



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECCÃO

PROFESSORES

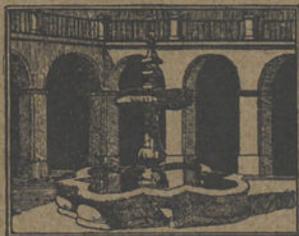
*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,
Lopo de Carvalho, Pulido Valente, Adelino Padesca,
Henrique Parreira, Carlos de Melo,
António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

KALOGEN

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

TONICO RECONSTITUINTE RECALCIFICANTE

Depositaríos 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. Provas que a 4 por dia produzem diurese **prompta**, reanimam o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA, DYSYPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA**, Lesões **MITRAES, CARDIOPATHIAS da INFANCIA**, e dos **VELHOS**, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

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

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

3, Boulevard St. Martin, Paris - PHARMACIAS.

RICINOSAL

OLEO DE RICINO EM PÓ EFERVESCENTE

Purgante eficaz e muito

* agradável de tomar *

Verdadeiro substituto do

* óleo de ricino vulgar *

|| INDICADO PARA ||

CRIANÇAS * GRÁVIDAS * PUÉRPERAS

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

PARA AMOSTRAS DIRIGIR-SE AOS REPRESENTANTES:

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

Sala B

Est. 9

Tab. 1

N.º 96

Película EASTMAN

para Raios X

Contraste Dupli-Tized

Películas radiográficas

Pathé

A nova película Contraste Dupli-Tized representa um progresso consideravel, 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 sôbre assuntos radiográficos, e fornecem, contra pedido, plantas de instalação de laboratórios.

Kodak, Limited — Rua Garrett, 33 — LISBOA

COMBINAÇÃO IODO-PEPTONADA
GOTTAS, INJECTAVEL

I O D O N I E

"ROBIN"

Arteriosclerose, Affecções cardiacas,
Obesidade, Rheumatismo, Syphilis

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo. D. N. S. P. N.º 832
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias:
GIMENEZ-SALINAS & C.^a-R. Nova da Trindade 9, 1.º-LISBOA

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolamincarsenofenol

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

INALTERABILIDADE em presença do ar

à dos 606, 914, etc.

(Injecções em série)

Muito **EFICAZ** na orquite, artrite e mais complicações locais de Blenorrágia, 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

O preferido por todos que o conhecem.

Sempre fiel, não admitindo erros na marcação dos graus da febre.

Precisão absoluta.



São fabricados com o melhor cristal inglês na fabrica de Barnsbury, de Londres, sob a fiscalização scientifica dos seus proprietarios

Negretti & Zambra

Vendem todas as farmácias do País

AGENTE: **A. S. Alvan** - Rua da Madalena, 66, 2.º - LISBOA

DOUTOR

Quando se trata de recetar a Valeriana tem por ventura receio de dar ao seu doente um medicamento de cheiro desagradavel?

Nesse caso recete o Valerianato Gabail Inodoro, ou o Elixir Gabail Valero-Bromurado, que tem uma acção tao eficaz quanto agradável é tomal-o.

Amostras a disposição dos Ex^{mos} Srs. Médicos

Representante:

LARANGEIRAS & AGOSTINHO, L.^{da}

Rua dos Fanqueiros, 366, 2.º

LISBOA



Úlceras Atonas

quando não são devidas organismos patogénicos específicos são impeditivas da circulação e da nutrição

ANTIFLOGISTINE, aplicada a quente, dilata os capilares, congestiona a região, estimula portanto a circulação local, de aí resultando mais eficaz a nutrição dos tecidos e mais rápida a absorção de exudados

O calor humido continuo, generalizado e mantido por este penso, fazendo desaparecer a dor sem irritação pode ser aplicado durante muito tempo sem acção toxica alguma

A Antiphlogistine, que contém 45% de glicerina, pode ser considerada como antiseptico perfeito, exercendo uma acção sedativa sobre os nervos cutaneos, promovendo o metabolismo local, uma acentuada phagocitose, aumentando o numero de celulas vermelhas e estimulando a granulação

A observação dos praticos confirma o facto de que este processo abrevia muito a cronicidade e o sofrimento nestes casos.

Antiphlogistine

SERVE PARA COMPLETAR O CICLO DOS TRATAMENTOS EFICAZES DE ÚLCERAS ATONAS

THE DENVER CHEMICAL MFG Co. - New-York - U. S. A.
ROBINSON, BARDSLEY & Co.
 S, Cais do Sodré, S LISBOA

VIAS URINARIAS

DISMINE FAVROT

Capsulas contendo a totalidade dos principios activos.

(Glucosidos e Alcaloides),
tirados por um processo especial

do **BUCCHU**

Todos os outros preparados de Bucchu (Extrahidos,
Infusões, Pílulas, Xaropes) são inactivos.

Na *Blennorrhagia* faz seccar a purgação
dentro de alguns dias e **supprime** em pou-
cas horas as *dôres agudas da micção*.

Na *Cystite*, **accalma** o espasmo e o tenesmo
ou *repellões* tão dolorosos d'esta affecção.

No *Catarrho vesical*, torna a urina *impur-
tescivel*; muito util para os *prostaticos*,
que *evaciam mal a sua bexiga*.

A **DISMINE FAVROT** não produz erupção e nem irrita
o tubo digestivo nem os rins, como fazem a Copahiba,
as Cubebas e o Sandalo.

Dose : 3 capsulas pela manhã, 3 ao meio-dia, 3 ao deitar.

A **DISMINE FAVROT** foi experimentada com
êxito em Paris, no Hospital Saint-Louis, e em
Saint-Lazare.

Laboratorios Doutor H. FERRE

Doutor em Medicina, Pharmaceuticos de 1ª Classe,
Laureado (Medalha d'Ouro) da Sociedade de Ph^{de} Paris,
6, Rue Dombasle, Paris.

SENHOR DOUTOR!

Sirva-se receitar em fumigação

o PÕ EXIBARD

Sem Opio nem Morphina

o qual allivia sem demora

a **ASTHMA.**

Para evitar as contrafacções
exija-se a assignatura

Exibard

A BASE SCIENTÍFICA

dos
AFAMADOS
alimentos
VITAMINADOS

Allenburys

PARA AMAMENTAÇÃO

É O SEGRÊDO

— do sucesso
— da eficácia
— do apreço

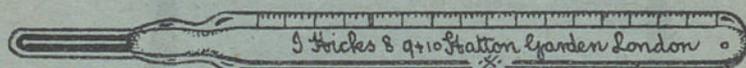
que alcançaram em todo o mundo.

Fábrica esmerada de ALLEN & HANBURY, LTD. — LONDRES — fundada em 1715

FOLHETOS, TABELAS E IMPRESSOS AOS EX. MOS CLÍNICOS

Representantes: COLL TAYLOR, LDA. — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA — Tele | tone-2 1476
gramas-DLTA

O



genuino, aferido, garantido e preferido
pelos médicos e pelo público.

— EM QUALQUER BOA FARMACIA —

ABSOLUTAS

PUREZA, POTENCIA
E
INALTERABILIDADE

SÃO

— as características da supremacia e
— os fundamentos do apreço mundial da

Insulina

PARA a DIABETES

marca



registada

(De ALLEN & HANBURY, LTD. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.)

APROVADA

pelo III.º Prof. Dr. ERNESTO ROMA
pela ASSOCIAÇÃO dos DIABÉTICOS
pela MISERICORDIA DE LISBOA

e a de maior venda em Portugal.

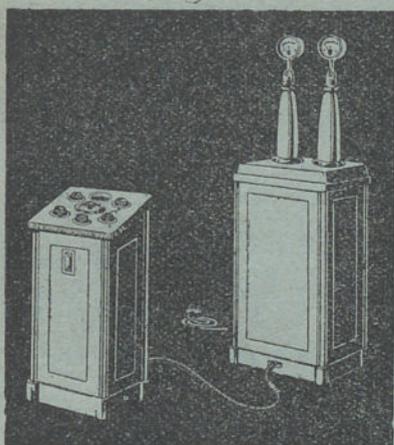
Frasquinhos de 100, 200 e 500 unidades.

Folheto de 40 páginas
GRATIS a médicos.

Representantes exclusivos deste produto:

COLL TAYLOR, LTD. — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA — Tele | tone-2 21476
gramas-DLTA

Agente no PORTO: M. PEREIRA DA SILVA, LARGO DOS LOIOS, 36



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

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

ANEMIA PERNICIOSA
 ANEMIA GRAVE E PARASITARIA
 ANEMIA LUETICA
 ANEMIA GRAVIDICA
 ANEMIA DAS CRENÇAS

Eficaz na
 DOENÇA DE BANTI e na
 CAQUEXIA CANCEROSA

A. B. ASTRA

SÖDERTÄLJE
 Suécia.

PREPARAÇÃO de EXTRACTO de
 F I G A D O

VINHO: 1 colher das sopa = 50 gr.
 de Fígado cru.

COMPRIMIDOS: — concentrados —
 assucarados: 1 comprimido = 25 gr.
 de Fígado cru.

EXTRACTO: 1 colher das de chá = 50
 gr. de Fígado cru.

HEPATOTAL

Representan e PHARMACIA BARRAL-126, Rua Aurea, 128-LISBOA-Telef. P. B. X. 2 5321-2 5322

Salvitaes

Acidose

A presença de acidose em um paciente exige que se tomem medidas adequadas, o que quer dizer, que se deve efectuar alcalisação.

O papel do médico é restaurar o metabolismo ao seu estado normal por meio do restabelecimento do equilíbrio alcalino no sangue e tecidos.

Um exame da formula deste produto impressionará imediatamente o médico pela excelência terapeutica dos seus vários componentes para cumprir a sua missão preventiva e medicinal.

.....

AMERICAN APOTHECARIES CO.,

New York, N. Y., U. S. A.

Agentes em Portugal:

Simenex - Salinas & C.º

Rua da Palma, 240 - 246 - LISBOA



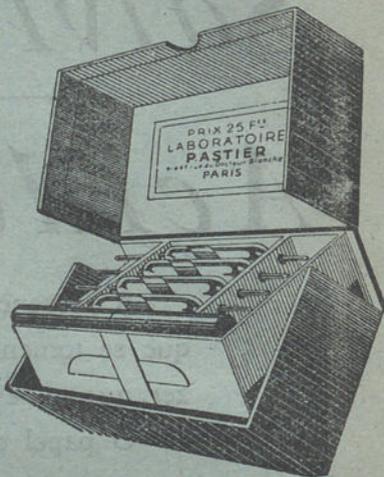
2 novidades em vacinoterapia

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

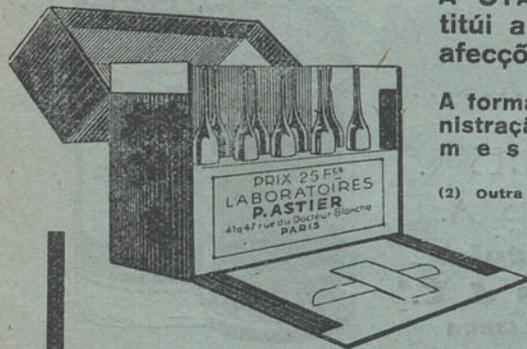
stalysine

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

A STALYSINE injectavel constitúi a melhor terapeutica das afecções estafilococicas.

A forma bucal (de mais fácil 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 PASTIER - 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>Necrose gorda mamária</i> , por Custódio Cabeça.....	pág.	821
<i>Uma primeira série de casos de cirurgia medular</i> , por Egas Moniz, Amândio Pinto e Almeida Lima.....	"	832
<i>A velocidade de sedimentação globular e as afecções do corpo tiroideu</i> , por Mário Rosa e Diogo Furtado.....	"	865
<i>A patogenia da eclampsia</i> , por Manuel Vicente Moreira.....	"	869

Notas clínicas

<i>Um caso de heminefrectomia</i> , por Bernardo Vilar.....		899
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	"	901
<i>Biblioteca da «Lisboa Médica»</i>	"	918
<i>Notícias & Informações</i>	"	CV

NECROSE GORDA MAMÁRIA

POR

CUSTÓDIO CABEÇA

HISTÓRIAS CLÍNICAS, RESUMO

1) 52 anos, viúva, vários abortos, nenhuma lactação. Há 3 meses sofreu um traumatismo, uma forte cotovelada na mama direita, e agora notou um tumor no sítio do traumatismo, o quadrante súpero-externo, com o volume dum limão e indolor.

Mulher grande com o pêso de 87 quilos, grandes mamas; a esquerda é normal e na direita encontra-se o tumor indicado; não há retracção do mamilo nem corrimento; a pele faz cova e é aderente; não há aderências profundas nem gânglios axilares.

2) 36 anos, casada, duas gravidezes extra-uterinas, operadas; três lactações, sendo a última há 4 anos, sem acidentes.

Há 7 meses levou uma injeção de sôro fisiológico no espaço retromamário direito e passados 6 meses notou um tumor com o volume duma noz na parte súpero-interna da mama direita, indolor, no sítio da injeção.

Mulher robusta, pêso 97 quilos; grandes mamas pendentes, a esquerda normal. Na direita nota-se um tumor duro, bem limitado, pele aderente e sem retracção do mamilo; não há aderências profundas, mas há um gânglio na axila do mesmo lado. Fez tratamento pelos raios X.

3) 40 anos, casada, 4 filhos e 4 lactações; um abcesso leitoso que foi incisado.

Há 10 anos levou uma injeção de sôro fisiológico sob a mama direita onde agora tem um tumor que se formou sem dores, que tem crescido e a abortece.

Mulher baixa de estatura, gorda, 73 quilos, grandes mamas pendentes, grandes areolas e veias dilatadas; por cima do mamilo há um tumor muito

duro, irregular de contôrno, nodular, sem aderências da pele nem retracção do mamilo, nem corrimento; pouco móvel profundamente e sem gânglios axilares. A mama esquerda é normal.

4) 47 anos, casada, 2 lactações e há 10 meses injeção de sôro fisiológico sob a mama esquerda, seguida de equimose negra durante 4 semanas; neste lugar apareceu então um tumor duro que a doente diz variar de volume; tem dores e ligeira sensibilidade na mama e em tôrno dela. Durante estes 10 meses fez aplicações de rádio sem haver a menor alteração.

Mulher robusta, 70 quilos, mamas volumosas não pendentes; a mama esquerda é menos volumosa e o seu mamilo repuxado para baixo; veias dilatadas e pele aderente a um tumor com o volume dum pequeno limão, móvel sôbre os planos profundos; não há gânglios axilares.

5) 54 anos, casada, 1 filho e 1 lactação normal; há 5 anos caiu 13 degraus e foi bater com o quadrante súpero-interno da mama direita no canto dum degrau, fazendo grande equimose que desapareceu lentamente.

Mulher baixa, robusta, 82 quilos; há três semanas notou nesta mama um tumor indolor e que não tem crescido; mamas pendentes e a direita com um tumor esférico, liso, pele aderente, livre sôbre os planos profundos; não há retracção do mamilo, nem corrimento, nem gânglios axilares. Fez aplicações de raios X.

6) 53 anos, 2 filhos e 2 lactações curtas; há 1 mês sofreu um traumatismo violento por queda sôbre a mama esquerda; teve uma dor viva e uma equimose que foi tratada com pensos húmidos e adstringentes. Aos 15 dias a dor desapareceu e no sitio formou-se um tumor aderente à pele.

Mulher ôbesa, robusta, mamas volumosas e pendentes; a direita normal e a esquerda, na parte súpero-interna, tem uma equimose a desaparecer; um tumor duro, mal limitado, indolor, pele aderente, mamilo ligeiramente retraído; o tumor é pouco móvel profundamente e não há gânglios axilares.

7) 36 anos, traumatismo, e três semanas depois aparece um tumor pequeno, aderente à pele, no lado interno do mamilo e mama esquerda; mulher magra.

Lanz de Berne, 1898.

8) 63 anos, tumor da região infero-interna da mama esquerda com o volume de uma noz, formado após um traumatismo havido 6 semanas antes Kuttner.

9) 34 anos, traumatismo seguido de equimose e depois um pequeno tumor com o volume duma ervilha.

Bernar-Heyde.

10) P. P., 60 anos, Lisboa: tumor da mama direita.

Análise n.º 1.473 em 27 de Junho de 1925:

A preparação mostra um tecido quási uniforme constituído por pequenas células iguais às que se encontram nas inflamações crónicas; em alguns pontos há tecido fibroso hialino também infiltrado de pequenas células redondas. As paredes das artérias estão muito espessadas. Em alguns pontos vêem-se entre as pequenas células algumas multinucleadas, com os núcleos em geral acumulados no centro. Num dos lados da preparação há tecido adiposo infiltrado nas suas malhas por pequenas células, dando à preparação um aspecto característico.

Necrose gorda traumática. Pessoal.

11) M. A. B., 58 anos, casada, 1 filho há 20 anos; altura 1^m,56 e pêso 64 quilos.

Há 2 anos sofreu um grande traumatismo batendo com a mama esquerda na chave duma porta; houve equimose e 4 meses depois notou o tumor no quadrante súpero-interno da mama, com o volume duma tangerina, duro, pele aderente e vermelha, sem aderências profundas e com ligeiro repuxamento do mamilo; o tumor tem crescido e há gânglios axilares moles. Diz a doente que a retracção do mamilo se faz quando tem a lactação; começou a deitar sangue pelo mamilo, deixou de aleitar, e quando o leite secou estava repuxado.

Fez aplicações quentes e húmidas e o tumor cresceu e começou a produzir picadas.

Análise n.º 2.425 em 20 de Fevereiro de 1930:

A preparação mostra tecido fibroso em que se vêem formações glandulares infiltradas de pequenas células; esta infiltração em alguns pontos destrói completamente o tecido glandular e noutros está em necrose, em tudo semelhante a necrose caseosa

Na preparação vêem-se ainda formações glandulares normais e sem infiltração alguma; noutras preparações vêem-se células gigantes de núcleos periféricos, semelhantes às que se encontram nas lesões tuberculosas. Na periferia, de um lado, há abundante tecido adiposo invadido por pequenas células formando uma rêde em volta dos espaços claros correspondentes às formações de tecido adiposo. Em todas as preparações há congelação. Pessoal.

12) M. S., 50 anos, casada, nulípara, baixa de 1^m,58 e pesando 70 quilos; mamas volumosas, mamilos pequenos, livre o direito e retraído o esquerdo para fora e para cima; não há gânglios axilares.

Análise n.º 2.441 em 27 de Março de 1930:

A preparação tem a forma dum crescente, sendo a parte exterior constituída por tecido fibroso e a interna pelo tumor, que tem um estroma fibroso onde se vêem abundantes fieiras de células epiteliais que se vão tornando mais numerosas e espessas para o lado oposto à pseudo-cápsula, onde o tecido fibroso desaparece à vista e o tumor fica constituído apenas por células epiteliais. Em alguns pontos estas células estão em necrose devida ao excessivo

crescimento e má irrigação. Na parte periférica do tumor há infiltração parvi-celular. Vêem-se também zonas de tecido adiposo invadido pela neoplasia e pela infiltração parvi-celular dando à preparação, neste ponto, o aspecto da necrose gorda. Pessoal.

13) Mulher obesa, mamas pendentes, a quem foi extirpado um tumor que o microscópio classificou de mastite precancerosa.

Logo depois da cicatrização da ferida operatória formam-se dois tumores duros, irregulares, indolores, subcutâneos e sob a cicatriz; estão aderentes à pele e livres profundamente; mamilo ratraído. Fez-se então uma operação radical.

O estudo anátomo-patológico, macro e microscópico mostrou que eram constituídos por necrose gorda típica e com células gigantes.

O exame macroscópico das mamas operadas deu num caso: quisto com cápsula esbranquiçada, hialina, de um milímetro de espessura, cercado de tecido gorduroso com o aspecto necrótico; o conteúdo do quisto era amarelo, granuloso, sem fluido.

O exame microscópico mostrou o tecido mamário em activa reacção inflamatória, com muitas células redondas em volta dos ductos mamários, linfócitos e tecido conjunctivo de nova formação.

Noutros casos o exame deu: inflamação crónica, com muito tecido fibroso de nova formação; pequenas cavidades e estrias de tecido gordo necrótico, opaco, à mistura com zonas de tecido glandular normal. Ao exame microscópico encontraram-se células gigantes.

O exame macroscópico do tumor do n.º 6 deu: quisto com líquido amarelo claro, oleoso, de parede espessa avermelhada; apoiado na face pósterio-inferior, um tecido glandular com um foco hemorrágico grande, talvez da operação.

O tumor da nossa doente n.º 11 tinha êste último aspecto, sem o foco hemorrágico, e um gânglio axilar era grande, mole e de aspecto normal.

ESTUDO CLÍNICO

A evolução clínica dêstes tumores é muito semelhante à do carcinoma mamário e assim temos:

1) Na etiologia há sempre um traumatismo como início da doença, embora êle seja mais violento e mais notado pela doente no granuloma, e seguido quási sempre de equimoses cuja evolução é arrastada durante semanas.

2) O crescimento é rápido, decorrendo poucos meses entre o traumatismo e o aparecimento do tumor e às vezes apenas semanas.

LISBOA MÉDICA

DRYCO

Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

Assegura uma alimentação de leite admiravelmente apropriada para um desenvolvimento rápido e vigoroso, promove a formação de ossos e dentes fortes e perfeitos.

DRYCO é o leite IDEAL

Especialmente preparado para a

**alimentação
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

Simenez-Salinas & C.^a

Rua Nova da Trindade 9, 1.^o

L i s b o a



Para acalmar as dôres

Nevralgias, dismenorréa,
enxaquecas, odontalgias,
dôres articulares e musculares.
Insônia devida a
dôres. Nervosidade, excita-
bilidade, etc.

CIBALGINA
CIBA

Comprimidos

Ampolas



Amostras e literatura:
CATULLO GADDA
RUA DA MADALENA 128, LISBOA,
único representante dos Productos, Ciba em Portugal.

3) As aderências à pele existem sempre no carcinoma e no granuloma e as aderências aos planos profundos são freqüentes.

4) Os limites do granuloma são mais bem determinados, ao passo que no carcinoma são difusos.

5) A consistência é dura, irregular.

6) O mamilo pode ser repuxado.

7) Há indiferença e insensibilidade da doente tanto para o carcinoma como para o granuloma.

8) Os gânglios linfáticos axilares podem apresentar-se com maior volume, mas no granuloma são, em regra, de consistência mole.

O intervalo apontado entre o traumatismo e o aparecimento do tumor é muito variável, vai de três semanas a dez anos (observação 3). As idades das doentes ficam compreendidas entre 36 e 54 anos. Mas o que notámos de comum em todas estas doentes da necrose gorda é que são robustas, muito corpulentas, com muito tecido adiposo e pesadas de 64 a 97 quilos; as mamas são muito volumosas, pendentes abaixo do rebordo costal.

O tumor que vamos estudando é conhecido por duas designações diferentes: necrose gorda mamária, dos autores americanos, e granuloma hipofágico, dos autores franceses. É uma lesão muito rara e diremos já que a glândula mamária nada tem com o processo mórbido, inflamatório, irritativo, que pode manifestar-se em qualquer ponto onde haja tecido gordo, porque este é que é indispensável com o seu estroma conjuntivo e os elementos gordos. O estroma conjuntivo hipertrofia-se, retrai-se e endurece; as células ficam, umas indiferentes, outras atrofiam-se até desaparecer e outras reabsorvem a sua gordura, hipertrofiam o seu protoplasma, rejuvenescem e podem tornar-se em *plasmazellen*.

O processo irritativo excita, não destrói a actividade vital da célula adiposa e, se pode encontrar-se em volta das feridas curadas por primeira intenção, é mais freqüente depois dos pequenos traumatismos como são as injeções subcutâneas. Os pequenos tumores assim formados tomam os nomes de parafinomas, vazelinomas, lepidolomas; são duros, subcutâneos, aderentes no fundo e cobertos de pele com o aspecto da casca de laranja.

Estes tumores têm a designação de granuloma do tecido adiposo, e como há células gigantes cheias de gordura, junta-se-lhe também a de hipofágico; podem formar-se tanto no tecido adi-

poso da região mamária como em qualquer outro ponto do organismo.

O estudo da evolução do granuloma mostra que logo após o traumatismo vem a necrose gorda e mais tarde vem a formação dos ácidos gordos e do colesterol que provôcam a reacção inflamatória crónica e a reparação dos tecidos destruídos, formando-se tecido conjuntivo fibroso que vai dar os nódulos fibrosos e a retracção do mamilo.

Foram autores americanos os que primeiro o estudaram e

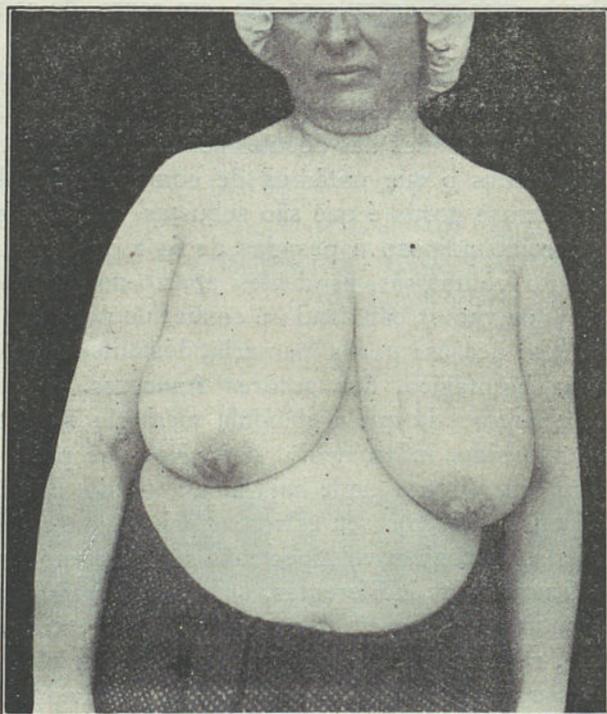


Fig. 1. — Tipo de necrose gorda mamária

publicaram trabalhos chamando-lhe necrose gorda. Para compreender como a necrose gorda pode chegar à formação dum tumor vamos fazer um rápido estudo desta lesão.

Quando se observa uma região ou um tecido atacado de necrose gorda, notam-se áreas de côr branca opala, arredondadas, com 10 a 12 milímetros de diâmetro, de consistência dura e

espalhadas pela gordura normal. O plano de separação entre a área necrosada e a área sã é bem nítido. O conteúdo das células necrosadas pode ser cristalino ou opaco e granuloso, e o tecido em tôrno está infiltrado de leucócitos.

A necrose gorda encontra-se com mais freqüência no tecido gorduroso subperitonal, mas pode formar-se em toda a parte onde haja tecido gordo. São várias as causas que a podem determinar :

1) A secreção pancreática penetrando os tecidos em volta do pâncreas produz a necrose, mas os seus efeitos vão ainda mais

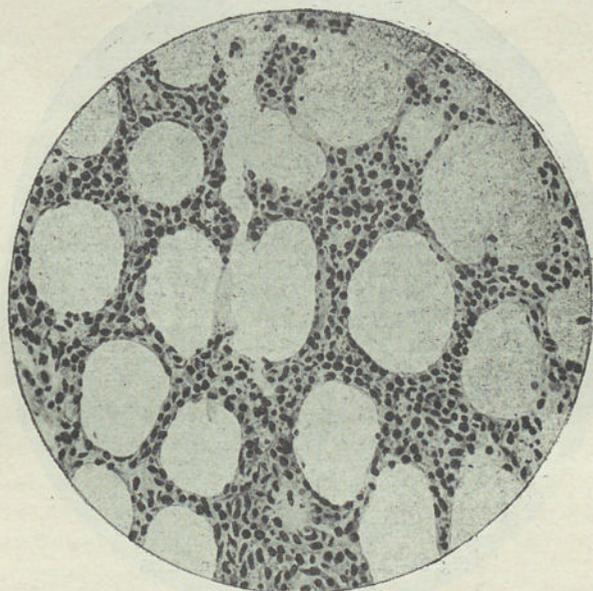


Fig. 2. — Análise histológica n.º 2.425

longe até o tecido gorduroso subcutâneo. Nos casos em que o pâncreas está intacto, a necrose é atribuída a um fermento pancreático, a esteapsina, que, absorvida no intestino, é levada pela corrente linfática.

2) Outros supõem que a causa está numa alteração do simpático abdominal, dando um crescimento rápido dos elementos celulares sem a correspondente evolução vascular para se poderem nutrir, sobretudo nos indivíduos gordos.

3) Tem-se encontrado a necrose gorda acompanhando as he-

morragias em volta do pâncreas e no tecido gorduroso subperitonial.

4) Para outros a causa seria a acção das bactérias ou dos micro-organismos, em especial o *coli*, que têm sido encontrados nas áreas de necrose subperitonial.

Estão descritos tumores volumosos encontrados no tecido gorduroso sob-peritonial e cuja massa era quási toda formada por necrose gorda; foi por esta analogia com o que foi encon-

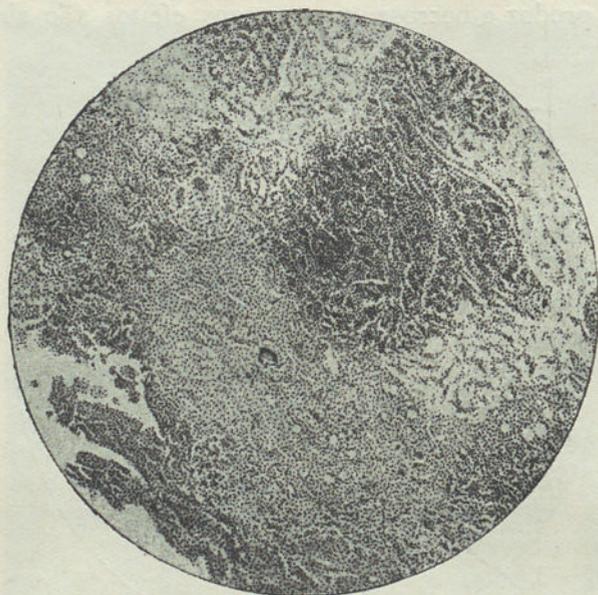


Fig. 3. — Análise histológica n.º 2.425

trado na região mamária que os autores americanos lhe deram aquele nome.

Vejamos agora como se forma o granuloma. Em toda a inflamação há sempre uma causa irritativa mais ou menos aparente e a sua evolução depende de dois factores: um, o poder irritativo, outro a resistência do tecido atacado; como resultado poderemos ter uma inflamação fibrinosa ou ir até a supuração.

A lesão característica da inflamação produzida por um agente de fraca energia é um falso tumor, um nódulo formado em tórno do foco irritado, constituído por tecido de granulação e conhecido

pelo nome de granuloma infeccioso. A tuberculose e a lepra dão-nos bons exemplos dêstes granulomas ou tubérculos anatômicos, com o centro de côr amarela, mole, caseificado e contendo células gigantes multinucleadas. Se a forma do granuloma é a característica anatômica da irritação crônica e da inflamação que é a sua conseqüência, de forma alguma pode ser atribuída a uma só causa, seja ela microbiana ou de qualquer outra natureza; as causas podem ser muitas, o efeito é sempre o mesmo.

Formado o granuloma a parte central amolece, constituída

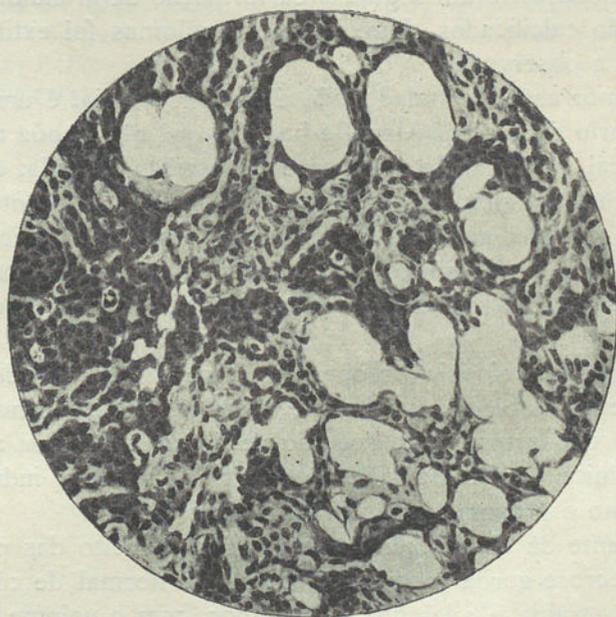


Fig. 4. — Análise histológica n.º 2.441

por detritos amorfos ou finamente granulosos; por núcleos dispersos e por restos de células destruídas; as próprias células gigantes acabam por ser destruídas e toda a organização desaparece.

O granuloma infeccioso e o tubérculo anatômico chegam a esta fase final: uma cápsula dura, fibrosa, contendo uma massa central, mole, amarelada, em degenerescência gorda, mas a evolução posterior é muito diferente; o tubérculo faz pus na parte

central e a cápsula adelgaça-se, torna-se mais dura e às vezes calcifica-se e temos assim o abcesso crónico. O granuloma faz também um líquido semelhante a gordura fundida, a óleo, como foi encontrado nas operadas. O granuloma do umbigo realiza todos os aspectos indicados.

Alguns granulomas, sobretudo os que se formam depois de injecções medicamentosas subcutâneas, têm uma evolução especial: em lugar de irem para o amolecimento vão para a infiltração calcárea, como pode ver-se numa doente que, tendo vivido em África, fez várias injecções de quinino nos braços; algumas dessas injecções foram seguidas da formação de granulomas que hoje estão calcificados. Um destes granulomas foi extirpado e confirma a observação.

O tumor assim estudado não é uma neoplasia, é um tumor inflamatório de evolução local e benigna que não impõe a operação radical, ressecção da mama e esvaziamento de axila, exigindo quando muito a simples extirpação. Pois todas as doentes cujas histórias clínicas apresento, sofreram a operação radical. Porque? Porque o diagnóstico diferencial entre o carcinoma e o granuloma mamário é difícil e por vezes quasi impossível de se obter.

Contrário à biopsia preoperatória julgo que ela deve empregar-se nas doentes gordas, de grandes mamas pendentes e acusando um traumatismo seguido de equimose. Ainda a observação clínica e o exame histo-patológico nos podem induzir em erro, como o provam as observações 12 e 13.

A doente da observação 12 tem o tipo perfeito das portadoras da necrose gorda mamária, com a pele normal de côr e circulação, retraída e aderente a um tumor, com o volume de uma noz pequena e fazendo corpo com o tecido mamário; não se palpa gânglios axilares. Fiz a extirpação do tumor que era uma massa sólida sem a cavidade quística descrita. Os primeiros cortes histológicos deram a necrose gorda mas depois vieram outros, como o da fig. 4 em que a zona de necrose gorda se continua com outra de mastite crónica e mais longe ainda, com neoformação epitelial (figura e descrição do Dr. Barreto).

Nesta doente deve perguntar-se qual foi a lesão primitiva: ¿ a necrose, a mastite ou o epitelioma? Eu julgo que foi a mastite logo seguida de necrose gorda e agora da neoplasia epitelial.

A doente da observação 13 é operada na América do Norte de mastite precancerosa; tumor pequeno e extirpado localmente. Poucas semanas depois da operação formam-se dois tumores subcutâneos junto à cicatriz e o operador, julgando tratar-se dum carcinoma, pratica uma operação radical.

Só então o estudo anátomo-patológico, macro e microscópico, mostrou que eram casos típicos de necrose gorda mamária com células gigantes.

BIBLIOGRAFIA

- BURTON LEE AND FRANK ADAIR. — *Annals of Surgery*. Vol. LXXII. 1920.
— IDEM. — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. Vol XXXIV. 1922.
E. STULZ ET R. FONTAINE. — *Révue de Chirurgie*. N.º 9. 1923.
KING. — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. Vol. L. 1930.

Serviço de Neurologia

**UMA PRIMEIRA SÉRIE DE CASOS
DE CIRURGIA MEDULAR**

(DOZE CASOS)

POR

EGAS MONIZ, AMANDIO PINTO E ALMEIDA LIMA

Desde que juntámos ao Serviço de Neurologia a indispensável instalação cirúrgica, a nossa actividade não se tem limitado às operações cerebrais. A ablação de tumores medulares, a cordotomia e outras intervenções raquídias têm sido realizadas. No presente artigo queremos apresentar em resumo as histórias dos casos operados nos domínios da cirurgia medular e dos resultados obtidos. Em outro artigo, em que desceremos a maiores minúcias neurológicas, apreciaremos alguns aspectos que não cabem no propósito desta exposição.

TUMORES MEDULARES

Foram quatro os casos operados de tumores medulares. Todas as intervenções foram seguidas de curas cirúrgicas; mas os resultados nem sempre foram brilhantes. Um dos doentes tinha um glioma infiltrativo da medula e apenas uma parte pôde ser extraída. Num outro caso o tumor provinha do corpo das vértebras (hemangiona) e a parte excisada não impediu a marcha da neoplasia. Num terceiro caso fez-se a ablação dum longo tumor extramedular que de há muito reduzira a doente a uma incapacidade funcional dos membros inferiores. A doente não tirou,

UMA NOVA OPINIÃO NA TERAPEUTICA INTESTINAL

O 'Petrolagar' alem de proporcionar um valioso auxilio á diéta, actua sobre o intestino restaurando o seu normal movimento—o seu efeito é inteiramente mecanico.



O 'Petrolagar' actua penetrando no conteúdo fecal, produzindo uma defecação moldada que desliza suavemente pelo intestino. A acção comoda do 'Petrolagar' fa-lo preferir aos purgantes drasticos. É uma emulsão palatavel de 65% de parafina medicinal pura, com o agente emulsionante não degerivel agar-agar.

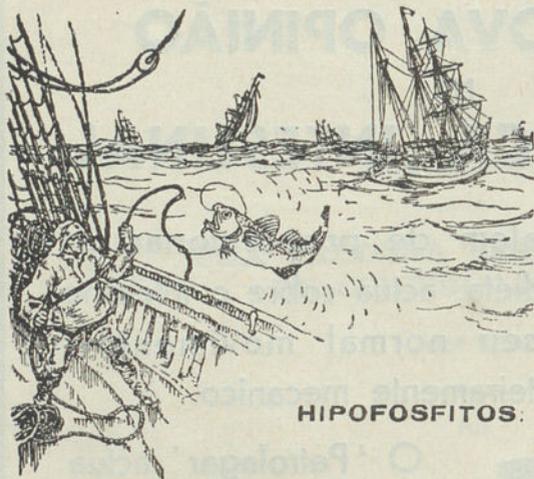
Escreva a pedir amostras e literatura que o ha-de interessar ao:

Representante em Portugal:

RAUL GAMA

31, Rua dos Douradões, 33 — LISBOA.

LISBOA MÉDICA



GLEFINA

LABORATORIOS ANDRÓMACO

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

D O S E S :

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**

LASA para as doenças das vias respiratórias.

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

Depositários gerais para Portugal: **PETANA, BRANCO & FERNAND E. L. da**

Rua dos Sapateiros, 39, 1.º — LISBOA



Laboratório de Preparados Dermatológicos

J. Caballero Roig

Rocafort, 135 — Telefone 31031 — Apartado Concas 710 — BARCELONA

SULFURETO — Cura a SARNA em 10 minutos, tempo que se demora em efectuar uma fricção.

DEPURATIVO INFANTIL — (Sabor agradável). Eficaz nas erupções e doenças de pele das crianças.

GOTAS DEPURATIVAS — (Antiarpéticas). Poderoso antitóxico de grande resultado nas afecções cutâneas dos adultos.

PASTA POROSA DERMATOLÓGICA — Antiséptica, absorbente dos exudados e cicatrizante rápida — Recomendada para queimaduras.

LIXALINA — Para as inflamações da epiderme, comichões das doenças eruptivas.

Todos estes preparados foram premiados com a Medalha de Ouro na Exposição Internacional de Barcelona em 1929.

Depositários Gerais para Portugal: — **Petana Branco & Fernandes, L. da**
Rua dos Sapateiros, 39, 1.º LISBOA

porém, as vantagens que era de esperar. Saiu do Hospital paraplégica, quási nas mesmas condições em que entrou. Finalmente, no último caso a extracção do tumor deu uma cura brilhante. Tratava-se de uma antiga cardiopata, que suportou muito bem a operação. Entrou paraplégica e em menos de dois meses podia marchar com facilidade a ponto de vir, repetidas vezes, de sua casa ao nosso Serviço para ser observada.

OBSERVAÇÃO I. — *Tumor infiltrante da medula à altura da 4.^a, 5.^a, 6.^a e 7.^a vértebras dorsais. Extracção da parte externa do tumor. Cura operatória.*

M. C., de 36 anos, da Ilha da Madeira. Entrou para o Serviço em 31 de Outubro de 1929.

Anamnese. — Nada importante do lado hereditário. Há 8 meses ligeiro enfraquecimento nos membros inferiores. Antes dessa época sentia adormecimento nos pés. Como o mal progredisse, consultou médicos, tendo sido submetido a um tratamento anti-sifilítico pelo neo-salvarsan sem resultado. Deixou de poder fazer trabalhos pesados.

Nunca sentiu dores espontâneas nos membros. Só ultimamente, além dos adormecimentos acima referidos, notou algumas dores lombares quando fazia esforços ou quando tossia.

Nos últimos tempos, ligeira disúria. Carecia de fazer esforço para urinar.

Estado actual. — Indivíduo de regular constituição. Aparelhos respiratório e circulatório normais.

Motilidade. — Marcha parética. Desequilibra-se nas voltas rápidas.

Inspecção da coluna. — Nada revela. A percussão e a palpação forte não determinam dores localizadas.

Reflexos tendinosos em geral vivos, iguais dos dois lados. Abdominais fracos. Plantares em flexão, fracos. Não há sinais evidentes da via piramidal.

Sensibilidade diminuída até D 11 (fig. 1). A hipoestesia é muito acentuada.

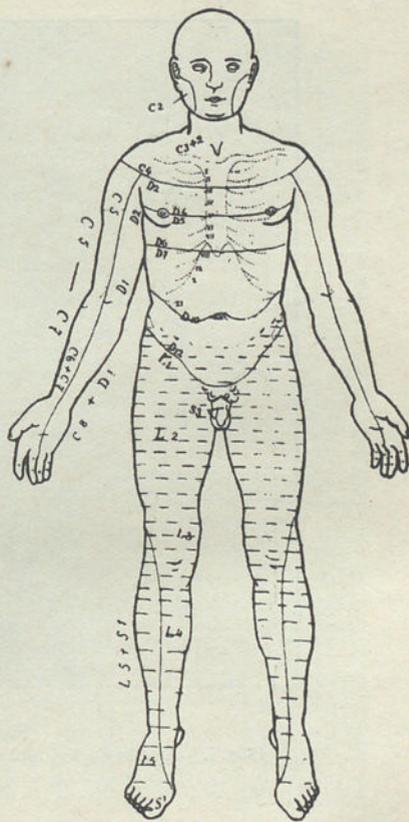


Fig. 1

Obs. I. — Esquema da sensibilidade

Análises. — Líquido céfalo-raquídeo. Xantocrômico. Tensão 14. Albumina muito aumentada. Pandy ++++. Linfocitose aumentada, mas o líquido safu com bastante sangue, e não pôde fazer-se a contagem. Takata e Ara: reacção meníngea. Benjoin: 22222, 22222, 22100,0.

Líquido obtido por punção cisternal: Límpido. Albumina normal. Pandy ———. Linfocitose 2,1. T. A. negativa. Benjoin 00000, 12000, 00000,0.

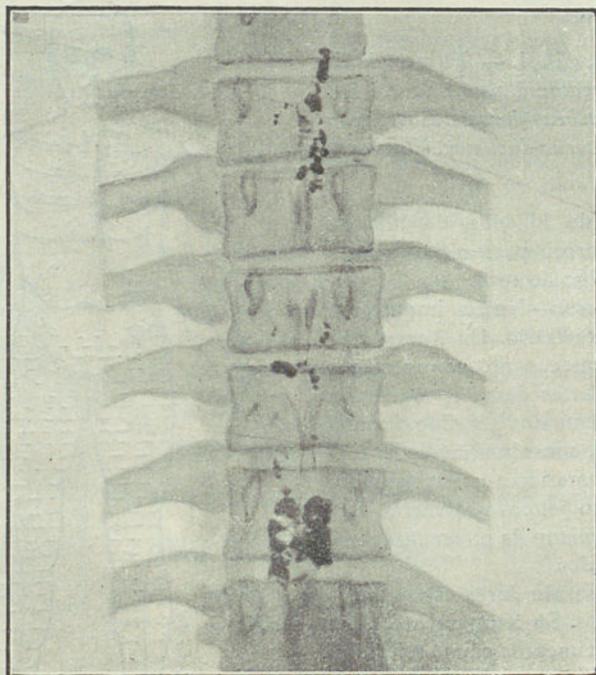


Fig. 2

Obs. 1. — Queda do lipiodol em rosário. Paragem em D8

Radiografias simples da coluna não revelam anomalia alguma das vértebras.

Prova lipiodolada de Sicard. — Introdução de 0,6 de c. c. de lipiodol em 2 de Novembro de 1929, por via cisternal. Radiografia uma hora depois.

Paragem de uma porção do lipiodol à altura da 1.^a dorsal, mas a maior parte ultrapassou essa vértebra descendo com dificuldade, um pouco em rosário, e juntando-se de novo em maior quantidade à altura da 8.^a dorsal. Êste aspecto manteve-se. A fig. 2 mostra, um mês depois, a posição do lipiodol.

Prova de Quekensteadt-Stookey. — Á compressão das jugulares não se produzia aumento algum da pressão do líquido céfalo-raquídeo (fig. 3).

A sintomatologia neurológica da compressão medular não era clara. A motilidade estava reduzida a uma paresia. O doente não tinha dores do tipo radicular, apenas acusava parestesias dos membros inferiores e dores lombares no momento dos esforços; hipoestesia muito ligeira que desaparece à altura de D 11; os reflexos não patenteiam alterações da via piramidal. Apenas se

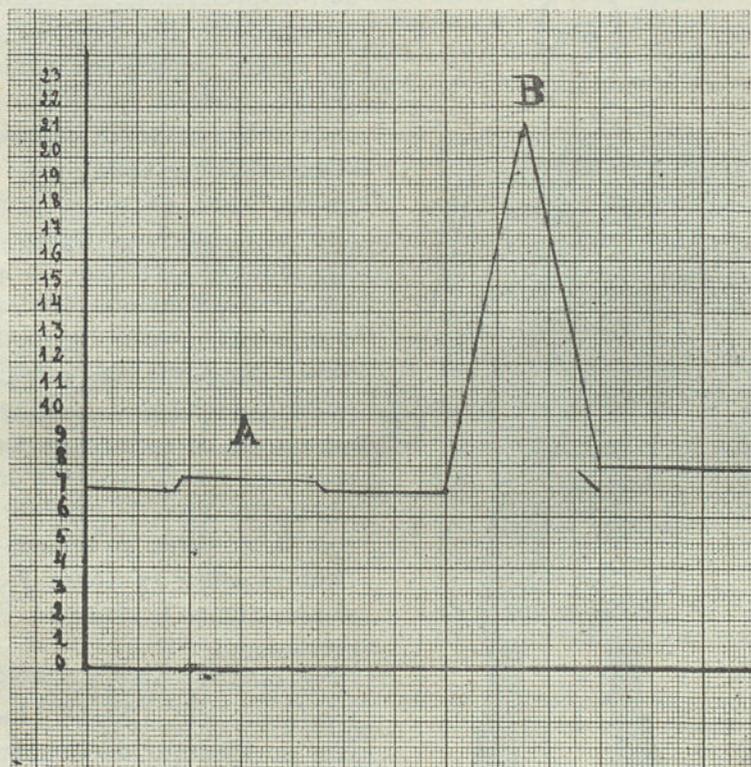


Fig. 3

Obs. I. — Linhas representativas da prova de Quekensteadt-Stookey

nota uma diferença notável entre o líquido céfalo-raquídeo obtido por punção lombar e cisternal, aquele xantocrómico com excesso de albumina e linfocitose, êste normal (prova de Marie-Foix).

A prova lipiodolada deixa-nos hesitantes na sua apreciação. Há, evidentemente, um obstáculo entre a 4.^a e a 8.^a dorsais, mais

acentuado à altura desta última vértebra. A prova de Quekens-teadt-Stookey denuncia uma compressão medular evidente.

Juntando todos estes elementos, pôde fazer-se o diagnóstico de localização de um longo tumor entre a 4.^a e 8.^a vértebras dorsais. A ausência de dores, a conduta dos reflexos e, em especial, a falta de sinais evidentes da via piramidal, a figura lipio-

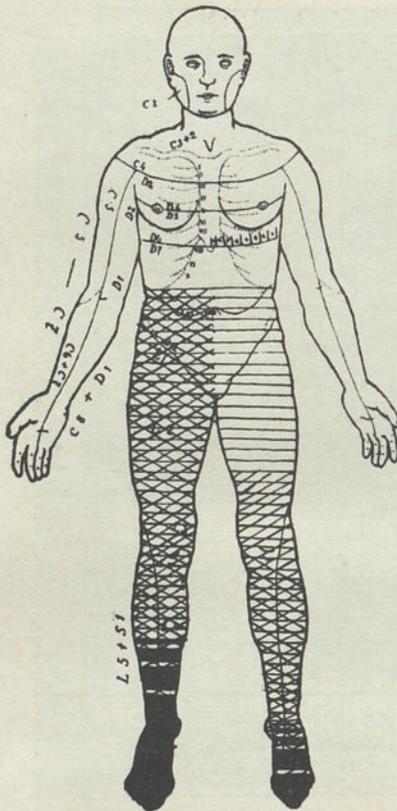


Fig. 4

Obs. II. — Esquema da sensibilidade

dolada, deviam fazer-nos pensar, de preferência, num tumor intramedular. Em qualquer caso, porém, impunha-se a intervenção cirúrgica, que foi praticada sob anestesia regional, completada no tempo intrarraqúidio, com anestesia geral (éter e clorofórmio). Ressecção das lâminas vertebrais da 4.^a, 5.^a, 6.^a e 7.^a dorsais. Incisada a dura-máter, vê-se um tumor escuro que ocupa toda a região posta a descoberto. Consegue separar-se da medula na parte superior; mas à distância de 1 centímetro vê-se que faz corpo com a medula, insinuando-se também entre as raízes. Excisam-se alguns fragmentos. Encerramento.

Diagnóstico histo-patológico feito pelo Prof. Charles Oberling do Instituto de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina de Paris: «Meningoblastoma que apresenta ora

aspectos glimatosos ora aspectos angiomasos».

O doente, em seguida à operação, ficou paraplégico e com retenção de urinas. Depois grande meteorismo e constipação. Convenientemente tratado, começou a realizar alguns movimentos com os membros inferiores três semanas depois. Só consegue dar passos, enconstado, um mês e meio após a intervenção. Alta.

OBSERVAÇÃO II. — *Longo tumor extramedular que vai da 3.^a à 7.^a vértebra dorsal. Extração. Cura operatória.*

M. de J. L., de 35 anos, da Beira Baixa.

Anamnese. — Os pais faleceram idosos. Os irmãos saudáveis, com excepção de um, que faleceu de uma operação de estômago. A doente apenas teve uma pneumonia. Não há sífilis e gozou de boa saúde. Veio à consulta em Abril de 1929. Há 5 anos dor no joelho direito e por várias vezes dores passageiras nos membros inferiores. Passados três anos, dores violentas na região lombar, por crises, mais fortes durante a noite. Quando sobrevinham não podia caminhar, embora tivesse os movimentos livres. Só 6 meses depois destas dores lhe terem aparecido é que sentiu dificuldade em mover as pernas. Há ano e meio que está impossibilitada de andar, vendo-se forçada a recolher ao leito. A princípio dificuldade em urinar; mais tarde incontinência. Por vezes também incontinência de fezes.

Motilidade dos membros superiores, cabeça e tronco, normal. Inteiramente perdida nos membros inferiores. As coxas mantêm-se em adução forçada, violenta, comprimindo os joelhos um contra o outro. A doente chega, por vezes, a cruzar as pernas. *Varus equinus* de um e outro lado, mais acentuado à direita. Grande espasticidade.

Reflexos tendinosos dos membros superiores normais. Dos membros inferiores extensos e policinéticos. Clono do pé de ambos os lados e clono da rótula difícil de provocar devido à forte contractura do quadríceps. Fenómeno dos encurtadores muito marcado. Reflexos abdominais abolidos de ambos os lados. Sinais da vida piramidal (Babinski, Oppenheim, Gordon, Schätfer) bilaterais.

Sensibilidades. — Alteradas até D9, como pode ver-se na fig. 4 onde estão indicadas as diversas diferenças encontradas.

Análises. — Líquido céfalo-raquídeo: Límpido, albumina normal, Panddy — — —, linfocitose 1 por mm³.

Prova lipiodolada de Sicard. — Paragem à altura da 6.^a vértebra. Passados dias, o lipiodol foi descendo (fig. 5) em rosário para a betesga dural sagrada (fig. 6).

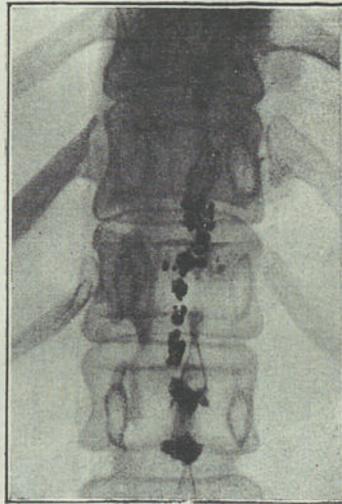


Fig. 5

Obs. II. — Caindo horas depois de D6 onde fez a primeira paragem

O diagnóstico impunha-se neste caso e a localização neurológica confirmada pelo lipiodol indicava que a laminectomia devia

fazer-se a altura da 5.^a à 7.^a vértebras dorsais. Aberta a dura-máter, verificou-se que o tumor não passava abaixo da 7.^a vértebra dorsal. Prolongava-se, porém, para cima da 5.^a dorsal, tendo de fazer-se a ressecção das lâminas da 4.^a e 3.^a vértebras. O tumor ocupava ainda toda a altura desta vértebra. Era delgado e muito comprido. Foi completamente estirpado (1). Encerramento total. Intervenção muito bem tolerada com anestesia local, completada, no tempo intra-raquídeo, com ligeira anestesia geral (éter e clorofórmio).

Após a operação, a doente pouco melhorou. Esboçou, é certo, alguns movimentos nos dedos dos pés e pernas. Atenuaram-se-lhe as dores, mas não conseguiu andar. Alta.

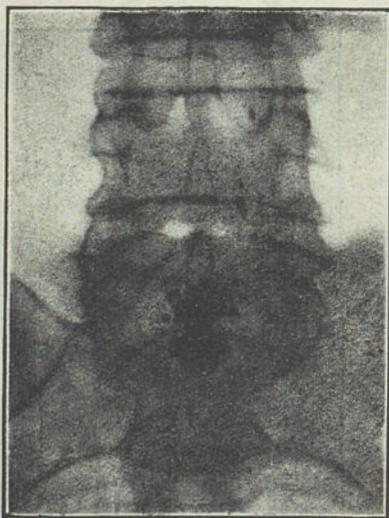


Fig. 6
Obs. II. — Acumulação no dia imediato,
no saco dural

Neste caso há a notar que o tumor estava três vértebras acima da paragem do lipiodol. O tumor a essa altura deixou ainda passar o óleo iodado que se foi acumulando no ponto onde a neoplasia fazia a septação do canal e mesmo aí não se demorou. Pelo exame da sensibilidade fazia-se a localização à altura da 7.^a dorsal. Quere dizer: a porção superior do tumor não provocava sinais neurológicos acima de D 7 por não exercer uma compressão efectiva. Tam-

bém não determinava a paragem do lipiodol por não septar completamente o canal raquídeo a essa altura.

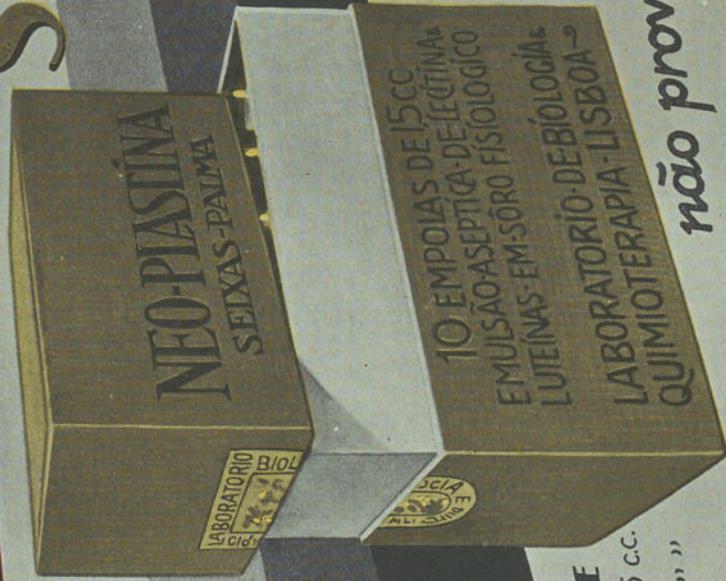
OBSERVAÇÃO III. — *Tumor medular circundando a medula. Extração da parte acessível. Cura cirúrgica. Morte passado um mês.*

A. R., de 59 anos, cozinheiro.

Anamnese. — Nada do lado hereditário. O doente refere que teve hemorragias e cancro moles. A mulher nunca teves desmanchos.

(1) Infelizmente, a peça perdeu-se por descuido de uma empregada.

NEO=PLASTINA SEIXAS=PALMA



*Emulsão aseptica de lecitina
e luteínas em soro fisiológico*



*Este preparado
não provoca reacção*

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

NEO=PLASTINA

SEIXAS=PALMA

Emulsão aseptica de lecitina e luteinas em sôro fisiológico

Este preparado não provoca reacção

Receitae a

NEO=PLASTINA

SEIXAS=PALMA

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

» » » 6 » » 5 » »

Porque é

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

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

Doença actual. — Deu entrada no Serviço em março de 1930. Desde 1929. perturbações da marcha. A parestia iniciou-se pelo membro inferior direito onde sentiu parestesias (sensação de calor). Também notou perturbações de sensibilidade dêste lado. Não sentia bem a água quente quando lavava os pés. Ao mesmo tempo dificuldade em urinar. Mais tarde obstipação. A paraplegia acentuou-se, mas as perturbações de sensibilidade melhoraram. Queixava-se, por vezes, de ardor e calor em volta da cintura.

Estado geral regular. Hérnia inguinal esquerda.

Palpação e inspecção da columna. — Não dá deformação. A pressão forte da 5.^a vértebra dorsal determina uma dor vaga.

Motilidade. — Marcha espástica. Contractura dos membros inferiores. Ligeira diferença na fôrça muscular dos membros inferiores, parecendo mais fraca à esquerda.

Os pés apresentam uma atitude viciosa com os dedos em hiperextensão dorsal.

Reflexos tendinosos dos membros superiores, vivos Rotulianos e aquilianos, vivos, policinéticos e iguais. Abdominais fracos. Plantares—sinais de Babinski, Oppenheim, Schäffer, Gordon positivos. Clono do pé. Não há clono da rótula.

Sensibilidades. — Êste doente nunca teve dores nos membros inferiores; apenas as parestesias iniciais acima referidas.

Hipoestesia acentuada até D6 (fig. 7). Ligeira hipoestesia de D6 a D4.

Reflexo de defesa à altura de D8.

Análises.—Líquido céfalo-raquidiano obtido por punção lombar: tensão 18 (ao Stookey), albumina aumentada. Pandy + — — —, linfocitose 1, 3, T. A. negativa. Benjoim negativo. Líquido obtido por punção cisternal: albumina normal. Pandy negativo, linfocitose 1, 3, T. A. negativa.

Prova lipiodolada de Sicard.—Paragem de uma parte de lipiodol à altura de D4 (fig. 8), tendo a maior porção descido para o saco dural (fig. 9).

Prova de Quekensteadt-Stookey. — Positiva.

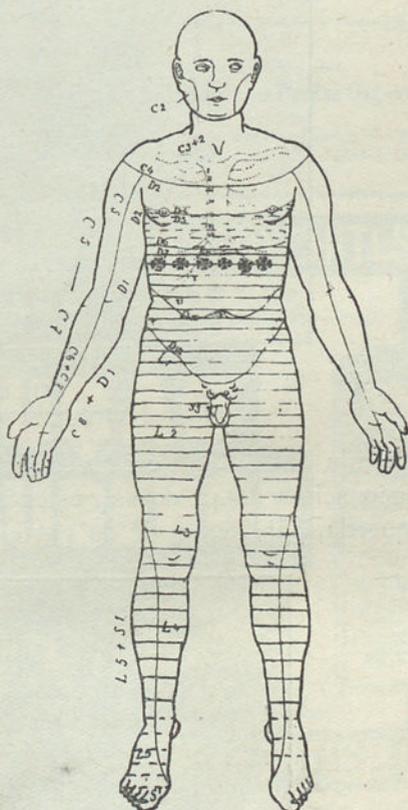


Fig. 7

Obs. III. — Esquema da sensibilidade com a indicação da zona do reflexo de defesa

Em face da sintomatologia neurológica e do resultado da prova de Sicard, o diagnóstico de localização não podia oferecer dúvida. A operação foi decidida e, em 4 de Maio, procedeu-se à lami-

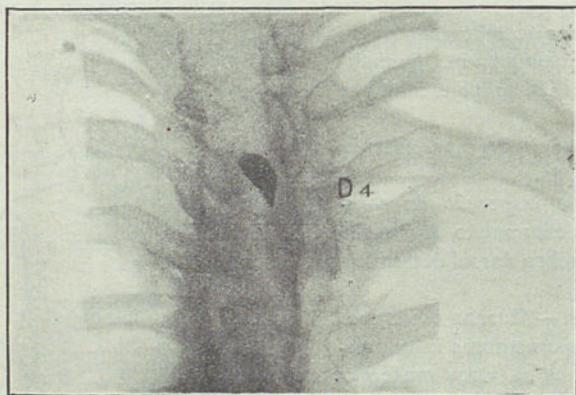


Fig. 8

Obs. III. — Paragem parcial do lipiodol em D 4

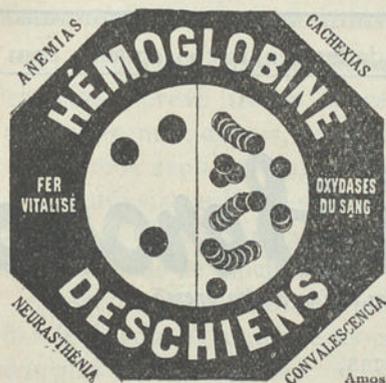
nectomia das 3.^a, 4.^a e 5.^a vértebras dorsais. Massa tumoral um pouco acima da 4.^a dorsal, estendendo-se para os lados, mais à esquerda, parecendo vir da parte anterior. Extracção da porção



Fig. 9

Obs. III. — Porção do lipiodol que desceu para o saco dural

posterior e lateral (fig. 10) dando a impressão de que ficou ainda tumor, quer lateralmente, à esquerda, quer da parte anterior da medula.



Opothérapie Hemática *Total*

Xarope e Vinho de DESCHIENS
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substâncias Mineraes do Sangue total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS

Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas

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

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

TUBERCULOSE MEDICAÇÃO BRONCHITES CREOSO - PHOSPHATADA

Perfita Tolerancia da creosote. Assimilação completa do phosphato de cal.



SOLUÇÃO PAUTAUBERGE

de Chlorhydro-phosphato de cal creosotado.

*Anticarrhal e Antiseptico
Eupeptico e Reconstituente.*

Todas as Affecções dos Pulmões e dos Bronchios.



L. PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople

PARIS (8^e)

GRIPPE

RACHITISMO

IODALOSE GALBRUN

IO DO PHYSIOLOGICO, SOLUVEL, ASSIMILAVEL

A IODALOSE É A ÚNICA SOLUÇÃO TITULADA DO PEPTONIODO
Combinação directa e inteiramente estavel 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 cincuenta gotas para Adultos.

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

Um tratamento racional das enfermidades renais consegue-se com a

Renasi Sero

Extracto total de rim obtido a alta pressão

Eclampsia das mulheres e das crianças,
lesões renais iniciais, nefrites, albuminúria intermitente de origem alimentar, etc.

Produz um aumento da diurese e da ureia, atenua os fenómenos urémicos, etc.

Em gôtas e injeções

Dos opoterápicos **Sero** é a

Epataasi Sero

(extracto glicérico total de figado)

um dos que melhor marca pelos resultados brilhantes que os Srs. Médicos dêle têm obtido, quere no tratamento da insuficiência e calculose hepática (para que está especialmente indicado),

quere na hipofunção do figado, diabetes assucarada, gôta, hemeralopia e ainda na

Infeção tuberculosa

AMOSTRAS GRATIS AOS SRS. MÉDICOS

L. Lepori

Apartado 214
LISBOA

Rua Victor Cordon, 1-A

Os primeiros dias que se seguiram à operação foram regulares; mas a breve trecho apareceram escaras e o doente veio a falecer um mês depois, em 5 de Junho, por septicémia sem que pudéssemos explicar o agravamento progressivo do estado geral.

À autópsia verificou-se que o tumor partia da parte anterior da coluna. Como pode ver-se na fig. 11 fez uma cavidade na 3.^a vértebra onde se anichava.

Neste caso há a notar a falta de dores iniciais. A localização fôra feita com exactidão e as complicações surgidas após a cura cirúrgica estão em parte justificadas pela sede do tumor e por não ter sido extraída senão uma pequena porção.

OBSERVAÇÃO IV. — *Tumor à altura da 1.^a dorsal do tamanho de uma amêndoa. Extração. Cura.*

A. M., de 57 anos.

Esta doente foi-nos enviada pelo Sr. Prof. Cancela de Abreu já com o diagnóstico e localização dum tumor medular. Deu entrada no Serviço de Neurologia em 27 de Abril de 1930.

Anamnese. — Hereditariedade negativa. A doente teve 2 abortos. Úlcera da córnea direita. Fez ultimamente um tratamento anti-sifilítico sem resultado para a doença actual.

Doença actual. — Há 5 meses adormecimento e formigueiros nos dedos dos pés e ardor na região lombar. Passados 2 meses monoparesia do membro inferior direito que se acentuou. Nos últimos 15 dias a paralisia estendeu-se ao membro inferior esquerdo. Desde então deixou de poder andar, tendo recolhido à cama.

Não tem sentido dores nos membros, apenas ardor na região lombar. Nos últimos tempos, alguma dificuldade em urinar.

Desde o princípio tem sentido também, por vezes, adormecimento das mãos.

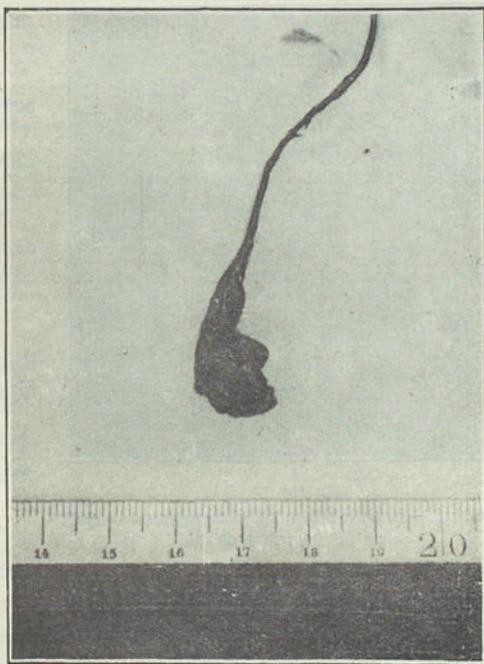


Fig. 10

Obs. III. — Parte do tumor extraído

Estado geral. — Anemia pouco intensa.

Aparelho cárdio-vascular. — Pulso 76. Tensão arterial: máx. 16, mín. 9. Miocardite.

Motilidade. — Paraplegia espástica, mais acentuada à direita, com contractura.

Reflexos tendinosos vivos tanto nos membros superiores como nos inferiores; os reflexos rotulianos apresentam-se nitidamente exagerados. Abdominais abolidos. Plantares: sinal de Babinski dos dois lados. Oppenheim, Schäffer, Gordon, Marie-Foix, etc., positivos. Clono da rótula. Não existe clono do pé.

Sensibilidades. — Perturbações até D3 (fig. 12). No abdómen há uma zona em que a hipoestesia é menos acentuada, o mesmo acontecendo no dorso, à mesma altura.

Análises. — Reacção de Wassermann negativa.

Líquido céfalo-raquídeo obtido por punção lombar. Xantocrômico. Coagulação parcial.

No líquido obrido por punção cisternal: albumina normal, linfocitose 1,2 por mm^3 .

Radiografia da coluna normal.

Prova lipiodolada de Sicard. — Paragem do lipiodol em massa à altura de D1 (fig. 13).

Prova de Quekensteadt-Stookey realizada pelo Sr. Prof. Canceleda de Abreu, positiva (fig. 14).

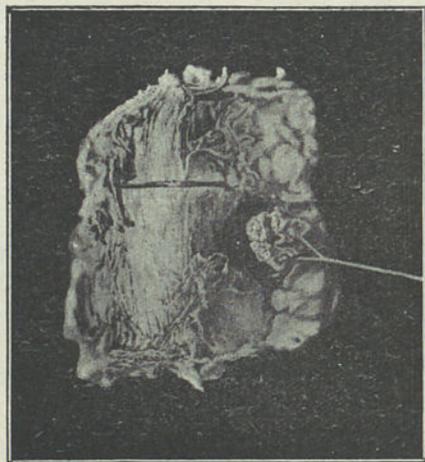


Fig. 11

Obs. III. — Peça anatómica. Hemangioma alojado na 5.^a vértebra dorsal

A observação clínica e a prova de Sicard estavam mais ou menos de acôrdo. Notava-se um pouco o fenómeno da dissociação sensitivo-lipiodolada que um de nós descreveu (1925); isto é, o lipiodol parava um pouco acima do limite do tumor, o que é devido a um estado inflamatório das meninges que, sendo satélites da neoplasia, não produz ainda perturbações de sensibilidade, mas já determina a paragem do lipiodol. O fenómeno só é bem evidente em casos de paquimeningite, fazendo então diferenças de dois e mais segmentos vertebrais

A operação foi decidida para 27 de Maio de 1930. Anestesia regional, completada, no tempo intra-raquídeo, com anestesia geral (éter e colorofórmio). Laminectomia da 7.^a cervical e da 1.^a e 2.^a dorsais. Encontrou-se uma neoplasia, do volume de uma

amêndoa, com o polo inferior à altura da 1.^a dorsal dirigindo-se para cima e mais para a direita (fig. 15).

Evolução operatória sem incidentes.

Exame histo-patológico do Prof. Charles Oberling: «Menin-goblastoma de células, ora epitelióides, ora fusiformes. Alguns calcosferitos. Alguns sitios do tumor são abundante-mente vascularizados e he-morrágicos».

Um mês depois a doente levantou-se e pôde dar alguns passos, apoiada.

Passado outro mês mar-chava regularmente e a sensi-bilidade estava quasi normal. Apenas ligeira hipoalgia na região de S3-S5 (fig. 16).

Dêstes casos podem ti-rar-se alguns ensinamentos. Os tumores medulares só apresentam um prognóstico nitidamente favorável quando operados cedo. Aqueles que permanecem durante anos a comprimir a medula deixam, em geral, lesões muitas vezes irreparáveis. É ponto sôbre que insistem todos os neuro-logistas. Os tumores difusos intramedulares podem benefi-ciar com a laminectomia que

corresponde a uma descompressão cerebral em caso de hiper-tensão craniana; mas a marcha do tumor leva à perda total da medula e, conseqüentemente, à morte. Para os tumores intra-ra-quídeos ligados aos corpos das vértebras o tratamento cirúrgico é inefcaz por não se poder visitar essa região. São, porém, casos muito raros. O hemangioma da observação III que, par-tindo da região anterior, seguiu pela face lateral até o orifício de

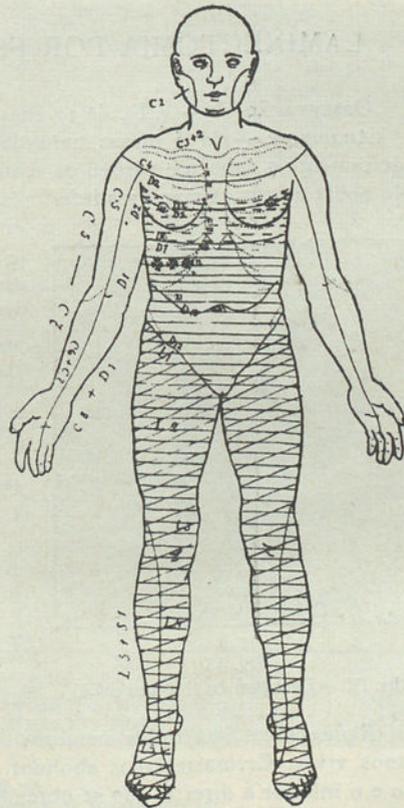


Fig. 12

Obs. IV. — Esquema da sensibilidade

conjugação por onde penetrou no canal raquidiano, constitui uma excepção.

Pelo que respeita à localização do tumor pela mancha lipiodolada, é de boa prática seguir na operação antes para cima do que para baixo do ponto da paragem do óleo iodado.

LAMINECTOMIA POR FRACTURA DA COLUNA

OBSERVAÇÃO V. — A. F., de 27 anos, jornalista, de Rio Torto.

Anamnese. — Há 5 meses caiu de costas da altura de 2 metros. Feriu ligeiramente a cabeça e perdeu os sentidos. Quando voltou a si verificou que não podia mover os membros inferiores e tinha fortes dores nas costas. Esteve três meses e meio de cama. Melhorou um pouco, tendo conseguido andar com o auxílio de muletas. Há um mês piorou, tendo perdido, por completo, a mobilidade dos membros inferiores. Entrou no Serviço de Neurologia em 3 de Outubro de 1929.

Desde a queda, dificuldade em urinar e defecar.

Estado actual. — Indivíduo de constituição regular, apirético, com pulso regular e rítmico.

Motilidade. — Marcha impossível. Apenas consegue esboçar uma ligeira flexão da coxa sobre a bacia com o membro inferior esquerdo. Movimentos dos membros superiores normais.

Não há atrofias nem contracções fibrilares.

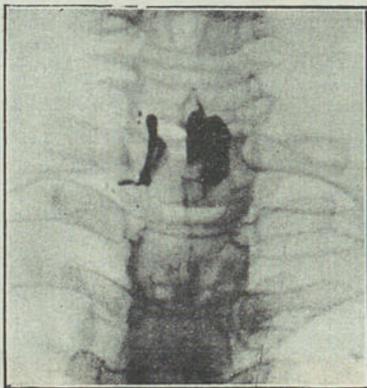


Fig. 13

Obs. IV. — Paragem do lipiodol em D 1

Reflexos tendinosos dos membros superiores normais. Rotulianos e aquilianos vivos. Cremasterianos abolidos. Abdominais apenas respondem o médio e o inferior à direita, não se obtendo à esquerda. Plantares: Babinski de ambos os lados, bem como Oppenheim, Gordon, Schäffer, Mendel-Bechterew, Rossolimo, etc.

Sensibilidades. — Anestesia até a altura da 5.^a dorsal (fig. 17). Hipoestesia de D8 a D5.

Não se nota saliência alguma anormal na coluna. A percussão é mais dolorosa à altura da 6.^a à 8.^a dorsais.

Embora não tivéssemos grande confiança no resultado de uma intervenção cirúrgica, julgámos lícito tentá-la, pois dela não poderia advir inconveniente para o doente.

Laminectomia das 5.^a 6.^a e 7.^a dorsais. Aspecto normal da dura-máter. Abertura desta. Aspecto lactescente da aracnóide, cujo folheto visceral estava destacado da medula, havendo neste espaço líquido incolor. Na medula notou-se um vaso que parecia

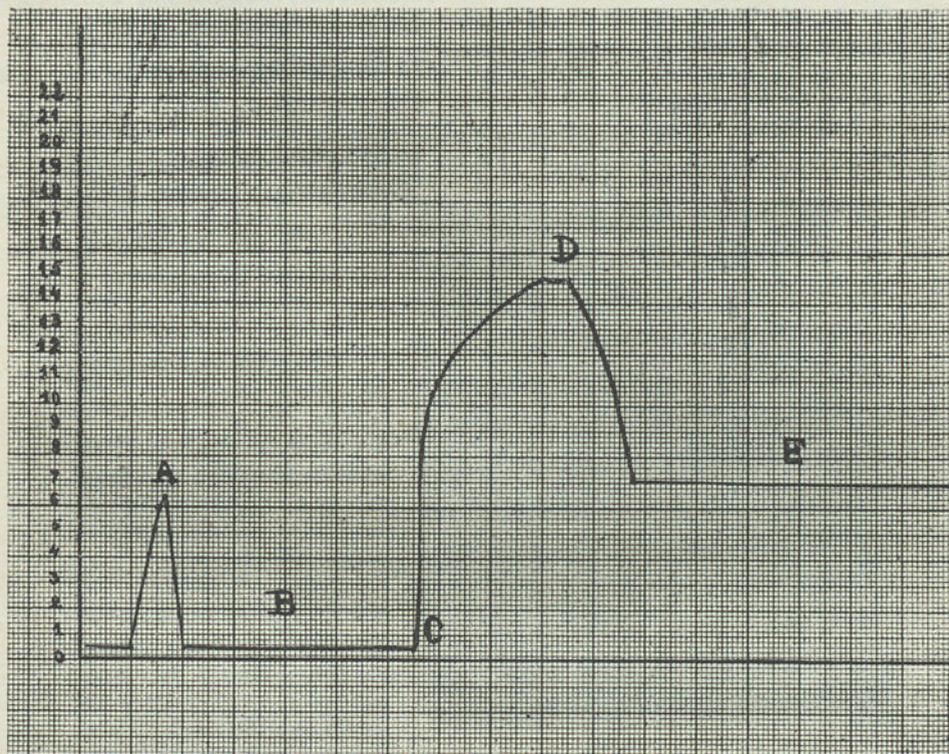


Fig. 14
Obs. IV. — Curva da prova de Queckensteadt

anormalmente aumentado de volume. Não se notou esmagamento da medula por compressão óssea. Encerramento. Cura operatória.

O doente não apresentou melhoras apreciáveis após a intervenção.

A operação nestes casos só excepcionalmente dá algum resultado. O nosso doente não obteve vantagem, como também não foi prejudicado com a intervenção.

OBSERVAÇÃO VI. — A. L., de 65 anos, de Gouveia.

Vem consultar-nos a 10 de Março de 1929. Caiu de uma carroça ficando com dores na região dorsal inferior. Passados dias, dores pela perna direita, mas só em certas posições. Três semanas depois, a 8 de Novembro de 1928, escorregou de um banco batendo com as nádegas no chão e fazendo uma flexão forçada do tronco sobre os membros inferiores. Nada sentiu em seguida a esta segunda queda, mas no dia imediato, de manhã, ao defecar, notou irradiação dolorosa muito forte da região sacro-lombar para as virilhas. Repetiram-se estas dores com irradiações para os membros inferiores, mais à esquerda. Ao mesmo tempo ligeiras perturbações esfinterianas. Dificuldade em urinar. Ligeira obstipação.

Motilidade. — Executa espontaneamente todos os movimentos com os membros inferiores. A exploração da força segmentar revela uma ligeira diminuição nos movimentos de flexão e extensão das coxas sobre a bacia. Nos outros segmentos é normal. Esta exploração, relativamente fácil à direita, é difícil de fazer à esquerda, onde as dores, principalmente durante os movimentos, são muito fortes. O doente não pode pôr-se de pé. As dores que o afligem, mesmo no leito e em repouso, aumentam extraordinariamente quando pretende andar.

Reflexos tendinosos no membro superior normais. Nos inferiores: rotulianos vivos, um pouco mais à esquerda; aquilianos vivos, mais à esquerda, policinéticos. Passado um mês, os reflexos rotulianos, que em observações subsequentes se mostravam enfra-

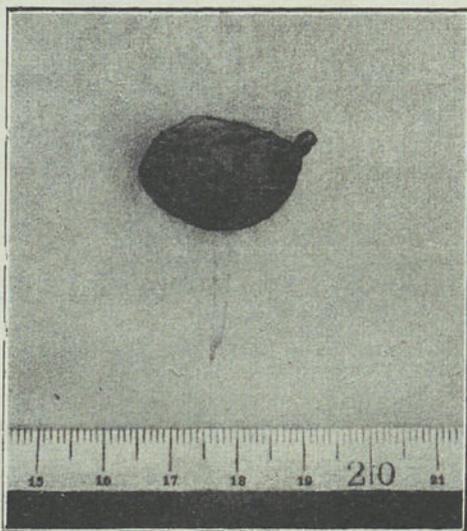


Fig. 15
Obs. IV. — Tumor extraído

quecidos, acabaram por desaparecer. Abdominais fracos. Cremasterianos: normal à direita, não existe à esquerda. Plantares normais, em flexão. Não há sinais da via piramidal

Sensibilidades superficiais e profundas normais.

As radiografias simples (figs. 18 e 19) pareceram-nos mostrar uma fratura lateral da 3.^a vértebra lombar com achatamento do corpo na vértebra mais acentuada à esquerda

Como as dores fôsem muito violentas, fizemos neste doente pela primeira vez uma injeção intra-raquidia de iodeto de sódio dissolvido no líquido céfalo-raquidio extraído. Injectámos meio grama. Durante dois ou três dias o doente julgou-se melhor.

Em virtude do estado se agravar de dia para dia, e como as dores, sempre violentas, a nada cedessem, resolvemos fazer uma laminectomia exploradora à altura da presumida fractura. A intervenção fez-se a 3 de Maio de 1929. Ao chegar à 3.^a vértebra notou-se a existência de uma neoplasia externa que invadia esta vértebra que estava fracturada. As dores eram provocadas pela pressão exercida sobre as raízes pela neoplasia. Esta pressão era mais forte à esquerda, onde se via a maior porção. Dêse lado as dores eram mais violentas.

Encerramento.

Em seguida à intervenção deu-se uma acalmia dolorosa. O tumor continuou a desenvolver-se e, passados dois meses, a morte sobreveio em caquexia. A fig. 20 mostra a neoplasia vertebral.

A fractura da 3.^a vértebra produzida pela segunda queda só foi possível devido à invasão vertebral pelo tumor. Contudo a radiografia não nos permitiu assentar em tal diagnóstico. Quando muito poderia ser suspeitado pela circunstância de se ter produzido uma fractura pelo pequeno choque causado pela queda de um banco e pela redução do corpo da 3.^a vértebra muito visível na radiografia de perfil.

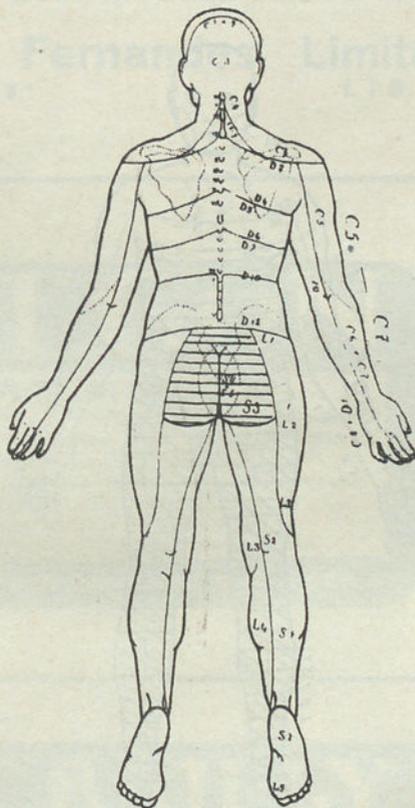


Fig. 16

Obs. IV. - Perturbações da sensibilidade um mês depois da operação

CORDOTOMIA

A cordotomia é destinada a combater as crises dolorosas especialmente dos membros inferiores e do tronco que resistam

aos meios terapêuticos médicos. Os três casos que vamos relatar, os primeiros operados em Portugal, levam-nos a fazer algumas considerações.

Foi Schüller quem, pela primeira vez, emitiu a ideia de praticar secções parciais da medula para curar perturbações espásticas ou melhorar os tabéticos de crises gástricas. Foi, contudo, Spiller quem primeiro propôs o corte do fascículo ântero-lateral da medula para acalmar as dores de origem orgânica. Em 1911 praticou com Martin a primeira cordotomia a que alguns, talvez com mais propriedade, pretendem chamar mielotomia.

Consiste a operação em cortar o fascículo lateral restante da medula onde caminham as fibras da sensibilidade dolorosa e térmica a três ou quatro segmentos acima do nível em que se pretende obter a analgesia. O fascículo lateral restante tem o aspecto de uma vírgula de grossa extremidade posterior. Situado um pouco profundamente no cordão lateral, está separado da periferia pelos fascículos de Gowers e o cerebeloso directo. Atrás fica o fascículo piramidal cruzado cuja posição deve estar bem presente ao cirurgião no

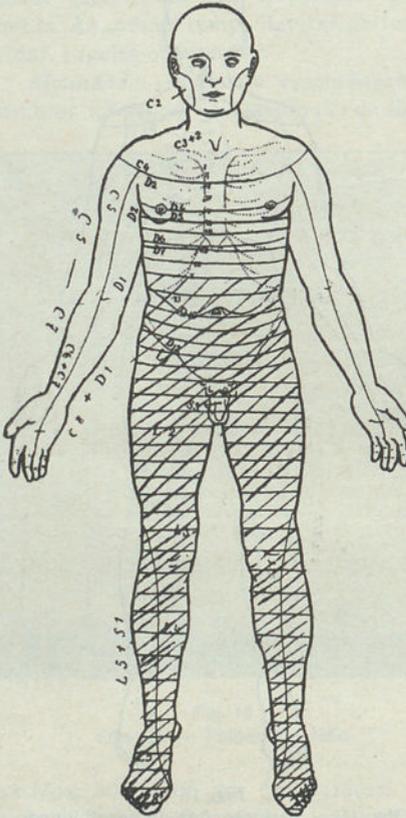


Fig. 17

Obs. V. — Esquema da sensibilidade

momento do corte. Pela parte profunda o fascículo lateral restante continua-se com o fascículo lateral profundo que está em contacto com a substância cinzenta. Também por este lado deve o cirurgião acautelar-se. Para atingir o fascículo lateral restante é necessário fazer na medula uma incisão relativamente pro-

LISBOA MÉDICA

Termómetros Clínicos "Scott Precisão,, de absoluta garantia

Adoptados nos mais prestigiosos SANATORIOS, HOSPITAIS
e à venda em tôdas as farmácias do mundo.

Modelos prismáticos de 11 e 13 centímetros de 1 minuto e de 12 centímetros de 1/2 minuto.

Representantes para Portugal e Colónias:

Pestana, Branco & Fernandes, Limitada

Rua dos Sapateiros, 39, 1.º

LISBOA

YODALGON

COM ARRENAL

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

XAROPE MUITO AGRADAVEL DE TOMAR

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

RECONSTITUINTE DE EFEITO SEGURO NAS CRIANÇAS

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

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

LABORATORIOS HIGIONE DIPUTACION 73 · BARCELONA

FORXOL BAILLY

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

FERRO, MANGANEZ, CALCIUM

em combinação nucleica, hexoso-hexaphosphorica e monomethylarsinica vitaminada

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

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

Laboratorios A BAILLY, 18 et 17 Rue de Rome PARIS 8e)

TERAPEUTICA DA **SIFILIS**

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



DE COMPOSIÇÃO ACTIVA E SEGURA

AMOSTRAS E LITERATURA

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

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

funda. Ela atinge sempre o fascículo de Gowers e a parte anterior do fascículo cerebeloso directo.

Tem-se discutido ultimamente a natureza das fibras que constituem o fascículo de Gowers. Dejerine, apoiado em argumentos clínicos e fisiológicos, admite que as fibras dêste fascículo são destinadas ao cerebello. Para Van Gehuchten, o fascículo de Gowers transmite impressões dolorosas e térmicas. Êste autor considera o fascículo lateral restante formado de fibras de associação.

Sicard e Robineau defendem que tanto as fibras do fascículo de Gowers como as do fascículo lateral restante conduzem a sensibilidade dolorosa e térmica. Os resultados da cordotomia parecem vir em apoio desta maneira de ver.

Para seccionar o fascículo lateral restante é necessário fazer na medula uma incisão limitada adiante pela emergência das raízes anteriores, não devendo atrás ultrapassar o diâmetro transverso da medula, pois, caso contrário, será atingido o fascículo piramidal cruzado. A secção terá, em

geral, 3 milímetros em extensão à periferia e 2,5 milímetros na sua maior profundidade. Não devem exceder-se estas dimensões.

A cordotomia tem sido feita a várias alturas, mas, em geral, é D5 a região preferida. Os pontos de referência são o ligamento dentado da medula e a raiz anterior mais pequena do que a posterior, e que por vezes é necessário seguir desde o orifício duramateriano para a sua origem medular. Não se tendo êste cuidado, pode cair-se em êrro. Pôsto a descoberto o campo, o que se obtém com uma pequena rotação da medula, pratica-se a incisão. Para isso servimo-nos da faca especial de Robineau ou

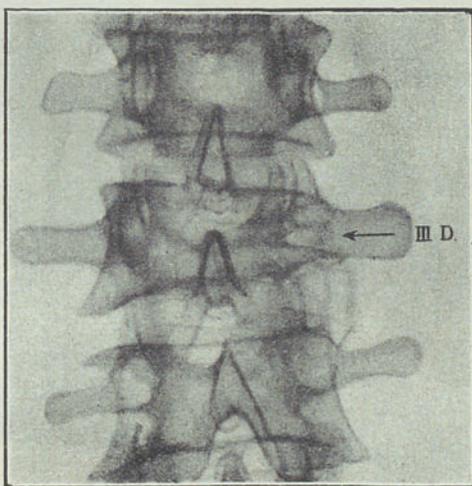


Fig. 18
Obs. VI. — Radiografia ântero posterior
simples da coluna

de um pequeno bisturi bem ponteagudo. Estando bem seguro da região a atingir, preferimos êste. A figura 21 indica o local onde se deve fazer a incisão. Operação delicada pelo ponto a atingir, mas com refências bastante precisas, tem sido largamente executada por alguns cirurgiões, tais como Robineau em França, Frazier, Adson e Horrax na América, para apenas citarmos as estatísticas que temos à mão.

A operação pode fazer-se de um só lado ou de ambos os la-



Fig. 19

Obs. VI. — Radiografia lateral da coluna

dos, consoante, as indicações. Estas podem levar o cirurgião a executá-la acima de D 5.

Postas estas noções, citaremos os nossos casos.

OBSERVAÇÃO VII. — *Metástase carcinomatosa das 3.^a, 4.^a e 5.^a lombares com dores radiculares. Cordotomia. Melhoras.*

L. U. P., de 58 anos, Lisboa.

Anamnese. — Foi operada em 1914 pelo Sr. Dr. Sena Pereira, de uma neoplasia do seio direito.

Doença actual. — Desde Março de 1927 dores na face anterior da coxa direita que aumentavam com a marcha ou qualquer esforço. A zona dolorosa difundiu-se em seguida para a região lombo-sagrada. Fez largo uso da morfina.

Motilidade. — Comprometida pelas dores que a marcha lhe provoca.

Reflexos tendinosos. Só há a notar a abolição do rotuliano direito. Todos os outros normais. Reflexos cutâneos normais. Plantares em flexão.

Sensibilidades normais.

Análises. — Líquido céfalo-raquídio: tensão normal, albumina normal, Pandy negativo, linfocitose, 1,1.

Radiografia simples da coluna. Nada de anormal que permitisse fazer o diagnóstico.

Prova lipiodolada de Sicard. — Uma parte do lipiodol (metade) parou à altura da 3.^a e 4.^a lombar. Uma hora depois, apenas restavam gotas e no dia imediato todo o lipiodol estava no saco sagrado.

A cordotomia foi-lhe feita à altura da 5.^a dorsal de ambos os lados, a 2 cm. de distância, servindo-nos da faca de Robineau. Cura operatória sem complicações.

Resultado: a doente melhorou das dores, mas o seu hábito inveterado pela morfina fez com que a reclamasse de novo, não sabendo nós se carecia dela para minorar as dores que voltou a acusar. Contudo contentava-se com doses muito inferiores. De 30 centigramas, antes da operação, desceu a 10 centigramas após o acto operatório. Esta doente faleceu em caquexia em 26 de Maio de 1929 e à autópsia verificou-se a existência de uma metástase cancerosa de 4.^a e 5.^a lombares.

OBSERVAÇÃO VIII. — *Tabes de forma sensitiva. Cordotomia. Semanas depois, morte por hemorragia cerebral.*

A. A., de 51 anos.

Anamnese e doença actual. — Dores, desde há 12 anos, de tipo tabético, predominando nos membros inferiores e muito especialmente na perna esquerda. Gastralgias fortes, acompanhadas de vômitos. Sensação de constricção em cintura.

Motilidade. — Regular. Marcha sem ataxia.

Reflexos tendinosos: do membro superior normais. Abolidos nos membros inferiores (rotulianos e aquilianos). Os reflexos cutâneos normais.

Sensibilidades superficiais normais. Profundas atingidas.

Passava as noites sem dormir agarrado à perna esquerda onde as dores eram mais violentas.

Órgão dos sentidos normais.

Há Argyll-Robertson.

Análises. — Líquido céfalo-raquídio: albumina normal, Pandy + + + +, nfocitose 1,8.



Fig. 20

Obs. VI. — Neoplasia vertebral

Fez-se a cordotomia em 20 de Novembro de 1928. Como as dores estavam localizadas ao membro inferior esquerdo, fez-se o corte do fascículo lateral restante, à direita, com bisturi.

O doente, em seguida à operação, deixou de sentir dores. Nenhuma perturbação motoras. Tudo parecia indicar que o doente lucraria com a intervenção.

Em 24 de Novembro de 1928 icto apoplético com hemiplegia direita.

Morte em 26.

Autópsia. — Forte hemorragia cerebral á esquerda (fig. 22).

Êste caso perdeu-se para verificação do resultado da cordotomia por não se ter podido seguir na sua evolução. Contudo, os

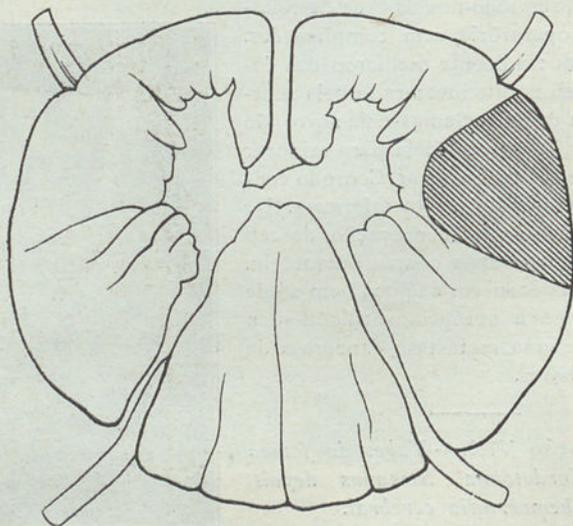


Fig. 21

Figura esquemática da cordotomia

primeiros dias que se seguiram à intervenção davam as melhores esperanças de sucesso.

Da sintomatologia apresentada há a notar a forma sensitiva desta tabes sem haver hiperlinfocitose no líquido, devido, por certo, à longa evolução do mal, que nunca tomou a evolução atáxica.

OBSERVAÇÃO IX. — *Tabes muito dolorosa. Cordotomia. Desaparecimento das dores.*

E. C. M., 63 anos, Lisboa.

Anamnese — Nada hereditário digno de nota.



J. Souza

Togal

ANTINEVRÁLGICO
ANTIPIRÉTICO
ANTIREUMÁTICO

COMPRIMIDOS

DE



Combinação químico-farmacéutica de
Ácido acétil salicílico, de quinino e de lítio
eficaz e completamente inofensivo

ANTIREUMÁTICO
ANTIPIRÉTICO
ANTINEVRÁLGICO

TOGAL

Prescreve-se 2 ou 3 comprimidos de cada vez, duas
a tres vezes ao dia, depois ou ás refeições, com água,
podendo-se fazer uso prolongado do medicamento.

Agentes exclusivos para
Portugal, Ilhas e Colonias

FARMACIA BARRAL

Rua Aurea, 126-128
Telefones: P. B. X.
2.5321 e 2.5322



Escritórios
Rua Aurea, 124-1.º
L I S B O A

Marca Registada

Pedir amostras medicas

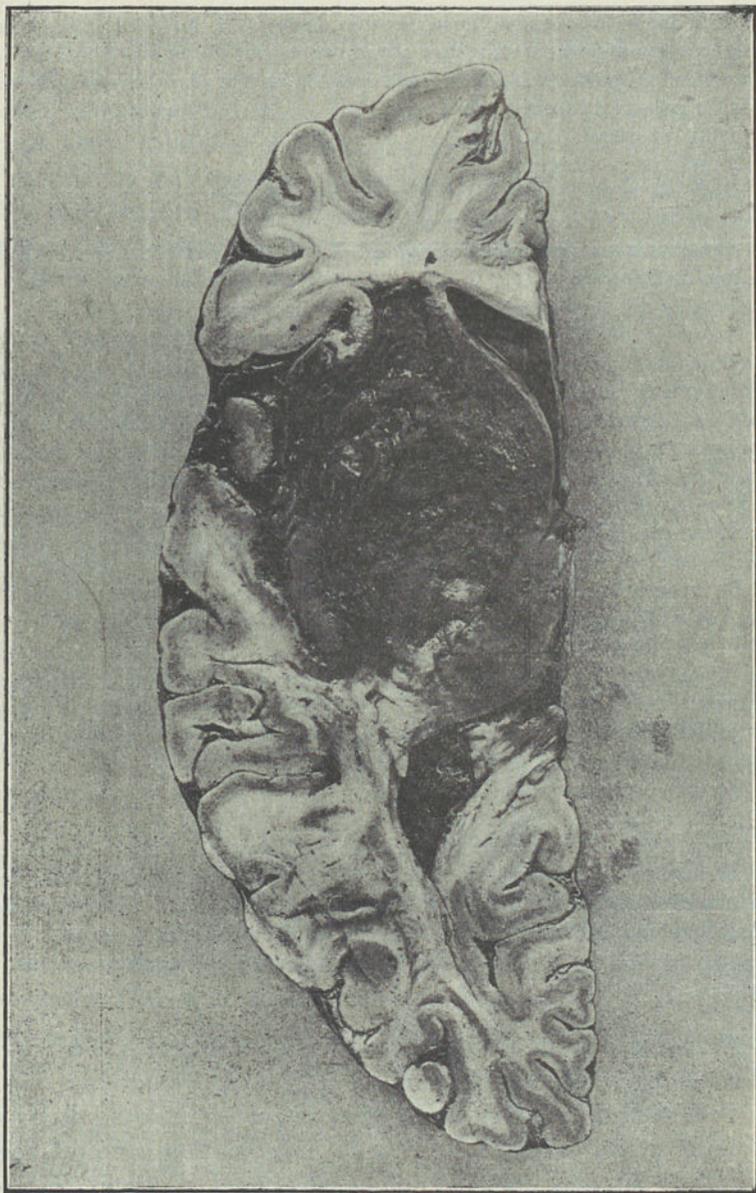


Fig. 22

Obs. VIII. — Hemorragia cerebral à esquerda

Esta doente freqüente o nosso serviço desde 1911. Nessa altura queixava-se de que a sua doença começara 4 anos antes por dores nos membros inferiores. Vinham por crises e eram muito violentas. Às vezes, gastralgias e sensação de constrição em cintura.

Sífilis provável.

Motilidade. — Regular.

Reflexos tendinosos. Radiais e tricipitais não existem. Rotulianos e aqui-
lianos abolidos. Cutâneos normais.

Sensibilidades profundas atingidas. Ataxia do membro superior direito.

Não há Romberg.

Órgãos dos sentidos normais. Há Argyll Robertson.

As crises dolorosas têm continuado a exacerbar-se com a idade. A história clínica de 1911 não sofreu grande alteração para 1929. O pavor em que a doente vive, por causa do suplicio das crises algicas, dá-lhe uma certa excitação. De feito, as dores fulgurantes que a têm acompanhado sempre, e de que temos notas (1917, 1919, etc.) tomaram ultimamente uma tal intensidade que a vida se lhe tornou intolerável. Estavam ultimamente localizadas no membro inferior esquerdo. Passava horas a gritar, apertando a perna com as duas mãos. Fez tratamento pelo 914, sem proveito. Contudo, a tabes desta doente, de forma sensitiva, nunca avançou no sentido de lhe provocar outras perturbações.

No momento em que entrou para o Serviço só havia o recurso da morfina, que nem sempre é inteiramente eficaz, além dos inconvenientes que lhe andam adstritos. Podia-se pensar na malarioterapia, por vezes útil nestas formas sensitivas da tabes; mas o estado anémico da doente e os seus 63 anos afastaram-nos desta orientação. Tinham-lhe feito, sem resultado, uma simpaticotomia perifemural do lado esquerdo, onde as dores eram especialmente violentas, sobretudo à altura do tornozelo.

Restava a cordotomia, que propusemos à doente, pronta a aceitar tudo que pudesse libertá-la das dores.

Operação. — Abertura das 4.^a e 5.^a vértebras dorsais. Corte do fascículo lateral restante da medula do lado direito, à altura da parte superior da 5.^a vértebra. Evolução normal. Os resultados da intervenção foram benéficos. A doente não voltou a ter as suas crises e julga-se curada do seu mal.

Nem neste caso nem nos anteriores houve qualquer perturbação do lado motor.

As indicações da cordotomia têm sido discutidas. Parece-nos útil na tabes de forma fortemente algica, sobretudo de um ou dos dois membros inferiores, especialmente quando as dores são de molde a não deixar descansar os doentes dias e noites seguidos, como sucedia em dois dos nossos casos, e depois de terem sido esgotados os recursos médicos. Em outras perturbações algicas dos tabéticos pode aconselhar-se a cordotomia alta; mas em qualquer caso esta operação só deve ser utilizada nas crises dolorosas gravíssimas que não cedam a outros meios.

A grande indicação da cordotomia está nas crises álgicas dos tumores malignos e, em especial, do cancro, desde que foram esgotados os analgésicos úteis. Ora, neste número não incluímos a morfina nem os seus derivados que alguns autores preferem à cordotomia. A morfinação do doente, obrigando-o a doses crescentes, nem sempre eficazes, vem juntar ao mal existente as conseqüências duma intoxicação grave. Reprovamos essa prática sempre que a cordotomia possa dar os alívios desejados. Esta operação traz muitas vezes aos cancerosos um fim de vida sem dores e, por vezes, um estado eufórico confortante.

Não nos demoraremos a dissertar sôbre os resultados da cordotomia. Na maioria dos casos o resultado é perfeito, mas, por vezes, as dores reaparecem. É o que parece suceder, em geral, nos morfínomanos; mas estamos em crer que é o tóxico a que se habituaram que os força a pedir a droga. Num dos nossos casos foi-lhe diminuída a morfina exigida, dando-se-lhe injeções de sôro fisiológico e sentindo-se a doente igualmente bem.

Nos psicopatas a cordotomia dá, em geral, resultados insignificantes ou nulos.

Outros casos há em que os resultados, duvidosos ou incompletos, são, em geral, a conseqüência dum corte imperfeito do cordão lateral restante da medula.

Os inconvenientes da intervenção derivam das complicações operatórias. Entre estas avultam as perturbações motoras, devidas ao corte embora ligeiro do fascículo piramidal, e as perturbações tróficas que algumas vezes se traduzem em escaras graves. As perturbações tróficas tardias são, em geral, de pouca importância. Um de nós pôde observar num operado de Sicard (tabético) placas atróficas de um dos membros inferiores que o não impossibilitavam de fazer a sua vida de carteiro.

O esfíncter vesical aparece, por vezes, atingido. Ou os doentes permanecem em retenção ou são tomados de incontinência. É, em geral, uma complicação passageira e raras vezes permanente. Estas perturbações aparecem nos casos em que foi tocado, embora ligeiramente, o fascículo piramidal cruzado.

Às vezes nota-se uma obstipação post-operatória, fácil de combater por meio de purgativos.

OPERAÇÃO DE PUUSEPP NA SIRINGOMIELIA

Temos um caso desta operação aconselhada por Puusepp, neurologista-cirurgião estoniano. Foi um caso infeliz que vem juntar-se a outros últimamente descritos.

Robineau operou, pela primeira vez em França (1926), um doente siringomiélico, de Sicard, Hagueneau et Mayer, que obteve resultado. Sicard fez injectar na cavidade siringomiélica um pouco de lipiodol. O doente não teve complicações e melhorou de alguns sintomas da sua doença.

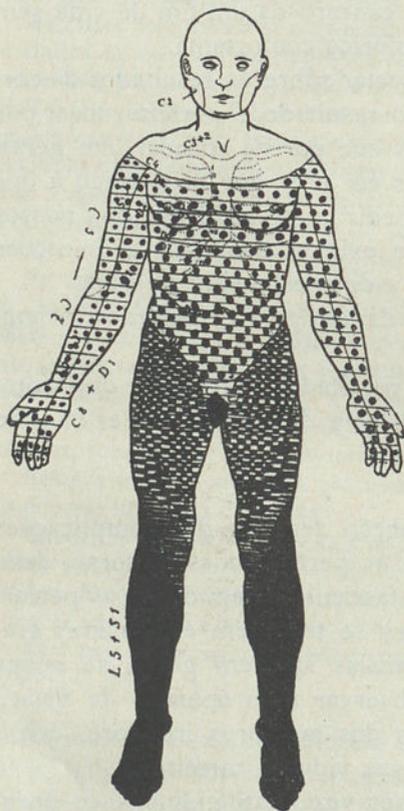


Fig. 23

Obs. X. — Esquema da sensibilidade dolorosa

Atrofia nitida dos músculos flexores dorsais do pé direito. Equinismo. À esquerda esta atrofia é menos marcada do que à direita.

Atrofia dos músculos das mãos que apresentam uma força muito reduzida.

Sensibilidades. — Analgesia e termoanestesia do tipo siringomiélico. Neste

OBSERVAÇÃO X. — T. A. M., de 41 anos.

Há 4 anos começou a sentir fraqueza nos membros inferiores e falta de potência. Notou o doente que a sensibilidade à dor estava diminuída nos membros inferiores. A doença foi progredindo lentamente. A fraqueza passou-lhe aos braços. Formigueiros e câimbras nos quatro membros.

Últimamente não sentia nos pés o contacto das meias.

Mobilidade. — Marcha difícil com pés pendentes. Tem principalmente dificuldade em mover a perna direita.

Reflexos tendinosos. Rotulianos: fraco à esquerda, muito fraco à direita. Aquilianos abolidos. Radiais em esbôço. Dos tricipitais só se obtém o esquerdo. Abdominais: só existe o superior esquerdo, muito fraco. Cremasterianos apenas esboçados. Os plantares não respondem.

caso as perturbações analgésicas e termoanestésicas não se correspondem, como pode ver-se nas figs. 23 e 24.

A operação foi realizada em 1 de Fevereiro. Corte das apófises da 7.^a cervical e 1.^a e 2.^a vértebras dorsais. Laminectomia. Abertura da dura. Medula dilatada. Punção e extracção de uma pequena quantidade de líquido. Abertura da medula pelo rafe posterior. Caiu-se na cavidade siringomiélica. Uma abertura de 1 centímetro fez a comunicação da cavidade intramedular com a raquídia. Encerramento da dura e tecidos.

O doente esteve regularmente na primeira semana, mas houve retenção de urinas desde início. Cura operatória.

Passado algum tempo, infecção urinária, em grande parte da responsabilidade da enfermagem, e, mais tarde, formação de escaras. Morte mês e meio depois da operação em septicémia.

O mau resultado dêste caso não nos levou a condenar em absoluto a operação de Puussepp, que em suas mãos e nas de outros cirurgiões contam alguns sucessos; somente deve ser reservada para casos extremos em que as perturbações tróficas tomem um lugar importante na sintomatologia siringomiélica. É uma operação grave pelas complicações que podem surgir e que, por isso, não deve aconselhar-se senão em hipóteses muito especiais.

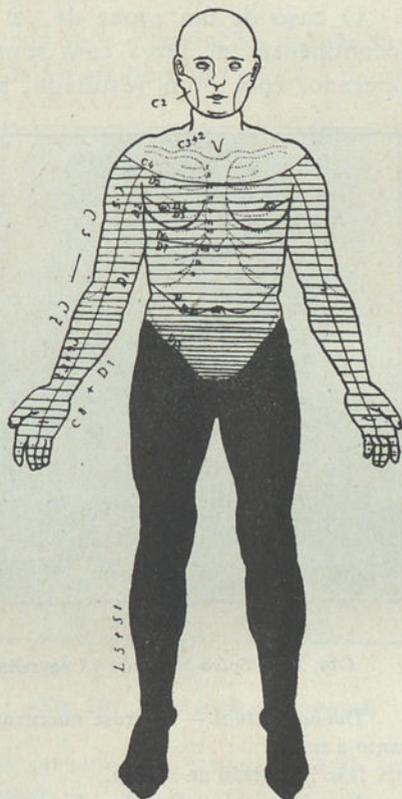


Fig. 24

Obs. X. — Esquema da sensibilidade térmica

«SPINA BÍFIDA» OCULTA

Para completarmos êste já longo artigo, faremos uma referência sucinta a dois casos operados de *spina bifida* oculta e que merecem ser relatados. Não se trata de cirurgia medular prò-

priamente dita, mas de intervenções raquídias de técnica idêntica e em que são necessários os mesmos cuidados. Foi em 1926 que um de nós chamou a atenção, pela primeira vez em Portugal, para as perturbações esfínterianas e a *spina bifida* oculta (1).

O caso de um rapaz de 12 anos que apresentava enurese e incontidência de fezes com *spina bifida oculta* foi, nessa época, operado, com bom resultado, pelo Sr. Prof. Francisco Gentil, tendo sido extirpada uma brida que comprimia as raízes sagradas.

A êste caso podemos agora juntar mais dois em que os resultados foram igualmente favoráveis. São, segundo cremos, os três casos até agora operados no nosso país

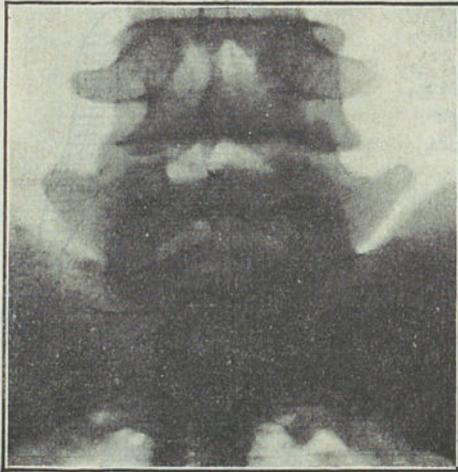


Fig. 25

Obs. XI. — *Spina bifida* da 1.^a sagrada

(OBSERVAÇÃO XI. — *Spina bifida oculta* num rapaz de 15 anos com enurese nocturna. Operação. Cura.

A. P. C., de 15 anos.

Anamnese.—Negativa.

Doença actual. — Enurese nocturna. Chega a urinar duas e três vezes durante a noite.

Não há prisão de ventre.

Estado geral. — Regular. Nada do aparelho gènito-urinário. Os outros órgãos e aparelhos normais.

Mentalidade. — Normal.

Moultidade e reflexos. — Normais.

Sensibilidades superficiais e profundas normais.

Radiografia da região sagrada: *Spina bifida* á altura da 1.^a sagrada (fig. 25).

Operação. — Incisão para descobrir o canal sagrado A apófise espinhosa correspondente á segunda vértebra sagrada está substituída por uma lâmina fibrosa. Após a ressecção observa-se a existência dum pequeno nódulo de

(1) Egas Moniz. — Perturbações esfínterianas e *spina bifida oculta*. Lisboa Médica, 1926.

aspecto gorduroso. Abertura do canal a altura das 1.^a, 2.^a e 3.^a vértebras sagradas. Na parte correspondente a esta última vê-se um anel branco, fibroso, fazendo corpo com o saco dural terminal. Incisão da dura-máter e do anel fibroso que era bastante duro. Encerramento.

Êste doente, na primeira semana após a operação, urinou duas ou três vezes na cama. Em seguida foi melhorando pouco a pouco. Durante dois meses, em que foi seguido, teve apenas 3 ou 4 enureses nocturnas.

OBSERVAÇÃO XII. — *Enurese nocturna e falta de ejaculação num rapaz de 19 anos.*

P. F., 19 anos, estudante.

Aspecto excelente. Nada digno de nota do lado hereditário.

Êste rapaz veio consultar um de nós por não poder executar completamente o acto sexual. Tinha erecção, mas falhava a ejaculação quando praticava o coito.

Enurese nocturna. Raras vezes deixava o doente de urinar na cama e muitas noites mais de uma vez. Mas não foi isso que o determinou a consultar-nos. Diz-nos mesmo que quasi se habituara a esta incômoda perturbação vesical.

A deficiência sexual, ao contrário, preocupava-o o mais possível, trazendo-o seriamente aprensivo e desgostoso.

Exame médico e neurológico negativos.

A palpação da região lombo-sagrada deixou-nos suspeita duma deiscência óssea. Feita uma radiografia da região, confirmou-se a existência de uma *spina bifida* oculta a altura da 1.^a e 2.^a vértebras sagradas (fig. 26).

Operação. — Abertura do canal correspondente às 1.^a e 2.^a sagradas. Os arcos posteriores destas vértebras estavam substituídos por uma lâmina fibrosa que comprimia o saco dural e as raízes sagradas. Estas foram cuidadosamente evitadas na excisão. Encerramento. Cura sem incidentes. Nos 3.^o e 4.^o dias enurese. Na semana seguinte à operação ainda duas vezes urinou na cama. Em seguida, uma ou outra vez, enurese nocturna. As melhoras progrediram ininterruptamente.

Faradização píreneal subsequente e injecções de estricnina, tratamento que antes fizera sem resultado algum. A princípio passava quinze dias e mais sem enurese. Depois só apareciam de mês a mês.



Fig. 26

Obs. XII — *Spina bifida* da 1.^a sagrada

Insistindo nós em que praticasse com regularidade o acto sexual, começou a ter ejaculação, primeiro raras vezes, em seguida amiudadamente. Hoje pode considerar-se curado dos dois males.

Estes resultados do tratamento cirúrgico da *spina bifida* não são constantes em todos os casos. Por vezes brilhantes, nem sempre se manifestam desta maneira. Em alguns operados os resultados têm mesmo sido nulos. Tudo deve depender da maneira como se distribuem as lâminas e bridas fibrosas que substituem as formações ósseas que não chegaram a têrmo.

Também em alguns casos se encontram *spinas bifidas* ocultas sem perturbações algumas. Temos observado alguns dêsses casos. Em dois dêles as aberturas, a altura da 5.^a lombar e primeira sagrada, eram muito maiores do que as observadas nos casos que vimos de relatar.

A intervenção operatória não pode trazer inconvenientes ao doente desde que as raízes sejam cuidadosamente respeitadas, evitando tracções de qualquer espécie. Por isso a aconselhamos, quando outros tratamentos mais simples não tenham dado resultado.

*

* *

Para terminar, algumas notas sôbre as intervenções operatórias na cirurgia medular.

A técnica destas intervenções está feita e por forma a permitir que esta cirurgia, em outros tempos de resultados mais que lamentáveis, possa hoje ser empreendida em seguras condições de êxito. Embora nos nossos casos tivéssemos seguido a linha geral de conduta hoje assente, queremos focar alguns pontos da nossa técnica, por êles diferirem do que usualmente se faz.

Temos primeiro a posição do doente. Vulgarmente é o doente operado em decúbito ventral. Os inconvenientes de tal posição são, porém, patentes pela acumulação de sangue e líquido céfalo-raquídeo na escavação que resulta da laminectomia. Por isso *de Martel* recomenda, e assim o vimos fazer, a posição sentada que obvia àqueles inconvenientes. Essa posição, porém, acarreta outras desvantagens inerentes a todas as operações muito demo-

radas executadas em posições incômodas. O doente aborrece-se e estabelece-se um certo estado de *shock* emotivo que aquela posição favorece, podendo levar a situações delicadas. É por isso que, nos nossos doentes, empregamos, sistematicamente, a posição em decúbito lateral esquerdo, que, tendo as vantagens da

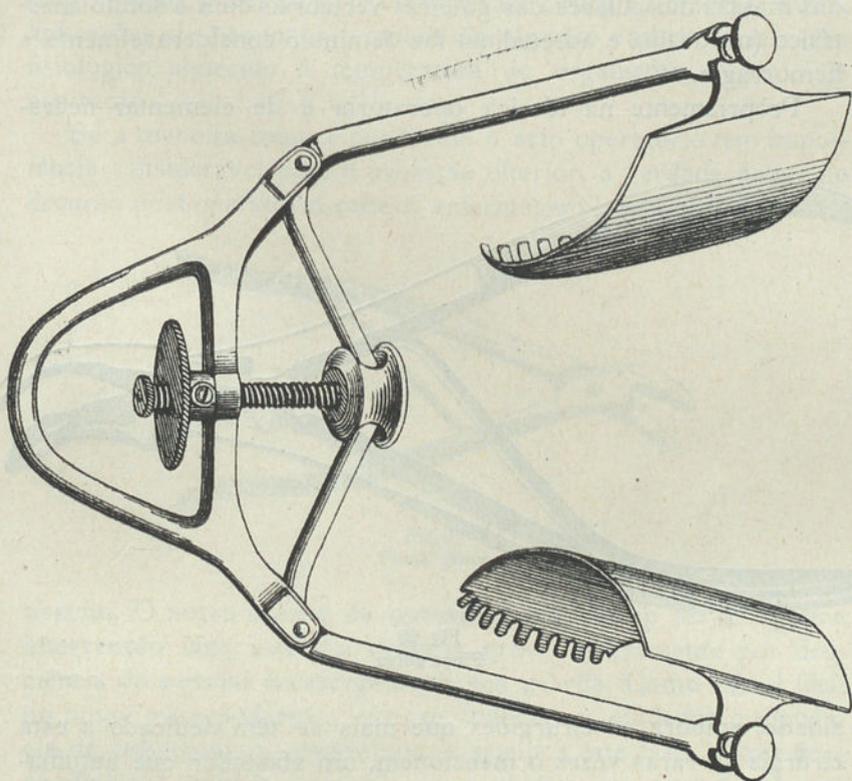


Fig. 27
Afastador mecânico

posição sentada, não apresenta os seus inconvenientes, facilitando ainda o emprêgo da anestesia geral se fôr necessária.

Quanto à anestesia, empregamos também sistematicamente a analgesia local, que todavia, no tempo intra-raquídeo, nem sempre é suficiente, mas que nós então fazemos completar com uma ligeira anestesia geral por meio de clorofórmio e éter (1 para 3). As vantagens de tal maneira de proceder são patentes.

Em primeiro lugar, há sempre vantagem em suprimir ou, pelo menos, reduzir ao mínimo a anestesia geral em operações prolongadas; em segundo lugar permite operar casos em que o estado geral é precário, como, por exemplo, a doente da observação IV, possuidora duma cardiopatia avançada e que doutra forma não poderia ser operada; em terceiro lugar, a infiltração das massas musculares das goteiras vertebrais com o soluto anestésico (novocaina e adrenalina) faz diminuir consideravelmente a hemorragia.

Pròpriamente na técnica operatória é de elementar neces-

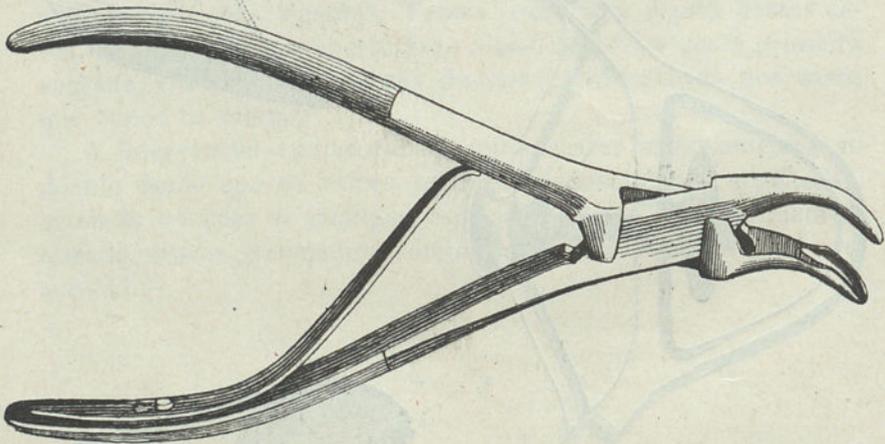


Fig. 28
Pinça goíva

sidade, embora os cirurgiões que mais se têm dedicado a esta cirurgia só raras vezes o mencionem, um afastador que automaticamente contenha as paredes da escavação cirúrgica. Fazer uso normalmente de afastadores vulgares representa, pela duração da operação, a necessidade dum esforço formidável.

António Martins resolveu o problema realizando uma adaptação do afastador abdominal de Gosset. Nós, para êsse efeito, fizemos executar o afastador representado na figura 27, que nos tem dado inteira satisfação.

Para atacar o plano ósseo não carecemos de material complicado. As apófises espinhosas são seccionadas na base com uma das pinças conhecidas para êsse fim e as lâminas removidas com

facilidade e rapidez com as pinças representadas nas figuras 28 e 29 que, aliás, são de emprêgo corrente em toda a nossa cirurgia do sistema nervoso.

Não vamos aqui repetir os lugares comuns, tornados banalidades, que dizem respeito aos cuidados com que é preciso manipular a medula. Apenas diremos que para fazer a hemóstase empregamos a técnica hoje corrente na cirurgia cerebral, isto é, aplicações de pequenos tampões de algodão embebido em sôro fisiológico aquecido à temperatura do organismo, seguido de aspiração.

Se a maneira como é conduzido o acto operatório tem importância considerável para a evolução ulterior, a verdade é que no decurso post-operatório cabe à enfermagem um papel importan-

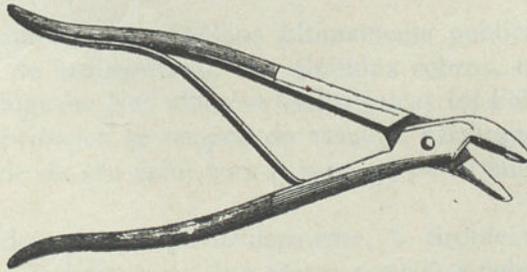


Fig. 29
Pinça goiva

tíssimo. O nosso doente da operação de Puusepp fez a seguir à intervenção uma infecção urinária grave exactamente por deficiência do pessoal encarregado da sua guarda. Como não é fácil no nosso meio podermos sempre confiar nos cuidados e vigilância da enfermagem, resolvemos, a seguir a êste caso, deixar ficar os doentes, após a operação, com algália permanente. Assim evitamos as possíveis retenções e só temos tido que nos louvar por esta prática.

O prognóstico da cirurgia medular tem melhorado consideravelmente nos últimos anos. Para prova basta citar estes números que traduzem a prática de *de Martel* durante 18 anos: os primeiros 20 casos de tumores medulares operados — 1.^a série — deram 45 0/0 de mortalidade. Na última série: também de 20 casos, só teve 5 0/0 de mortes.

Os números valem por todos os comentários. Por isso podemos dizer à laia de conclusão: a cirurgia medular está hoje regada por normas bem definidas, e de tal sorte que aqueles que a empreendam podem previamente assegurar um prognóstico favorável. O mesmo não podemos dizer da cirurgia cerebral, mas os aperfeiçoamentos que esta tem experimentado nos últimos anos autoriza-nos a esperar que em breve a possamos olhar da mesma forma.

Serviço da 2.ª Clínica Médica
(Prof. Pulido Valente)

A VELOCIDADE DE SEDIMENTAÇÃO GLOBULAR E AS AFECÇÕES DO CORPO TIROIDEU

POR

MÁRIO ROSA e DIOGO FURTADO

São inúmeros os trabalhos ultimamente publicados sobre a velocidade de sedimentação dos glóbulos rubros, nos vários estados patológicos. Nas afecções endocrínicas foi Fähræus quem, em 1920, primeiro se ocupou do assunto, verificando também a variabilidade do seu valor com o sexo, a puberdade e a menopausa.

Referindo-se, mais particularmente, à tiroideia são alguns também os trabalhos de que temos notícia, e neles revelam os seus autores uma notável unanimidade de vistas. Assim Vasaturo, de 11 casos de doentes tiroideus que estudou, conclui que a hiperfunção daquela glândula aumenta a velocidade de sedimentação, sucedendo o contrário com a hipofunção.

O japonês Uyeno estudou 28 casos, dos quais 19 com hipertiroidismo, encontrando em 8 considerável aceleração da sedimentação, em 6 pequeno aumento, em 3 normalidade e apenas em 2 valores superiores ao normal. Nos restantes 9 casos, em que se tratava de bócios simples, a velocidade de sedimentação encontrava-se dentro dos limites normais, tendo após a ingestão de tiroidina sofrido considerável aumento. Relaciona este autor o aumento da velocidade de sedimentação com a riqueza do soro em globulinas e com a baixa do valor da hemoglobina e do número dos eritrócitos.

O trabalho mais recente e mais concludente que conhecemos é, porém, o de Tchernosatskaya, de Moscovo, que, apoiado em numerosas tiroidectomias executadas em coelhos, cães e carnei-

ros, e no exame de 50 doentes, dos quais 42 com hipertiroidismo e 8 com hipotiroidismo, conclui que, sempre que haja hiperfunção tiroideia, a velocidade de sedimentação está aumentada, sucedendo o inverso na hipofunção. O aumento da velocidade de sedimentação seria tanto maior, quanto maior fôsse a quantidade da hormona tiroideia existente no sangue, servindo-nos assim a medição dessa velocidade como um importante indício para o estabelecimento do prognóstico dos hipertiroidismos.

Afirma mais êsse autor que a administração de tiroidina aumenta, como verificou o autor nipónico, a velocidade de sedimentação dos eritrócitos, sucedendo precisamente o inverso com a administração de iodo, naqueles casos em que êle está indicado.

O número avultado de doentes da tiroideia que observámos e seguimos no Laboratório de Metabolismo da 2.^a Clínica Médica da Faculdade levou-nos a pensar em procurar uma confirmação pessoal dos trabalhos a que nos vimos referindo.

E assim temos medido a velocidade de sedimentação globular, desde há algum tempo para cá, nos doentes hospitalares em que o M. B. apresenta alterações, ou em que, mesmo com M. B. dentro dos valores normais, exista doença do corpo tiroideu.

O aparelho que empregámos nestas medições foi o de Westergren, geralmente empregado.

Numa seringa de 2 c. c. graduada em décimos aspiramos até a divisão 4 um soluto de citrato de sódio a 3,6 gr. 0/0, acabando de encher depois até 2 c. c. com sangue extraído directamente da veia do doente. Esvaziamos depois a seringa para um pequeno tubo com rôlha de borracha que agitamos em seguida, levemente.

Dahi é o sangue aspirado para uma pipeta de 1 c. c. graduada em 100 partes que é deixada depois em repouso, tapada nas duas extremidades e na posição vertical, num suporte já para isso destinado. O nível da sedimentação é lido uma, duas, e vinte e quatro horas depois.

Chamando *a* ao primeiro valor, *b* ao segundo e *c* ao terceiro, V. S. é dada pela seguinte fórmula:

$$V. S. = \frac{c}{a + \frac{b}{2}}$$

O número obtido será, por consequência, tanto mais baixo quanto mais rápida fôr a sedimentação. Os valores normais são entre 3 e 8 para as mulheres e 2 e 6 para os homens.

Os resultados das nossas medições acham-se expressos no quadro junto:

VELOCIDADE DE SEDIMENTAÇÃO EM DOENTES DA TIROIDEIA

Nomes	Indicações	Metabolismo basal	Velocidade de sedimentação	Diagnósticos
M. J.	Cama 12 M2B	+ 53 0/0	5	Bócio tóxico
	2. ^a determinação	+ 28 0/0	7	
E. M. B.	Cama 27 M2B	+ 27 0/0	4	
	2. ^a determinação	+ 9 0/0	6	
M. P.	Cama 32 M2B	+ 21 0/0	3	Hipertiroidismo
D. G. C.	C. E.	- 27 0/0	10	Mixedema
	2. ^a determinação	0 0/0	2	
A. B. S.	Cama 34 M2B	+ 42 0/0	3	Hipertiroidismo
	2. ^a determinação	+ 24 0/0	5	
I. H.	Cama 33 M2B	+ 25 0/0	6	"
	2. ^a determinação	+ 13 0/0	8	
C. N.	Cama 39 M1B	+ 41 0/0	3	Bócio tóxico
M. C. M.	Cama 40 M1B	- 2 0/0	6	Bócio simples
M. E.	Cama 40 M2B	+ 35 0/0	3	Bócio tóxico
M. M.	Cama 29 M2B	+ 38 0/0	2	Adenoma tóxico (?) Acromegalia
B. C.	Cama 26 M2B	- 4 0/0	9	Bócio simples
M. M.	Cama 6 M2B	- 10 0/0	5	Adenoma simples
M. F.	Cama 41 M2B	+ 47 0/0	6	Bócio tóxico
	2. ^a determinação		4	
V.	Cama 28 M2B	- 21 0/0	3	Bócio simples
M. F.	Cama 3 M2B	- 20 0/0	16	Infantilismo mixedematoso

Como se vê, as nossas observações não são absolutamente concordes com as dos autores que no princípio citámos.

Muitos dos doentes inscritos no nosso quadro, sofrendo de graves hipertiroidismos, têm contudo velocidades de sedimentação cujos valores estão no limite máximo do normal. É o que sucede com as observações 1, 10 e 18. As restantes observações

de hipertiroidismo estão incluídas dentro dos valores normais, algumas no seu limite mínimo, exceptuada apenas uma, a 15, em que esse valor desce abaixo do normal.

Concordam, porém, as nossas observações com as dos autores citados, em dois pontos:

1) Na existência de valores altos da velocidade de sedimentação (correspondendo, portanto, a deminuta velocidade) nos casos de metabolismo baixo, sobretudo nos mixedemas;

2) E na acção da terapêutica quando eficaz, sobre a velocidade de sedimentação, tanto nos casos de hipo como de hipertiroidismo, que é fácil de verificar nos vários casos do nosso quadro, em que se encontram medições feitas antes e após o tratamento.

O mecanismo desta acção parece-nos difícil de elucidar. Discordamos em absoluto da opinião de Uyeno: nos casos que com esse intuito seguimos, o aumento do valor da velocidade de sedimentação não foi acompanhado de aumento do valor da hemoglobina ou do número de glóbulos rubros. Igualmente nos casos de mixedema a deminuição do valor da velocidade de sedimentação não foi acompanhada de queda daqueles valores.

Concluindo:

1) A secreção tiroideia tem incontestavelmente acção sobre a velocidade de sedimentação dos eritrócitos, que é mais rápida nos casos de hipermetabolismo que nos contrários.

2) Esta acção não é tão constante nem tão acentuada que nos pareça permitir basear sobre ela, como pretendem outros autores, o prognóstico dos doentes da tiroideia.

BIBLIOGRAFIA

FAHRAENS. — *Ber. Physiol.* Págs. 2-178. 1920.

VASATURO. — *Fol. Med.* (Nápoli). Nr. 7. 1295.

E. P. TCHERNOSATONSKAYA. — *Vortr. Gehalten in der Moskaner Endokrinologen-Versammlung.* 18 Oktober. 1928.

— *Klinische Wochenschrift.* Berlim. N.º 17. 1929.

Nota — Depois de escrito este artigo, tivemos ensejo de ler uma comunicação apresentada ao Congresso de Medicina da língua francesa (Bruxelas, Novembro de 1930), cujas conclusões muito se aproximam das nossas.

A PATOGENIA DA ECLAMPSIA

(Teorias de Magalhães e de Weichard)

POR

MANUEL VICENTE MOREIRA

Assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa

(Continuação do número anterior)

A doutrina anafilática da eclampsia é considerada uma modalidade da doutrina ovular, fundando-se nos argumentos em que se baseiam outras formas desta. Deve apoiar-se, além dêsses, em outras razões ou factos? Vê-lo hemos no exame crítico que vamos fazer às suas bases.

1.º fundamento: introdução do agente anafilatizante.

a) Foi em 1902 que Weichard explicou, a primeira vez, a génese da eclampsia pela anafilaxia. Partiu das ideas de Schmorl, em cujo instituto trabalhou, isto é, admitiu que a causa da eclampsia estava nas células placentares encontradas por Schmorl nos pulmões de eclâmplicas autopsiadas e também nas investigações de Veit. Introduziu uma porção de placenta humana em sôro fisiológico; filtrou uns 10 c. c. e injectou-os no tecido subcutâneo dum coelho. No terceiro dia o animal apresentou acessos convulsivos tónicos e clónicos, sucumbindo nesse dia, revelando a autópsia necroses hepáticas (hemorrágicas e anémicas). Há aqui várias objecções a opor.

Em primeiro lugar é possível Schmorl ter encontrado as embolias sincitiais em eclâmplicas, mas elas já foram também verificadas nos pulmões de grávidas não eclâmplicas. Em segundo lugar as investigações foram efectuadas com produtos de espécies diferentes (mulher e coelho) enquanto que na eclampsia os soros fetal e materno são evidentemente da mesma espécie.

b) Rosenau e Anderson, em 1906, verificaram ser anafilatizante (anafilaxia passiva) o extracto placentar, mas a crítica anterior invalida o seu valor. Obtiveram-se os mesmos resultados com sôro de eclâmpticas e com os filtrados placentares (de eclâmpticas, de uma placenta gemelar e o de uma grande placenta sifilítica.)

c) A observação de Bar, anteriormente descrita, pode, à face da teoria anafilática, ser explicada pela introdução do antigénio (albuminóide da placenta) na circulação materna, o que está de acôrdo com o que se produz, quando se executa a punção de um quisto hidático, cuja natureza anafilática é conhecida.

d) Para Liepmann e Schultz o número de acessos diminui na eclampsia em razão directa da toxicidade placentar.

e) Algumas epilêpticas não manifestam durante a prenhez crise de epilepsia, que anteriormente se produziam, o que Lumière relacionava com a resistência das cobaias grávidas ao choque anafilático (que nós próprios verificámos em investigações em cobaias) atribuindo êstes factos à alteração profunda determinada pela gestação.

?Estas considerações de Lumière refutam a hipótese anafilática da eclampsia? É duvidoso, porque dizem respeito à anafilaxia provocada por agentes diferentes daqueles a que se atribui a eclampsia. ¿Êste síndrome será gerado provavelmente por um agente proveniente do ôvo? Nas observações de 1906 de Lockeman e Thies verificou-se sensibilidade mais acentuada nos animais em estado de gravidez que nos animais fora dêsse estado quando a ambos se injectou sôro fetal.

*

* *

2.º fundamento: clínica.

a) A eclampsia é mais frequentemente observada nos últimos meses da gravidez do que no seu início, o que leva a pensar na necessidade do período de sensibilização. Nos 14 casos pessoais sobreveio o síndrome: em oito, no têrmo (casos I, II, III, VI, IX, X, XII, XIV); em um, dos 8 e meio aos 9 meses (caso VIII); em um, dos 8 aos 8 e meio meses (caso IV); em dois, aos 8 meses (casos V, XIII); em um, dos 7 e meio aos 8 meses (caso VII); em um, aos 7 mezes (caso XI).

Confirma-se, por consequência, o que acima dissemos e, de resto, é bem conhecido: nunca se manifestou eclampsia antes da gestação atingir 7 meses e, em 80% dos casos, a prenhez era de termo.

b) Alguns AA. apresentam como argumento favorável à hipótese anafilática da eclampsia o reaparecimento das crises em muitas gravidezes. Só em uma das 14 mulheres estudadas (caso V) a paciente havia tido eclampsia, segundo declaração sua. Houve, mesmo nesta, diferença a registrar:

Na 1.^a puerperalidade, os acessos produziram-se *post-partum*, ao passo que na segunda foram intercorrentes à gestação. Mesmo admitindo como verídica a declaração da doente, vê-se que o caso é esporádico.

Pelo contrário, o que verificamos é que as primíparas são muito mais atingidas pela eclampsia do que as múltiparas. Em 11, em que foi conhecida a paridade, só 2 não eram primigestas; uma era II gesta e outra III gesta (esta sem eclampsia nas anteriores prenhez).

Afigura-se-nos, porém, que estes factos não invalidam a concepção anafilática, pois as mulheres que tiveram eclampsia numa gestação e sobreviveram, criaram, possivelmente, um estado anti-anafilático, o que explica a raridade de observações dêste síndrome em antigas eclâmpticas.

c) É freqüente, mas não constante, o desaparecimento dos acidentes coincidir com a morte do feto, como se a paragem da circulação placentar suprimisse a passagem do floculado.

d) A eclampsia é mais freqüente nas estações húmidas e frias; é isto descrito em todos os tratados e nos nossos casos tivemos ensejo de o verificar, não só notando os dias em que as doentes acusavam aqueles accidentes, mas ainda pela anamnese que evidenciava, quasi sempre, habitações em locais húmidos. Por outro lado, sabe-se que a hemoglobina paroxística é uma manifestação de choque também provocada pelo frio, bastando as doentes introduzirem as mãos em água fria para se desencadarem os acessos.

e) Fenander e também Hofbauer opunham à teoria anafilática da eclampsia a hipertermia, que nesta se produz, ao passo que a hipotermia é sintoma típico dos choques.

Simplesmente restava provar, para valorizar o argumento, que a hipertermia é constantemente manifesta, até mesmo no

momento dos sintomas prodrômicos da eclampsia e que não existe, nos choques anafiláticos, hipotermia seguida duma fase reaccional inversa.

Nada disso os AA. consideraram; ora, sabe-se (possuímos um exemplar: caso I e outros tiveram temperaturas baixas: casos II e VI) que a eclampsia, até mesmo durante os acessos e o cõma, pode não ser acompanhada de hipertermia muito acentuada, e quantas vezes esta será causada por uma infecção associada, visto que nós observamos pirexia em mulheres que quasi sempre têm a bolsa de águas rôta há muito e que são provenientes de meios em que a assépsia é deficiente.

De resto, no tratado de Bordet (1), lê-se a propósito do choque anafilático: «L'abaissement de la température peut être très considérable si la mort ne survient que lentement. Lorsque la dose d'albuminoïde déchainant est très faible et que les troubles sont légers, on constate, au contraire, de la fièvre».

O Sr. Prof. N. Bettencourt considera importante saber que os fenómenos de anafilaxia alimentar se acompanham, às vezes, de elevação térmica. Há mais ainda: a febre, a própria febre pode ser proteínica, pode ser uma manifestação anafilática, tradução dum conflito de albuminas. Com effeito, Bezançon e Weil, já citados no início d'este artigo, tal admitem porque injectando, em organismos saudáveis, colóides estranhos, determinaram hipertermia. Vaughan defende a mesma hipótese. ¿Pelo que se refere à eclampsia, os colóides estranhos serão de origem fetal?

f) O choque anafilático completo revela-se por convulsões seguidas de paralisias. Na eclampsia produzem se também convulsões e o cõma corresponde possivelmente à fase paralítica do choque experimental.

g) As perturbações vaso-motoras foram descritas para a anafilaxia; ora, na eclampsia, nota-se habitualmente cianose durante os acessos, índice equivalente de perturbações vasculares.

h) A incontinência urinária e a emissão de matérias fecais produz-se nas duas ordens de paroxismos.

i) A dispnea, tão acusada no choque anafilático, não é rara na eclampsia.

(1) Pág. 511.

Optarson

(combinação de arsenio
e estrichnina)

o Roborante

para injeções subcutaneas

Absolutamente nada
irritante. Aumenta a
percentagem de hemo-
globina e o numero de
eritrocitos. Fortifica ra-

pidamete todo o
organismo

EMBALAGEM ORIGINAL: 12 ampollas de 1cc.

» *Bayer - Meister Lucius* «

SECCÃO FARMACEUTICA SCIENTÍFICA

L. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen — ALEMANHA

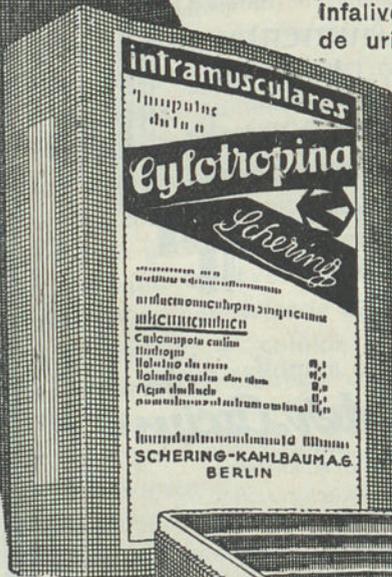


Cytotropina

Schering

Combinação de Urotropina com salicilato de sodio e de cafeina.

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



**EMBALAGENS
ORIGINAIS:**
Para injec. **in-
travenosas:** caixas
com 5 amp. de 5 c. c.
Para injec. **intramuscula-
res:** caixas com 5 amp. de 5 c.c.

64013703

Amostras e literatura estão á disposição dos Sres. Médicos
Schering Limitada, Rua Vitor Cordon N.º 7 = 3.º Lisboa.

j) A subitaneidade das crises eclâmpicas, em mulheres que não apresentem sinais de insuficiência renal anteriormente aos acessos, tem sido revelada.

Efectivamente, as pesquisas da albumina nas eclâmpicas deram estes resultados:

Caso I: aos oito meses.....	não tem albumina
aos nove meses (9 dias antes do parto)	» » »
sete horas anteriores aos acessos....	2,5 grs. de albumina
no momento dos sintomas prodrômicos	não tem albumina
no momento do parto, acessos e cômã	8 grs. de »
no 32.º dia post-parto	não tem »
no 63.º dia post-parto	» » »
Caso II: parto, acessos e cômã.....	2 grs. de »
no 5.º dia post-parto	menos 0,5 grs. de alb.
Caso III: 9,30 h. post-parto, aces. e cômã	tem albumina
no 4.º dia post-parto.....	não tem albumina
no 19.º dia post-parto	vestígios de albumina
no 280.º dia post-parto.....	não tem albumina
Caso IV: no parto, sub-cômã	tem muita albumina
no 2.º dia parto, sub-cômã.....	3 grs. de »
no 13.º dia post-parto	vestígios de albumina
no 63.º dia post-parto	não tem albumina
Caso V: aos oito meses, 11 h. post-acesso	tem albumina
aos 9 meses	não tem albumina
no 10.º dia post-parto (47 post-acesso)	» » »
Caso VI: no 2.º dia post-parto, sub-cômã	tem albumina
no 3.º dia sub-cômã.....	não tem albumina
Caso VII: 4,40 h. post-parto, cômã....	2,5 grs. de albumina
no 1.º dia post-parto, cômã.....	1,5 » » »
no 2.º dia post-parto	não tem albumina
no 7.º dia post-parto	» » »
no 80.º dia post-parto	» » »
Caso VIII: aos 9 meses, sub-cômã	2 grs. de »
no parto lúcida.....	2 » » »
no 9.º dia post-parto	não tem albumina
Caso IX: 4 h. post-parto, aces. e cômã ..	0,50 grs. de albumina
Caso XIII: 30 minutos post-parto....	tem muita albumina
Caso XIV: 2,15 h. post-parto aces. e cômã	12 grs. de »

Notámos, pois, que, durante os acessos e o côma, e ainda nos primeiros momentos depois do ataque, se observa albumina. Mas anteriormente aos acessos? No caso I, no exame do 8.º mês, não só não houve albumina nem cilindros como não se produziu poliúria (urinou 1.300 c. c. em 24 horas), nem a densidade esteve inferior à normal (acusou 1.015 a 15º), quer dizer: não havia sinais de nefrite parenquimatosa ou intersticial. No 9.º mês (9 dias antes dos acessos e parto) igualmente não houve sinais de nefrite epitelial ou intersticial: 1.800 c. c., densidade 1018, tensão normal.

Na urina recolhida nas 7 horas anteriores ao parto e acessos havia albumina. ¿Será admissível que, em 9 dias, possa desenvolver-se um estado tão grave motivado apenas por lesões renais que estavam inalteradas há tão pouco tempo? Não nos parece, tanto mais que aquele facto casa-se muito bem com esta afirmação descrita nas lições interessantes de Bumm (1): o aparecimento e desaparecimento da eclampsia com toda a sua espectacular sintomatologia, mesmo a mais grave, pode produzir-se em 48 horas. Estados que apresentem paralelismo com êste só conhecemos os de choque.

Todavia, não se infira do exposto que não reconhecemos aos rins um papel secundário na patogenia eclâmptica. É que, em seguida ao aparecimento dos acessos e do côma eclâmpticos, e durante estes estados, manifestou-se albuminúria em todas as examinadas, quer grávidas, quer estivessem em trabalho de parto, quer fôsem puérperas.

*

* *

3.º fundamento: coloidoclásia.

Fenander e Hofbauer procuraram estabelecer diferenças entre a eclampsia que produz hipercoagulabilidade sanguínea, hipertensão vascular e hiperleucocitose, e anafilaxia que tem os caracteres inversos, para negar a opinião de Schmorl, Lubersch, Veit, Rosenau y Anderson, Lockemann, que atribuem a eclampsia a uma manifestação anafilática,

(1) Pág. 688.

Da comparação dos sintomas hemáticos e vasculares — que em princípio é aceitável — nos seus dados discordamos no seguinte :

A anafilaxia não apresenta sempre hipocoagulação, mas, muitas vezes, o que se nota é uma hipercoagulação ou, por outras palavras, o que há sempre é uma alteração, para mais ou para menos, na coagulação.

Além disso os caracteres em hipo existem na anafilaxia, mas de uma maneira passageira e a elles segue-se a modificação reaccional inversa; portanto, as observações só têm valor quando se conseguem, como para a epilepsia, para a asma ou para a hemoglobinúria paroxística (1), encontrar a eclâmptica nos momentos dos sinais prodrómicos e se tiver feito a análise anteriormente a esses sinais e depois na ocasião dos acessos.

A dificuldade de encontrar a paciente nesse momento, em que é possível a crise manifestar-se, é considerável não só por ser fugaz mas também porque o conhecimento dos antecedentes vasculo-sanguíneos destes accidentes é raro, em vista de serem esporádicos os casos que se manifestam nas internadas em enfermarias, as quais são submetidas à terapêutica de que Tarnier foi um apaixonado apologista (dieta láctea durante 8 dias) e, portanto, difficilmente atingem os acessos convulsivos.

As eclâmpticas que, em geral, são estudadas nos serviços de obstetrícia, já têm tido acessos convulsivos ou cõma, o que sobejamente explica a ausência de tentativas no sentido de investigar a crise no momento fugaz, mas precioso, dos symptoma prodrómicos.

O exemplar mais estudado, com este fito, cremos ser o nosso caso I e mesmo esse é incompleto.

¿ Que se infere dos casos estudados na nossa tese ? (2)

Sucintamente exporemos num quadro para que as conclusões se extraiam facilmente.

Estudámos isoladamente os leucócitos, a coagulação, o índice refractométrico e a tensão, durante cõma, os acessos convulsivos e fora destes estados em jejum.

(1) Ver trabalho do Dr. Cancela de Abreu.

(2) Nessa dissertação documentámos mais minuciosamente este assunto. As mulheres examinadas são aí descritas com o número de ordem das enfermarias de Santa Bárbara, Santa Joana e do Banço do Hospital de S. José.

TENSÃO, LEUCÓCITOS, COAGULAÇÃO E ÍNDICE REFRACTOMÉTRICO DURANTE OS ACESSOS
E O COMA ECLAMPTICOS E FORA DESTES ESTADOS EM JEJUM

A) MULHERES ANORMAIS: a) cujo estado patológico é dependente da gestação.

Casos	Gestação	Gravid. Parto, Post-parto	Estado	Temper.	Tensão (Pachon)	Leucócitos	Coagula- ção	Índice refractom.
I. — Eclampsia e gravi- dez gemelar	I	8.º m. G.	Côma, após 3 acessos 4.º acesso 5.º acesso	37º,2 36º,8	13-8 3/4 15-10 19-10 20,5-10,5 21-11	5 400 5/ 7 200 6/ 9. 600 4' 30'' 14 200 3' 30'' 14 600	5/ 6/ 4' 30'' 3' 30''	1,3475 1,3480 1,3460 1,3475 1,3475
		32º puerperal						
		63º post-parto						
		2,30 h., post-parto						
		8,30 h., post-parto						
II. — Eclampsia.....	I	27 h., post-parto	Côma, após 6 aces. Torpor	37º 37º	15,5-8 15,5-8 3/4 16-8,5 10 3/4-8	19 000 5/ 17. 000 6/ 13. 500 7/ 8. 600 6' 30'' 14. 300 8'	5/ 6/ 7/ 30''	1,3485 1,3 1950 1,34850 1,35000 1,35100
		5.º d., post-parto						
		33,35 h., post-parto						
		5.º d., post-parto						
III. — Eclampsia.....	I	19.º d., post-parto	Torpor, após 3 aces.	37º,4 37º 37º 37º	15 1/4-10 1/4 13 1/4-9 1/4 10-7 13,5-7	13. 500 7/ 8. 600 6' 30'' 14. 300 8'	7/ 30'' 8'	1,34850 1,35000 1,35100
		280.º d., post-parto						
		Parto						
		2 h., post-parto						
		24,30 h., post-parto						
IV. — Eclampsia.....	I	33,30 h., post-parto	Côma, após 2 aces. Sub-côma Sub-côma Sub-côma	37º,3 39º,8 37º,8 37º,7	18,5-9 12-8,5 12,5-8 12,5-6 11,5-7,5 12-7,5	16. 600 2' 30'' 26. 600 3'	2' 30'' 3'	1,34675
		46,30 h., post-parto						
		73,30 h., post-parto						
			Fala, agitada					

V.—Eclam. (ac. interc.)	II	97,30 h., post-parto 13.º d., post-parto 63.º d., post-parto	Consciente, agitada	36°,2 36°,8	12,5-8 11 3/4-8 12-8	23 800 4' 30"// 6.600 9'	1,35125 1,35200
VI.—Eclampsia	I	8 m. G. 10.º d., post-parto	Cons., 2 ac. há 10 h. Acesso há 47 dias	37º 37º	11,5-8,5 11-8,5	16.400 4' 10.400	1,35825 1,35175
VII.—Eclampsia	I	24,30 h., post-parto 44,30 h., post-parto	Cons. após 11 acs.	37°,4 37º	21-6 19-6	27.200 18 700	1,34600 1,34650
VIII.—Ecl. (cõma inte.)	I	Entre parto e dequita. Idem 4,10 h., após dequita. 4,25 h., idem 4,34 h., idem 23 h., idem 47,40 h., idem 5.º d., post-parto 7.º d., post-parto 80.º d., post-parto	8.º acesso 9.º acesso Cõma, após 13 ac. 15.º acesso Cõma, após 15 acs. Cõma, após 21 acs. Consc., 22 acessos	37°,2 37°,4	23-9,5 Incomensurável 21-10 15-9 12-7 13-8 11-8 11,5-7,5	12.000 13.100 2' 30"// 12 000 3' 8 500 2' 30"// 7.600 4'	1,34950 1,34600 1,34600 1,34825
IX.—Eclampsia	I	9.º m. G. vesp. parto 9.º m. G. Parto 9.º d., post-parto	Cõma Consciente	37º 38º,3 37º	13,5-7,5 13,5-6,5 15-8 11-7	10 300 5' 12.000 18 300 3'	1,35050 1,34800 1,35000
X.—Eclampsia	?	4,33 h., post-parto 4,45 h., post-parto 4,55 h., post-parto 5 h., post-parto 21,45 h., post-parto 23,15 h., post-parto 11 h., post-parto	Cõma Cõma Cõma Cõma Cõma Cõma Cõma	39º 39º 39º 39º 37º,9 38º,2 38º,6	21-7 15-7 14-6,5 12-6,5 20-10	24.600 3' 13.300 2'	1,34900

Casos	Gestação	Gravid. Parto, Post-parto	Estado	Temper.	Tensão (Pachon)	Leucocitos	Coagulação	Índice refractom.
XIII. — Eclampsia	?	Parto	Acesso	38°	14,5-9		4'	1,34775
		Parto	Côma	38°		12.400		1,34775
		5 h., post-parto	Acesso	38°,8	16,5-8			
XIV. — Eclampsia.	III	0,40 h., post-parto	Côma, após 11 aces.	38°,2	14,5-9,5	23.600		1,34775
		0,45 h., post-parto	12.º acesso	38°,2	18,5-9,5			
		1,15 h., post-parto	Côma, após 12 aces.	38°,2	14,5-9 1/4			
		2,45 h., post-parto	Côma, após 14 aces.	38°	14,5-8	20.200	4'	1,34850
		8 h., post-parto	Côma	38°	14,5-8			
		10,5 h., post-parto	Côma	14-9				
		14,45 h., post-parto	Côma	18-9,5				
		48 h., post-parto	Fala, inconsciente	37°,4	18-10			
		3.º d., post-parto		37°,5	21-9,5			
		4.º d., post-parto		38°	17-9			
XV. — Hidrâmnios	I	6.º d., post-parto		38°	13,5-9			
		7.º d., post-parto		38°	12,5-9,5			
		9.º d., post-parto		37°,5	13-10			
		10.º d., post-parto		37°,5	11-8			
		7.º m. G.		37°	12 1/4-7 1/4	10.000	4'	1,34900
		8.º m. G.		37°	11,5-6 3/4	13.700	8' 30"	1,35000
		17.º d., post-parto		36°	12-8	13.300	4'	1,35000
XVI. — Peq. toxemia.	I	75.º d., post-parto		36°,8	13-8	11.800	5'	1,35150
		8.º m. G.		36°,4	12-7	10.000	4'	
		10.º d., post-parto		36°,4	13-8	5.400	3'	
XVII. — Peq. toxemia.				36°,8	12-7,5	8.800	3' 30"	

XVIII. — Peq. toxemia	I	8.º m. G. 17.º d., post-parto 6.º d., post-parto	36,8 37º 37º	12-9,5 11,5-8 11 1/4-7 1/4	7.600 4/ 10.000 3' 30" 5.800 3' 30"	1,34930 1,35125 1,34930	
XIX. — Peq. toxemia...	I	9.º m. G. 21.º d., post-parto	37º 37º	11 1/4-8	9.600 2' 30" 10.600 3' 30"	1,35000 1,35375	
XX. — Peq. toxemia..	I	9.º m. G. 12.º d., post-parto	37º 37º	13-8,5 13-8 3/4	10.400 3/ 6.400 4'	1,35125 1,35050	
XXI. — Peq. toxemia..	VII	9.º m. G. 13.º d., post-parto 335.º d., post-parto	36º,9 36º,8 36º,9	12-8 10-7,5 11-7	7.600 3/ 9.200 2' 30" 5 400 5'	1,35100	
<i>b) mulheres cujo estado patológico é independente da gestação</i>							
XXII. — Colecistite cal- cul.	II	9.º m. G. 113.º d., post-parto	36º 36º,6	12-0 12,5-9	7 400 3/ 6 000 3' 30"	1,35100	
XXIII. — Ictericia	I	8.º m. G.		15-8,5	11.400 7'	1,35100	
XX V. — Traumat. hep.	I	6.º m. G. 10.º d., post-parto	36º 36º	11-8 12-8	11 000 2' 30" 10.000 5'	1,35125 1,35100	
XXV. — Cardiaca . . .	VII	9.º m. G.	36º,4	14-9	7.000 3' 30"		
XXVI. — Cardiaca . . .	X	9.º m. G. 10.º d., post-parto	36º,9 36º,8	11-7,5 11-7,5	9 000 3/ 7.000 3' 30"		
XXVII. — Tuberculosa	VII	9.º m. G. 9.º d., post-parto 82.º d., post-parto	37º 37º 37º	11-8,5 11-8 11 1/4-8 1/4	8.400 3/ 11.400 3' 30" 9.400 8'	1,34900 1,35375 1,35175	

Casos	Gestação	Gravid. Parto, Post-parto	Estado	Temper.	Tensão (Pachot)	Leucócitos	Congula- ção	Índice refracção.
XXVIII — Sífilis prim.	I	8.º m. G. 12.º d., post-parto 289.º d., post-parto		36,9 37º 37º	11,5-9 10 1/4-7 3/4 12-7	17.600 23.800 11.400	3/ 30// 2/ 30// 3/ 30//	1,35475 1,35100 1,35000
XXIX — Sífilis antiga...	I	8.º m. G. 9.º m. G. 11.º d., post-parto		36,8 36,8 37,5	12-9 11 1/4-8 1/4 11 1/4-8 3/4	6.000 10.800 11.600	3/ 30// 4/ 30// 4/	1,35075 1,35000 1,35175
XXX — Elefantíase....	I	9.º m. G. 11.º d., post-parto		36,7 36,6	12-9,5 10 3/4-7 1/4	6.800 5.000	3/ 4/	1,35425
XXXI — Gifose lombar	II	9.º m. G. 39.º d., post-parto		36,9 36,4	12-7 3/4	10.800 6.800	3/ 30//	1,35200 1,35225
XXXII — Raquítica....	IV	7.º m. G. 8.º m. G. 11.º d., post-parto 90.º d., post-parto		36,8 36,8 37º 37º	12,5-9 12,5-9 14-9,5 13-10	8.800 7.200 6.600 5.700	3/ 3/ 30// 3/ 7/	1,35175 1,34875 1,35000 1,35025
B) MULHERES APARENTEMENTE HÍGIDAS								
XXXIII	I	8.º m. G. 9.º m. G. 11.º d., post-parto		36,5 36,5 36,4	11,5-7,5 12-8 12-8 1/4	5.100 8.700 11.000	4/ 4/ 4/ 30//	1,34925 1,34950 1,35025
XXXIV	I	9.º m. G.		36,5	12-8	7.800	4/	1,35025

Mitigal

Em afecções cutaneas de etiologia obscura, em várias formas de eczema, no intertrigo na dishidrose, está perfeitamente indicado o emprego do

Mitigal

bem como nas dermatoses pruriginosas parasitarias. O **Mitigal** já pertence ao arsenal permanente da dermatologia moderna.

Embalagens originais de 75 e 150 gr.



»Bayer - Meister Lucius«

Secção Farmacéutica Científica

I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT
LEVERKUSEN (Alemanha)

REPRESENTANTE-DEPOSITÁRIO

AUGUSTO S. NATIVIDADE — Rua dos Douradores, 150, 3.º — LISBOA

LISBOA MÉDICA

AMPOLA COOLIDGE GAIFFE-GALLOT ET PILON

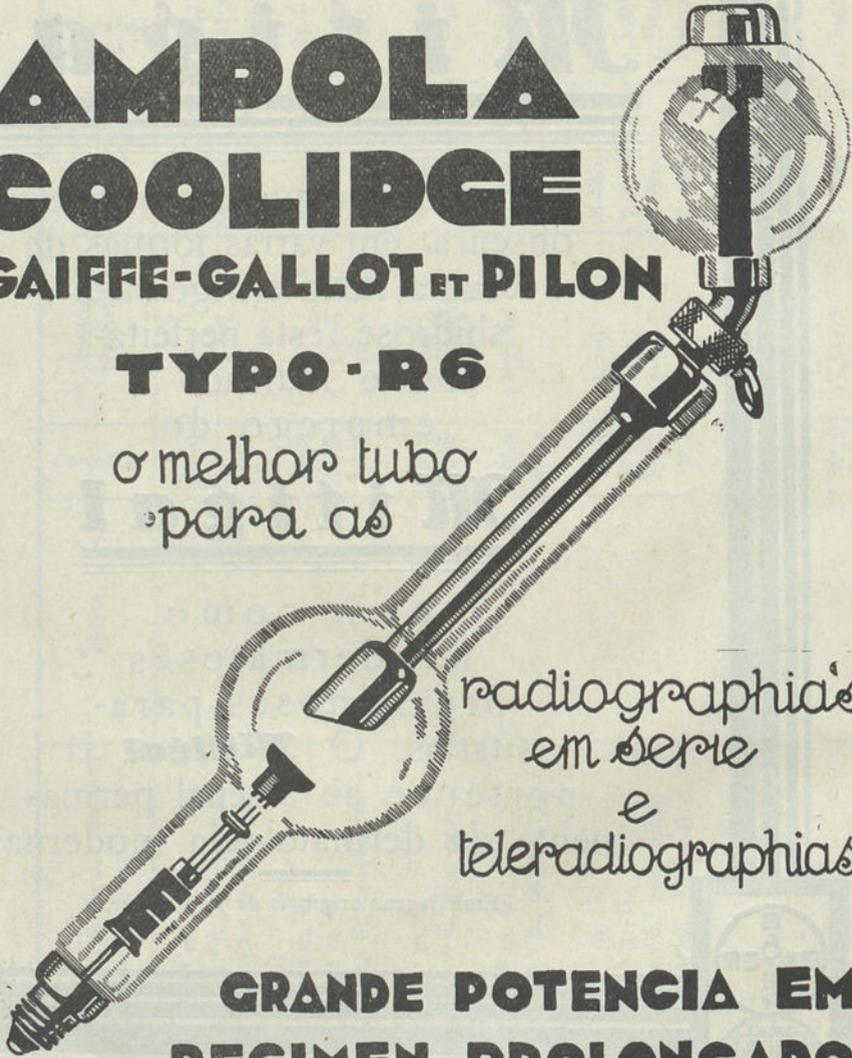
TYP0 - R6

*o melhor tubo
para as*

*radiographias
em serie
e
teleradiographias*

**GRANDE POTENCIA EM
REGIMEN PROLONGADO**

REPRESENTANTES: LISBOA
SOCIEDADE IBERICA DE CONSTRUÇÕES ELECTRICAS
PRACA LUIZ DE GANÓES, 36-2º - T.1722



XXXV	I	8.º m. G. 11.º d., post-parto	36º,5 36º,4	13-9 12,5-9	10.000 4' 7 200 4' 30''	1,44125 1,38125
XXXVI	I	9.º m. G. 11.º d., post-parto	36º,6 36º,4	12,5-8,5	9 000 3' 3' 30''	1,35200 1,35650
XXXVII	II	9.º m. G. 11.º d., post-parto	36º,9 37º	11,5-8 3/4 12-8 1/4	8 800 4' 30'' 6.800 5'	1,35000 1,34950
	III	9.º m. G. 10.º d., post-parto	37º 36º,8	11,5-7 11,5-8	13 600 5' 30'' 11.000 9'	1,34950 1,35075

As técnicas empregadas para obter estes resultados foram detalhadamente descritas no nosso trabalho de 1925: *Contribuições para os estudos da anafilaxia na puerperalidade*.

Omitimo-las agora para não alongar demasiadamente este artigo.

Sem generalizações intempestivas vamos deduzir as conclusões que estes casos encerram, bastando-nos não só no quadro precedente mas também nas considerações que publicamos em várias notas da *Société de Biologie* no decurso do ano de 1926.

Lançando uma visão de conjunto sobre os factos precedentes referentes aos quatro elementos estudados, com o fim de avaliar a crise hemoclásica durante os acessos e o cômá, nota-se que se manifestou:

- 1.º — Leucocitose;
- 2.º — Hipertensão arterial;
- 3.º — Estes sintomas, durante o cômá do período correspondente (parto ou post-parto) são mais atenuados que no decurso dos acessos convulsivos, mas mais elevados que normalmente, ou que nos outros estados patológicos examinados;
- 4.º — Quanto à coagulação, ora aumentou, ora se produziu no tempo normal;
- 5.º — O índice refractométrico diminuiu durante o cômá e os acessos convulsivos de eclampsia;
- 6.º — Aqueles factos (leucócitos e hipertensão) não excluem a existência de uma crise anterior, devendo ser, nesta hipótese, reacionais e leucocitose e a hipertensão.

O comportamento do índice refractométrico do sôro sanguíneo observado durante os acessos convulsivos e o cômá nota-se nos choques anafiláticos experimentais durante os acessos, e em anafilaxia humana costuma preceder as suas manifestações; mas não será mais duradouro na eclampsia? Em resumo, a crise hemoclásica não foi provada nem invalidada nem o será enquanto não houver alguém que a pesquise durante os pródromos dêste estado. Até lá, sem desprezar outros exames e observações, continuamos na «doença da hipótese».

Um argumento referente ao sangue, que depõe em favor da doutrina anafilática da eclampsia, é o diminuto número da plaquetas, que é possível estarem acumuladas nos capilares viscerais, como no choque anafilático ou peptónico (1).

Assim se explicaria a raridade dos sindromas purpúricos na eclampsia, coexistindo com a ausência relativa de plaquetas. Não deteremos a nossa atenção neste pormenor porque não fizemos exames nesse sentido.

(1) *Presse Méd.* Pág. 786. 1923.

*

* *

4.º fundamento: *cutis-reacção anafilática.*

Por este processo não foi ainda, que nós sabemos, estudada directamente a doutrina anafilática da eclampsia, quer entre nós, quer no estrangeiro.

Porém, se nada se fez para a eclampsia, algumas tentativas se esboçaram para o diagnóstico da prenhez.

Já as destacámos sob o nome de reacção de Engelhorn e Wintz, nas laudas anteriores deste capítulo.

*

* *

5.º fundamento: *anafilaxia passiva.*

Exporemos por ordem cronológica as contraditórias experiências sobre este assunto.

Os húngaros Gozany e Wiesinger publicaram em 1909 (1) os resultados da repetição das experiências que anteriormente mencionámos de Rosenau e Anderson.

«O sôro de duas mulheres eclâmplicas foi injectado a cobaios e, 48 horas mais tarde, estes animais foram submetidos a uma injeccção de líquido amniótico normal, o qual determinou fenómenos anafiláticos mortais, enquanto que o líquido amniótico não tem acção sobre cobaios testemunhas.

Daqui se infere que o sôro das mulheres eclâmplicas contém substâncias anafilizantes contra os albuminóides do líquido amniótico».

Vem deste facto admitir-se relação patogénica com a eclampsia puerperal, embora as experiências devam repetir-se, como muito bem opina Richet.

No *Dicionário de Fisiologia* de este A. (2) lê-se o seguinte, que não é aqui fora de propósito mencionar:

(1) Orvosi hotilap, citado por Charles Richet. *L'Anaphylaxie*. Pág. 82.

(2) Pág. 939.

«Um cobaio tendo recebido, numa injeção subcutânea, fraca porção de ptomaína de sangue eclâmpico, foi atacado de arrepios alguns minutos depois; enovelou-se, custou-lhe a mastigar, deu alguns gritos e defecou. Passada meia hora, parecia refeito, mas decorridos 50 minutos sobrevieram novos arrepios. O animal foi encontrado morto 4 dias depois».

Em sentido oposto as experiências anteriores, apresentam-se estas (1):

«Perseguendo il concetto modernamente espresso da qualche studioso che la sindrome eclampsica potesse considerarse quale un anafilattico, tanto nelle cavie alcune esperienza dalle quali viene dimostrato che non può ritenersi loscoppio della sintomatologia eclampsica legato a processi anafilattici provenienti dalla penetrazione placentari, fetali e del liquido amniotico.

«Infatti l'A (?) non riuscì a sensibilizzare le cavie ne con estratto placentare ne con siero fetale o latte dello stesso animale.

«Non riuscì neppure a sensibilizzare passivamente le cavie con siero di eclampsiche per liquido amniotico o estrato di placenta umana».

Reforçando a opinião de Belandi, que acabamos de transcrever, escreve Pelissier (2):

«Les recherches biologiques de l'auteur Esch infirment les conclusions de Sauerbruch et de Heyde pour qui l'injection de sérum foetal ou d'extrait placentaire amènerait le travail.

«On ne peut mettre en évidence une hypersensibilité spéciale de la femme enceinte vis-à-vis du sérum du fœtus».

Fenander declarou em 1912 (3) que sensibilizou uma série de cobaios, injectando-lhes subcutâneamente extracto placentar, sôro fetal ou leite de outro cobaio.

Ao cabo de 25 a 35 dias, os animais sensibilizados receberam outra injeção intraperitoneal, intracardiaca ou intravenosa de uma das substâncias empregadas anteriormente e, a-pesar-disso, o A. não verificou um único acidente anafilático.

Repetiu as experiências injectando a um cobaio sôro de uma

(1) Resumo de Belandi na *Patológica* de 1910.

(2) *Journal de Physiologie et de Path. Gener.* 1912. Pág. 420.

(3) *Revue de Clinique Obst. et Gynec.* Venezuela, 1912. Pág. 96.

eclâmptica, tendo previamente neutralizado a sua acção tóxica aquecendo de 55° e 58°; um ou dois dias depois repetiu a injeção, sendo o resultado também negativo.

Novas experiências: sôro de eclâmptica primeiro e extracto de placenta humana depois; resultado negativo.

Em 1913, Guggisberg concluiu das suas experiências que a intoxicação eclâmptica devia excluir-se do tipo anafilático.

Não julgamos descabidas as seguintes curiosas observações porque a eclampsia e a uremia (1) têm sido confundidas (2).

Kolmer em 1914 pensou que o estado anafilático podia determinar o parto depois de ter ligado duas ratas em parabióse, das quais só uma estava grávida, e notar que, quando esta paria, a outra apresentava ataques convulsivos de forma urémica e, por vezes, a morte.

Foi isto que lhe sugeriu a idea dos partos serem determinados por uma anafilatoxina derivada da reacção do organismo sobre as toxinas do feto.

Esta hipótese foi, porém, rejeitada ou, pelo menos, não foi confirmada pelas experiências de Kolmer na mulher e no cobaio, em quem injectava, por via intravenosa: sangue de outra mulher, sangue da placenta, sangue do feto, sangue do recém-nascido e extracto placentar.

Herelle e Grey, em 1915, verificaram que os cobaios sensibilizados com extracto placentar exempto de sangue não reagem *vis-à-vis* do sôro de sangue de homem, mas morrem depois de uma crise anafilática típica, em seguida a uma injeção intravenosa de sôro sanguíneo de mulher, quer esta esteja grávida, quer virgem, quer de mulher anteriormente grávida.

Isto levou os AA. a admitir a existência no sangue de mulher, durante toda a sua existência, de albuminóides especiais idênticos aos que constituem o tecido placentar.

No mesmo sentido depõem ainda as experiências de Broufenbrenner (3) cuja concepção geral da anafilaxia descrevemos na

(1) Contribuímos com mais factos contra esta opinião. Com efeito, no caso VII não houve excesso de ureia no sangue dessa eclâmptica.

(2) *Journal of Medical Research*. Tôm. xxix.

(3) Resumo no *Bull. I. Pasteur*. 1916. Págs. 316-318.

nossa tese de doutoramento É agora a oportunidade de estudar a indicação que o A. extraiu para a eclampsia. Segundo êle, «o sôro da grávida, colocado em contacto com o tecido placentar, pode adquirir propriedades tóxicas para a espécie homóloga e reproduzir nesta espécie os principais sintomas do choque anafilático.

«A introdução na circulação da cobaia grávida de proteínas solúveis da placenta provoca acidentes análogos.

«O mecanismo que preside à formação dêstes produtos tóxicos é condicionado por uma auto-digestão (autólise) do sôro, com libertação de produtos de degradação, e esta auto-digestão pode ser função dos enzimas proteolíticos não específicos, normalmente contidos no sangue de qualquer espécie animal.

«O desenvolvimento do ôvo acompanha-se progressivamente da penetração no sangue de células e produtos embrionários cada vez mais heterogêneos, que são susceptíveis de provocar uma digestão parentral no organismo da mãe, comportando-se como antigénio, e dando, portanto (acrescenta o A.) nascença a anticorpos específicos, os quais se combinam com os antigénios correspondentes.

«A combinação antigénio-anticorpo, que então se realiza, modifica o equilíbrio químico normal do sangue, devido às propriedades adsorventes do complexo antigénio-anticorpo, de forma que a sero-tripsina encontra-se em liberdade, podendo digerir não só o antigénio em circulação mas o próprio sôro.

«Ora os produtos de uma tal digestão do sôro são extremamente tóxicos, e nos animais grávidos podem provocar náuseas, vômitos, depressão geral, até aos acidentes agudos da anafilaxia, as convulsões eclâmpticas, por pouco que estes venenos ultrapassem o grau da tolerância individual.

«Normalmente tal intoxicação pode ser impedida por dois processos independentes: por um lado hiperprodução de anti-tripsina, susceptível de suster a auto-digestão sérica, neutralizando os fermentos proteolíticos; por outro lado, a eliminação dos venenos através do fígado e dos rins normais.

«Sendo defeituosos êstes processos de defesa, surgem as perturbações que anunciam a eclampsia.

«Em conformidade com o exposto, Broufenbrenner fez a mensuração do índice antitriptico, em alguns casos de eclampsia,

tendo verificado o abaixamento dêsse índice emquanto que aumentava enormemente depois de o parto haver sido provocado.

«Para mais, nas doenças de convulsões intermitentes a curva do índice antitriptico mostrou que o seu nivel é mais baixo quando reaparecem as convulsões. Opostamente, nas gestações normais há elevação da taxa antitriptica do sangue, além da que é habitual fora dêste estado».

Não pesquisamos nem conhecemos outras indagações do índice antitriptico do sôro das eclâmpticas além das mencionadas. Existem todavia pesquisas nesse sentido realizadas por Bar e Ecalle, em 1919, no sôro de 38 mulheres grávidas, tendo encontrado constantemente aumentado o seu poder antitriptico nos últimos meses da gestação, o que, segundo os AA., concorda com as experiências doutros investigadores. Para êles, o facto tem a significação duma reacção de defesa do organismo contra um excesso de fermentos tripticos ou proteolíticos.

Em 1924, Levy-Solal e Tzanck provocaram a anafilaxia passiva em animais com injeções de sôro de eclâmptica.

Os AA. não acompanham, porém, esta afirmação de pormenores que mais ou menos nos podem esclarecer: por exemplo, se o sôro empregado foi o sôro dos momentos dos acessos; não referem as quantidades usadas, nem o número de observações.

Outros AA. têm feito declarações sôbre êste assunto: por exemplo, Lockeman e Thies, já citados.

Aquela hipótese sobrepõe-se com a que Lumière refere para a epilepsia: sôro de epiléptica inoculado num cobaio não grande determina choque anafilatóide.

Ora, durante muito tempo, admitiu-se que as duas afecções não se distinguiam uma da outra. Era o tempo em que se considerava apenas a sintomatologia dos ataques convulsivos.

Quando se atendeu à sua evolução, os dois estados foram separados e assim passaram a chamar-se ataques eclâmpticos aqueles que se suspendem definitivamente ao fim dum certo tempo (passado o período puerperal), e designaram-se ataques epilépticos os que prosseguiam com irregulares intermitências através da vida individual (1).

(1) Júlio de Matos, pág. 461 dos *Elementos de Psiquiatria*.

Quere dizer, distinguem-se pela sua evolução; mas na verdade se a sua sintomatologia é semelhante, porque não será também a sua etiologia? Merecem, portanto, ser repetidas as experiências em que se injecte sôro de mulher não grávida mas epiléptica para verificar se os efeitos são os mesmos que os obtidos com o sôro de eclâmptica.

É útil ainda outra série em que se inocule sôro de grávida normal para notar se os resultados são idênticos ou não. No primeiro caso, não se pensará numa particular propriedade do sôro de eclâmptica.

*

* *

6.º fundamento: terapêutica antianafilática.

a) Os resultados benéficos obtidos com a sangria cremos podem explicar-se, à face da doutrina de Lumière, como um método antianafilático. Efectivamente, julgamos não ser somente a sua acção desintoxicante a apreciável, nem tão pouco apenas a hipotensão que evita as hemorragias cerebrais, etc. Além disso, é crível que o menor volume sanguíneo seja uma das causas que impedem os accidentes da eclampsia, evitando que os agentes actuem bruscamente sobre os capilares cerebrais.

b) Por outro lado, é certo o sôro glicosado produzir alívios, o que se tem attribuído à sua acção desintoxicante, mas cremos que a hipótese física não encontra neste facto uma objecção ao que dissemos para a sangria.

Sabe-se, pelas experiências de Lumière, que é indispensável, para que se produza o choque, um certo equilíbrio, determinada quantidade de liquido circulatório.

Injectando sôro em grande porção, verifica-se a resistência aos choques, barítico, epiléptico e anafilático. Vimos até que, na preñez normal, a resistência aos choques era explicada pelo mesmo processo fisico que inibia o agente de actuar intensamente.

Notamos, pois, que não há, na terapêutica pelo sôro glicosado, contradição com a explicação física que, sem eliminar outras acções, attribuimos à sangria.

Há só uma variante: emquanto nas experiências de Lumière foi empregado o sôro fisiológico, nós referimo-nos ao sôro glicosado que é mais aconselhado na eclampsia.

LISBOA MÉDICA

MAGNESIA S. PELLEGRINO

*Purga,
refresca,
desinfecta*



LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO MODERNO - Via Castelvetro, 17 - MILANO

Representantes e depositarios para Portugal e Colonias:

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

Tratamento especifico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

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

?

Extracto Hormonal

Dr. Richard Weiss's

FERTILINE = VIRILINE

MASCULINO

Para o rejuvenescimento do homem: debilidade sexual, depressão, cansaço, isonomnias, nervosidade, falta de apetite

Dr. Richard Weiss's

FERTILINE = VIRILINE

FEMININO

Para o rejuvenescimento da mulher: em casos de esterilidade, neurastenia sexual, irregularidade da menstruação, insensibilidade

Dr. Richard Weiss's

Berlin N.º 24

Depositários exclusivos: HENRIQUE LINKER L.^{da}, Lisboa, Rua D. Pedro V, 34

Hämafopan

feito de

Extracto de Malte e Sangue contem todas as substancias baseas e complementares em estado activo para a **formação de sangue novo**

Dr. August Wolff, Blelefeld

A terapeutica das enfermidades reumáticas e inflammatorias

SINNODIN

(Dr. Bauer)

Injecção intra-venosa ou intra-gluteal **indolor** para os diferentes processos reumaticos e inflammatórios, gota, nevralgias, mialgias e irite.

Chem. Fabrik Milkal, Altona-Hamburgo

Poderoso desinfectante vaginal — O protector ideal para a mulher, conhecido desde há 25 anos.

SPETON



Temmler - Werke, Berlin - Johaniethal

Isto tem uma fácil explicação: Lumière experimentou cobaios não intoxicados, ao passo que na eclampsia existe a intoxicação renal, que contraindica o sôro fisiológico e que torna mais recomendável o sôro glicosado.

Quere dizer: na eclampsia combateu-se, por meio do sôro glicosado, ao mesmo tempo dois estados nocivos: a intoxicação pela eliminação de toxinas e o choque pelo processo físico, isto é, aumentando o volume da corrente sanguínea que evita a sua acção brusca sôbre os endotélios, sejam cerebrais ou pulmonares.

c) A supressão dos acessos eclâmpticos sob acção anestésica, que é há muito tempo conhecida, e tivemos ensejo de apreciar, entre outros, nos casos I e IV, foi executada por Kopackewski nos choques anafiláticos experimentais, supondo êste A. que a sua acção antianafilática provinha do abaixamento da tensão superficial do sangue que a anestesia determina. Seja êste ou outro o mecanismo pelo qual os anestésicos actuam, a verdade é ser o resultado da anestesia mais um facto que assemelha os dois estados: a anafilaxia e a eclampsia.

d) Em Março de 1925 Lévy-Solal, Tzanck e Dalsace reproduziram os accidentes convulsivos no cobaio injectando, por via cardíaca, sôro de eclâmptica. Estes accidentes não se produziram quando actuaram em cobaios desensibilizados ao sôro cavalari. Êste é mais um argumento favorável à teoria anafilática da eclampsia.

*

* *

7.º fundamento: condições predisponentes.

A causa ovular não exclui, a nosso ver, os factores maternos, dissemo-lo anteriormente e temos agora oportunidade de desenvolver êste ponto.

Admitimos, por outro lado, fundados em experiências de vária ordem e de diversos AA., que no choque anafilático não se devia excluir sistemáticamente a acção predisponente, principalmente da insuficiência hepática, das desendocrínias e do tónus nervoso. É, portanto, mester examinar as eclâmpticas debaixo dêstes pontos de vista.

a) Quanto à lues (devido ao facto de ser responsável de algumas coloidoclasias, supõe-se ser factor da anafilaxia) indagá-

mos a sua existência por meio da reacção de B.-Wassermann no sangue de 6 eclâmpticas (casos I, II, III, IV, V, VII) e no sangue do cordão umbilical de um recém-nascido (caso II).

A não ser nos casos I e V, a reacção de B.-Wassermann foi feita no puerpério, sendo o resultado dum e doutras, assim como o do recém-nascido, negativos. Foi preferível estas análises terem-se realizado no puerpério a serem-no durante a gestação, pois existe um estudo que, não sendo aliás indiscutível, merece, contudo, atenção, o qual atribui à prenhez o desvio do complemento.

O facto de os Wassermann serem negativos não infirma sífilis, como é de conhecimento banal, e a doente do caso IV, cuja reacção foi negativa, veio consultar-nos há pouco tempo porque o seu filho apresentava certos sinais clínicos que por mais dum médico foram suspeitados de luéticos e melhoraram com a ingestão de licor de Van Switen. De resto, mesmo que as mulheres não fôsem sífilíticas (é pequeno o número de observadas — 6, e já vimos que uma deve sê-lo) a lues é considerada geralmente um factor apenas predisponente.

b) Quanto à *insuficiência hepática*, salientámos o que se nos oferecia: deve ter um papel secundário na génese da eclampsia, dada a frequência com que se manifestaram no post-parto os sinais urológicos de insuficiência hepática e a insuficiência proteopéxica (1).

c) Levy-Solal e Tzanck inclinam-se para que a susceptibilidade para a intoxicação eclâmptica depende do estado do *tónus organo-vegetativo*, fundados em experiências que descreveram e num caso de mulher com eclampsia tratada com êxito.

Nós próprios empregámos uma vez o cloridrato de pilocarpina, mas sem resultado, e quanto às experiências em animais, sabe-se que foram contrariadas pelas de Pasteur-Valery-Radot.

Já em 1924, Neverman analisara os processos vaso-motores e a leucopénia consecutivos a injeção intradérmica de várias substâncias, por meio do capiloroscópio.

Na gravidez, como fora da gravidez, dá-se a mesma reacção.

Na parturiente o processo acelera-se.

Nas eclâmpticas a aceleração é mais acentuada.

(1) M. V. Moreira. — *Sur les fonctions hépatiques*. C. R. de la S. Biol. Tôm. xcv. Pág. 318.

Deve tratar-se, a seu ver, de uma irritação do vago, mas é também possível, acrescenta o A., que a hipertonia do simpático intervenha como o indica a grande rapidez da queda leucocitária à taxa normal.

Esta modificação do estado do sistema vegetativo não deve ser considerada como uma condição etiológica da eclampsia, mas simplesmente como um sintoma, da mesma maneira que as outras modificações dos capilares observadas nesta afecção.

d) ¿Aquela vulnerabilidade materna não residirá antes em *disfunções endocrínicas*? Cremos que sim, pelos argumentos anteriores e por outros que vamos expor.

Repare-se antes de mais que dizemos disfunção e não falamos só da insuficiência tiroideia que foi defendida em 1908 por Massini em Buenos Aires e em 1899 por Langue (1), que tal admittiram por observarem mulheres sem a hipertrofia habitual da tiroideia durante a gestação apresentando albuminúria.

É que possuímos preparações histológicas de tiroideia de mulheres mortas com eclampsia que contra tal protestam (casos X, XI e XII).

É principalmente no caso XI que se evidencia excesso de tecido colóide, folículos distendidos e talvez mais células próprias que células principais, que são, portanto, caracteres de hiperfunção e não de insuficiência.

¿Podemos garantir que não há nunca insuficiência tiroídea na eclampsia? Certamente que não. Mas o que afirmamos é que às vezes há hiperfunção, e muito provável é que a tiroideia, se constitui o terreno que prepara a eclampsia, actue por disfunção, tanto podendo ser hiper como hipofunção. É talvez este o motivo porque a tiroidina e o extracto fresco de tiroideias empregados por Nicholson e Linn (2) têm produzido resultados desiguais, e que, como opina Recassens, são insuficientes para fundamentar a teoria da hipofunção, mas afigura-se-nos que justificam a teoria da disfunção que defendemos.

Esta hipótese, se ousamos formulá-la é porque se apoia em factos que infelizmente não são em número avultado, o que não tira ainda assim a verosimilhança à conjectura que formulamos,

(1) In Recassens. Pág. 464.

(2) In Recassens. Pág. 464.

porque ela não é generalizada. Não negamos mesmo que a tiroideia possa estar intacta nalgumas eclâmpticas, e é possível que haja outras glândulas de secreção interna com as funções perturbadas análogamente ao que se passou no caso de Widal, em que a asma anafilática primeiro parecia ter relações com o ovário e depois da menopausa com a tiroideia.

Quere dizer: é possível que a tiroideia tenha a sua acção normal nalgumas eclâmpticas, e mas nessas condições não estará outra glândula endócrina, por exemplo, o ovário ou a supra-renal, lesada, sendo ela ou elas então a causa da eclampsia (1)?

Não! Nós não negamos a hipofunção tiroídea nalguns casos, nem mesmo a possibilidade de a função desta glândula ser normal, o que afirmamos é que a lesão tiroídea, quando actuar na génese da eclampsia, não o poderá fazer sempre por hipofunção.

Devemos declarar que esta hipótese é aceitável mesmo que a eclampsia não seja um estado anafilático, mas não contradiz esta última doutrina.

Atrevemo-nos a esta declaração ainda por a hipótese se coadunar com o que Widal demonstrou para a asma anafilática, existindo concomitantemente com o bócio, curados uma e outra pela radioterapia da tiroideia.

*

* *

8.º fundamento:

Nas considerações que acabamos de fazer às glândulas endócrinas, relatámos as alterações encontradas. Todavia, a *anatomia patológica* da eclampsia e da anafilaxia não se limitava a êsse ponto. Recordemos que ficou descrito (2) no estudo anátomo patológico da anafilaxia que, quando o animal ou o homem morrem de anafilaxia aguda, encontram-se nos exames necrópsicos lesões que o individualizam. Se o animal sobrevive ao *ictus* anafilático e só morre com anafilaxia crónica, não se notam lesões específicas mas somente alterações degenerativas e inflamatórias comuns a outros estados mórbidos não anafiláticos.

(1) Os documentos que reunimos na 3.ª parte da nossa tese permitem algumas considerações sobre a supra-renal, o ovário, não desejando, porém, alongar mais êste artigo.

(2) *in* pág. 77 da nossa tese de doutoramento.

Ora ao aproximarmos êste facto da asserção de Heynemann (1), que respeita às lesões renais das eclâmpticas: «ces lésions sont d'ailleurs passagères et ne se retrouvaient plus chez une femme morte cinq jours après la guérison des accidents eclamptiques»; se confrontarmos estes factos, está encontrada a chave do problema, isto é, poderá garantir-se a sua natureza anafilática.

Assim, é presumível se se provar a circunstância (a que no mesmo artigo se faz menção) de nos outros órgãos e principalmente no fígado as modificações terem êstes mesmos caracteres de fugacidade.

As lesões citadas são estas:

«Tumefacção das paredes endoteliais dos capilares glomerulares, lesões de trombose, congestão passiva; hemorragia ou necrose isquémica e degenerescência celular hialina ou gordurosa».

«A existência de degenerescências não invalida a crise anafilática desde que se prove a existência de um outro processo mórbido associado à anafilaxia». Concorda esta opinião com a de Lumière que admite a coexistência da anafilaxia e de uma auto-intoxicação.

«Além disso, segundo H., no fígado, as lesões vasculares são mais dominantes ainda que no rim».

A propósito devemos acentuar que a hiperdilatação vascular, que chega a produzir a ruptura dos vasos viscerais, tanto se observa na anafilaxia como na eclampsia.

É para lastimar que a maioria dos AA., que se têm ocupado da patogenia da eclampsia, não acompanhem as necrópsias com exames histológicos, que muito podiam contribuir para o esclarecimento da questão, sabendo-se previamente se a mulher havia morrido durante o acesso ou fora dêste.

¿ Que se passa nos outros órgãos? Microscópicamente pouco se tem observado. Na compilação da *Presse Médicale* (2) lê-se: «as lesões do cérebro são pouco acentuadas; consistem nas lesões vasculares habituais».

É por isso que o A. acha sedutor admitir que as crises de eclampsia sejam a consequência de acidentes vaso-motores invocando alguns o espasmo arterial e a anemia cerebral consecutivas.

(1) *Presse Méd.* 12 Set. 1923.

(2) 1923. Pág. 786.

As observações directas feitas por Leriche e Thomas nos feridos cranianos atingidos por crises epilépticas durante a trepanação tornam esta hipótese mais verosímil: uma brusca depressão da dura-máter, uma palidez súbita do tecido cerebral anunciariam o desencadear da crise.

«Entretanto, na eclampsia, a anemia cerebral permanece uma pura hipótese» que é até contrariada, segundo supõe H., por o exame do fundo do olho ter revelado não anemia da papila mas hiperemia no momento preciso que precede a crise, e por o exame capilaroscópico ter mostrado não anemia mas as seguintes perturbações da circulação da pele e do peritoneu durante as cesarianas efectuadas em eclâmplicas: as ansas capilares são alongadas sem serem sinuosas; o ramo venoso está dilatado; o ramo arterial não apresenta modificação importante; a corrente sanguínea é muito lenta e, muitas vezes, é granulosa. Algumas vezes, pára durante alguns segundos, havendo estase completa, e a ansa capilar toma uma côr azulada.

No decurso da sangria pode observar-se a estase capilar cessar bruscamente e a corrente sanguínea restabelecer-se ou acelerar-se na ansa capilar. Quere dizer: não foi revelada anemia, segundo este A. Afigura-se-nos, todavia, que a não existência de anemia na pele (não averiguando agora se outros AA. confirmaram este facto) não prova que o mesmo suceda no cérebro. Bumm (1) declara até que o cérebro das eclâmplicas se apresenta nas autópsias ora hiperémico, ora isquiémico, embora menos freqüentemente neste último estado.

¿ Sendo assim, perguntamos: não provirá esta discordância nos resultados do facto de as autópsias serem realizadas umas em mulheres falecidas durante os acessos e outras nas que sucumbiram fora d'êstes? Se assim fôr, assemelha-se a eclampsia à anafilaxia por mais este motivo.

Outro paralelismo a salientar consiste nas hemorragias encontradas nas autópsias, constantemente encontradas nas autópsias dos animais mortos pelo choque anafilático, por um lado, e em mulheres que sucumbem com eclampsia, por outro.

Lumière (2) atribui as primeiras às excitações violentas do

(1) Lições de obstetrícia. Pág. 684.

(2) Le problème de l'anaphylaxie. Pág. 67.

simpático que produzem a hiperdilatação vascular, sendo precisamente esta dilatação que conduz, muitas vezes, até a ruptura dos capilares.

¿Porque não será também este o mecanismo das hemorragias eclâmpicas?

Seja, porém, qual fôr a hipótese explicativa do seu mecanismo, o que arquivamos desde já é a identidade dos factos.

*

* *

¿Será então a eclampsia um syndroma anafilático?

¿Como tirar uma ilação plausível, precisa e generalizada a todos os casos, sôbre a patogenia dêste mortífero syndroma, se os factos expostos até hoje são, muitas vezes, desconstruídos e alguns inconseqüentes, se as observações nem sempre são completas e as conclusões são, por vezes, precipitadas?

Eis porque nos limitámos a descrever, nestas páginas, o que verificámos nas nossas pesquisas, não tendo a veleidade de extrair destas o que não comportam, isto é, conclusões definitivas e generalizadas.

Tivemos em vista sòmente examinar factos dos quais alguns não foram, que nós sabemos, verificados entre nós (leucocitose e coagulação no momento dos acessos convulsivos, cortes histológicos de tiróide e outras glândulas pertencentes a mulheres que sucumbiram com eclampsia), apresentando vários que supomos novos, quer em Portugal quer no estrangeiro, como por exemplo o estado do índice de refração (1) no momento dos acessos convulsivos da eclampsia e do côma, as modificações urinárias na fase dos sintomas prodrómicos, a função proteopéptica duas vezes antes dos sintomas de eclampsia e o estado de

(1) Durante a revisão dêste estudo tivemos conhecimento dum trabalho de Albano que devemos expor porque contraria, até certo ponto, a originalidade que supúnhamos possuir naqueles exemplares. Êsse A. italiano, Albano, refere-se ao índice de refração para negar a constância da hidremia na eclampsia, pois êle, embora a maioria das vezes o encontrasse diminuído, algumas vezes achou valores normais, o que o levou a negar a constância da hidremia neste estado. Como se vê o A. não encarou a sua relação com a anafilaxia e não se sabe se as pesquisas foram feitas durante os acessos.

hiperfunção tiroídea que é um assunto que muita importância nos merece (1).

O que por ora deprendemos de tudo quanto lêmos e observámos é que a hipótese anafilática, se não está provada, também não pode ser posta de parte. O Sr. Prof. Raposo, notável obstetricista de Coimbra, num trabalho de fôlego sobre processos de auto-intoxicação, contém uma referência à eclampsia que vem reforçar a nossa maneira de encarar este problema. Diz S. Ex.^a, e é-nos grato transcrever aqui a sua autorizada opinião:

«A admissão do conceito de auto-intoxicação gravídica não invalida a teoria anafilática da eclampsia, porquanto numa toxemia podem acidentalmente sobrevir crises anafiláticas e serem, inclusive, provocadas por agentes tóxicos».

Nós vamos mais longe que Raposo porque a anafilaxia não é somente tóxica mas também determinada por processos físicos, como dissemos na 1.^a parte da nossa tese, e no decurso deste estudo salientámos já que os argumentos físicos anafiláticos não eram incompatíveis com a eclampsia e, pelo contrário, explicavam até muitos dos fenómenos deste síndrome.

Para nós há, pois, uma associação de processos físicos e químicos na maioria dos casos de eclampsia.

O que não é admissível, por outro lado, é basear a eclampsia somente, como tantas vezes tem sucedido, na doutrina ovular. Esta, quando isolada, é demasiadamente simplista e contrariada pelos casos de eclampsia intercorrente na gravidez, cessando os acessos e continuando a gestação, de que Colosi (Abril de 1924) publicou três casos, sendo somente para lastimar que não tivessem sido acompanhados até o parto.

Descrevemos dois casos pessoais (casos V e VIII) (2).

É muito provável que o óvo seja, na realidade, um factor,

(1) Na última viagem à Alemanha falámos sobre o assunto com Küstner, joven professor extraordinário de obstetrícia em Leipzig. Tivemos ocasião de notar o papel importante que attribui à tiroideia. Para êle a causa da eclampsia é só de ordem materna. Emprega tiroxina. Exagera mesmo a acção da tiroideia que em nosso sentir é considerável mas não deve excluir a acção do óvo, nem doutras glândulas endócrinas maternas.

(2) Referimo-nos aos casos estudados até 1925 e insertos na dissertação inaugural. Posteriormente temos observado outros. Este ano houve duas

ASSOCIAÇÃO DIGITALINE-OUABAINÉ

DIGIBAINÉ

Substitue vantajosamente
a digital e a digitalina no tra-
tamento de todas as formas de
insuficiência cardíaca

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

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

“
Ceregumil
Fernández

Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas

Contém no estado coloidal

*Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidrcarbonados
e principios minerais (fosfatos naturais).*

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

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

FERNANDEZ & CANIVELL MÁLAGA

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

LISBOA MÉDICA

VIGANTOL

Vitamina-D

Acção favorável sobre a densificação e crescimento dos ossos e a formação do cálcio ao nível das fracturas. Acentuação das forças defensivas do organismo infantil contra todas as influências mórbitas.

Embalagens originais:

VIGANTOL

solução óleo

VIGANTOL

chocolatado em drageas

**Raquitismo,
Craneotabes,
Osteomalacia,
Cária dos dentes,
Tuberculose ossea
Prétuberculose,
Escrofulose,
Espasmodia
e Tétano.**

Bayer-Meister-Lucius

Secção Farmacêutica Científica
I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen

Depositario: **AUGUSTO S. NATIVIDADE**
Rua dos Douradores, 150, 3.º
Lisboa

E. Merck

Fábrica de Produtos Químicos
Darmstadt

Deposit.: Estabelecimentos **HEROLD, Ltd.**
Rua dos Douradores, 7
Lisboa

dada a freqüência com que no final da gravidez a eclampsia se manifesta; porém, é presumível a existência de outros. Entre estes, com toda a verosimilhança devem figurar as glândulas endócrinas maternas, visto estar provado que desempenham papel de alta valia em outras manifestações de anafilaxia, nomeadamente na asma, e encontrarem-se lesadas na eclampsia.

Foi por isso que abordámos o seu estudo, e a sua apreciação detalhada constituirá o assunto de outro capítulo dêste trabalho. O facto de existir na eclampsia uma diminuição dos fermentos de defesa de Abderalden e de antitripsina (Broufennbrenner) poderá atribuir-se às glândulas endócrinas? Poderá, mas sem excluir por forma alguma a existência, em muitos casos, da hepatotoxemia, de que Pinard foi o advogado mais eminente.

O fígado deve manter o seu lugar na patogenia da eclampsia, como é nossa convicção que o mantém em outras manifestações de hipersensibilidade, o que se coaduna admiravelmente com a experiência descrita por Pinard e ainda com o papel que a essa víscera se atribui nos processos anafiláticos em geral.

Resumindo e concluindo provisoriamente, pois no estudo da eclampsia deve permanecer-se ainda na fase de análise:

1.º — A eclampsia só se manifestou em mulheres tendo, pelo menos, 7 meses de gestação.

2.º — Foi mais freqüente sobrevirem acidentes eclâmpticos em I gestas que em múltiparas.

3.º Houve casos de eclampsia intercorrente.

4.º — Não foi constante a existência de excesso de ureia no sôro sanguíneo das eclâmpticas durante os acessos convulsivos e o estado comatoso.

5.º — O fígado encontrou-se lesado nas mulheres que morreram tendo tido êste síndrome.

6.º — Todavia, êste órgão pode ter inalteradas as suas funções 9 dias antes dos acessos e do cômá, o que foi verificado não só pelos exames urinários como pela prova hemoclássica digestiva.

eclampsias intercorrentes na enfermaria de Santa Barbara. Uma tem o número de ordem 5113. Actualmente, encontra-se a outra (número de ordem 6068) internada, a qual continua grávida com feto vivo, tendo cessado o cômá há dias.

- 7.º — Os rins das eclâmpticas apresentaram lesões necrósicas.
- 8.º — Contudo êstes órgãos não acusaram disfunção revelável pela análise de urinas no 9.º dia anterior aos acessos e ao-côma.
- 9.º — Durante os acessos e o estado comatoso houve leucocitose.
- 10.º — Durante aqueles momentos, quando em trabalho de parto ou no puerpério, produziu-se hipertensão arterial.
- 11.º — Durante os acessos convulsivos e o estado comatoso eclâmptico, a coagulação produziu-se no tempo normal ou esteve aumentada.
- 12.º — Houve abaixamento do índice refractométrico do sôro sanguíneo durante as fases mencionadas.
- 13.º — Quanto à patogenia da eclampsia, deve-se acusar o fígado, o rim e outros órgãos maternos.
- 14.º — Pela sua etiologia podem ser responsáveis, com certa verosimilhança, o ôvo associado às glândulas endócrinas maternas.
- 15.º — A placenta actuará provavelmente por disfunção e nem sempre pela teoria da insuficiência do Prof. Magalhães.
- 16.º — Os cortes histológicos de tiroideia demonstraram caracteres de hiperfunção.
- 17.º — A tiroideia é uma dessas glândulas que particularmente contribui para gerar a eclampsia, actuando, porém também por disfunção e não apenas por hipofunção.
- 18.º — A hipótese anafilática de Weichard não deve ser excluída, sendo preciso nesse sentido prosseguir as investigações.

BIBLIOGRAFIA E DOCUMENTAÇÃO PRÓPRIA

Não permite a índole desta revista que publiquemos a extensa bibliografia que reúnimos, a qual compreende centenas de obras. Na separata dêste trabalho será publicada na íntegra, a fim de se poder verificar a veracidade das citações anteriores.

Quanto aos casos pessoais procurámo-los em duas origens: os 37 que grupámos em quadros foram extraídos do nosso trabalho de 1925 «Contribuições para o estudo da anafilaxia e da crise hemoclásica na puerperalidade», onde também referimos as técnicas empregadas; para os restantes indicados nas notas dêstes artigos os números dos boletins da enfermaria.

(Trabalho da clínica obstétrica da Faculdade de Medicina de Lisboa).

NOTAS CLÍNICAS

UM CASO DE HEMINEFRECTOMIA (1)

POR

BERNARDO VILAR

A comunicação que hoje lhes venho fazer parece-me muito interessante, pelos resultados obtidos e por vir demonstrar, mais uma vez, como a cirurgia conservadora deve ser a estréla por que se guiem aqueles que vêem no corpo humano a máquina mais perfeita até hoje criada, em que cada peça tem o seu fim definido.

E se é verdade que há órgãos de que desconhecemos as funções, outros há que para nós já não têm segredos. Estão neste último caso os rins, cuja importância é tal que a natureza, tão pródiga, sem ser avara, nos dotou com dois, para os precalços que, durante a vida, nos pudessem suceder. É portanto obrigação poupá-los quanto possível. Foi atendendo a êste princípio que procedi da forma como lhes vou expor num caso de fractura do rim.

Fernando Ferreira Simões, 16 anos de idade, entrado em 1 de Setembro de 1929, saída em 16 de Outubro de 1929. Fractura do rim direito.

No dia 1 de Setembro, quando passava no alto da Rotunda (Môrro do Sidónio), deu uma queda do cimo do referido môrro vindo bater com a região dorso-lombar num tapume. Levantou-se, após a queda, tendo de sentar-se imediatamente. Foi transportado para êste Serviço onde lhe foram feitas aplicações de gêlo no abdômen, lado direito. Hematúrias. Dores na região dorso-lombar e abdominal direita.

Observação. — Ventre glabro com fraco panículo adiposo. Desde o rebordo costal inferior direito até a fossa iliaca do mesmo lado palpação dolorosa com grande defesa e grande aumento de volume na região, estando completamente cneia a loca renal por uma massa de consistência renitente, chegando, por vezes, a dar a sensação de flutuação. Movimentos respiratórios, 24 por minuto, com respiração de tipo torácico e movimentos pouco amplos. Pulso rítmico, pouco amplo, pouco tenso mas com recorrência a 102 pulsações por minuto. Língua sêca, pupilas normais. O doente apresenta-se no estado de *schok*.

2-IX. — O doente urinou durante a noite. Urinas fortemente hemáticas. Mantém-se o mesmo estado geral.

3-IX. — Mantém-se a hematúria mas menos acentuada. Volume da urina 900 c. c.

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

4-IX. — Estado geral do doente muito melhorado. Deminui a hematúria. Volume da urina 1.200 c. c.

5-IX. — Bom estado geral. Volume da região renal mantém-se estacionário assim como as dores. Urinas claras. Volume 1.000 c. c.

6-IX. — Bom estado geral. Volume 1.100 c. c.

7-IX. — Dores mais intensas. Reaparecimento da hematúria com grande intensidade. Operação — Nefrectomia direita (parcial). Tamponamento e drenagem.

9-IX. — Bom estado geral e sem dores. Não há hematúria.

14-IX. — São retirados todos os drenos de gaze e substituídos por um de cauchu, da grossura de um lápis, que se mantém até 5 de Outubro. Durante este período saía alguma urina pelo dreno.

Pontos profundos tirados aos 15 dias.

10-X. — Ferida completamente cicatrizada.

É feita a cromo-cistoscopia com carmim indigo a 2 % em injeccção intravenosa que deu o seguinte resultado :

Rim direito	Rim esquerdo
Eliminação côr verde ao 3.º minuto.	Exactamente o mesmo.
Azul forte ao 6.º minuto.	

Capacidade vesical 300 c. c. sendo a urina levemente turva.

14-X. — É feita a pielografia com soluto de iodeto de sódio a 6 %. Capacidade do bacinete é normal (8 c. c.), como poderão ver na chapa exposta no *écran*.

Como vêem é um caso extremamente feliz debaixo de todos os pontos de vista, tanto mais que a operação foi muito dificultada pela enorme quantidade de coágulos já organizados que enchem a loca renal. A hemóstase fez-se duma maneira perfeita pois o doente não perdeu mais uma gota de sangue, a-pesar-de ter sido cortado o ramo inferior da artéria renal, como poderão ver na peça anatómica, aqui presente. As seqüências operatórias foram absolutamente normais e rápidas e o funcionamento da parte do rim que ficou tão perfeito como o total do lado oposto. Parece-me pois poder aconselhar a heminefrectomia nos casos de fractura do rim sempre que o bacinete esteja intacto e em continuação com os cálices.

Antes de terminar quero dizer-lhes que, a-pesar-de ter encontrado descritas numerosas heminefrectomias por diversas causas, não encontrei nenhuma por causa idêntica à do meu doente.

Metodo cytophyllatico 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, en meio copo d'agua

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

A pedido mandam-se amostras aos medicos

STAPHYLASE do D^r DOYEN

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

Tratamento especifico das Infecções Staphylococcicas :

ACNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ, etc.

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

Provoca a phagocytose, previne e cura a major parte das

DOENÇAS INFECCIOSAS

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

CINNOZYL

Methodo de immunisação artificial do organismo tuberculoso

COMPOSIÇÃO: Cada empôla de CINNOZYL contém a solução seguinte esterilizada:

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

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

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

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

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

1877

LABORATORIOS CLIN, COMAR & C^o Pharmas. de 1^{ra} cl. Fornecedoros dos Hospitais.
20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS

ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

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

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

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

SIPHILIS -:- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilisação terapeutica).

PIAN — TRYPANOSOMIASAS — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

Modo de usar: em "doses fortes", injectar 5 cc. duas vezes por semana (apòz verificação da ausencia de intolerancia arsenical).
em "doses fraccionadas repetidas", injectar 3 cc. todos os dias por series de 12 a 16 injeccões.

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

LABORATORIOS CLIN . COMAR & C^o — PARIS

GIMENEZ-SALINAS y Cia, Rua Nova da Trindade 9, 1º — LISBOA

Revista dos Jornais de Medicina

A propósito da denominação da febre exantemática — febre escaró-nodular. (*A propos de la dénomination de la fièvre exanthématique — fièvre escarro-nodulaire*), por RICARDO JORGE. — *Presse Médicale* N.º 91. 1930.

Supõe Olmer — o autor que primeiro descreveu a febre exantemática — que a designação de febre escaro-nodular aposta por Ricardo Jorge tem o inconveniente de ser muito precisa, pois a mancha negra, embora freqüente, falta muitas vezes e representa o testemunho da picada do insecto e não o acidente de inoculação.

Para Ricardo Jorge a escara constitui o primeiro estágio da infecção, comparando-a ao bubão inicial da peste produzido pela picada da pulga infectante. Esta concepção é corroborada pela presença dos gânglios aferentes; desenvolve-se algumas vezes uma adenite, um engorgitamento doloroso de pequena duração, uma espécie de pequeno bubão efêmero. Estes bubões são mais freqüentes e mais acentuados nas infecções exóticas similares, como a *febre fluvial* do Japão e a *tickbite fever* não recorrente da África. Quer a mancha negra seja imputável à carraça ou ao vírus que ela inocula, o seu significado biológico não muda. A sua presença não constitui um sinal suficiente; mas se ela é acompanhada ou seguida de fenómenos gerais, caracterizará a infecção. Parece, pois, a Ricardo Jorge que a denominação de escaro-nodular é nosograficamente valiosa e útil.

Olmer mostra-se inclinado a adoptar uma parte do título criado por Ricardo Jorge, aceitando o nome de febre exantemática nodular.

Ricardo Jorge relata, finalmente, um caso observado entre nós pelo Dr. Faria, interessante para a caracterização da etiologia da doença. Uma mulher apresenta o exantema nodular acompanhado de febre, algias e outros sintomas, entre os quais, hematúria. Não se encontra a mancha negra nem nos membros nem no tronco; mas o médico assistente, insistindo no seu exame, acaba por descobrir uma pequena escara no púbis, entre os pêlos.

A infecção fôra transmitida pelas carraças de dois cães da Alsácia. Verificou-se que essas carraças pertenciam à espécie *rhhipicephalus sanguineus*. Este achado clínico e parasitológico é do maior valor.

E. C.

A **patogenia da úlcera péptica**. (*The pathogenesis of peptic ulcer*), por I. W. HELD e A. ALLEN. — *The Med. Clin. of Nort Am.* Setembro de 1930.

Cada uma das tão numerosas como diversas teorias criadas acêrca da patogenia da úlcera péptica é cuidadosamente estudada e apreciada nos seus mínimos detalhes.

Sob o ponto de vista anátomo-patológico o têrmo de úlcera péptica

abrange não só a úlcera gástrica e duodenal mas também a úlcera péptica da porção terminal do esófago, a úlcera marginal post-operatória (gastro-jejunal) e a úlcera jejunal.

Passam sucessivamente em revista a teoria vascular com uma descrição anatómica da posição dos vasos do estômago, a teoria nervosa, a teoria espermogénia, a teoria química (hiperacidez), a teoria tóxica, a teoria microbiana, a teoria inflamatória (catarro da mucosa), a teoria mecânica, a teoria profissional, a teoria da avitaminose, a teoria traumática, a anemia, a disfunção das glândulas de secreção interna, a teoria constitucional. Os autores chegam a estas conclusões:

Não existe uma causa única capaz de explicar a etiologia da úlcera péptica. A-pesar-da controvérsia experimental e clínica, a teoria vascular de Virchow e Cohnheim é ainda de grande interesse para explicar a causa directa da úlcera péptica.

O insulto vascular não pode, contudo, filiar-se na maioria dos casos nem em lesão directa dos vasos nem em infarto.

Geralmente é o espasmo dos vasos na vizinhança da úlcera que constitui a base da alteração nutritiva da parte da mucosa condenada à ulceração. A teoria mecânica de Aschoff e a teoria recentemente reabilitada da hiperacidez são semelhantemente importantes como factores etiológicos.

A maioria destas causas pertence às chamadas causas directas. As causas indirectas, a predisposição, entram na categoria constitucional.

O factor constitucional é de dois tipos: a característica congénita (verdadeira condição constitucional) e a característica condicionada. O factor constitucional não é por via de regra revelável na aparência externa do doente. Reside principalmente em uma resposta particular do estômago a determinadas influências exógenas ou endógenas. Tais influências exógenas e endógenas são mais propensas à formação de úlceras em um estômago alterado por influências condicionais do que em um estômago constitucionalmente anormal.

Os factores que tendem a alterar o tipo do estômago são numerosos e destes um, que por certo reveste certa proeminência, é sem duvida a perturbação do perfeito equilíbrio neuro-vegetativo. Determinadas profissões capazes de produzir uma irritação mais ou menos constante do estômago, seja por pressão contra o órgão, seja por qualquer outro mecanismo, devem também ser tomadas na devida conta.

Nos estômagos hipersténicos as úlceras são principalmente de sede duodenal, nos estômagos asténicos as úlceras são quasi sempre gástricas.

A razão porque a úlcera de estômago é na maioria das vezes localizada na pequena curvatura deriva de condições anatómicas particulares da região (distribuição vascular, musculatura, inervação) e da architectura também particular da mucosa.

A aparição de úlceras em alguns indivíduos e a não aparição em outros indivíduos com idêntica architectura gástrica não é ainda satisfatoriamente explicada.

A causa é por enquanto desconhecida, se bem que em certos casos a influencia da reacção local dos tecidos seja evidente. Em raros exemplos, a

reação local dos tecidos pode ser a consequência dum fragmento de mucosa intestinal aberrante, duma acumulação anormal de tecido linfóide (foliculos linfóides) ou dum estado linfático geral.

MORAIS DAVID.

A influência do hipertiroidismo sobre a secreção do ácido clorídrico livre. (*The influence of hyperthyroidism upon the secretion of free hydrochloric acid*), por A. BROWN. — *An. of Surg.* Setembro de 1930.

Os sintomas de hipertiroidismo podem interpretar-se como um estímulo anormalmente elevado do simpático produzido pela hormona tiroideia alterada, a qual, tornando hipersensível o sistema simpático tóraco-lombar, excede a acção moderadora normal do sistema para-simpático.

O estímulo excessivo encontra-se com manifestações de vária intensidade nas diferentes porções do sistema simpático e a preponderância relativa dos sintomas oculares, cardíacos e gástricos, depende do grau em que estas várias partes do mecanismo simpático são afectadas pela secreção da tiroideia alterada.

A hiperexcitabilidade do simpático traduz-se na secreção do ácido clorídrico livre por uma estimulação das fibras nervosas inibitórias da secreção ácida, de que resulta uma diminuição ou ausência da secreção ácida.

MORAIS DAVID.

Obliteração química das veias varicosas. (*Chemical obliteration of varicose veins*), por W. POTTS. — *An. of Surg.* Setembro de 1930.

Traduzimos na íntegra êste pequeno artigo sobre o processo de tratamento médico das varizes.

O tratamento das varizes por meio da obliteração química tem gozado de uma voga esporádica nos últimos setenta e cinco anos e de todas as vezes caíu em esquecimento, mercê de uma técnica defeituosa ou do uso de soluções esclerogéneas perigosas.

Qualquer que seja o método de tratamento em vista, para que se torne popular, precisa possuir determinados requisitos: deve ser de uma simplicidade de execução que o torne utilizável sem reservas, de uma inocuidade perfeita e ainda de uma eficiência indiscutível.

O tratamento médico das varizes, que mais propriamente se pode denominar tratamento por obliteração química, não tem gozado de uma aceitação geral tanto pelos supostos perigos de embolia pulmonar como pelas manifestações gerais ou locais provocadas pelos agentes esclerogéneos indevidamente seleccionados.

Se os êmbolos das grandes veias constituem uma complicação de temer depois de qualquer operação, parece lógico condenar o processo que precisamente vai provocar a formação de trombos em uma veia. Contudo existe uma prova experimental e clínica bem evidente que demonstra que o trombo produzido na veia por intermédio do irritante químico difere do trombo que aparece no doente confinado na cama.

O primeiro está adherente à parede da veia pela fibrina e ulteriormente pelo tecido fibroso, e não é facilmente destacável, o segundo forma-se em uma veia normal por um processo de estase sanguínea e desloca-se com facilidade, com as variações de pressão intravascular.

Contra a frequência da embolia pulmonar, nos casos de tratamento esclerogéneo das varizes — fala a raridade da ocorrência em muitos milhares de injeções efectuadas.

Muitas das soluções irritantes propostas têm trazido o descrédito do método terapêutico pelas reacções gerais ou locais que determinam.

Não obstante o maior cuidado e habilidade, acontece que o soluto pode ocasionalmente ser injectado nos tecidos, fora da veia, ou escoar-se do interior da veia para o tecido celular subcutâneo, depois da saída da agulha. Uma escara pode assim produzir-se quando se empregam substâncias cáusticas como o salicilato de sódio a 30 ‰, o cloreto de sódio a 30 ‰ e o cloridrato duplo de quinina e ureia.

Os melhores produtos irritantes são a glucose e o açúcar invertido. Estes não determinam fenómenos de reacção geral nem a injeção nos tecidos, fora da veia, conduz à formação de processos de necrose. As concentrações dos solutos de glucose e de açúcar invertido (invertose) são respectivamente 60 ‰ e 60 a 70 ‰.

As soluções de açúcar não são cáusticas para o endotélio da veia e por isso devem ficar em contacto com a parede da veia por um período mais demorado do que os verdadeiros irritantes, se se pretende a acção irritante necessária para a obliteração vascular.

Segue-se uma descrição da técnica usada pelo autor na execução do processo terapêutico.

Em todos os casos com largas varicosidades da safena acima do joelho o autor precede o tratamento esclerogéneo da laqueação da safena no ponto mais elevado da dilatação.

Conclusões :

A obliteração química das varizes de pequeno e médio calibre pode ser facilmente conseguida mediante o emprêgo de soluções de açúcar. As varizes de largo calibre tratam-se mais facilmente pela associação das injeções com a laqueação.

MORAIS DAVID.

Ressuscitação da paragem do coração pela terapêutica intracardiaca.

(*Ressuscitation of the stopped heart by intracardiac therapy*), por A. S. HYMAN. — *Arch. of Int. Med.* Outubro de 1930.

Conclusões do artigo :

O sucesso da terapêutica intracardiaca para a ressuscitação da paragem do miocárdio é na aparência antes o efeito da punção da parede do coração do que o resultado da acção da substância injectada.

O miocárdio normal em assistolia torna-se irritável com o começo da anoxemia.

Em tais condições qualquer estímulo mecânico pode provocar a contrac-

ção automática do coração; o sucesso da massagem e da percussão do coração pode ser explicado à face de tal interpretação.

A punção feita com a agulha torna-se um foco de irritabilidade aumentada, donde parte o estímulo para a contracção do miocárdio.

As primeiras contracções após a injeção intracardiaca são do tipo extra-sistólica. A arritmia inicial extra-sistólica pode passar rapidamente a um ritmo senusal normal, com cura do doente.

Nos casos em que o período de anoxemia tem sido tão prolongado que determina consideráveis perturbações nos factores electrodinâmicos que regem a contracção miocárdica, a arritmia extra-sistólica inicial pode persistir e ser seguida duma rápida sucessão de contracções devidas à excitação de focos ectópicos. Uma tal condição conduz à fadiga anormal dos ventrículos com possível fibrilação ulterior destas porções do coração.

A fibrilação ventricular é uma perturbação extremamente grave do coração e é usualmente acompanhada de colapso imediato da circulação com morte do doente. Este fenómeno explica o colapso secundário da circulação que muitas vezes se observa em seguida à aparente ressuscitação do coração em assistolia.

Parece mais aconselhável a punção intracardiaca da aurícula direita do que dos ventrículos, como geralmente é praticada. A punção intra-auricular não é mais difficil do que a ventricular e executa-se com uma agulha ligeiramente curva com cêrca de 0^m,10 de comprimento, introduzindo-a ao nível do 3.º espaço intercostal direito, junto ao bordo esternal, e dirigindo-a depois para baixo e para dentro.

As aurículas respondem mais prontamente ao estímulo mecânico do que os ventrículos. Uma simples picada da agulha pode ser sufficiente para determinar a contracção. Nas aurículas como nos ventrículos, as primeiras contracções são extra-sistólicas. Os casos mais favoráveis ao tratamento são os dos indivíduos livres de doença geral ou cárdio-vascular.

Em certas formas de morte por hemorragia, *shock*, anestesia, *status lymphaticus*, etc., a ressuscitação pode obter-se por este processo exclusivamente ou associado à respiração artificial, à transfusão, etc.

Na asfixia do recém-nascido a injeção intracardiaca dá os melhores resultados.

MORAIS DAVID.

Pesquisas sobre a «Polyarthritiis acuta» reumática e infecção focal. (*Untersuchungen über Polyarthritiis acuta rheumatica und Herdinfection*), por G. VON COSTA. — *Klinische Woch.* N.º 46. 1930.

O autor observou 204 casos da clássica poliartrite aguda reumática decorridos cinco a dezóito anos.

A poliartrite foi precedida em 113 casos de angina (a maioria das vezes crónica recidivante), em 9 casos de doença dos dentes, em 10 casos de outras doenças inflamatórias. Em 70 doentes não foi possível descobrir qualquer doença predecessora. Em 74 casos verificou-se a existência de doença cárdiaca reumatismal,

A poliartrite aguda recidivou; depois do primeiro ataque, apenas em 8% dos casos nos doentes que conservaram o coração normal, em 27% dos casos nos indivíduos com doença cardíaca reumatismal sobrevivida com o primeiro ataque de reumatismo e em 38% quando a doença cardíaca se instalou no decurso duma recidiva.

Estes números e o facto de o tratamento focal operatório, a-pesar-da mais rigorosa indicação, não deminuir a freqüência das recidivas em comparação com os não operados, são argumentos a opor ao conceito que relaciona a poliartrite aguda com uma infecção latente e que pelo contrário levam a admitir que factores alérgicos e constitucionais desempenhem um papel importante na patogenia desta doença.

F. FONSECA.

O tratamento da anemia perniciosa com preparados de mucosa gástrica
(*Die Behandlung der perniziösen Anämie mit Magenschleimhanpräparaten*), por N. HENNING e G. STIEGER. — *Klinische Woch.* N.º 46. 1930.

Os autores desde 1929 que vêm estudando a acção da terapêutica gástrica sôbre a doença de Biermer. Partiram do princípio que, se no suco gástrico normal existe uma substância estimulante da formação de sangue, ela deve ser formada na mucosa gástrica. Numa primeira série de experiências estudaram a acção da mucosa gástrica (em pó) sôbre a regeneração do sangue em doentes com anemia perniciosa.

Os próprios autores preparam o medicamento isolando da *muscularis* a mucosa do estômago de porco e secando-a. A dose máxima corresponde neste caso a cêrca de 40 a 80 gramas, isto é, a mucosa de um ou dois estômagos de porco. O preparado é ingerido pelos doentes com agrado (em caldo).

Com êste preparado foram submetidos a tratamento cinco doentes com anemia perniciosa, levando o resultado desta terapêutica à conclusão de que a mucosa gástrica do estômago do porco contém uma substância que actua sôbre a anemia da doença de Biermer, fazendo-a desaparecer, de modo idêntico ao que foi observado com a terapêutica hepática da mesma doença. Cêrca de oito dias depois de instituído o tratamento notam-se as primeiras melhoras que se traduzem por uma subida do valor da hemoglobina e do número dos glóbulos rubros. O quadro mortológico dos eritrócitos modifica-se de modo análogo ao que estamos habituados a ver com a terapêutica hepática. Poiquilócitos macrócitos e micrócitos desaparecem, permanecendo uma ligeira anisocitose. O número dos leucócitos sobe igualmente, aparecendo formas jovens de granulócitos. A urobilinúria desaparece e o pêso do corpo sobe.

A acção antianémica observa-se, quer se empregue a mucosa do *fundus*, quer a do *antrum* do estômago.

A acção da terapêutica gástrica na doença de Biermer é independente da digestão péptica dos albuminóides.

F. FONSECA,

Gota num lactante de cinco semanas. (*Gicht bei einem 5 Wochen alten Säugling*), por MAYER v. SCHOFF. — *Klinische Woch.* N.º 46. 1930.

Relato dum caso de gota num lactante de 5 semanas. A intensidade e extensão dos depósitos de ácido úrico é muito grande. O crêscimento dos tofos é rápido. A parte importante que dêste caso se pode deduzir para o problema da gota é que só purinas endógenas intervêm na formação de ácido úrico. No presente caso não entram em questão factores exógenos, tais como alimentação, meio, modo de vida. O exame histológico dos ossos não revela alterações inflamatórias, quer primárias, quer secundárias. O exame anátomo-patológico dos rins revela esclerose renal gotosa. A deposição de cristais é muito abundante e faz-se principalmente no tecido intersticial. Não se encontraram necroses tissulares.

F. FONSECA.

Cuti-reacções específicas em gonorreicos com substâncias específicas, livres de albuminas, extraídas de gonococos. (*Spezifische Cutireaktionem an gonorrhoeikern mit spezifischen, eiweissfreien Substanzen aus gonokokken*), por W. CASPER. — *Klinische Woch.* N.º 46. 1930.

O autor obteve em gonorreicos cuti-reacções especiais com uma substância tipo específica, isenta de albuminas, extraída do gonococo tipo I e que se comporta como um hidrato de carbone.

As cuti-reacções são com toda a probabilidade alérgicas, uma vez que indivíduos são não reagem.

Uma prova da especificidade tipo da substância encontra-a o autor no seu comportamento serológico e ainda no facto de os gonorreicos das experiências terem uma cuti-reacção negativa, enquanto que um doente que serologicamente pertencia ao tipo II teve uma reacção negativa com a substância tipo I.

Dada a frequência na prática dos gonorreicos de tipo I, a cuti-reacção que o autor apresenta tem valor tanto sob o ponto de vista diagnóstico como prognóstico.

F. FONSECA.

Um muito activo e injectável extracto de fígado. (*Ein hochwirksamer, injizierbarer Leberextrakt*), por M. GANSSLEN — *Klinische Woch.* N.º 45. 1930.

Os extractos hepáticos usados *per os* no tratamento da anemia perniciosa têm o inconveniente de serem bastante caros, e de com relativa frequência se mostrarem pouco activos no tratamento da mesma doença. Os casos de anemia perniciosa designados hepato-resistentes são cada vez mais frequentes e é possível que para isso contribuam dificuldades de absorção do fármaco.

Vários autores tentaram preparar um extracto hepático injectável (Beckmann, Brauer, Reinitz, Rohacek), umas vezes chegando a resultados favorá-

veis, outras não determinando melhoras algumas e ainda outras prejudicando os doentes e causando mesmo a morte.

O autor preparou um extracto de fígado injectável que administra na dose diária de 2 c. c. em injeção intraglútea, correspondendo essa dose a 5 c. c. de fígado fresco, isto é, uma dose equivalente a 300-600 grs. de fígado quando administrado *per os*.

Com este extracto foram tratados 100 doentes, dos quais cêrca de 40 sofriam de anemia perniciosa. Nestes doentes o tratamento foi muito eficaz, de modo algum inferior ao da dieta hepática, obtendo-se a cura da anemia em 6-8 semanas e nos casos mais renitentes em 10 a 12. Com este processo terapêutico o autor nunca observou um caso de hepato-resistência.

F. FONSECA.

Clinica do tratamento das anemias com preparados de estômago. (*Klinische zur Behandlung der Anämien mit Magenfräparaten*), por F. BERTRAM. — *Klinische Woch.* N.º 45. 1930.

O autor empregou o preparado Stomopson da firma Promonta. Usou a dose diária de 20 grs. administrada em caldo de carne.

Em 11 casos de anemia de Biermer, 11 foram favoravelmente influenciados pelo Stomopson. O fígado pode ser substituído pelo estômago. Em 3 doentes que já tinham sido tratados com fígado, o preparado de estômago actuou em dois dêles tão bem, ou melhor do que o preparado hepático, e no restante mostrou-se um pouco menos activo. Em outros 3 casos o Stomopson só se mostrou eficaz depois duma transfusão. Num outro doente o Stomopson mostrou-se completamente inactivo, melhorando o doente com dieta hepática. O autor atribui esta falha do tratamento a uma dose insufficiente.

Juntamente com o Stomopson o doente ingeria pepsina e ácido clorídrico.

O preparado de estômago é melhor tolerado pelos doentes e mais barato do que o de fígado

Em cinco de oito doentes com anemia secundária de várias causas, o tratamento pelo Stomopson deu resultados favoráveis.

F. FONSECA.

Acção do Salirgan em applicação rectal. (*Wirksamkeit des Salyrigans bei rectaler applikation*), por H. NATANSON. — *Klinische Woch.* N.º 47. 1930.

A applicação rectal do Salirgan na dose de 6 c. c. dum soluto a 10% determina quasi regularmente um efeito diurético nítido comparável ao da injeção intravenosa. A acção irritante local nem sempre se manifesta e não é superior à dada por outros medicamentos, como por exemplo a eufilina.

F. FONSECA.

A amigdalectomia total na criança. (*L'amygdalectomie totale chez l'enfant*), por GEORGES CANUYT (Estrasburgo). — *Révue Française de Pédiatrie*. Tôm. VI. N.º 5. 1930. Págs. 653-662.

O apreciado professor de clínica oto-rino-laringológica em Estrasburgo dá a público neste artigo de revista a sua comunicação feita à Reunião Pediátrica naquela cidade em Maio do ano que finda. Como justamente a questão da amigdalectomia total está na ordem do dia em França, aqui resumimos a interessante exposição do A.

Para se ser justo deve-se confessar que nos outros países, especialmente em Inglaterra, Alemanha e sobretudo na América, a questão da amigdalectomia total está considerada como assente. Se ainda se discutem algumas indicações, por demasiado imprecisas, a ablação total das amígdalas está admitida. O A. vem por isso falar na «necessidade da amigdalectomia total nas crianças».

Há duas maneiras de o fazer: ou arpoar as amígdalas, desalojá-las por extracção, e atacá-las em seguida pela sua face aderente, cortando ou dilatando o pedículo vaso-conjuntivo que as une à parede faríngea (ablação total); ou atacá-las pela sua face livre, em pleno parênquima, e ressecar da sua massa uma porção mais ou menos considerável, por secção ou por fragmentação (ablação parcial).

O A. só trata da primeira, a que deve ser feita nas crianças.

As funções de resorção e de secreção interna, bem como a hipótese das amígdalas representarem o papel dum gânglio linfático regional da mucosa nasal, parece que não passam de mitos. A função hematopoiética é indiscutível, a amígdala fabrica linfócitos como todo o tecido linfóide do organismo. Esta função é interessante e é possível seguir as modificações do sangue no decurso das infecções e sobretudo das intervenções nas amígdalas. Os trabalhos de Carrel, de Bordet, de Askanazy, etc., tendem a demonstrar que os órgãos linfóides contribuem largamente para a produção de substâncias imunizantes. As amígdalas patológicas parece serem desprovidas desta propriedade.

Outra hipótese é a das amígdalas serem órgãos de defesa contra agentes microbianos. A amígdala sã é talvez útil na defesa do organismo, mas ainda não foi possível demonstrar que ela se defenda melhor do que a mucosa da faringe.

Nada, pois, de fisiológico, se opõe à supressão da amígdala palatina, o que não quer dizer que se devam tirar sistematicamente as amígdalas a todas as crianças, considerando-as nocivas e perigosas. Não há razão para as suprimir, desde que estejam sãs. Quando elas estão doentes, vamos ver que tudo indica a sua ablação total.

A amígdala palatina ou bucal é uma porta de entrada para os micróbios, e sucumbe muitas vezes ante o ataque dos elementos inofensivos. Estes estão, no estado latente, nas criptas das amígdalas, duma maneira constante. Sob qualquer causa desfavorável, a infecção desenvolve-se, quasi sempre sob a forma de amigdalite aguda. O parênquima é invadido por micróbios que passam através do epitélio inflamado e às vezes necrosado.

O abcesso peri-amigdalino é um degrau mais avançado, uma forma de infecção mais virulenta e mais profunda.

Parece que as amígdalas são uma das portas de entrada do bacilo de Koch. Experimentalmente, quando se pincelam as amígdalas com bacilos tuberculosos, infectam-se rapidamente os gânglios cervicais.

O reumatismo sobrevém muitas vezes após a infecção amigdalina e os americanos colocam as doenças reumatismais no primeiro plano das infecções focais.

As relações entre a amigdalite e a escarlatina são muito interessantes. Parece estabelecido que a escarlatina é excepcional nas crianças que sofrem uma amigdalectomia total.

A apendicite é freqüente nas crianças sujeitas a anginas. A existência de certos bócios está ligada à infecção das amígdalas.

Em resumo, a amígdala desde que não seja uma barreira mas antes uma superfície de absorção, um meio de cultura, é lógico estudar as condições da sua supressão. Para isso é necessário estabelecer uma distinção fundamental entre a amígdala sã e a amígdala doente.

Talvez o órgão sã seja útil à defesa do organismo, o que ainda não se provou. Conservá-lo hemos. O órgão patológico é inútil, nocivo e mesmo perigoso, suprimi-lo hemos radicalmente e completamente pela amigdalectomia total.

A ablação parcial é insuficiente porque deixa ficar uma parte de glândula que continuará a manter a infecção e a espalhá-la nas diferentes partes do organismo.

Além disso pôde proliferar secundariamente e o pediatra tem de explicar à família que as amígdalas ... tornaram a crescer!

As indicações operatórias podem ser *locais* ou *gerais*. De entre as primeiras temos:

a) *Amigdalites agudas de repetição*: freqüentes em crianças que têm germes microbianos (estreptococo, estafilococo, pneumococo, espirilos e bacilos fusiformes) ao nível das criptas. Todos os invernos têm épocas de «doenças de garganta», para o que basta uma mudança de temperatura, uma corrente de ar, um simples resfriamento. Aparece então uma flegmasia da amígdala, exsudado pultáceo e reacção ganglionar cervical.

b) *Hipertrofia das amígdalas*, coexistindo na maior parte das vezes com a hipertrofia da amígdala naso-faríngea, e com amigdalite crónica.

c) *Amigdalite crónica*, que é a infecção parenquimatosa caracterizada anátomo-patologicamente pela esclerose. As criptas amigdalinas estão cheias de substâncias caseosas de cheiro fétido, ou de secreções purulentas. Os doentes queixam-se, sob o ponto de vista funcional, duma sensação de dificuldade, de volume, de corpos estranhos na garganta, e de tosse. O exame físico permite fazer sair restos de substâncias caseosas das criptas amigdalinas por uma pressão exercida ao nível do pilar anterior e do polo superior da amígdala. O hálito é fétido.

d) *A adenopatia cervical* é uma indicação operatória que é necessário conhecer nas crianças. Estes têm pequenos gânglios enfartados que persistem cronicamente, ao longo da jugular interna, sob o esterno-cleido-mastoídeo, e periodicamente sofrem do que outrora os nossos mestres chamavam febre ganglionar, isto é, dores de garganta, amigdalite aguda pultácea, hipertrofia

das amígdalas e repercussão ganglionar que se traduz numa tumefacção em massa da região cervical interessada, torticollis, temperatura elevada e mau estado geral testemunhando a infecção e a resorção.

A amigdalectomia dá nestes casos os melhores resultados, com a condição de eliminar a participação das vegetações adenóides e de modificar o terreno. Nunca é demais insistir neste ponto.

As supurações peri-amigdalinas e as supurações intra-amigdalinas são também indicação formal.

Entre as indicações *gerais*, insistem os autores americanos no reumatismo articular. O A. não pode ainda afirmar se lhes assiste razão, mas apenas salienta os seguintes factos: experimentalmente, reproduziu-se o reumatismo injectando em animais secreções colhidas nas amígdalas de doentes com reumatismo; clinicamente, há numerosos casos de reumatismo articular que principiam por uma angina e uma amigdalite; operatòriamente, em doentes radicalmente curados das suas crises reumatismas após supressão das amígdalas palatinas; o reumatismo articular é muito mais raro nos indivíduos tonsilectomizados; em certos doentes de reumatismo, a amigdalectomia total provoca uma verdadeira crise reumatismal nos dias immediatos à operação. Em resumo, esta operação está indicada, em casos bem determinados, como tratamento curativo e profilático do reumatismo.

Outra indicação está nas nefrites, segundo o A. Um grupo de autores francezes demonstrou que há lesões renais, em particular a nefrite hemorrágica, causadas por micróbios, sobretudo o estreptococo, detidos nas criptas amigdalinas. Os resultados são excelentes. As seqüelas operatórias immediatas caracterizam-se por uma recrudescência da quantidade de albumina nas urinas, que depois desaparece definitivamente. É essencial que a amigdalectomia seja total.

Há ainda uma série de complicações gerais cujo ponto de partida parece estar nas amígdalas. O A. apenas as enumera: perturbações gastro-intestinais, escarlatina, tuberculose, coreia, urticária, bócios, apendicite, as septicémias.

O A. usa o processo de Sluder-Ballenger, que entendeu ser o de eleição nas crianças.

MENESES.

A febre ganglionar linfemóide. (*Das lymphämoide Drüsenfieber*), por GLANZMANN (Berne). — S. Karger, Berlin, 1930. 235 págs. com 8 figs. e 3 págs. a côres. Ref. in *Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter*, Bd. 5, H. 3. Agosto de 1930. Pág. 264.

O A., baseando-se em estudos clínicos e hematológicos especiais, tem a febre ganglionar de Pfeiffer por uma doença individualizada e intitula-a «febre ganglionar linfemóide». Trata-se duma doença intecciiosa que aparece com febre sob as mais diversas formas. O mais característico dos sintomas é a tumefacção dos gânglios linfáticos, que se generaliza ou se limita um a único território. Muitas vezes observam-se aumentos de volume do fígado e do baço. Não é obrigatória a presença duma angina. O quadro hematológico é típico:

em vez duma polinucleose neutrófila, há um grande aumento da percentagem dos linfócitos, enquanto a dos pequenos monócitos baixa notavelmente. Chega-se a encontrar 86 % de células mononucleadas. O grau da alteração hematológica não tem significação para a gravidade da doença. A infecção passa de pessoa para pessoa, talvez também pelos alimentos. Da mucosa normal ou da pele passa o agente, com ou sem acidente primário, ao sistema linfático ganglionar.

A hiperplasia dos gânglios pode permanecer durante muito tempo, mesmo após retrocesso do processo inflamatório. A evolução da doença é quasi sempre benigna, a-pesar-de muitas vezes ser de longa duração. Reveste diversas formas, entre as quais a chamada abdominal, que se pode fazer confundir com uma apendicite e trazer dificuldades de diagnóstico.

MENESES.

Observações de lactantes atrépsicos tratados pelo extracto tiroideo.

(*Observations de nourrissons athrepsiques traités par l'extrait thyroïdien*), por P. NOBÉCOURT, R. LIÈGE e M.^{elle} GUÉRIN. — *Archives de Médecine des Enfants*. Tõmo 33. N.^o 11. Nov. 1930. Págs. 647-658.

Os AA. trazem cinco novos casos de crianças tratadas pelo método que nos serve de título.

Os dois primeiros casos respeitam a hipotrépsicos cuja nutrição parece irremediavelmente comprometida, cujos pesos ao fim de três meses e meio de idade andavam ainda à volta dos de nascimento.

O terceiro caso é o duma caquexia crónica devida a perturbações digestivas persistentes, durante muitos meses rebeldes a toda a dietética e a toda a terapêutica. Os dois últimos casos são os de hipotróficos, um dos quais prematuro, em estado grave, profundamente astenizados e desidratados.

Em todos estes doentes a acção do extracto tiroideo é manifesta. Não foi instituída medicação adjuvante alguma, nem modificado o regime; as injeções de soro, feitas nos dias antecedentes, foram suprimidas.

O primeiro fenómeno favorável foi, em todos os casos, a volta do *apetite*; a criança bebe o biberon todo e as regurgitações espaçam-se.

As *perturbações digestivas* melhoram; os vômitos desaparecem, as fezes não são tão fétidas, mais ligadas, menos cõradas.

A *curva térmica* estabiliza-se.

A *curva de peso* toma o seu curso crescente. Os aumentos diários podem ser consideráveis. A criança transforma-se. O panículo adiposo reconstitui-se, a pele retoma a elasticidade, as carnes são mais duras, o *facies* melhor e mais cõrado, o olhar anima-se, a criança está mais viva e alegre. Esta melhoria instala-se em poucos dias, podendo, porém, não ser imediata. Em certos doentes, de evolução irremediável para a caquexia, o efeito é fraco ou nulo.

As doses empregadas parecem grandes em relação à posologia habitual do extracto tiroideo dado por via bucal. Os AA. empregam ordinariamente um extracto líquido na dose de 5 a 10 centigramas, e estas quantidades parecem-lhes necessárias para obter efeito útil, enquanto raras vezes ultrapassam 2

centigramas de extracto sêco e muitos autores alguns miligramas apenas. Não há fenómenos de intolerância.

É prudente começar por doses fracas a-fim-de perceber a sensibilidade particular a cada doente: um quarto de ampola duma solução titulada a 10 centigramas por ampola de um centimetro cúbico. Vigiam-se as perturbações digestivas, as cardíacas, a agitação, a elevação térmica, que podem ser consideradas como sinais de intolerância.

Parece que também regulariza o metabolismo da água.

Não é, de facto, a única medicação que possui tais acções. A insulina, o açúcar de cana em altas doses, produzem efeitos comparáveis. Mostra-se eficaz em certos atrepsicos, razão bastante para que se empregue.

MENESES.

Processos de pesquisa apendicular. (*Verfahreu zur Appendix-Untersuchung*), por BERTHAL HOCH. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 39. 1930.

A-pesar-de de se fazer freqüentemente um diagnóstico exacto de apendicite, não deve nunca o clínico esquecer que muitos dos sintomas próprios a esta afecção também caracterizam lesões dos órgão vizinhos. Para isso toda a sintomatologia objectiva que se possa ir acumulando neste sentido deve ser aproveitada.

Mesmo quando se trate de facto duma apendicite, há que não esquecer outras incógnitas, que possivelmente ainda têm maior importância terapêutica e prognóstica. ; Trata-se duma apendicite simples ou perfurada? ; É ou não uma recidiva? A intervenção cirúrgica é, sob o ponto de visto pratico, o único caminho e o mais seguro, mas casos há onde ela se revela desnecessária; nem admira tratando-se dum órgão cuja fisiologia se desconhece.

Últimamente, no desejo duma maior exactidão de diagnóstico, tem-se lançado mão de todos os recursos: maior incapacidade, por parte doente, de suportar levantada a perna direita em relação com a esquerda; sensação de dor por repuxamento do testículo direito; diminuição do reflexo cremasteriano do mesmo lado; a análise do sangue, que nem sempre dá resultados seguros; a roentgendiagnose que dá principalmente noções nas inflamações crônicas do cego, etc. O A. aponta um método que lhe tem prestado bons serviços. Admite em primeiro lugar que a dor ao nivel dos pontos clássicos é devida à intromissão do conteúdo cecal, gases essencialmente, no apêndice; é sobre esta hipótese que assenta a manobra de Dreyer: a dor aumenta quando acumulamos gases no cego. Dêste modo e por meio duma cânula rectal introduz-se (cêrca de 830 cem.) ar no intestino, o que se pode verificar pelos raios X; após esta manobra, a dor ao nivel dos pontos indicadores da flogose apendicular torna-se mais pronunciada.

Este método presta bons serviços, sobretudo quando há que fazer a desrriça da apendicite crônica das afecções anexiais.

J. ROCHETA.

O tratamento da bartolinite purulenta. (*Zur Behandlung der eitriger Bartholinitis*), por KARL CZERWENKA. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 34. 1930.

O A., médico numa consulta de ginecologia, depois de constatar que muitas vezes, a-pesar de incisões largas, as bartolinites por gonoco levavam muito tempo para a cicatrização completa, resolveu empregar o coleval, devido à sua forte acção bactericida, tendo com êste procedimento obtido bons resultados.

Depois da desinfecção da vagina e da vulva, punciona-se com uma agulha grossa o abcesso no ponto de menor espessura parietal, na face mucosa do grande lábio correspondente, e, depois da aspiração tão completa quanto possível do pus, injecta-se na cavidade assim esvaziada um soluto aquoso de coleval a 5 ‰.

As dores e os incómodos provocados pela marcha desaparecem quasi sempre ao fim de 24-48 horas e a cura é quasi segura ao fim duma semana.

J. ROCHETA.

Acêrca do aparecimento de «tóxicos precoces» nas intervenções cirúrgicas. (*Über dos Auftreten von «Frühgiften» (H. Freund) bei chirurgischen operationen*), por WILLY KÖNIG. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 44. 1930.

A reacção geral orgânica nas intervenções cirúrgicas tem ultimamente sido objecto de muita atenção. O facto de o organismo inteiro reagir a intervenções locais está já hoje demonstrado scientificamente, como consta das numerosas observações feitas neste sentido: modificações na estabilidade coloidal, aumento das globulinas, do azoto residual e dos corpos cetónicos do sêro, deminuição da reserva alcalina, além das modificações nos próprios elementos figurados do sangue.

Aguns autores, Bürger e Granhan entre outros, admitem que esta reacção está em relação com os corpos proteicos e julgam que o choque provocado pela feridas se deve compreender em parte como uma caquexia protéinogénea.

A-pesar porém de todas as pesquisas, ainda hoje pouco se sabe acêrca do mecanismo da chamada por Freund hormona da destruição celular — Zell-Zerfallshormone — e todavia essa noção seria de muita importância para o cirurgião que em todas as operações, com as indispensáveis incisões e laqueações, se vê obrigado a destruir tecidos (principalmente no tecido celular subcutâneo e muscular), necroses que conforme o tato e a habilidade profissional atingem maior ou menor extensão.

A importância da destruição muscular é revelada pelos resultados obtidos, quando se injecta num rato um extracto de músculo extraído doutro rato após a sua morte, e que conforme as doses pode produzir o colapso mortal, acção que desaparece, porém, se elevarmos a temperatura do extracto à temperatura ambiente. Esta acção é idêntica à dos «tóxicos precoces» encontrados por Freund no sangue desfibrinado. Freund injectando num animal, sangue,

logo a seguir à sua desfibrinação, verificou que êste apresenta sinais mortais de choque. Êste autor chamou às substâncias produtoras dêste estado «tóxicos precoces» porque a sua acção começa a diminuir passando 1/2 hora, para depois dalgum tempo provocar outros fenómenos — febre, aumento de tensão, etc. Na destruição muscular originam-se os mesmos tóxicos, cuja acção desaparece quasi totalmente passada 1 hora e que, contrariamente ao sangue desfibrinado, não provoca depois aumento de tensão. Se nas intervenções cirúrgicas esta acção nem sempre se faz sentir dum modo evidente é porque a destruição muscular não se produz duma maneira absolutamente brusca.

A natureza química destas substâncias é ainda desconhecida, mas Zipf e Wagenfeld conseguiram, por ultrafiltração, obter êsses tóxicos de sangue desfibrinado e verificaram que, além da diminuição da pressão, havia uma dilatação dos vasos superficiais, especialmente das extremidades; vaso-constricção no território do esplâncnico, congestão hepática e aumento de volume dos pulmões.

Por isso se verifica a importância destas substâncias, sobretudo como tóxicos vasculares.

J. ROCHETA.

¿Pó ou pomada na higiene cutânea das crianças de peito? (*¿Puder oder Fett in der Hautpflege des Jungens Säuglings?*), por W. BAYER. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 41. 1930.

Na patologia das crianças de mama as lesões eczematosas são muito frequentes: desde a simples congestões às inflamações cutâneas difusas, e da insignificante descamação até o descloramento de grandes lamelas epidérmicas tudo se encontra nestas idades.

Quanto mais cedo se inicia o tratamento destas manifestações, a maioria das vezes de carácter exsudativo, tanto mais fácil é a sua cura e portanto maior se torna o número de vezes que assim se impede o aparecimento e a expansão de formas severas.

Desde que Czerny demonstrou que muitas destas manifestações representam a diátese particular da criança e indicou o caminho terapêutico baseado essencialmente na alimentação, o tratamento é feito tendo em conta êste ponto de vista. Todavia conjuntamente, não se deve desprezar o tratamento local, exterior, e assim como aquele por êrros dietéticos pode dar origem a lesões cutâneas, estas por sua vez também podem ter a sua causa por aplicações locais impróprias. A pele dos recém-nascidos encontra-se num estado de não maturação funcional (Becker), assim como as suas glândulas anexas; por isso ela resiste mal às influências exteriores e irritações. Ora até aqui tem-se empregado como meio de defesa diversas espécies de pós, que em geral, em contacto com a urina e as fezes, constituem pequenos conglomerados capazes de criar e entreter por si lesões irritativas, para evitar as quais se tinham empregado precisamente os pós. Procurou-se por isso substituir as pós pelas variadas pomadas conhecidas — vaselina, lanolina etc. — e os resultados não foram animadores, porque estas substâncias com facilidade escorregam à superfície da pele e depressa deixavam sem protecção as regiões mais fácil-

mente expostas a irritações. Empregou-se por isso, para uma melhor fixação à pele, a pomada já recomendada por Credé, feita com a secreção de certas enforbiáceas, e que no comércio tem o nome de Puerlan. Esta substância, usada nalguns dispensários e consultas infantis, provou muito bem a sua eficiência, verificando-se a vantagem do emprêgo de gordura em defesa da pele.

J. ROCHETA.

A metodização da colecistografia. (*Zur methodik der cholezystographie*), por W. HERMANN. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 41. 1930.

A colecistografia representa já hoje um progresso diagnóstico que ninguém discute; o que ainda não está completamente estabelecido é o modo de administração da substância de contraste, se *per os*, se intravenoso. O último modo, o inicial, tem ultimamente sido acusado de produzir acidentes, os quais em geral se podem evitar, e por isso foi bem recebida a substância que se emprega pelo método de ingestão, embora os resultados obtidos sejam inferiores. Se bem que o A. nunca tivesse nenhum dissabor pelo emprêgo sistematizado da via venosa, resolveu experimentar a combinação dos dois métodos. Injecta-se 1,5 a 2 grs. de Iod-Tetragnost Merck dissolvido em 20-30 grs. de água destilada e administra-se logo em seguida, por via oral, meia dose de Oral-Tetragnost. A primeira radiografia é feita 12-14 horas depois. As vantagens deste processo são as seguintes:

1) Assegura-se, com a dose por via venosa, uma certa quantidade de substâncias de contraste, que, junta à administrada pela bôca, garante uma boa chapa;

2) A dose injectada é tão pequena que a injeção está terminada ao fim de 5 minutos sem nenhuns incómodos para o doente;

3) Os vômitos que às vezes aparecem quando se administra a dose completa *per os* são assim evitados na grande maioria dos casos, para não dizer sempre.

A preparação do doente obedece às mesmas regras adoptadas ordinariamente.

J. ROCHETA.

Deve a tonsilectomia ser feita durante ou logo a seguir a uma inflamação aguda das amígdalas? (*Darf während oder bald nach Ablauf einer akuten entzündlichen Erkrankung der Tonsille tonsillektomiert werden?*), por S. LEVINGER. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 39. 1930.

O A. baseando-se na sua estatística operatória de tonsilectomias com abscessos peri-amigdalinos, e dos quais alguns tinham sido precedidos de anginas, prova que a opinião corrente da não operabilidade das amígdalas durante a inflamação das mesmas é uma opinião errônea, assim como é desnecessário um período de espera, após a amigdalite, para se proceder à operação. Sucede mesmo que as piores complicações imputáveis à tonsilecto-

mia são na sua maior parte devidas à técnica operatória, demasiado radical para o polo inferior.

As tonsilectomias praticadas pelo A. e que decorreram sem complicações foram feitas deixando sempre o polo inferior, facto que não prejudica o bom resultado da operação, visto que a operação radical não evita por sua vez que mais tarde reapareça tecido amigdalino. Nestas circunstâncias, quer se trate duma peri-tonsilite ou dum abcesso peri-tonsilar, a tonsilectomia imediata é o método de escolha. Se o doente recusa esta operação, o A. não emprega a clássica incisão através do pilar anterior, mas costuma fazer o descolamento do polo superior da amígdala de modo a descobrir e a libertar o foco inflamatório, o que, se nem sempre constitui uma cura radical, permite pelo menos uma tonsilectomia ulterior mais rápida.

J. ROCHETA.

Acêrca da Percaína, o novo anestésico local. (*Ueber dos neue Lokalanästhetikum Perkain*), por W. LENBENDER. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 39. 1930.

A percaína, aparecida há pouco, começa a impor-se como um dos melhores anestésicos locais conhecidos. Quimicamente, é o cloridrato da dietililena-diamida do ácido butil-oxicinchonínico e as provas a que tem sido submetida provam bem a sua eficácia, não só na anestesia troncular, de infiltração, como também na anestesia das terminações nervosas, superficial. Uma das suas mais interessantes propriedades, em comparação com os outros anestésicos, é a duração da sua acção, que se prolonga para além das 24 horas, acção reforçada ainda em meios de alta concentração hidrogeniônica e mais acentuadamente do que sucede à cocaína, não se podendo, porém, usar senão em soluções rigorosamente neutras para evitar a sua precipitação nos meios fracamente alcalinos. A percaína tem mais a vantagem duma mais lenta reabsorção, para uma concentração correspondente à da cocaína sob o ponto de vista anestésico, e, acima dos seus efeitos secundários *in loco*, verificou-se na rã o aparecimento de edemas, que embora produzidos por soluções mais concentradas do que se devem empregar, leva a rejeitar o seu emprêgo em concentração forte em determinadas regiões: laringe, uretra. No que diz respeito à sua acção vascular, a percaína é fracamente vaso-constrictora; por isso se aconselha a adição de adrenalina (10-20 gotas do soluto milesimal a 100 cm³ do soluto a 0,1 % de percaína) sobretudo em injeções subcutâneas. Acêrca da sua toxicidade, de facto maior que a da cocaína, os trabalhos clínicos têm revelado que a administração subcutânea de 50 a 100 c. c. dum soluto a 1 ‰ com a correspondente dose de adrenalina são bem suportados.

Nos poucos casos até hoje descritos com fenómenos de intoxicação, a administração do fármaco tinha sido superior a 10 miligramas. Os primeiros sinais de intoxicação são: vertigens, zumbidos, opressão e vômitos. Num caso grave apareceram contracções clónicas, perturbações respiratórias e cianose periférica.

Quanto à sua rapidez de eliminação, as experiências demonstraram ser

menor que a da cocaína, e êste facto, que à primeira vista pode parecer uma desvantagem, representa uma garantia para o seu melhor doseamento.

J. ROCHETA.

Biblioteca da «Lisboa Médica»

Obras recebidas:

Comité permanente de l'Office International d'Hygiène Publique. — Session extraordinaire du Mai 1930:

I. O *Comité* deu a sua opinião relativa às preparações que os governos propõem isentar da aplicação da *Convenção do ópio de Genebra de 1925*.

II. Anteprojecto de disposições relativas ao contraste sanitário da navegação aérea.

III. Revisão do Código Internacional de Sinais.

IV. Aplicação da convenção sanitária internacional.

V. O *Comité* tomou conhecimento dos estudos sôbre a peste realizados na Índia Britânica, sôbre as condições do aparecimento do cólera na Índia Britânica e a febre amarela do Rio de Janeiro.

A Comissão da Variola e da Vacina Antivariolica apresenta um relatório sôbre três problemas:

1.º — A definição dos termos *variola major*, *varioloide*, *variola minor* ou *alastrin*.

2.º — A situação actual da *encefalite post-vacínica*.

3.º — A técnica da vacina antivariolica.

A vacina contra a *tuberculose* pelo B. C. G. em injeções subcutâneas. O *tifo exantemático na Rússia*.

A *febre exantemática* constitui o tipo de um grupo caracterizado pela escara de entrada, adenite e a linfangite, donde o nome de *febre escarar-nodular*.

A *febre ondulante* e o *bacilo de Bang*.

A *tularemia*.

A *psitacose*.

A *poliomielite*.

A *meningite cérebro-espinhal* na Turquia.

A epidemia da *encefalite*.

A profilaxia da *trpanosomiase* na Africa Equatorial francesa, etc.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdades de Medicina

Foi publicado um decreto contendo o parecer da Procuradoria Geral da República acêrca das disposições legais relativas aos assistentes. Nesse decreto se estabelece que fica revogado o disposto no § único do artigo 116.º do decreto n.º 12.426 de 2 de Outubro de 1929, o qual mantinha em vigor para os actuais assistentes as demais disposições das leis anteriores. As reconduções dos assistentes actuais são atribuição do Conselho Escolar. Quaisquer nomeações feitas noutros termos são insubsistentes.

Do Pôrto

A Faculdade de Medicina do Pôrto pediu autorização ao Ministro da Instrução para criar um curso de enfermeiros visitantes de higiene.

De Coimbra

O Conselho da Faculdade de Medicina abriu concurso para 2 lugares de assistente do grupo de medicina interna.

Por deliberação do mesmo Conselho foram também postos a concurso os lugares de assistentes de anatomia, dermatologia, neurologia e psiquiatria e obstetrícia.

—O Dr. Manuel Joaquim da Costa, professor agregado da Faculdade de Medicina, foi autorizado a realizar uma missão de estudo em Estrasburgo durante 8 meses.

De Lisboa

Por determinação do Ministro da Instrução ficou sem efeito a recondução definitiva do Dr. Brito Fontes no lugar de assistente de anatomia da Faculdade de Medicina. O Dr. Brito Fontes recorreu para o Supremo Conselho de Administração Pública.

* * *

Sociedade Portuguesa de Biologia

Secção de Lisboa

A sessão inaugural da Secção de Lisboa da Sociedade Portuguesa de Biologia realizou-se no dia 10 de Novembro sob a presidência do Prof. Silvío Rebêlo.

Foram apresentadas as comunicações seguintes: Gonçalves da Cunha — O estudo do papel do nucléolo durante a mitose somática. Anselmo da Cruz — A estrutura estereo-química do ácido metil glicurónico obtido por ingestão de mentol. João Tapadinhas — O estudo da fosfatose das folhas verdes. Simões Raposo e Artur Fervereiro — Experiências sobre a eritrocitose adrenalínica.

Sessão de 15 de Dezembro:

Comunicações: Eduardo Coelho — O equilíbrio ácido-básico na doença de Basedow e no mixoedema; suas relações com os valores do metabolismo basal. F. Ramalho e Boto — O crescimento da sardinha. Celestino da Costa — Sobre a origem dos gânglios nervosos da cabeça. Maia Loureiro — Vitamina D do óleo de fígado de bacalhau e ergosterina irradiada.

Secção de Coimbra

No dia 25 de Novembro efectuou-se uma reunião da Secção de Coimbra da Sociedade Portuguesa de Biologia, presidida pelo Dr. Luís Carriço.

O Dr. Maximino Correia apresentou os resultados da acção da água de Vidago, por via endovenosa, nas células do sangue do coelho.

O Dr. Vicente Henrique de Gouveia estudou os movimentos de circulação da colaia no choque anafilático e a possibilidade de os produzir por injeção intracardiaca do ar.

O Dr. Abílio Fernandes expôs três trabalhos sobre o número e morfologia dos cromosomas de algumas espécies botânicas do género aloés e doutros géneros.

* * *

Sociedade Portuguesa de Estomatologia

Realizou-se no dia 6 a sessão inaugural do novo ano da Sociedade Portuguesa de Estomatologia.

Propuseram-se, antes da ordem da noite, votos de sentimento pela morte da mãe do Prof. Henrique de Vilhena e pela cunhada do Sr. Ferreira Paula.

O Dr. Tiago Marques, que presidiu à sessão, falou sobre o Congresso de Estomatologia realizado em Veneza.

O Dr. Ferreira da Costa relatou os trabalhos que fez, com a colaboração do Dr. António Jorge, sobre a polpa dentária. Em várias preparações microscópicas encontraram figuras lembrando a estrutura das glândulas endócrinas, o que confirma a hipótese, que previamente haviam formulado, da possível existência de uma secreção interna na polpa dentária.

Esta comunicação foi discutida pelo Dr. Tiago Marques.

* * *

Instituto Bacteriológico Câmara Pestana

Abriu-se concurso no Instituto Bacteriológico Câmara Pestana para o provimento de um lugar de médico subchefe de serviço.

— Foi nomeado assistente livre do Instituto o Dr. João Avelar Maia Loureiro.

* * *

Escola de Medicina Tropical

Da regência da cadeira de Climatologia e Geografia médicas da Escola de Medicina Tropical foi encarregado o Dr. José Firmino Santana, professor da cadeira de Higiene e Bacteriologia da mesma Escola.

* * *

Associação dos Médicos Portugueses

Em sessão presidida pelo Dr. Martinho Rosado foi discutido o projecto de lei sôbre o exercício legal da medicina.

Falaram sôbre o assunto os Drs. Raúl Faria, Tiago Sales, Tiago Marques, Mac-Bride, Arlindo Monteiro e Almendra.

* * *

Curso de Hidrologia e Climatologia Médicas

Já abriram as aulas do Curso de Hidrologia e Climatologia Médicas.

* * *

Instituto Central de Higiene Dr. Ricardo Jorge

Foram nomeados professores do curso de Medicina Sanitária e Prática Sanitária do Instituto Central de Higiene Dr. Ricardo Jorge os Drs.: A. Gonçalves Braga, inspector chefe de sanidade marítima e internacional, para a regência de epidemiologia e sanidade marítima; Manuel de Vasconcelos Carneiro e Meneses, inspector chefe de higiene do trabalho e das indústrias, para salubridade e higiene industrial; Carlos Arruda Furtado, inspector chefe de sanidade terrestre, para prática sanitária; A. Pina Júnior, inspector chefe de demografia sanitária, para legislação sanitária e estatística; Raúl de Carvalho, adjunto do inspector de epidemiologia e profilaxia de moléstias infecciosas, para desinfecção e inspecção e fiscalização de géneros alimentícios; Fernando Waddington, médico analista, para química sanitária.

* * *

Institutos de Investigação Científica

O *Diário do Governo* publicou um decreto em que se estabelecem as normas da criação dos Institutos de Investigações Científicas. Conceder-se há êste título aos estabelecimentos universitários que pelos trabalhos neles realizados se tenham transformado em activos centros de investigação. A concessão do título de instituto de investigação científica representa uma recompensa à carreira científica dos respectivos directores.

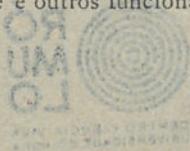
A investigação continúa a ser considerada como uma das funções principais das Universidades e como obrigação do respectivo pessoal.

* * *

Higiene e saúde pública

Em Benavente foi inaugurado um Dispensário de Higiene Social e um Pósto de Protecção à Infância.

Ao acto inaugural, que se realizou no Hospital da Misericórdia, assistiram o director geral de saúde e outros funcionários dos Serviços de Saúde.



* * *

Variola em Angola

Em Benguela, Bié e outras regiões da colónia de Angola grassou uma epidemia de variola que agora está declinando mercê dos cuidados da Direcção dos Serviços de Saúde, que empregou fundamentalmente a vacina geral em mais de 5 pessoas, o isolamento dos infectados e a proibição da saída dos indígenas para outros pontos sem prévio exame médico.

* * *

Bernardino António Gomes

No dia 12 de Novembro realizou-se a cerimónia da inauguração do monumento ao Dr. Bernardino António Gomes (filho), e da placa que dá o nome de Bernardino António Gomes (pai) à praça que fica fronteira ao Hospital de Marinha.

Durante a cerimónia, a que assistiram o Presidente da República e o chefe do Governo, falaram o capitão de mar e guerra médico Dr. Freitas Monteiro e o Dr. Silva Carvalho, que historiaram a vida destes notáveis médicos portugueses.

* * *

Homenagens

A vila de Montemor-o-Novo prestou solene homenagem ao Dr. Baptista Loureiro, médico municipal.

— Também foi prestada homenagem ao Dr. Homem de Vasconcelos, antigo inspector chefe de sanidade marítima internacional, pelos funcionários da Direcção Geral de Saúde.

* * *

Necrologia

Faleceram em Lisboa os Drs. António Dias do Amaral Pirrait e Manuel de Amorim, director da Casa de Saúde das Amoreiras.





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 180 gr.
de água fervida
quente.
Crianças : 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, 1.^o — LISBOA

FORMITROL

O formaldeído é um poderoso desinfectante que no uso externo, se emprega em larga escala. Há vinte anos, quando se experimentou o valor dos produtos bactericidas como medicamento interno, o formaldeído revelou-se o mais apropriado de todos. As experiências sobre a cultura dos bacilos provaram que as doses muito mínimas de formaldeído impediam o desenvolvimento de micróbios patogénios, por exemplo a difteria, a escarlatina, tífos, etc. Foi em seguida a estas experiências que as pastilhas de Formitrol foram creadas: cada pastilha contém 0,01 gr. de formaldeído. Um dos nossos colegas escreve-nos: «Utilisei com sucesso, eu próprio e duas crianças, as vossas pastilhas de Formitrol. Não deixarei de recomendar calorosamente esta preparação».

Dr. A. WANDER, S. A., BERNE

Amostra gratuita e literatura pedindo-se á firma

ALVES & C.^A (Irmãos)

RUA DOS CORREIROS, 41, 2.º

LISBOA

Salva

Est

Tab

N.