é pouco, impressionado e a mucosa uterina, para uma dose média de rádio, pode ser regenerada em algumas semanas.

A acção do rádio não se faz sentir sobre a descendência. O útero pode modificar-se na sua estrutura, mas não o ovário, nem o óvulo. A gravidez e os partos ulteriores decorrerão normalmente.

Os raios X terão a preferência para os casos de esterilização definitiva; os raios Y nas esterilizações temporárias.

As esterilizações tubárias constituem os processos cirúrgicos de esterilização definitiva mais eficazes: duplo *écrasement* da trompa seguida de laquea-



ção única, secção ou resecção seguidas de *enfouissement* no ligamento largo, tais são os processos que oferecem mais possibilidade de sucesso com as técnicas mais simples e mais rápidas.

A esterilização temporária poderá tratar-se, com probabilidades de êxito, ou por introdução intra-ligamentosa do pavilhão, ou por reimplantação tubária, ou por reanostomose da trompa seccionada.

As complicações afastadas destas diferentes operações são: aderências intestinais, ileos e gravidez extra-uterina.

No decurso da gestação a esterilização poderá tentar-se ao mesmo tempo que a interrupção da gravidez.

As operações num tempo por via vaginal antes do quarto mês e por via abdominal depois desta época são as mais satisfatórias. Esvaziado o útero por qualquer dos processos conhecidos, proceder-se há na mesma sessão à esterilização.

No caso de tuberculose em evolução no decurso da gravidez poder-se há praticar ou a histerectomia vaginal, antes do quarto mês, ou, depois desta época, a histerectomia sub-total por via abdominal, ou ainda a histerectomia fúndica com excisão da zona de inserção do óvulo.

Em resumo: a esterilização temporária deve os seus mais numerosos sucessos ao rádio e aos raios X. A estes seguem-se os métodos cirúrgicos e por fim os métodos biológicos que ainda procuram a solução mais prática no laboratório e na clínica.

Os inconvenientes dos raios X são devidos sobretudo à incerteza em que ficamos sobre o futuro da descendência e sobre a alteração do ovário lesado no seu papel de glândula de secreção interna.

A esterilização definitiva pode obter-se pelos raios X e o rádio, sendo os inconvenientes devidos às doses elevadas de raios a empregar. A dificuldade de doseamento destes raios é real e a cirurgia é mais segura nos seus efeitos, menos penosa nos resultados imediatos e menos perigosa nos resultados afastados.

F. FONSECA.

A curabilidade da hemofilia e das diáteses hemorrágicas. (*Die Heilbarkeit der Hämophilie und der hämorrhagischen Diathesen*), por G. KLEMPERER. — *Therapie der Gegenwart*. N.º 10. 1929.

Segundo o conceito de Sahli, apresentado em 1905, a hemofilia é uma anomalia de constituição, diferenciando-se o organismo hemofílico do normal, por uma deficiência hereditária do plasma germinativo, contendo as suas células poucas ou nenhuma substâncias zimoplásticas. O mesmo A. afirmava então não ser conhecido meio algum curativo desta doença que não teria parentesco algum com o escorbuto.

Vinte anos mais tarde um farmacêutico espanhol, Felipe Llopis, de Madrid, considera as alterações das paredes vasculares de ambas as doenças, escorbuto e hemofilia, como análogas e devidas ambas ao mesmo estado de carência, à falta de vitaminas.

Como Sahli, Llopis considera a hemofilia como consequência duma alte-

ração dos endotélios vasculares e do sangue. A causa seria uma deficiência congénita em vitaminas, idêntica à que, numa manifestação aguda, causa a doença escorbútica.

Baseado nestas ideas conseguiu Llopis obter com uma mistura de vitaminas um preparado que faz desaparecer os sintomas da hemofilia. Esse preparado, designado pelo autor Nateína, contém vitaminas A, B, C e D em tablóides com 20 centigramas de fosfato de cálcio.

O tratamento da hemofilia, assim como o da tromboponia, faz-se com 16 a 24 tablóides diários consoante a gravidade das hemorragias. Tratamento crónico. Com a paragem da medicação agrava-se o estado do doente, análogamente ao que sucede com as terapêuticas de substituição: a insulina na diabetes, a tiroidina no mixedema e provavelmente a terapêutica hepática na anemia perniciosa progressiva.

A doença Werlhoff e o escorbuto curam-se, segundo Llopis, com uma dose de 8 a 16 comprimidos por dia. A cura é completa e definitiva poucos meses depois do começo do tratamento. Além do preparado em tablóides há uma outra forma em líquido.

Llopis indica o medicamento para todas as perturbações da nutrição, assim como para a tuberculose.

F. FONSECA.

As nossas experiências com o Agarol (laxativo). (*Unsere Erfahrungen mit den Stuhlregelungsmittel Agarol*), por Y. THOMITZEK. — *Therapie der Gegenwart*. N.º 10. 1929.

Em virtude do largo emprêgo da parafina líquida como laxante (Migol, Rigalit, Parafluid, etc.), a indústria farmacêutica procurou por meio de emulsões evitar o sabor desagradável do medicamento. O Agarol constitui uma emulsão líquida de parafina e agar-agar em glicerina diluída e contendo um pouco de fenoltaleína.

Dada a pequena quantidade de fenoltaleína que contém, 0,045 grs. numa colher de chá, não provoca lesões orgânicas, especialmente renais. Sob este último ponto de vista o A. pôde confirmar a observação de Strauss que nunca encontrou albumina depois de usar o Agarol.

O A. empregou o preparado nos seguintes casos sempre com bom resultado: obstipação dos velhos e dos indivíduos permanecendo muito tempo sentados, obstipação neuropástica, idem espática, idem em catarros gástricos crónicos, idem na colelitíase e finalmente em casos de obstipação devida a aderências.

Ainda é um laxante recomendável para depois de intervenções rectais e anais.

F. FONSECA.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Prof. Egas Moniz

O decreto que nomeou o Prof. Egas Moniz *doctor honoris causa* da Faculdade de Medicina de Lyon é do teor seguinte :

LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES BEAUX-ARTS

Vu le Décret du 26 Juin 1928.

Vu la délibération du Conseil de l'Université de Lyon en date du 15 Juin 1929.

ARRÊTE :

Article 1^{er}

Est approuvée la délibération susvisée du Conseil de l'Université de Lyon, conférant le titre de Docteur «Honoris causa» sur la proposition de la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie à M. Egas MONIZ, Professeur de Clinique Neurologique, Doyen de la Faculté de Médecine de Lisbonne.

Article 2^{me}

Le Recteur de l'Académie de Lyon est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 7 Août 1929.

Signé : Pierre MARRAUD.

Pour ampliation :

Le Directeur de l'Enseignement Supérieur.

Signé : J/ CAVALIER.

Na sessão solene o Prof. Lépine proferiu o seguinte discurso :

«Dans cette fête de la pensée portugaise, la Faculté de Médecine se félicite d'avoir présenté au Conseil de l'Université et à M. le Ministre de l'Instruction publique, M. Egas Moniz, doyen de la Faculté de Médecine de Lisbonne, président de l'Académie des Sciences, pour la dignité de docteur «honoris causa».

L'un des charmes du Portugal, avec ses couleurs et la douceur parfumée de son climat, est que la valeur n'y attend pas le nombre des années. Il y a fort longtemps que le professeur Egas Moniz est un savant très connu,



que nous aimions en France, pour la tournure de son esprit, l'originalité de ses conceptions, sa fidélité à nos périodiques réunions et à nos congrès.

Il est professeur de neurologie. S'étonnera-t'on de ce que j'affirme, qu'il n'y a pas de chaire plus belle? Obligé de se tenir au courant des progrès de la biologie, de connaître ce que le microscope ou la chimie révèle de l'état de notre organisme, le neurologue vit aussi dans le domaine de l'esprit et assiste, parfois simple spectateur, au conflit éternel du physique et du moral.

Ainsi, l'œuvre de M. Egas Moniz, commencée dans le calme studieux de Coimbra, poursuivie à Lisbonne, où sa renommée fit créer pour lui une chaire il y a tantôt vingt ans, est-elle partagée entre des études de neurologie organique et des essais de psychologie.

Mais partout, dans ces cours d'hôpitaux, ombragées de palmes et décorées de majoliques bleues comme des palais d'Orient, dans son laboratoire ou à sa table de travail, notre collègue fut avant tout un médecin, au sens le plus élevé du terme, c'est-à-dire un homme voué par son labeur à la fréquentation de la souffrance, remué chaque jour par une pitié qu'une sorte de pudeur ou l'intérêt des malades oblige à dissimuler, et obsédé par le souci de soulager ou de guérir.

Dans ces dernières années, cet homme de bien a éprouvé une grande joie. Parmi les plus cruelles infortunes qui puissent atteindre le système nerveux, sont les tumeurs cérébrales. Un début insidieux, des douleurs s'accroissant et parfois intolérables, des vertiges, des impotences et des paralysies, une nuit progressive, des mois de souffrance pour devenir un aveugle paralytique qui attend la mort.

Et, à l'inverse des tumeurs d'autres organes, une chirurgie condamnée souvent à l'impuissance, parce qu'au début de la maladie les signes sont trop vagues pour que l'on puisse préciser le siège de la tumeur, et que, lorsque celui-ci devient évident, il est trop tard pour intervenir.

La radiographie? Mais les tumeurs sont plus transparentes aux rayons que les parois du crâne elles-mêmes.

M. Egas Moniz s'est avisé d'un expédient merveilleux. Comme une ré-sille sur une chevelure, des artères cheminent en tous sens à la surface du cerveau et, d'autres, pénétrant dans la base par la masse encéphalique, s'y ramifient et sont pour elle comme un soutien. La forme, le trajet de tout cet appareil vasculaire sont soumis à des règles que nous apprend l'anatomie. M. Egas Moniz a songé que dans la cavité crânienne inextensible, le développement d'une tumeur, à la surface ou dans la profondeur du cerveau, avait nécessairement pour conséquence une modification dans la direction, les sinuosités ou le calibre des vaisseaux. Si donc on pouvait rendre apparent aux rayons X le trajet de ces artères, on saisirait dès l'origine le développement d'une tumeur; bien mieux, on déterminerait son siège comme l'on fait déjà pour un projectile métallique.

Ainsi est née l'artériographie cérébrale; il a suffi de trouver une substance convenable, inoffensive et opaque aux rayons, de l'injecter et d'examiner les radiographies, et l'on a pu opérer en temps utile des tumeurs qui, juste compensation de la nature, n'ont pas d'ordinaire de tendance à se généraliser, et guérir des gens jusque-là voués à une mort atroce.

Assurément la découverte de M. Egas Moniz n'est pas à la portée de tous les praticiens. L'injection dont je vous parle c'est dans la carotide qu'elle se fait. Mais j'ai vu les radiographies, et mieux encore des opérés, et je suis heureux de vous dire que la proposition de la Faculté avait pour but de rendre hommage, non seulement à une grande œuvre scientifique, mais encore à l'une des plus bienfaisantes initiatives de la médecine moderne.

Comme ses collègues, revêtus aujourd'hui de la même dignité, M. Egas Moniz est en outre un représentant hautement qualifié de son pays.

La politique l'a séduit, sans l'absorber. Après quatorze années de législature, elle l'a mis au poste d'honneur au jour du danger. En 1917, M. Egas Moniz est devenu Ministre des Affaires Étrangères du Portugal. Vous vous rappelez les petits soldats en kaki bleuté qui dans l'hiver de 1918 ont supporté dans les boues de l'Artois, côte à côte avec les nôtres et les Anglais, le rude choc de l'ennemi. M. Egas Moniz était le premier délégué du Portugal à la Conférence de la Paix. C'est donc un très grand ami que nous fêtons, et notre Faculté, dont quelques maîtres ont reçu en Portugal une hospitalité dont ils ne sont pas près de perdre le souvenir, est aujourd'hui aussi fière et aussi heureuse qu'elle était déjà reconnaissante.

Mon cher collègue, par un beau jour du dernier été, nous étions ensemble, devant ce monastère des Jeronymos, où Camoëns repose près de Vasco de Gama, et vous nous montriez la place d'où les navigateurs partaient au temps jadis, à la découverte de mondes inconnus.

Vous aussi, par vos travaux, vous nous annoncez des étoiles nouvelles. Nous sommes près de vous, reconnaissants à votre génie, attentifs et confiants. Voyez, le vent enfile à nouveau les voiles des caravelles. Prenez la mer, nous vous suivons.

Prof. Ricardo Jorge

As revistas médicas da América do Sul referem-se desenvolvidamente à estadia do Prof. Ricardo Jorge no Rio de Janeiro e S. Paulo. Algumas publicaram artigos sobre a obra do mestre português.

A *Revista Médico-cirúrgica do Brasil* publicou um número consagrado ao Prof. Ricardo Jorge, no qual o eminente médico brasileiro Carlos Seidl publica um artigo sobre a sua obra científica e literária.

Nesse mesmo número o Prof. Ricardo Jorge publica *A locução* pronunciada na sessão inaugural dos Congressos Médicos e as *Impressões sobre o Brasil*.

La Reforma Medica, do Peru, traz, também, um extenso artigo sobre a obra do higienista.

— Com motivo da homenagem prestada pela *Lisboa Médica* a Ricardo Jorge, a *Medicina de los Países Cálidos* publicava a seguinte notícia, da autoria do Prof. Pittaluga :

«La jubilación del eminente higienista, catedrático de la Facultad de Medicina de Lisboa y Director general de Sanidad de Portugal, doctor D. Ri-

cardo Jorge, ha dado motivo a sus discipulos, amigos e colaboradores, para otorgar-le un rendido homenaje, al que se associa con respetuosa amistad a Dirección de *Medicina de los Países Cálidos*.

Nuestro ilustre amigo el Profesor Ricardo Jorge, membro del Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones, nació en Oporto hace setenta anos. Su labor como hombre de ciencia y como organizador ha sido revisada ampliamente en un excelente trabajo biográfico por Eduardo Coelho. La reseña bibliográfica de los trabajos de Ricardo Jorge comprende 209 publicaciones, algunas de ellas fundamentales, como la que trata de «O mal do bicho» (contribución a la patologia colonial portuguesa, 1909), las que atañen al tífus exantemático (1911-1915), las que se ocupan de la epidemiologia de la gripe y la encefalitis letárgica y las recientes sobre el alastrine y sobre la encefalitis post-vaccinal.

La obra educadora de Ricardo Jorge, la influencia moral e intelectual que este hombre eminente ha ejercido en Portugal, no puede ser estimada en modo adecuado más que por las generaciones médicas y por los intelectuales portugueses, que han podido apreciar-la y que reconocen en Ricardo Jorge, además de un higienista eminente que ha sabido organizar con un criterio moderno y eficaz la sanidad publica de Portugal, uno de los espíritus selectos de más recia cultura humanista que hayan sabido hermanar a la Ciencia y a las letras».

— O Prof. Ricardo Jorge foi convidado pela Escola de Medicina Tropical de Marselha a fazer conferências sobre Epidemiologia, as quais se realizarão em Janeiro próximo, sendo o Prof. Ricardo Jorge hóspede dessa Escola de Medicina.

* * *

V Congresso Internacional de Fisioterapia

Durante a exposição do centenário da independência belga, reúne em Liege, de 4 a 8 de Setembro de 1930, o V Congresso Internacional de Fisioterapia sob a direcção do seguinte *Comité Central* :

Presidente — *Profs. Gunzburg e de Munter.*

Vice-presidentes { *Profs. Gommaerts e de Nobeme.*
Drs. Bienfait e Van Aubel François.

Administrador — *Dr. L. de Keyser.*

Secretário Geral — *Dr. F. Dubois Trepagne.*

Secretário Adjunto — *Dr. René Ledent.*

As questões essenciais propostas são :

a) O reumatismo e os tratamentos fisioterápicos. — Relatores : Prof. Gunzburg, pela Bélgica ; Van Bremen, pela Holanda ; Wierzejewsky, pela Polónia.

b) As afecções do sistema nervoso central e a fisioterapia. — Relator o Dr. Delhem, pela França.

As secções de *quinesiterapia*, de *electrologia*, de *hidrologia* e *climatologia*, de *radiologia*, e de *actinoterapia*, tratarão das questões especiais para as quais já estão inscritos numerosos autores.

Essas secções apoiam-se sôbre os organismos seguintes que aderiram ao Congresso de Liege :

- O *Comité* Internacional de Reumatismo.
- O *Comité* Internacional da Luz.
- O Instituto Curie de Paris.
- O Instituto de Actinologia de Paris.
- A Associação Electro-Terapêutica Americana.
- As Sociedades de Fisioterapia de Paris, da Bélgica e Anvers.
- As Sociedades de Radiologia da França, da Polónia e da Bélgica.
- A Sociedade Francesa de Electroterapia.
- A Federação das Sociedades Médicas Francesas de Educação Física e de Desportos.
- A Sociedade de Hidrologia da Bélgica.

As adesões podem ser enviadas desde já ao Dr. Dubois Trepagne, acompanhadas da respectiva cota — 120 francos belgas.

O *Comité* português tem a seguinte organização :

Presidente	—	<i>Prof. Silvio Rebêlo.</i>
Vice-presidentes	{	<i>Prof. A. Pires de Lima.</i> <i>Dr. A. Formigal Luções.</i>
Secretário	—	<i>Dr. A. Lima Carneiro.</i>
		{ <i>Dr. Bénard Guedes.</i> <i>Dr. Correia Soares.</i> <i>Dr. Couto Soares.</i>
Membros	{	<i>Dr. Mendes Dordío.</i> <i>Dr. Pinto de Miranda.</i> <i>Prof. Roberto de Carvalho.</i> <i>Dr. Weiss de Oliveira.</i>

Todos os esclarecimentos devem ser pedidos ao secretário, Dr. A. Lima Carneiro. — Caldas da Saúde.

*
* - *

Faculdades de Medicina

De Lisboa

Foram abertos concursos para provimento dos lugares de assistentes das cadeiras de Clínica cirúrgica, Neurologia, Fisiologia e Medicina operatória.

— O Dr. Manuel Vicente da Silva Moreira, assistente de Obstetria foi

autorizado, sob parecer favorável da Junta de Educação Nacional, a realizar uma missão de estudo no estrangeiro, durante quatro meses.

— Foi nomeado assistente livre de Obstetrícia o Dr. Brás de Jesus Nogueira.

— O Dr. Manuel de Almeida Amaral foi exonerado do cargo de assistente de Psiquiatria.

De Coimbra

O Dr. José Bacalhau foi nomeado preparador de Anatomia patológica.

* * *

Escola de Medicina Tropical

Foi determinado que, enquanto não fôr preenchida qualquer vacatura que se dê no quadro do pessoal docente da Escola de Medicina Tropical, poderá a regência da cadeira vaga ser confiada ao professor efectivo da mesma Escola que fôr julgado mais apto.

— No dia 1 de Novembro abriu a matrícula para o Curso Superior de Medicina Tropical. As propinas de inscrição e as de encerramento são de 40\$000.

* * *

Instituto de Hidrologia

O Prof. Silvio Rebêlo requereu a sua exoneração do lugar de professor do Instituto de Hidrologia.

* * *

Escola Médica de Nova Goa

O governador geral da Índia propôs que na Escola Médico-Cirúrgica de Nova Goa, além dos oito lentes electivos e um substituto ordinário, haja mais três professores auxiliares escolhidos por concurso, destinados aos grupos seguintes: 1.º, Anatomia descritiva e topográfica, Patologia externa e Medicina operatória; 2.º, Histologia e Embriologia, Fisiologia humana e Anatomia patológica; 3.º, Patologia geral, interna e exótica e Propedêutica médica.

*
* *
*

Hospitais

Civis de Lisboa

Esteve aberto, durante um mês, o prazo para os concursos de internos do 1.º e do 2.º ano dos serviços clínicos dos Hospitais Civis de Lisboa.

— O Dr. António Carlos Craveiro Lopes, director de serviço clínico, foi encarregado de visitar os hospitais de Espanha.

— Também o Dr. Fernando Ferreira da Costa, assistente de serviço clínico da especialidade de Estomatologia, foi autorizado a tomar parte no Congresso Internacional de Estomatologia em Paris.

Escolar

Foi nomeado assistente do serviço de agentes físicos do Hospital Escolar, por conveniência urgente de serviço, o Dr. Manuel da Cunha Castelo Branco Saraiva.

— O Dr. Arnaldo de Almeida Dias, analista chefe do Laboratório da Clínica Neurológica, em missão de estudo na Alemanha, foi autorizado a continuar mais um ano em Berlim, para terminar os seus estudos sobre Anatomia patológica do sistema nervoso.

*
* *
*

Instituto Câmara Pestana

No Instituto Câmara Pestana está aberta a matrícula no curso de Bacteriologia e Técnica bacteriológica. As admissões são em número limitado.

*
* *
*

Bólsas de estudo

A Junta de Educação Nacional concedeu bólsas de estudo aos Drs. Toscano Rico e Gomes da Costa, para Hamburgo, e ao Dr. Alberto de Carvalho, para Berlim.

Sociedade Portuguesa de Biologia

Retiniu-se no dia 16 de Outubro a Sociedade Portuguesa de Biologia, sob a presidência do Prof. Silvío Rebêlo, inaugurando-se, assim, o presente ano acadêmico.

Os Drs. Anselmo da Cruz e Kurt P. Jacobson falaram sôbre os seus estudos acêrca da formação do mentol ópticamente activo provindo do ácido mentol glicurônico.

Os Drs. Cascão de Anciães e Heitor da Fonseca apresentaram uma comunicação sôbre a excitação da secreção e da motilidade gástrica pela água da fonte D. Fernando (Pedras Salgadas).

O Dr. Alberto de Carvalho apresenta um trabalho sôbre a hormona cardíaca em cágados.

As comunicações foram discutidas pelo presidente.

Hospital-Sanatório da Ajuda

Foi inaugurado, há dias, o novo dispensário do Hospital Sanatório da Ajuda. O Hospital, depois de concluído, poderá receber 150 doentes.

Este estabelecimento, que se destina a crianças, receberá, durante estes meses, apenas homens, enquanto não estiver concluído o Sanatório de Campolide.

Partido médico

Criou-se um terceiro partido médico municipal em Ancede, para o qual foi nomeado, interinamente, o Dr. Arnaldo Barbosa.

Médicos adidos

Os médicos da junta médica do Ministério das Finanças são considerados na situação de adidos.

*
* ***Professores Tufier e Lecène**

Morreram os notáveis cirurgiões franceses Professores Tufier e Lecène que nos legaram uma obra científica de elevado mérito.

*
* ***Neurologia**

Faleceram : em Aveiro, o Dr. Zeferino Borges, coronel-médico; em Paris, o Dr. Gumerzindo Soares; em Lisboa, o Dr. António José de Almeida, antigo Presidente da República, o Dr. Teotónio José Xavier, médico da policia, e o Dr. José Eduardo Tavares, inspector sanitário da Câmara Municipal de Lisboa; e, em Bragança, o Dr. Guilherme Augusto Fernandes Braga.

Médicos coloniais

O governador geral de Moçambique nomeou médicos para o parafio de saúde daquela provincia os Drs. Jacinto de Sousa, Francisco de Oliveira, Antonio Lourenço da Espinosa, Dias Mascarenhas, Eusebio Dias de Mello, Manuel Rodrigues, José de Sousa Monteiro, Mário Cardoso de Azevedo, D. Joana de Lima Ribeiro, Antonio Joaquim Rebelo, José Simões Fernandes, José de Matos Martins e Carlos Lopes da Cunha.

Partida**Dr. Carlos Zeif**

Morreu o notavel higienista brasileiro Dr. Carlos Zeif, director da Real Academia de Medicina e Cirurgia do Brasil. Prestara grandes serviços a hygiene do seu pais quando Director Geral de Saúde Pública e era o medico brasileiro que melhor conhecia a febre amarela.

Foi um grande amigo de Hottel e conselheiro das cousas portuguezas. Foi um grande amigo de Hottel e conselheiro das cousas portuguezas. Foi um grande amigo de Hottel e conselheiro das cousas portuguezas.





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

CRISTOLAX

LAXO-DIGESTIVO

Extracto de malte Wander cristalizado)
Parafina pura) a a

O CRISTOLAX dá melhores resultados que todos os outros productos nos casos de constipação aguda e crónica. Em Inglaterra este medicamento aboliu os metodos em vigor antes da instituição do tratamento pela parafina.

O CRISTOLAX lubrifica inteiramente o intestino e permite-lhe assim recuperar a sua actividade normal, enquanto que os laxativos habituais o enfraquecem cada vez mais.

O CRISTOLAX não esgota como os outros laxativos. Graças ao seu conteúdo em extracto de malte possui uma acção fortificante.

O CRISTOLAX é o laxativo

dos bebés
das senhoras
das pessoas idosas
dos operados
e para todos os casos crónicos

DR. A. WANDER S. A. BERNE

Unicos concessionarios para Portugal

ALVÊS & C.^a (Irmãos)

Rua dos Correios, 41-2º — LISBOA

amostras e literatura gratis



Sala

Est.

Tab.

N.º