



# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

## DIRECCÃO

PROFESSORES

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

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

*Eduardo Coelho*

REDACTORES

*Morais David, Fernando Fonseca, António de Meneses,  
Eduardo Coelho, José Rocheta e Almeida Lima*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

# KALOGEN

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

## TONICO RECONSTITUINTE RECALCIFICANTE

Depositarior para Portugal e Colonias

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> — 240, Rua da Palma, 246 — 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. Provanque a apordia produzem **diurese prompta**, reanimam o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA**, Lesões **MIRRAES, CARDIOPATHIAS da INFANCIA e dos VELHOS**, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

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

Muitos **Strophantus** são inertes, as tinturas são inoffensivas; exigir o 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

agradavel de tomar

Verdadeiro substituto do

oleo de ricino vulgar

|| INDICADO PARA ||

**CRIANÇAS • GRÁVIDAS • PUÉRPERAS**

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

PARA AMOSTRAS DIRIGIR-SE AOS REPRESENTANTES:

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> — RUA DA PALMA, 240

LISBOA

Sala B

Est. 9

Tab. 1

N.º 108

# Película EASTMAN

para Raios X  
Contraste Dupli-Tized

Películas radiográficas

## Pathé

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

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

Películas radiográficas rápidas.  
Películas radiodiaphanas.

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

**Kodak, Limited — Rua Garrett, 33 — LISBOA**

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  
28 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

GIMENEZ - SALINAS & C.<sup>a</sup> - Rua da Palma, 240 - 246 — LISBOA

## SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

**TOXICIDADE** consideravelmente inferior

à dos 606, 914, etc.

**INALTERABILIDADE** em presença do ar

(Injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI<sup>e</sup>)

DEPOSITARIOS  
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.<sup>a</sup>, L.<sup>da</sup> 45, Rua Santa Justa, 2.<sup>o</sup>  
LISBOA

**Cloreto de Calcio Puro e Estabilizado**

30 GOTAS = 1 GR. DE CLORETO DE CALCIO

# SOLUCALCINE

recomenda-se:

**Em todas as Descalcificações**

TUBERCULOSE, GRAVIDEZ, TETANIA, ECLAMPSIA

**Em casos de Edema e Ascite**

**Em todas as hemorragias internas**

E A TITULO PREVENTIVO ANTES DAS INTERVENÇÕES CIRURGICAS

**COIRRE, 5 Bd. du Montparnasse, Paris (6°)**

AGENTES GERAIS: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>ª</sup> — 240, RUA DA PALMA, 246 — LISBOA

**SENHOR DOUTOR!**

Sirva-se receitar em fumigação

**o PÔ EXIBARD**

*Sem Opio nem Morphina*

o qual allivia sem demora,

a **ASTHMA.**

Para evitar as contrafacções  
exija-se a assignatura

*Exibard*

H. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C<sup>ª</sup>, 6, Rue Dombasle, Paris, e boas Pharmacias.

**acção****pureza****inalterabilidade absolutas**

eis as características  
e os fundamentos

do renome mundial da

marca

**INSULINA****para a DIABETES**

registada

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

FOLHETO DE 40 PÁGINAS  
GRATIS A MÉDICOS

FRASQUINHOS  
de 100, 200, 400 e 500 unidades

Representantes exclusivos deste produto:

**COLL TAYLOR, LDA.** — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA — TELE } F. 2 1476  
G. DELTA

Agente no PORTO

**M. PEREIRA DA SILVA,** L. L0108, 36. Telefone 701

**allenburys**

alimentos de confiança para o bebé tomar

e para o médico receitar

VITAMINADOSAFAMADOSSCIENTIFICAMENTE PREPARADOS**GARANTIDOS**

n.º 1 — recém-nascidos  
n.º 2 — dos 3 aos 6 meses  
n.º 3 — depois dos 6 e adultos  
BISCOITOS — " " 10 meses.

PEDIR FOLHETO DE 32 PÁGINAS

Representantes de ALLEN & HANBURY'S, LTD. — LONDRES:  
**COLL TAYLOR, LDA.** — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA

Tele | F. 2 1476  
G. DELTA

Nas afecções  
agudas das  
vias respiratórias  
superiores a



## *Antiphlogistine*

aplicada quente e em camada espessa sobre a região afectada, produz em geral um alívio marcado, e é um coadjuvante de vantagem incontestável, no tratamento das afecções seguintes:

### AMYGDALITE

Nas afecções agudas da faringe e da laringe, a *Antiphlogistine*, aplicada sobre o pescoço, contribue a acalmar a dor, e a reduzir a inflamação e a congestão dos tecidos daqueles órgãos. Graças à sua plasticidade, o penso de *Antiphlogistine* colo-

### PHARYNGITE

ca-se em qualquer posição segurando-se com facilidade com uma tira de sparadrapo colocada sobre o alto da cabeça, processo este que assegura o suporte mecânico necessário, o repouso e uma acção terapêutica prolongada.

### LARYNGITE

**The Denver Chemical Mfg. Company,**  
163 Varick Street, New York, U. S. A.  
Representantes em Portugal:

**ROBINSON, BARDSLEY & Co., Ltd.**

Casa do Sodré, 9, 1.º

LISBOA

# Salvitae

## Nas Toxemias da Gravidez

E' possível, por meio de alimentação ideal, apropriadamente seleccionada, suprir todas as necessidades minerais básicas do corpo, mantendo assim uma adequada reserva alcalina; mas é tão raro alcançar-se este desideratum, que a administração do SALVITAE serve como uma racional medicação.

SALVITAE, protege, de uma forma eficiente, o organismo contra acidose e toxemias da gravidez, suprimindo-o de saes minerais (sodio, potassio, calcio, magnesia, etc.) dos quaes depende a integridade do equilibrio acido basico do corpo.

AMERICAN APOTHECARIES CO.,

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

Agentes em Portugal:

**Simenez - Salinas & C.<sup>a</sup>**

240, Rua da Palma, 246 - LISBOA





O **hemostático** ideal para hemorragias de toda a ordem, cirurgia, ginecologia, obstetricia, otologia, etc.



# STYPTICINA MERCK

(Cloridrato de cotarnina)

Principalmente as hemorragias uterinas são sustadas pela  
**STYPTICINA**  
com extrema rapidez.

Embalagens: Stypticina em grageias de 0,05 gr. Tubos de 20 grageias  
Stypticina em ampólas de 1 c.c. : 10%. Caixas com 5 ampólas.  
Stypticina em substância para receitas.

Peçam amostras e literatura a:

**E. Merck-Darmstadt**  
Secção Científica Lisboa  
Rua dos Douradores, 7  
**LISBOA**

Representantes:  
**Estabelecimentos Herold Lda.,**  
Rua dos Douradores, 7  
**LISBOA**

O proferido por todos  
que o conhecem. Sem-  
pre fiel, não admitindo  
erros na marcação dos  
graus da febre. . . . .  
Precisão absoluta. . . . .



SÃO FABRICADOS COM O MELHOR  
CRISTAL INGLÊS NA FABRICA DE  
BARNBURY, DE LONDRES, SOB  
A FISCALISAÇÃO CIENTÍFICA DOS  
SEUS PROPRIETÁRIOS. . . . .

**NEGRETTI & ZAMBRA**

*Vendem todas as farmácias do país*

Fabricantes:

**Negretti & Zambra**  
38, Holdorne Viaduct  
L O N D R E S

O DE MAIOR INOCUIDADE E ALTA EFICACIA

Syphilis:

**Bismogenol**

Laboratorios  
E. Tosse. Hamburgo

FAMA MUNDIAL

AMOSTRAS E LITERATURA AOS MÉDICOS

REPRESENTANTE PARA PORTUGAL: **SALGADO LENCART**  
PORTO — Rua 31 de Janeiro, 203

SUB-AGENTE: **A. G. ALVAN** - R. da Madalena, 66, 2.º - LISBOA

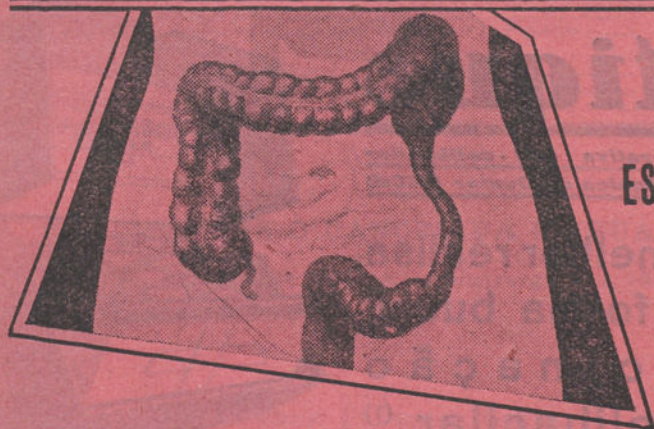
---

---

**ALGUNS ASPECTOS DA FISIOLOGIA INTESTINAL**

---

---

**INTESTINO  
ESPASMÓDICO**

**N**OS doentes que têm tomado catárticos, por um período muito longo, sem consentimento médico, encontra-se frequentemente um intestino espasmódico. O 'Petrolagar' está indicado definitivamente para o tratamento destes casos, porque:

- 1.º Exerce uma acção suave e moderada.
- 2.º Produz uma boa evacuação natural.
- 3.º Educa o intestino para se obrar diariamente à mesma hora.

# 'Petrolagar'

(Marca Registada)

*O 'Petrolagar', é uma emulsão de sabor agradável de 65% de parafina medicinal pura emulsionada com agar-agar. V. Ex.ª poderá prescrevê-la sem receio.*

**PETROLAGAR LABORATORIES LTD., BRAYDON ROAD, LONDRES N. 16  
INGLATERRA**

*Representante em Portugal:*

**RAUL GAMA, RUA DOS DOURADORES, 31, LISBOA**

---

## 2 novidades em vacinoterapia

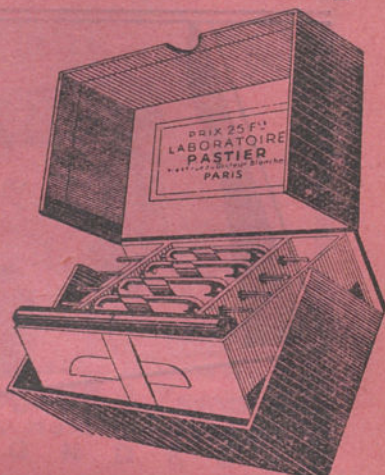
Dupla superioridade { Acção directa sobre o micróbio  
Ausência de reacção febril . . .

# 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



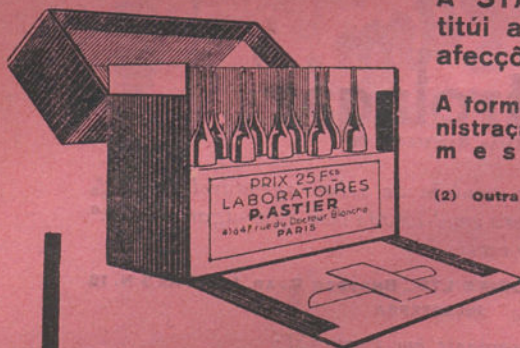
# stalysine

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 ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche — PARIS

ou nos representantes para Portugal e Colónias

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> — R. da Palma, 240-246 - Lisboa



## SUMÁRIO

### Artigos originaes

<i>Sôbre o cancro da lingua</i> , pelo Prof. Francisco Gentil.....	Pág.	801
<i>Adenocarcinoma do cego. Intussuscepção crónica. Colectomia</i> , por Machado Macedo .....	»	831
<i>A prova da morfina</i> , por José M. Fardo Urdapilleta e Juan Martinez Diaz .....	»	846

### Notas clínicas

<i>Um caso provável de Sodoku. — Mais um caso de febre escaro-nodular</i> , por Mário Moreira.....	»	852
<i>Espirequetose ictero-hemorrágica em Lisboa</i> , por L. Figueira .....	»	855
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i> .....	»	857
<i>Bibliografia</i> .....	»	886
<i>Noticias &amp; Informações</i> .....	»	LXXXV

## SÔBRE O CANCRO DA LÍNGUA

Da cirurgia de 1901 à radiocirurgia de 1931 (1)

PELO

PROF. FRANCISCO GENTIL

Falar sôbre cancro da língua é tratar uma questão que se apresenta sob um aspecto duplamente doloroso; por ser uma doença de marcha e forma as mais cruéis, e porque a cirurgia, que nós há 30 anos julgávamos — ingenuamente — radical, teve de ceder o seu lugar, perante os resultados obtidos, à radio-cirurgia.

Foi, porém, êste duplo aspecto do problema, levantado pela patologia do cancro da língua, que me fez escolher para tema da nossa palestra a terapêutica das neoplasias linguais, procurando dizer a nossa opinião sôbre o tratamento precoce dêste horrível mal, e procurando também demonstrar que os cirurgiões precisam saber antepor às preocupações de estreita especialização técnica, o interêsse dos doentes.

Assim tem de ser, e o cirurgião precisa saber mostrar-se progressivo, não se prendendo a métodos envelhecidos. Isto não exclue aquela afirmação aqui produzida, nas Jornadas de 1929, por Goyanes, de ser «em cirurgia profundamente conservador».

(1) Conferência lida na Universidade de Santiago de Compostela, em 27 de Agosto, durante as Jornadas Médicas Galegas.



CENTRO CIÊNCIA VIVA  
UNIVERSIDADE COIMBRA

Todos nós procuramos ser conservadores: da vida, dos órgãos, das funções, mas não de métodos terapêuticos, mesmo quando nos tenham dado resultados que nós reputámos excelentes.

Foi a propósito dos sarcomas dos ossos que GOYANES se disse conservador e citou um enxerto pediculado do peróneo; tenho um caso igual desde 1906, mas isso não me impede de aplicar outros métodos de tratamento nos sarcomas dos ossos.

Ora, no cancro da língua acontece-nos o mesmo, temos de abandonar métodos que nos deram casos felizes, trocando-os por outros que aos doentes garantam, sem mutilação, sem os riscos de uma grande intervenção, resultados superiores.

O cancro da língua apresenta, aparentemente, aspectos paradoxais, pois sendo de constituição histológica, na maioria dos casos, semelhante à de neoplasias relativamente benignas — quando localizadas noutros tecidos — é o mais cruel, o mais grave e talvez, ainda hoje, dos mais difíceis de curar. Sobre esta forma tão especial de neoplasia dizia J. L. FAURE a SEBILEAU:

«Le cancer de la langue n'est pas de lui-même plus grave qu'un autre, mais ce qui fait sa malignité *particulière* c'est que tel que nous le voyons d'habitude, nous ne pouvons pas souvent l'extirper sans tuer le malade».

Abandonado à sua evolução, mata no prazo máximo de dois anos, em regra, e pode, em 6 a 7 meses, arrastar para o túmulo um organismo vigoroso. Em média, do seu início à sua terminação, dá uma vida de 12 a 18 meses. Operado, recidiva com tal freqüência e precocidade, que mais parece continuar-se por incompleta extirpação.

É por estas razões e pela sua difusão linfática, que esta neoplasia se deve considerar altamente maligna, embora histologicamente se não possa considerar como tal. A metástase a distância, *característica de malignidade*, é muito rara no cancro da língua; e a-pesar-disso êle conserva, como há 30 anos, as características de um mal horrível. É precocemente doloroso, ao contrário do que se observa correntemente no cancro, e sendo atroz a dor física por êle provocada na língua, e, tanta vez, no ouvido, prejudica também, no início da sua evolução, os movimentos da língua, dificultando a alimentação e a palavra. Ao

abrir-se a lesão primitiva, quando não principia já sôbre uma úlcera, aparece hipersecreção de muco e de saliva, correndo constantemente da bôca, com cheiro fétido e repugnante. A lesão principia de preferência no bordo lingual.

Em 1928, 29 e 30, observámos na Consulta do Instituto do Cancro 104 casos, e dêsses, 31 estavam localizados no bordo esquerdo da língua, para diante dos grandes molares, 25 no bordo direito, e, dos restantes, havia 17 que já pelo seu desenvolvimento eram da face superior (7) ou da inferior (10) e 5 que ocupavam metade da língua, sendo 3 à esquerda e 2 à direita.

Aqui, como na maioria das estatísticas, predomina a localização nos bordos da língua, sendo mais freqüentes as neoplasias iniciadas nos dois terços anteriores. E ainda bem que assim é, pois as estatísticas mostram ser mais freqüentemente curável o cancro dos dois terços anteriores da língua.

Basta citar, como exemplo, as recentes estatísticas, em que se curam um quarto dos localizados no têrço posterior e um têrço dos localizados nos dois terços anteriores. Se dividirmos estas localizações em grupos, segundo as diferentes fases das neoplasias, a proporção em que uns e outros se curam apresenta ainda maior diferença.

No Instituto de Lisboa, em 88 casos, só observámos 15 bem limitados, e todos nós sabemos quanto difere o prognóstico para além desta fase ou em lesões ainda limitadas. Passado o primeiro e bem curto período de início, a lesão progride rapidamente nos tecidos que a cercam, mortifica-se, necrosa aos pedaços, elimina massas esfaceladas, dá hemorragias repetidas, em regra graves, intensas, e mata. Mata por hemorragia, mata por inanição, esgotando o doente, mata por pneumonia séptica e gangrena pulmonar, mata por perturbações gastro-intestinais, por infecção geral.

É êste quadro clínico — que nós deveríamos fazer desaparecer e era fácil consegui-lo, com uma campanha em favor do diagnóstico precoce — é êste quadro, pelos sofrimentos que produz, pelo desespero provocado nos doentes, hora a hora, seguindo o progresso do seu mal, para êles irremediável, que origina a mais atroz dor moral. Excede em horror e em crueldade, em dor física e em dor moral, qualquer outra localização do cancro.

Quanto esta horrível situação deveria fazer estudar mais cuidadosamente as causas locais do cancro da bôca em geral, e especialmente do cancro da língua, para se saber o que há de verdade em estatísticas sôbre as causas locais dos carcinomas, variando desde os 6 0/0 de EHRLICH aos 80,5 0/0 de BRODERS para o tabaco, e dos 21 0/0 de BLOODGOOD aos 80 0/0 de FOURNIER para a sífilis.

A higiene dentária e bucal, como a supressão de irritantes, são medidas seguramente úteis na profilaxia do cancro da língua. Extirpação de estados precancerosos e em especial das leucoplasias (técnicas de BUTLIN, figs. 1, 2 e 3) pois estas encontram-se sempre em marcha para o cancro e existem em 50 0/0 de todos os cancros linguais, (KUMMEL) são práticas a impor como regra geral.

A-pesar-dêste triste quadro, ; quantos doentes foram curados e curados definitivamente ou melhorados durante anos, com as intervenções que já há 30 anos eram correntemente empregadas!

Os nossos mestres já obtinham belos resultados, embora em raros casos; mas há na verdade uma grande melhoria terapêutica que pode considerar-se iniciada em 1901. Foi quando MORESTIN, no Congresso Francês de Cirurgia, apresentou o seu trabalho sôbre o esvaziamento ganglionar e a extirpação neoplásica, melhorando os resultados por a sua técnica diminuir as infecções post-operatórias.

Muitas publicações, seria impossível citá-las, apareceram no período então iniciado ou foram conhecidas pela atenção prestada à terapêutica cirúrgica do cancro lingual, após a comunicação de MORESTIN.

Na mesma orientação estavam publicados, entre muitos outros, os trabalhos de DÖLLINGER, BASTIANELLI, etc., firmando-se nessa massa de publicações a atmosfera em que irrompeu a forte campanha de POIRIER na Sociedade de Cirurgia. As afirmações por êle feitas, nem sempre justas, foram úteis, e fixaram, durante um largo período, a atenção e o trabalho dos cirurgiões sôbre uma doença a que facilmente fugiam, quando não possuíam a alta compreensão do dever profissional de BUTLIN, que pacientemente trabalhava já, havia mais de 20 anos, na cirurgia do cancro da língua.

Quando POIRIER afirmava em 1902 que o cancro da língua



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.<sup>a</sup>**

Rua da Palma, 240 - 246

**L i s b o a**



# NORMACOL

A prisão do ventre crónica pede antes de tudo um tratamento absolutamente inofensivo e não irritante. Sob esta ideia foi creado o

## NORMACOL

que sem ser por si nutritivo, dá, todavia, aos alimentos ingeridos uma composição e uma consistencia que favorecem a função intestinal. Sendo, portanto, mais um „correctivo da alimentação” do que um „medicamento” não tem algum inconveniente. Latas de 100 e 250 grs. Peça amostras e literatura a

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



tinha sempre sido, até aí, mal operado, com operações mal regradadas, incompletas, feitas com instrumental imperfeito, sem bons hábitos cirúrgicos, sem cuidado nos detalhes de técnica operatória, só devendo admirar-se a cura de alguns doentes e não as frequentes recidivas; POIRIER, não era inteiramente justo, mas era de uma incontestável utilidade para divulgar conhecimentos úteis. BUTLIN já tinha feito bem mais do que POIRIER, mas este,

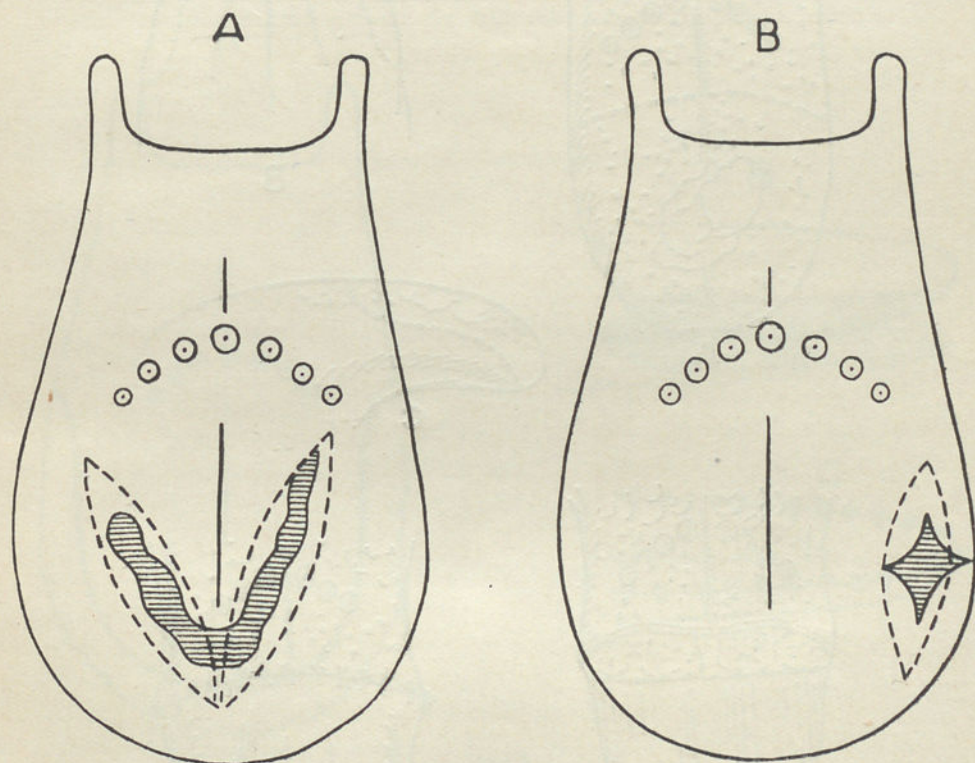


Fig. 1

mercê da língua e da tribuna empregadas, foi um utilíssimo vulgarizador. POIRIER focou o problema e fez sair das discussões estéreis sôbre a via a empregar, a extensão das lesões para resolver a operação e a largueza desta, e principalmente pôs de modo brilhante o problema da invasão ganglionar cervical.

Eram já então conhecidas as técnicas de JAEGER, de COLLIS (de Dublin), de ROSER (para procurar o nervo lingual), de KRÖN-

LEIN (para o trigémio), em que se prolongava por uma incisão a comissura bucal para abrir acesso fácil à língua. Conheciam-se as intervenções por via sub-mandibular à BILLROTH, VERNEUIL, KOCHER e outros; a secção da mandíbula à ROUX ou à SEDILLOT.

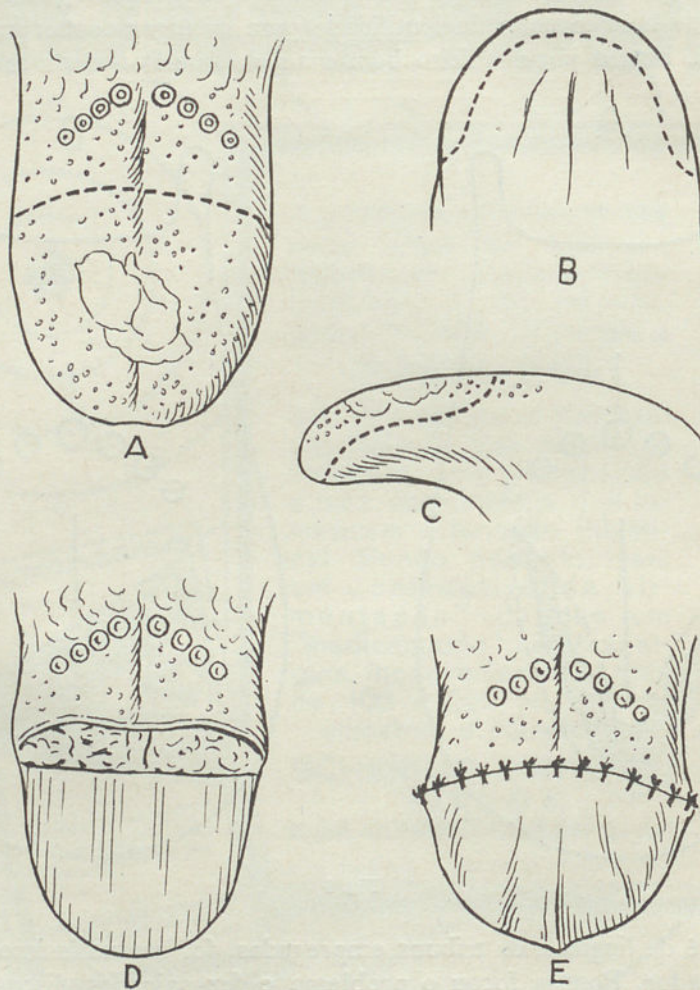


Fig. 2

Já VERNEUIL aconselhara a extirpação sistemática dos gânglios e das glândulas sub-maxilares. Fazia-se a laqueação prévia das linguais, e ia-se, em alguns casos, até a laqueação das carótidas,

KOCHER, na 4.<sup>a</sup> edição do seu *Manual de Cirurgia Operatória*, escrevia sôbre o método geral da extirpação dos neoplasmas epiteliaes da língua dizendo:

«Se queremos proteger a ferida contra uma infecção muito grave e se queremos conjurar o perigo da pneumonia por deglutição, é necessário limpar bem os dentes, a bôca e as fauces, tirando o tártaro dentário, arrancando os dentes cariados (não se

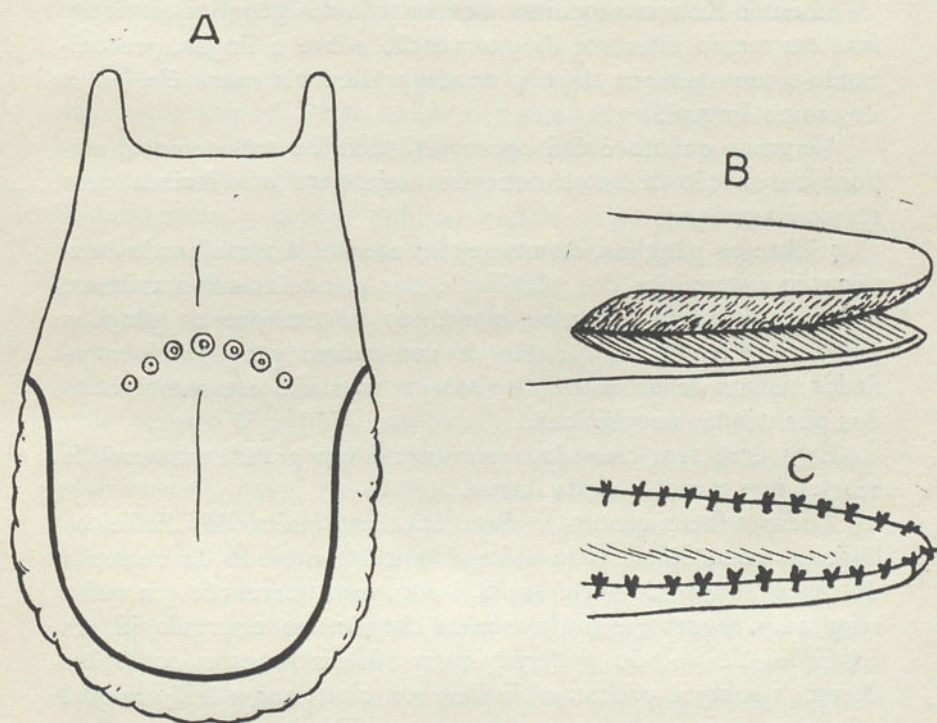


Fig. 3

podem poupar dentes) e cauterizando todos os sitios ulcerados. Pequenos abscessos e focos de decomposição nas amígdalas devem ser cuidadosamente desinfectados».

Além disso, KOCHER insistia sôbre a indicação de não prejudicar o mecanismo da deglutição, para favorecer a saída bucal das secreções, evitando a sua aspiração e deglutição. Insistia sôbre a necessidade de seccionar os músculos, *mas só os músculos*, a ter-

mo-cautério para diminuir as probalidades de infecção. E, estabelecendo estas bases, afirmava:

«No nosso processo actual não praticamos a traqueotomia profilática, o tampão traqueal e a hemóstase preventiva, e isto representa um progresso considerável».

KOCHER, a não ser nos pequenos neoplasmas, situados na parte anterior ou no bordo da língua, praticava sempre a técnica da secção mandibular à SEDILLOT.

Já então KOCHER propunha a extirpação dos gânglios cervicais, mas em tempo diferente da intervenção sobre a língua, preconizando-o uma semana depois, ou de preferênciã, para êle, antes do tempo lingual.

Veremos quanto é útil operar em dois ou três tempos, embora a seriação de actos cirúrgicos seja para nós inciada pelo tempo lingual.

¡Sobre os gânglios, quanto se tem escrito! Aconselhando a extirpação sistemática dos gânglios e das glândulas sub-maxilares, como já VERNEUIL fazia; ou mandando só extirpar os gânglios palpáveis e tendo até a ilusão de que muitos gânglios hipertrofiados tinham fenómenos inflamatórios mas não estavam invadidos por células neoplásicas.

Este êrro tem causado seguramente um grande número de mortes nos cancerosos da língua.

Todos sabem quanto a disposição anatómica dos linfáticos linguais torna difficil, para além dum curto periodo da evolução do cancro localizado neste órgão, fazer uma intervenção que tenha resultados seguros; e muitos casos chegam ao cirurgião já em condições de se não poderem curar. Mesmo nestas condições devemos sempre procurar eliminar ou cicatrizar a lesão lingual primitiva, pois a clínica confirma a opinião de JACOBSON e STEWARD (*The Operations of Surgery*) de que:

«A morte pela recidiva nos gânglios cervicais é muito menos dolorosa e terrível do que a morte por cancro da bôca».

Quantos tenham obrigação de ver cancerosos nas fases limites da evolução do cancro bucal compreendem o valor desta afirmação. Se, obtendo a cicatrização da língua, não salvamos a vida dos doentes, diminuimos as dores, fazemos desaparecer o cheiro da úlcera lingual, e diminuimos também as causas de septicémia e de inanição. A morte sobrevém com um cortejo menos cruel de sofrimentos.

O sofrimento horrível provocado pelo cancro lingual avançado justifica as largas operações de BUTLIN, MORESTIN, DÖLLINGER, BASTIANELLI, POIRIER, DOYEN, CRILE e tantos outros, mas não justifica os excessos operatórios, em que, para procurar extirpar toda a neoplasia, se lesavam nervos do plexo braquial e se faziam as mais largas mutilações. São exemplo dessas grandes intervenções os casos de GLUCK.

A mutilação, mesmo para procurar extirpar todo o cancro, também deve ter limites anátomo-fisiológicos inultrapassáveis.

Não é possível, numa rápida revista da evolução terapêutica do cancro lingual, citar todos os trabalhos publicados até 1901, nem mesmo seria fácil estabelecer prioridades; mas, antes de citar uma técnica típica da boa terapêutica operatória do período iniciado para o grande público médico nessa época e desenvolvido nos 10 anos seguintes, há notas curiosas que me não dispense de indicar.

Já no terceiro volume do *Compendium de Chirurgie* se preconizava a técnica, correntemente empregada, da excisão a canivete nos cancros limitados à ponta e aos bordos da língua. E se umas vezes a ferida era cauterizada pelo ferro ao rubro, também já eram às vezes suturadas (BOYER). Bem sei que as laqueações progressivas, como os esmagadores, eram correntemente usadas, mas na técnica cirúrgica apareciam, por essa época, os detalhes de ROUX laqueando previamente as linguais, seccionando a mandíbula, empregando (REGNOLI) a via supra-hioideia, etc. KOCHER preconizava as incisões na parte lateral da região supra-hioideia e especialmente na região sub-maxilar. E, a tentar evitar os dissabores causados pela terapêutica de então, apareciam: a laqueação elástica e a ansa galvânica; preconizava-se a sonda esofágica permanente à KRISHABER e a traqueotomia preliminar com tamponamento faríngeo.

É curioso ler a *Enciclopédia Internacional de Cirurgia* publicada em 1886 sob a direcção de ASHHURST. Já no artigo do tratamento do cancro da língua, HEATH dizia:

«É preciso tirar cêdo a totalidade do mal. O iodeto de potássio é inútil e as cauterizações com nitrato de prata são prejudiciais».

¡E ainda há quem empregue um e outro destes tratamentos passados 45 anos!

Citavam-se como paliativos a laqueação das linguais (MOORE) e a secção do nervo lingual (HILTON e MOORE). Aí se pode também ler a manobra de FERGUSSON, ainda hoje útil em certos casos e que o autor descrevia, dizendo:

«Ao cortar a língua com um bisturi, a hemorragia parece formidável; mas, apoiando o indicador sôbre a epiglote e empurrando para diante o ôsso hióide, levando-o o mais próximo possível da sínfise do maxilar inferior, a hemorragia pára. Nas hemorragias secundárias, é a primeira manobra para preparar a hemóstase definitiva».

Já WALTHER WHITEHEAD tirava a língua à tesoura, fazendo progressivamente as laqueações.

BUCHANAN (de Glasgow) fazia a ablação de metade da língua, considerando esta operação como relativamente fácil e de resultados satisfatórios. Êste cirurgião seccionava a mandíbula, e BAKER, que aliás usava esmagador, condenava a secção óssea e empregava uma incisão horizontal, partindo do ângulo da bôca que, diz êle, já era aconselhada por COLLIS (de Dublin).

É por esta época, em 1885, que aparece o primeiro livro de HENRIQUE BUTLIN, então ainda assistente e demonstrador de cirurgia prática no Hospital de S. Bartolomeu, de Londres. Tão bom, tão avançado sôbre a sua época, que foi traduzido para alemão dois anos depois.

E, se teve larga repercussão o que POIRIER proclamou na Sociedade de Cirurgia, devemos reconhecer que tudo estava dito e demonstrado por BUTLIN.

BUTLIN escreveu, antes de POIRIER, que muitas vezes é clinicamente impossível determinar o momento da passagem de uma lesão lingual do estado precanceroso a cancro; e quando no espírito do clínico nasce a dúvida, já em regra se trata de um cancro há algum tempo. Se uma úlcera persiste a-pesar-de suprimida a sua causa, sobretudo se o doente tem 40 anos ou mais, mesmo quando a base da úlcera não seja dura, nem fixada, considera-se como um estado precanceroso e extirpa-se; mas, se há suspeita de degenerescência, resseca-se a lesão e extirpam-se os gânglios.

BUTLIN afirmou serem os carcinomas linguais iniciados por nódulos constituídos por células escamosas, crescendo a massa neoplásica na profundidade do órgão. A invasão dos gânglios,



escreveu BUTLIN, é muito precoce e isso marca a alta malignidade local; as células neoplásicas vão nos cancros da ponta lingual aos gânglios submentais, a êstes, aos submaxilares e parotidianos quando o cancro está no centro e pavimento bucal, e caminhando os da base da língua para os grupos superior e inferior cervicais profundos. Afirmava também ser a progressão linfática pouco fixa, indo também por vezes, nos dois primeiros casos atrás indicados, aos gânglios tributários do terceiro território referido.

BUTLIN marcava a operação em dois tempos para diminuir a mortalidade, de 10 a 15 0/0. Só em casos avançados extirpava os gânglios dum lado na mesma sessão, e atingia a parótida na extirpação dos carótideos superiores, fazendo notar serem os gânglios da bifurcação da carótida, às vezes, os primeiros invadidos, chegava a extirpar um pedaço da jugular e até da carótida.

BUTLIN desceu a mortalidade global operatória nos cancros da língua a 12,5 0/0.

FAURE, numa das suas belas lições de clínica cirúrgica, diz:

«Conversando com POIRIER ouvi-lhe afirmar que, para evitar a terrível mortalidade das operações sôbre a língua e o pescoço, *era necessário fazer estas operações em dois tempos*. Eu devo à verdade dizer que, posteriormente a esta conversa, nós vimos, POIRIER e eu, BUTLIN de Londres operar desta forma. BUTLIN tem uma experiência pessoal considerável no tratamento do cancro da língua. Esta experiência conduziu BUTLIN à conclusão a que por seu lado chegou POIRIER. Isto prova que dois espíritos sólidos e perspicazes podem, cada um por seu lado, chegar à verdade».

FAURE afirmava, em 1905, estar nesta forma de proceder a verdade. Assim é na realidade e todos os cirurgiões o podem confirmar.

Diagnósticos tardios, perdas de tempo com tratamentos anti-sifilíticos, operações incompletas; raros, mas todos os têm observado, casos de extirpação da lesão lingual com a mais tímida parcimónia, e, a-pesar-disso, seguidos de cura operatória; a frequência, ou antes a constante reprodução ganglionar, levaram mais cancerosos da língua aos curandeiros, mais médicos a tentar terapêuticas inadequadas, do que em todas as outras localizações de cancro,

Em 1902, a carta de FRANCIS MUNCH (*Semaine Médicale*, 21 Dec. 1902, pág. 425) acordava na Europa a roentgenterapia, e então foram-lhe pedir — panacea dessa quadra médica — o que ela não podia dar.

Dai, a raridade de curas e os resultados insuficientes, quando não desastrosos, atribuídos aos raios X, mas devidos antes à falta de conhecimentos e de senso crítico.

A técnica geral de roentgenterapia modificou-se e aperfeiçoou-se, a aparelhagem fez no seu progresso o assombro do meio médico, mas no cancro da língua manteve-se o descrédito dos raios X, ficando apenas, a sua aplicação, como paliativo, quando outra terapêutica (cirurgia ou rádio) se não pode empregar.

Tentaram-se as aplicações directas por via bucal sôbre as lesões, mas o incômodo para o doente, a sensibilidade da mucosa, e a inutilidade sôbre a lesão, fizeram — para a quasi totalidade dos clínicos — abandonar mais esta tentativa.

Os fogos cruzados produziram gangrenas graves, necroses da mandíbula e das cartilagens laríngeas; e se hoje o seleccionador de campos de HOLFELDER permite emprégar doses em profundidade bem calculadas e não nocivas, os resultados obtidos pela roentgenterapia não melhoraram quanto à sua acção sôbre o cancro da língua.

Mais tarde, há cêrca de 20 anos, no início da *curieterapia superficial*, era grande a dificuldade de montar os applicadores de rádio, ou com aparelhos de verniz ou com tubos de DOMINICI.

Aplicações de algumas horas com resultados quasi nulos sôbre a lesão por insuficiêcia de dose, mas com lesões freqüentes da mucosa sã.

Criados os moldes bucaes e com a colaboração de dentistas, permitindo aplicações mais prolongadas e mais homogênea distribuição das radiações, aplicações a certa distância das lesões e protecção das partes sãs e dos raios secundários, deram-se menos accidentes mas ainda continuaram sendo insignificantes os resultados obtidos.

Mais recentemente, mas já com tempo bastante para nos permitir formular juízo seguro, a pasta do Institut du Radium de Paris, isenta de substâncias metálicas, boa difusora das radiações e de fácil manejo, prestando tantos serviços nas aplicações exter-

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

*Solução concentrada, inalterável, dos princípios activos das leveduras de cerveja e de vinho.*

Tratamento específico das Infecções Staphylococcicas :

**ACNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ,** etc.

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

*Solução colloidal phagogenia polyvalente.*

Provoca a phagocytose, previne e cura a major parte das

**DOENÇAS INFECCIOSAS**

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

AMOSTRAS e LITTERATURA : **SALINAS**, Rua da Palma, 240-246 — LISBOA

ASSOCIAÇÃO DIGITALINE-OUABAINÉ

# DIGIBAINÉ

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

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

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL;  
GIMENEZ-SALINAS & C<sup>a</sup>.  
RUA DA PALMA, 240-246 — LISBOA

# Vidalon

(Oleo de fígado de bacalhau estandarizado com Viganto)

Possúe ao contrario do oleo de fígado de bacalhau do comercio um conteúdo constante e elevado em vitaminas.

O Vidalon permite reduzir á metade as doses ordinárias de oleo de fígado de bacalhau sendo que basta tomal-o uma só vez por dia.

Posologia:

Lactantes e crianças de tenra idade:  $\frac{1}{2}$ -1 colher das de chá por dia.

Crências maiores: 1 colher das de chá até 1 colher das de postres por dia.

Adultos: 1 a 2 colheres das de sopa por dia.



»Bayer Meister Lucius«

Secção Farmacêutica Científica  
I.G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft  
Leverkusen (Alemanha)

Representante:

»LUSOPHARMA«  
AUGUSTO S. NATIVIDADE

Rua dos Douradouros, 150, 3.º

LISBOA

E. MERCK

Fábrica de Produtos Químicos  
Darmstadt (Alemanha)

Depositário:

Estabelecimentos HEROLD, Ltd.

Rua dos Douradouros, 7

LISBOA

nas, não deu sensível melhoria aos resultados da curieterapia no cancro da língua.

Só a radiopuntura trouxe nítida melhoria.

Preconizada por ABBE em 1912, era difícil de praticar pelo volume dos tubos, e só em 1913 os tubos capilares de LAZARUS permitiram meter na massa neoplásica o rádio.

O conhecimento das propriedades da emanção e a possibilidade de condensar quantidades importantes d'este gás em pequenos tubos capilares de vidro levou DUANE, em 1917, a introduzir na massa neoplásica *tubos nus* de radon. Tubos de 2 milímetros de comprimento com um *milicurie* de emanção, chamados *sementes de cristal*. Introduzidos em grande número duravam a vida da emanção e emitiam também raios  $\beta$  em grande quantidade. Êste método foi aperfeiçoado por JANEWAY e FAILLA no Memorial Hospital (New-York), conseguindo resultados ainda não obtidos até então, mas observaram-se casos gravíssimos, alguns de morte, pela grande reacção provocada pelos raios  $\beta$ , com necrose, eliminação de grandes porções de tecido necrosado, infecção secundária, freqüentes hemorragias, às vezes mortais ou obrigando a laquear as carótidas.

Isto sugeriu a REGAUD e aos seus colaboradores a radiopuntura com *raios  $\gamma$  ultra-penetrantes* e supressão dos raios  $\beta$ . Resultados biológicos superiores, como os trabalhos de LACASSAGNE demonstram, redução da zona de necrose, curas locais magníficas, foi quanto nos deu a técnica de REGAUD.

Desde então — 1920 — êste método generalizou-se, empregando-se agulhas ou tubos de 1/2 milímetro de espessura de parede de ouro ou de platina, contendo quantidades muito pequenas de rádio (1 a 3 miligramas de Ra EI).

Os resultados tardios melhoraram consideravelmente e a radiopuntura substituiu os métodos cirúrgicos talvez até com exagerada freqüência.

Ê a colaboração do rádio e da cirurgia e não a sua opposição que mais convém aos doentes.

Desta opposição, posta pelos partidários da irradiação, nasceram variantes curiosas de técnica. Assim: radiopuntura da lesão lingual com irradiação prévia das regiões dos gânglios linfáticos pelos raios X penetrantes, quando se não palpam gânglios. Radiopuntura e roentgen ou curieterapia mesmo sôbre gânglios pal-

páveis. Os péssimos resultados assim obtidos levaram ao início da colaboração radiocirúrgica, irradiando-se gânglios palpáveis para serem feitos depois esvaziamentos cirúrgicos.

Fazia-se sistematicamente o esvaziamento das regiões sub-maxilares e carotidianas, seguido de irradiação post-operatória, com colares de rádio, se o exame histológico mostrava invasão ganglionar. Há quem tenha preferido a telecurieterapia.

BAYET e SLUYS (Bruxelas) empregam, como alguns outros, a radiocirurgia, descobrindo cirurgicamente toda a região invadida pela neoplasia e fazendo a radiopuntura directa nas zonas neoplásicas. Recentemente (III Congresso Internacional de Radiologia de Paris, 1931) comunicou PFAHLER de New-York os resultados estatísticos obtidos pela nova técnica de FAILLA, substituindo as sementes de cristal, da sua primitiva técnica, por tubos pequeníssimos, capilares, de ouro (*sementes de ouro*) com 2 milímetros de comprimento por 0,2 a 0,3 de parede, contendo emanação e podendo ser abandonados ou não, evitando-se por esta forma a acção cáustica, necrosante, dos raios  $\beta$ . PFAHLER comunicou excelentes resultados e associa frequentemente a radiopuntura pelas sementes de ouro à curieterapia superficial com massas plásticas e moldes bucais.

Temos acompanhado no Instituto de Lisboa estas várias fases, e, com o nosso colaborador Dr. BENARD GUEDES, temos podido verificar os resultados das variadas orientações terapêuticas desde 1913, em que principiámos a trabalhar com rádio e raios X.

¡Quantas vezes tive saudade, ao ver autênticos desastres terapêuticos, das minhas largas disseccções de 1901 e anos seguintes, em que a regra era extirpar a lesão lingual, pelas técnicas de WHITEHEAD ou de DOYEN e esvaziar, em tempos sucessivos ou no mesmo tempo, dependendo isso do grau das lesões, as duas regiões cervicais!

Procurávamos no rádio e nos raios X a defesa contra certos casos de amputação subtotal da língua, com esvaziamento bilateral e recidiva ou antes continuação do carcinoma, retro-mastoidéa, no lado oposto ao início da lesão lingual, e que muito nos abalara na confiança devida à cirurgia larga e aparentemente precoce. Mas os desastres das irradiações não são menores e isso leva — infelizmente — os clínicos a descrerem da terapêutica

radiológica ou cirúrgica do cancro da língua; quando nas mãos do médico e do dentista está a salvação dos doentes pelo diagnóstico precoce e o conhecimento dos estados precancerosos.

Dos 104 cancerosos da língua que de 1928 a 1931 procuraram o Instituto Português de Oncologia, só temos 88 convenientemente estudados quanto ao tempo decorrido do início da lesão até à admissão na nossa consulta.

Pois bem, 74 apareceram com mais de um mês de evolução, e 14 dividem-se da seguinte forma:

7 com . . . . .	1 mês
1 » . . . . .	24 dias
1 » . . . . .	21 »
1 » . . . . .	20 »
2 » . . . . .	15 »
1 » . . . . .	10 »
1 » . . . . .	8 »

Estes 14 casos felizes que nos apareceram no primeiro período da evolução da doença devem-se quasi todos à publicação dum folheto de propaganda para o público: *O que todos devem saber de cancro*, traduzido das belas publicações de propaganda educativa da American Society for the Control of Cancer.

O mais próximo do início das lesões — a observação 3.578 do I. P. O. — curado clinicamente pela simples ablação, assim se mantém, e é caso que nós seguiremos, como os outros tratados até um mês sobre o início da suspeita de cancro, pois são altamente educativos.

Todos estes casos foram estudados histològicamente pelo professor de Anatomia patològica da Faculdade de Medicina de Lisboa.

BUTLIN, possuidor das melhores estatísticas publicadas, verificou a influência da extensão da neoplasia sobre os resultados obtidos e publica os seguintes números: na ressecção óssea 75<sup>0</sup>/<sub>0</sub> de curas operatórias; na via submaxilar 80<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; nos casos simples, não complicados, 93<sup>0</sup>/<sub>0</sub> de curas cirúrgicas.

A radiopuntura, a extirpação de gânglios, em período e com ferida independentes do tempo lingual, e a irradiação cervical post-operatória, dão resultados superiores.

Em Novembro de 1930 iniciámos nós uma modificação à técnica da radiopuntura que parece ter real utilidade. Em vez do canivete ou do trocarte especial para abrir na língua os túneis destinados a receber os tubos de rádio, empregamos o rádio-bisturi.

A nossa técnica e os primeiros resultados obtidos foram comunicados pelo assistente, Dr. CÔRTE-REAL, do Instituto de Lisboa, ao III Congresso Internacional de Radiologia, há pouco realizado em Paris.

Se a radiopuntura simples parece ter sido por nós iniciada, a cirurgia diatérmica é conhecida e usada há muito, em muitos centros de luta anti-cancerosa.

Já em 1908 se praticavam electro-coagulações, e, na história do tratamento das neoplasias não devemos esquecer a fulguração de KEATING HART, nem o banho termo-eléctrico de DOYEN. Nós, em 1913, praticámos a electro-coagulação e tentámos a eliminação precoce da escara com aparelhos alemães, mas os resultados não foram animadores. Por exemplo, em cancro do colo uterino obtivemos cicatrizações e cura apenas aparente, como o WERTHEIM permitiu demonstrar, porque no exame histológico foram encontrados ninhos de células cancerosas sob a cicatriz regular, lisa, normal no seu aspecto, que o colo uterino apresentava.

Hoje trabalhamos com um aparelho de SIEMENS e com aparelhos de GAIFFE e de LASEM, usando êste último há dois anos. Ora é necessário fazer notar a diferença que existe entre um aparelho de ondas constantemente mantidas (a que os franceses chamam de *ondes entretenues* e os americanos *endotharm knife* ou *radio-bisturi*) aparelho de diatermia com lâmpadas de 3 electrodos, tal como o americano Dr. G. WYETH o concebeu e publicou em 1924, e os aparelhos correntes de diatermia (*à éclateur* — *ondes amorties*) dos modelos alemães que nós usamos.

Com os aparelhos de lâmpada, de ondas constantemente mantidas, aprendendo, e é bem fácil, a usar a agulha e a deslocá-la com a velocidade precisa, os efeitos de coagulação são quasi nulos, fazendo-se a reunião por primeira intenção tão bem como cortando com o usual canivete de dissecação. Não devemos cortar a pele, e sobretudo a pele das regiões em que ela mantém grande mobilidade, com o radiobisturi.



# SCILLARÈNE

## SANDOZ

Princípio activo puro isolado do bolbo de Scila

### FORMAS:

**COMPRIMIDOS**

Constancia terapeutica

**GOTAS**

Dosagem exacta

**EMPOLAS**

Maneabilidade perfeita

### INDICAÇÕES:

**CARDIOTONICAS**

**DIURETICAS**

**AZOTURICAS**

**Efeito constante — Nenhum inconveniente  
para o rim e estomago**

Fabrique de Produits Chimiques ci-devant SANDOZ :: Bâle (Suisse)

CORRESPONDENCIA

Queira enviar-me SCILLARENE "SANDOZ"  
ou BELLAFOLINE "SANDOZ" sob as formas de:

---

---

---

Nome \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Assinatura : \_\_\_\_\_

Endereço exacto e ligivel

Especialista em : \_\_\_\_\_

# BELLAFOLINE

## SANDOZ

Alcaloides totais da beladona na forma de malatos

### FORMAS:

**COMPRIMIDOS**

Titulo constante

**GOTAS**

Dosagem exacta

**EMPOLAS**

Injecção indolor

### INDICAÇÕES:

**ESPASMOS**

**HIPERSECREÇÕES**

**VAGOTONIAS**

Medicação com beladona de toda a precisão

Fabrique de Produits Chimiques ci-devant SANDOZ :: Bâle (Suisse)

Productos Farmaceuticos **SANDOZ**

ANTONIO SERRA, L.<sup>DA</sup>

CAMPO DOS MARTIRES DA PATRIA, 96

**LISBOA**

Apartado 142

Telefones 3258 / P. B. X.  
Norte 3259

HERTZ-BOYER, a quem muito deve a difusão da idea do cirurgião americano WYETH (1924), escrevia primorosamente em 1930:

«C'est en effet un sujet d'étonnement pour le chirurgien que de sentir les chairs ne pas seulement s'entr'ouvrir devant l'électrode active, mais l'attirer, la happer, en quelque sorte; la difficulté, quand on n'est pas habitué à son maniement, est non pas d'obtenir une section mais d'empêcher que cette section ne soit trop rapide, ni trop profonde... Plus on appuie et moins on coupe».

É bem assim, mas adquirir a attitudé muscular precisa é fácil, e nós, como os nossos assistentes, dissecamos um cancro cutâneo de pequena profundidade, como primeiro tempo da curieterapia, com a maior facilidade, obtendo resultados superiores aos dados por qualquer outra técnica terapêutica, mesmo a simples curieterapia. Casos há, e em grande percentagem, que se curam apenas pela extirpação com o radiobisturi que não corta mas produz antes «uma desintegração molecular dos tecidos ao nível dos pontos de contacto da agulha», como afirma BORDIER.

Esta técnica é aplicada por nós há quasi dois annos, e na edição do livro *sôbre Doenças da lingua*, que SPENCER e CADE apresentam, como a 3.<sup>a</sup> edição do livro de BUTLIN, publicado em 1931, vê-se que HARMER já a emprega desde 1928 (ver fig. 4).

No Instituto do Rádio de Estocolmo ainda em Setembro de 1930, quando BENARD GUEDES ali esteve, não empregavam o radiobisturi, não faziam a radiocirurgia, e hoje praticam-na, como se vê pelo trabalho de PERVEN, director do Instituto de Rádio de Estocolmo, no tratado do Prof. LAZARUS, mostrando como associam a radiocirurgia e a curieterapia. ¿Quantos outros cirurgiões empregam hoje a radiocirurgia com aparelhos de ondas constantemente mantidas, os melhores para a radiocirurgia?

É difficil responder, mas a técnica obtida com tais aparelhos deve generalizar-se rapidamente.

No Instituto Português de Oncologia temos vindo a fixar a conduta terapêutica, para cada localizaçáo neoplásica, em bases que nos permitam evolucionar, mas tendo sempre coordenaçáo para nos permitir concluir facilmente sôbre as modificações realizadas. Assim fizemos para os cancros genitais da mulher, com-

preendendo os do seio, assim fizemos para os da língua, como vamos procurar expor.

Antes porém de apresentar o plano geral do tratamento das lesões precancerosas e do cancro da língua, vamos referir algumas noções de anatomia e de patologia que profundamente influenciaram a nossa orientação terapêutica.

É indispensável repetir que os linfáticos dominam o tratamento do cancro da língua não só pela sua atípica distribuição, pela sua marcha independente dos vasos e nervos, mas também

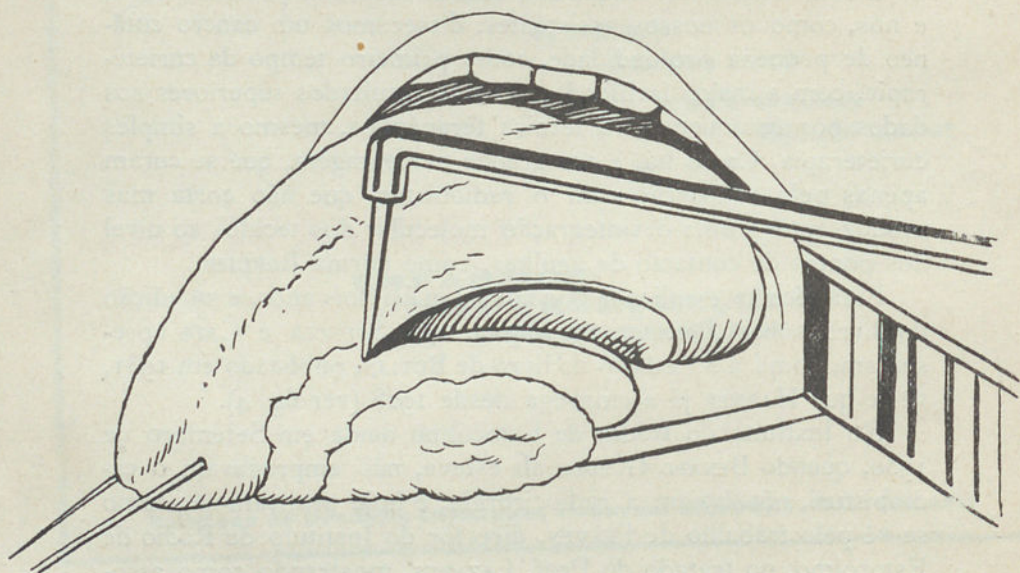


Fig. 4

pela certeza de poderem ser permeados pelas células cancerosas em contra-corrente, dos gânglios para os seus linfáticos aferentes.

Se outros argumentos não tivéssemos para provar a permeação em contra-corrente, bastava o caso autopsiado por KAUFMANN, para nos demonstrar ser o cancro lingual, mesmo secundário, metastático, raríssimo, linfógeno.

«Tratava-se duma mulher de 52 anos, com um carcinoma primitivo da porção vaginal do útero, que fez uma metástase na ponta da língua, por via linfática retrógrada não intercompida e

por via de carcinose do canal torácico». Êste caso foi descrito por WINKLER.

O caso de MORESTIN, por êle atribuído a uma «triste coincidência» é mais provavelmente explicável pela propagação de células neoplásicas partidas de uma lesão da parte móvel da língua a gânglios de KUTTNER e dêstes, passados meses, indo originar um «cancro na parte posterior da língua a distância do território que fôra sede da lesão considerada apenas como precancerosa». Não vou recordar a anatomia dos linfáticos do pescoço nem a correspondência entre as zonas da língua e os gânglios em que êles se vão lançar, mas não posso deixar de recordar o seu cruzamento mesmo na porção móvel da língua — tão bem focado por POIRIER — e mais ainda no têrço posterior da massa muscular da língua; e as relações estreitas de gânglios com a jugular profunda ou interna, junto do cruzamento pelo omo-hióideo, como as relações de contigüidade tornadas de continuidade pela reacção neoplásica, de gânglios e músculo esterno-mastoídeo. Guiando-nos, como numa dissecação anatómica, pela preparação dos músculos, dos vasos e dos nervos, pondo-os a descoberto e limpando-os, fazendo uma celulectomia cervical, como lhe chama BERNARD, faz-se também seguramente a ablação total de gânglios e linfáticos.

Ainda impera no nosso espírito, para compreender a marcha do cancro da língua, como neoplasia de precoce e rápida difusão local por via linfática, a contrastar com a extrema raridade das metástases internas, a distância, por via venosa, a opinião de HEIDENHAIN, todos os dias confirmada pela nossa observação, de que os músculos, pela sua estrutura e constante mobilidade, exercem uma acção compressiva sôbre os espaços e vasos linfáticos, túrgidos de células neoplásicas, fazendo-as progredir e sendo causa importante da precoce e intensa permeação cancerosa em volta da lesão primitiva.

Tanto quanto se pode afirmar, pelos conhecimentos até hoje adquiridos, a progressão cancerosa faz-se aos primeiros grupos ganglionares do pescoço na terceira ou quarta semana do início da lesão neoplásica ou da suspeita de transformação das lesões benignas precancerosas. É por isso importante difundir entre os clínicos gerais e os dentistas os quatro preceitos apresentados por SEBILEAU ao 28.º Congresso Francês de Cirurgia em 1919:

1.º — Toda a placa de leucoqueratose recente, sôbre base endurecida, é *um cancro cirúrgico* que é indispensável extirpar imediatamente.

2.º — Toda a placa de leucoqueratose lisa, em via de transformação verrucosa, é *um cancro histológico* que deve ser extirpado imediatamente.

3.º — Toda a melhora obtida inicialmente pelo tratamento anti-sifilítico da leucoplasia verrucosa é perigosa ilusão, pelo tempo perdido, e nunca se deve esperar êste resultado, sendo preferível operar imediatamente.

4.º — A toda a lesão da língua duvidosamente benigna, a toda a lesão simplesmente suspeita de malignidade, deve ser feita uma biopsia e esta biopsia «será a ablação total da lesão».

Assim devemos todos pensar, cirurgiões, médicos, radioterapeutas e dentistas, procurando diagnosticar cedo e não adiando nunca a extirpação, mesmo em caso de dúvida.

BUTLIN já em 1909, dez anos antes, publicara cinco variedades de lesões neoplásicas da língua, em início, fixando-as nos seguintes quadros, para muitos desconhecidos:

- 1) Uma pequena placa dura, lisa, pulida, não ulcerada.
- 2) Um ligeiro aumento de espessura e maior consistência numa úlcera de aspecto banal.
- 3) Um ligeiro espessamento, o escurecer do branco usual da placa de leucoplasia, o aparecimento de fendas em direcções várias, sem escoriação, nem ulceração, da superfície leucoplásica.
- 4) O endurecimento parcial, ligeiro, superficial duma placa de leucoplasia.
- 5) Pequena saliência branca, não ulcerada, superficial mas parecendo fixada, aderente, à profundidade.

São formas cancerosas que em 90% dos casos se deixam evolucionar à espera de *esclarecer bem o diagnóstico*, quando não levam o pobre doente a tratamentos anti-sifilíticos mesmo com reacção de WASSERMANN negativa.

Daqui a pouco direi como entendo dever-se proceder em tais casos, mas quero antes reproduzir a afirmação de HUTCHINSON de que «nenhum remédio ou aplicação local cura a leucoplasia da

LISBOA MEDICA

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

# LIPIODOL LAFAY

Huile iodée à 40%.

Ampoules - Capsules  
Émulsion - Comprimés  
54 centigr. d'iode par cm<sup>3</sup>

A. GUERBET & C<sup>ie</sup>, Ph<sup>ciens</sup>

22, Rue du Landy  
S'-Ouen près Paris

HÉMET - JEP - CARRÉ

AMOSTRAS E LITERATURA: *Pestana, Branco & Fernandes, Lda*  
Rua dos Sapateiros, 39, 1.<sup>o</sup> - LISBOA

## Metodo cytophytatico do Professor Pierre Delbet

Comunicações as sociedades scientificas e em especial a Academia de Medicina  
Sessões de 5 de Junho, 10 de Julho, 13 de Novembro de 1928; 18 de Março de 1930

# DELBIASE

**estimulante biologico geral**

■ por hypermineralisação magnaia do organismo ■

Unico produto preparado segundo a formula do Professor Delbet

*Principais indicações :*

**Perturbações digestivas - Infecções das vias biliares**

**Perturbações neuro-musculares - Asthenia nervosa**

**Perturbações cardiacas por Hypervagotonia**

**Pruridos e Dermatose - Lesões do tipo precanceroso**

**Perturbações urinarias de origem prostatica**

**- Prophylaxio do Cancer -**

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

DEPOSITO : LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE

8, rue Vivienne - PARIS

*A pedido mandam-se amostras aos medicos*

LISBOA MÉDICA



# CRESIVAL

Expectorante suave.

M. R.

comprovado nas bronquites agudas e crónicas.

## CRESIVAL

De acção anti-inflamatória e calmante; fluidificação das secreções viscosas. Ao contrário da maior parte dos medicamentos para a tosse estimula o apetite. Especialmente apropriado para a clínica infantil.

Embalagem original: Frasco de 125 gr.



» Bayer-Meister-Lucius «

SECÇÃO FARMACEUTICA SCIENTIFICA  
L.G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT, LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante:

• LUSOPHARMA •

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150, 3.º LISBOA



língua, devendo ser sempre operada para suprimir o germe do mal (transformação neoplásica), e, quando já existe qualquer endurecimento, úlcera, aspecto verrucoso ou espessamento da placa

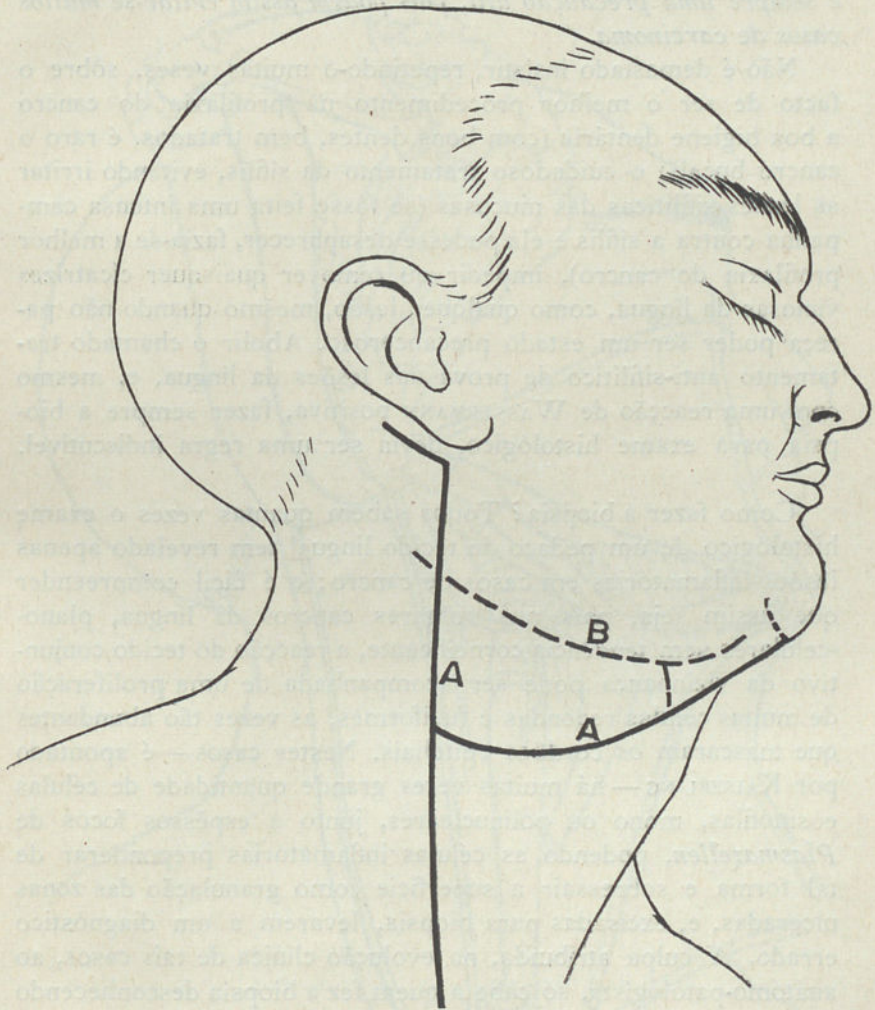


Fig. 5

leucoplásica, é indispensável uma larga operação radical (neoplasia)».

Isto é acertado para as leucoplasias e também deve ser norma para qualquer lesão ulcerativa: úlcera de origem sífilítica,

tuberculosa ou dentária, não cedendo a *uma semana* de tratamento.

*A extirpação de todas as lesões possivelmente precancerosas é sempre uma precaução útil, pois podem assim evitar-se muitos casos de carcinoma.*

Não é demasiado insistir, repetindo-o muitas vezes, sobre o facto de ser o melhor procedimento na profilaxia do cancro a boa higiene dentária (com bons dentes, bem tratados, é raro o cancro bucal); o cuidadoso tratamento da sífilis, evitando irritar as lesões sifilíticas das mucosas (se fôsse feita uma intensa campanha contra a sífilis e ela pudesse desaparecer, fazia-se a melhor profilaxia do cancro), impedir ou remover quaisquer cicatrizes viciosas da língua, como qualquer lesão, mesmo quando não pareça poder ser um estado precanceroso. Abolir o chamado tratamento anti-sifilítico de prova nas lesões da língua, e, mesmo com uma reacção de WASSERMANN positiva, fazer sempre a biopsia para exame histológico, devia ser uma regra indiscutível.

Como fazer a biopsia? Todos sabem quantas vezes o exame histológico de um pedaço de tecido lingual tem revelado apenas lesões inflamatórias em casos de cancro; e é fácil compreender que assim seja, pois nos vulgares cancros da língua, plano-celulares sem tendência corneificante, a reacção do tecido conjuntivo da vizinhança pode ser acompanhada de uma proliferação de muitas células redondas e fusiformes, às vezes tão abundantes que mascaram os cordões epiteliais. Nestes casos — é apontado por KAISERLING — há muitas vezes grande quantidade de células eosinófilas, mono ou polinucleares, junto a espessos focos de *Plasmazellen*, podendo as células inflamatórias preponderar de tal forma e sobressair à superfície como granulação das zonas ulceradas, e, excisadas para biopsia, levarem a um diagnóstico errado. A culpa atribuída, na evolução clínica de tais casos, ao anátomo-patologista, só cabe a quem fez a biopsia desconhecendo estes factos.

A exérese deve ser funda para tornar possível o diagnóstico histológico, pois além da causa de erro apontada ainda devemos recordar que nas ulcerações crónicas da língua muitas vezes há proliferação atípica do epitélio, levando a erros de diagnóstico em que o mais experimentado histologista nem sempre pode dis-

*tinguir uma úlcera crônica, mesmo sifilítica ou tuberculosa, e um cancro. No início do cancro, como na transformação da leucoplasia, também o diagnóstico é muitas vezes bem difícil, afirmando*

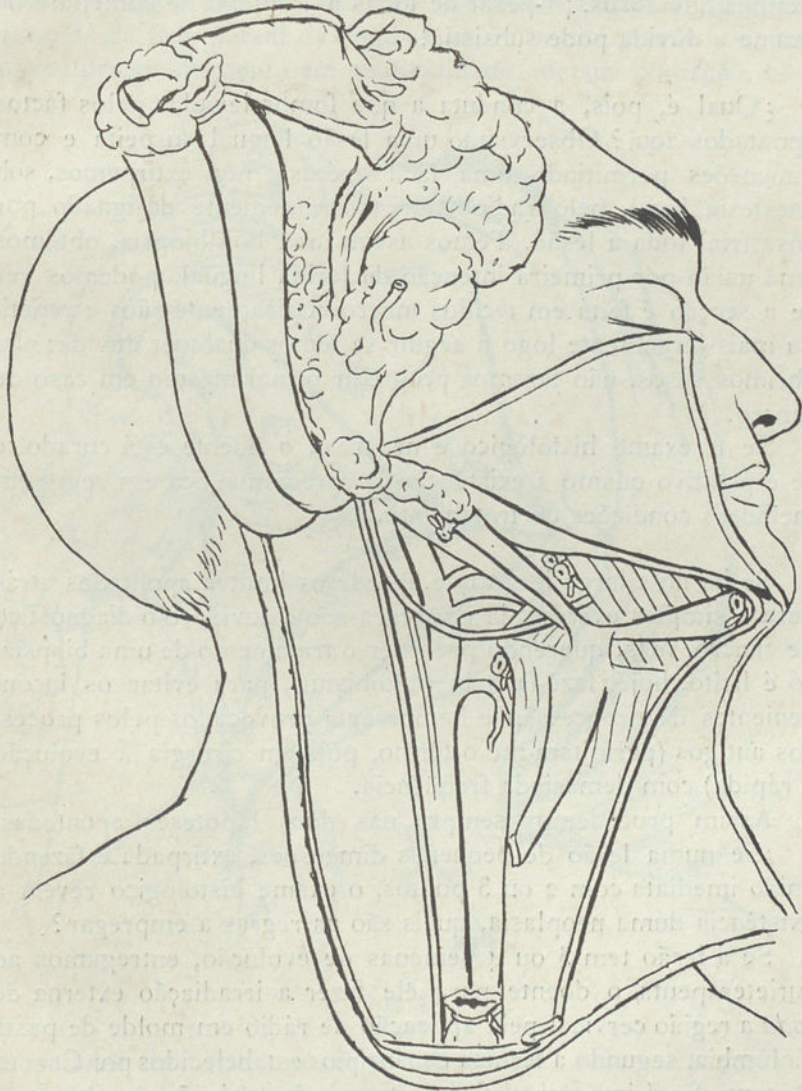


Fig. 6

*BORST que quanto mais novo é o observador, mais facilmente passa sobre a diferença entre dúvida e certeza de diagnóstico.*

No Instituto Português de Oncologia, em 109 biopsias de carcinomas da língua foram encontrados 63 plano-celulares corneificantes, 38 não corneificantes, 1 baso-celular, 1 mixto e 6 exames duvidosos. ¡A-pesar-de todas as cautelas de colheita e de exame a dúvida pode subsistir!

¿Qual é, pois, a conduta a que fomos levados pelos factos apontados aqui? Observando uma lesão lingual suspeita e com dimensões permitindo uma fácil exérese, nós extirpamos, sob anestesia local, pelo radiobisturi (correntemente designado por ansa fria) toda a lesão. Temos assim uma boa biopsia, obtemos uma união por primeira intenção da ferida lingual, podemos ver se a secção é feita em tecidos macroscópicamente sãos e repeti-la mais largamente logo a seguir se temos qualquer dúvida; não abrimos vasos, não fazemos progredir o mal mesmo em caso de cancro.

Se o exame histológico é negativo, o doente está curado, e se é positivo quanto à existência de carcinoma, fica em regra em melhores condições de tratamento.

Se há uma larga lesão que excede os limites apontados atrás para a simples exérese, já em regra não é duvidoso o diagnóstico de cancro, mas, querendo preceder o tratamento de uma biopsia, só é lícito, hoje, fazê-la pelo radiobisturi, para evitar os inconvenientes de progressão e hemorragia provocados pelos processos antigos (permitam-me o térmo, pois em cirurgia a evolução é rápida) com demasiada frequência.

Assim procedemos sempre nas duas hipóteses apontadas.

¿Se numa lesão de pequenas dimensões, extirpada e fazendo união imediata com 2 ou 3 pontos, o exame histológico revela a existência duma neoplasia, quais são as regras a empregar?

Se a lesão tem 3 ou 4 semanas de evolução, entregamos ao curieterapeuta o doente para êle fazer a irradiação externa de *toda* a região cervical pela aplicação de rádio em molde de pasta Colúmbia, segundo a técnica e princípios estabelecidos por CLAUDE REGAUD. Se é impossível fixar o tempo de evolução da úlcera ou da provável transformação neoplásica, como nos casos averiguadamente com mais de um mês de evolução, faz-se sistematicamente o esvaziamento cervical, supra-hioideo e uni ou bilateral,

conforme a sede da lesão, o seu grau de desenvolvimento e o tempo decorrido.

Não é demais repetir que as lesões cancerosas do têrço posterior da língua dão precocemente invasão bilateral dos gânglios, como as da face dorsal da língua e as do bordo quando atingem, no seu desenvolvimento em profundidade, metade do órgão, mas

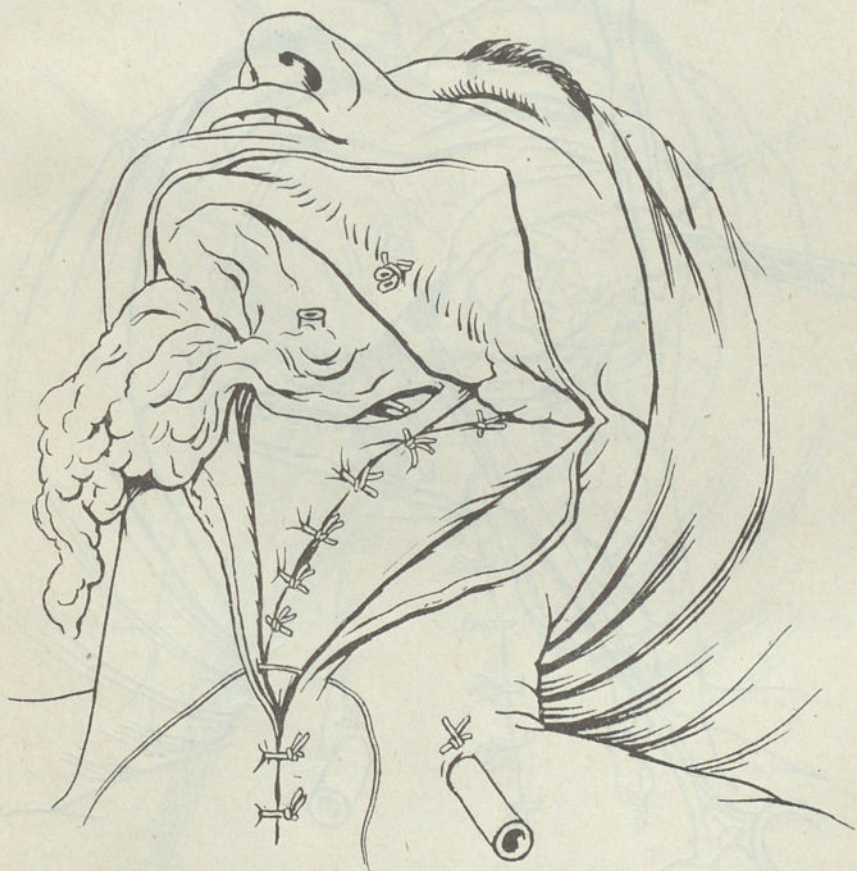


Fig. 7

as isoladas do bordo ou da ponta também com o tempo são susceptíveis de atingir linfáticos cruzados. É evidente que a extirpação do tecido celular e gânglios, se o exame histológico nêles revela elementos neoplásicos, não evita a curieterapia post-operatória cervical, como atrás indiquei.

Se a lesão local primitiva da língua contra-indica pelo seu volume e progressão a extirpação total por vias naturais, conforme a sede no têtço posterior ou nos dois têtços anteriores, fazemos, no têtço posterior, a radiopuntura abrindo os túneis com

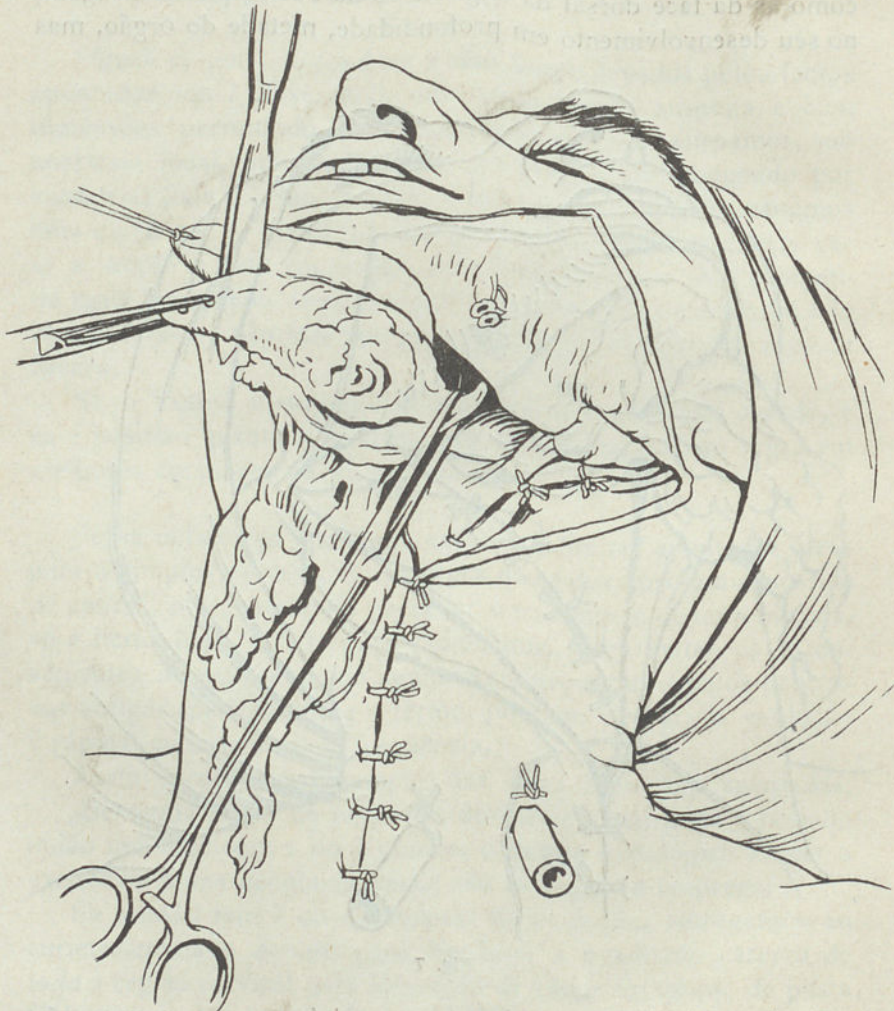


Fig. 8

a faca diatérmica e esperamos a cicatriza o para, a 9. ou 10 dias de intervalo, proceder aos tempos cervicais; ou — para os dois t tchos anteriores — extirpamos com o radiobisturi a massa neo-

plástica, e, eliminando os tecidos em esfacêlo, praticamos a rádio-puntura.

Nesta fase é raro, mas não constante, deixar de haver gânglios palpáveis e deve fazer-se também o esvaziamento cervical,

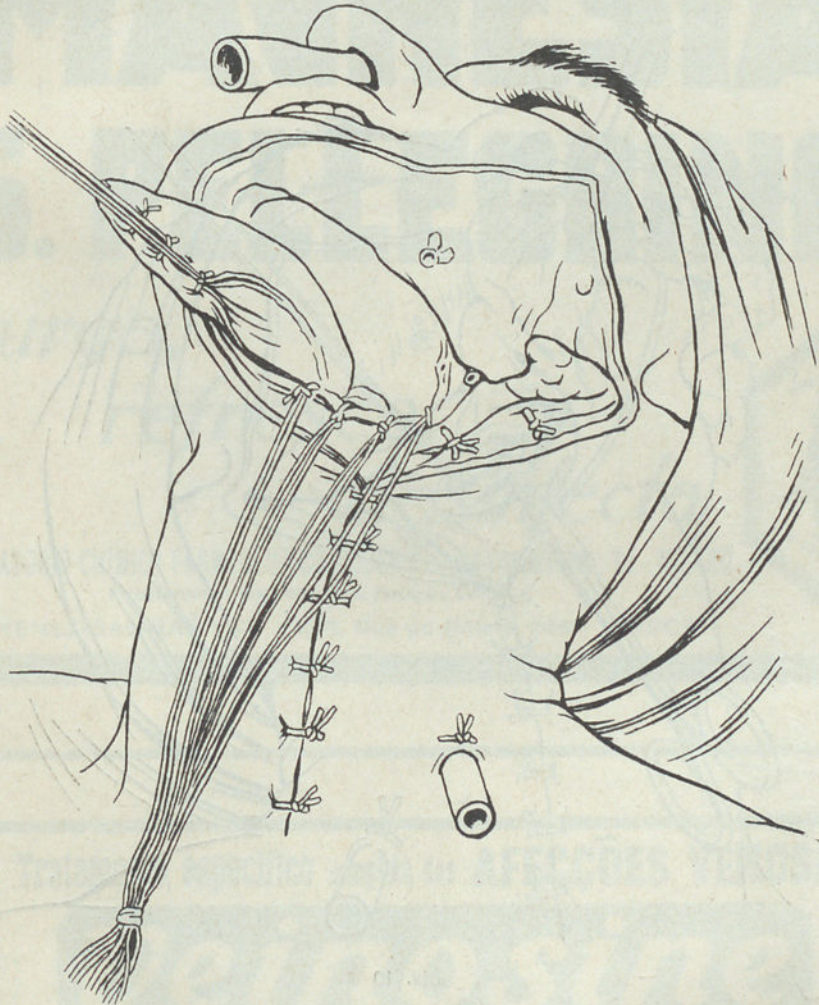


Fig. 9

mas empregando o radiobisturi em todas as zonas macroscopicamente lesadas e no corte do músculo esterno-cleido-mastoídeo.

Dois casos graves se podem apresentar ainda (sem que eu

tenha a pretensão de referir todas as hipóteses clínicas, pois não conheço cancro mais susceptível de variantes individuais do que o cancro da língua) — ou o carcinoma tende a caminhar para o pavimento bucal, ou toma por desenvolvimento em vasos linfáticos contacto com a mandíbula. Radiopuntura prévia e interven-

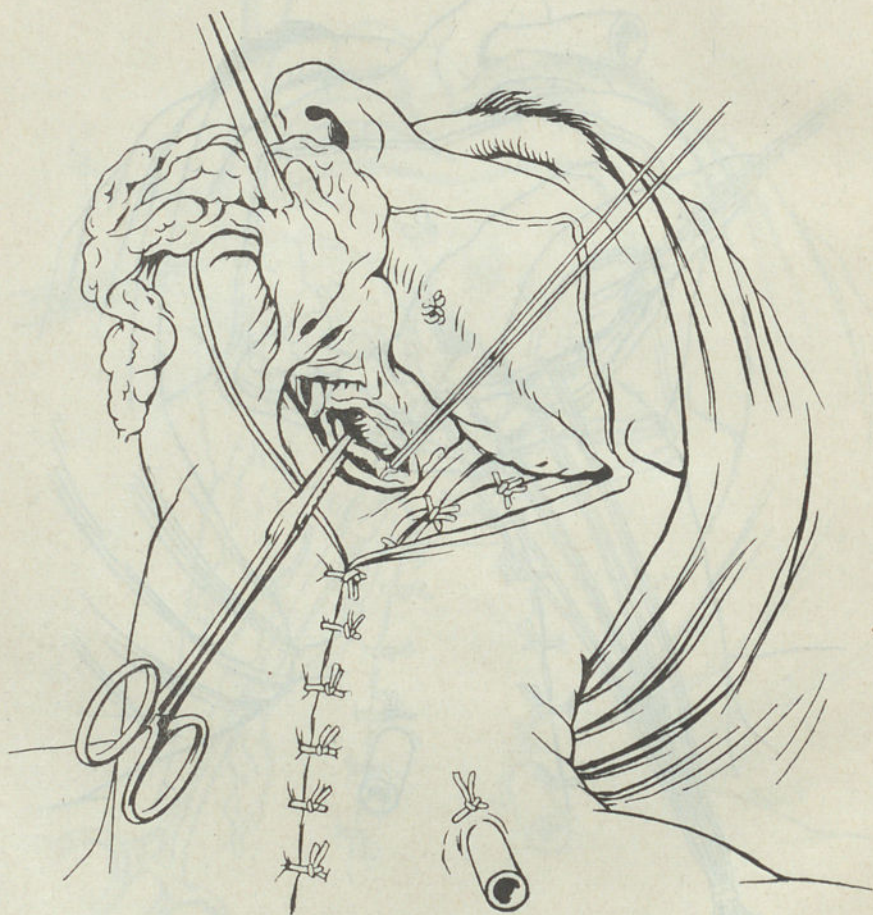


Fig. 10

ção cirúrgica, mas num e noutro caso radiopuntura lingual acima da lesão e rádio em aplicação externa, pois a sensibilidade da mucosa e do osso parece tornarem esta prática mais útil e seguramente menos lesiva.



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.<sup>a</sup> - 240, Rua da Palma, 246 - 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<sup>e</sup>**, 5, Rue Bourg-l'Abbé  
A' VENDA NAS PRINCIPAES PHARMACIAS.

AMOSTRAS e LITTERATURA : **SALINAS**, Rua da Palma, 240-246 - LISBOA

LISBOA MÉDICA

reineau

# Gardénal

FENIL-ETIL MALONILUREIA

**EPILEPSIAS  
CONVULSÕES  
ESTADOS ANCIOSOS  
INSONIAS REBELDES**

EM TUBOS DE COMPRIMIDOS  
a 0 gr. 10. 0 gr. 05 0 gr. 01

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
SPÉCIA

MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE  
86, RUE VIEILLE DU TEMPLE, PARIS. 3<sup>ÈME</sup>

Se a lesão passou o limite atrás indicado, pela sua extensão, pelas complicações sépticas, pela existência de gânglios grossos e aderentes, só tratamentos paliativos podemos fazer a êsses desgraçados, presos do mais horroroso mal físico e do mais atroz sofrimento moral que nos é dado observar.

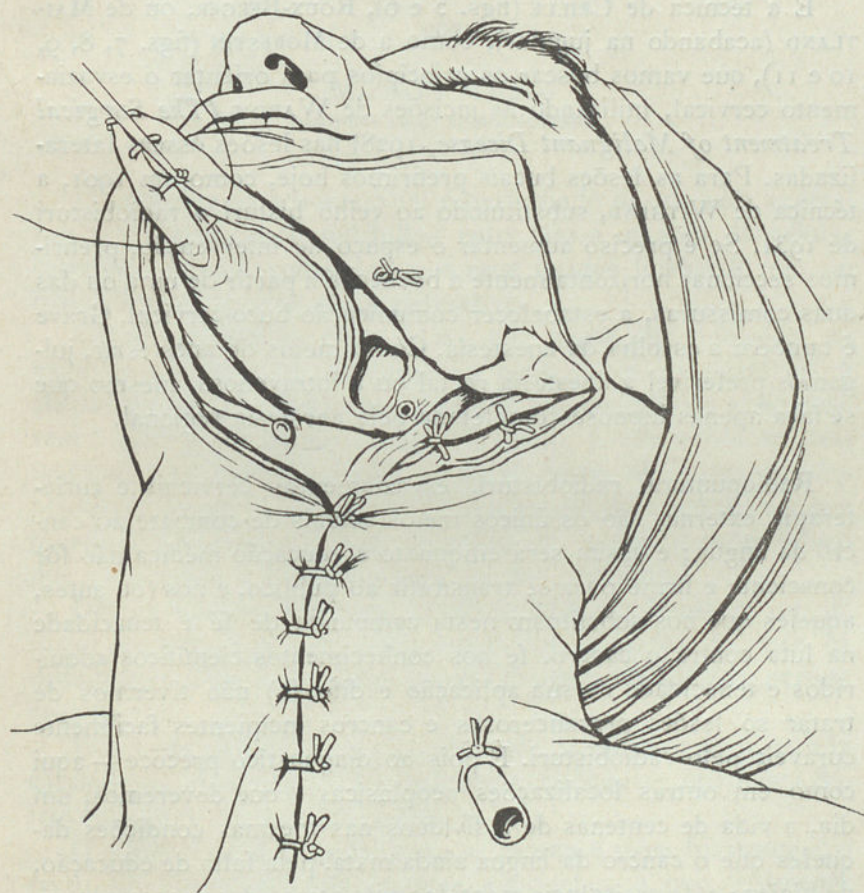


Fig. 11

Como paliativo: laqueação das linguais ou das carótidas externas; exérese pelo radiobisturi e rádio. A roentgenterapia bem praticada é muitas vezes o único paliativo clínico, aliás bem fraco, a aconselhar aos incuráveis.

¿Como fazer o esvaziamento cervical?

Entendemos dever sempre procurar evitar a comunicação dos dois campos, bucal e cervical, mas nas lesões neoplásicas que invadem o pavimento, a gengiva ou o próprio maxilar, tem de se fazer — num só tempo — a ablação dos tecidos cervicais e bucais em bloco.

É a técnica de CRILLE (figs. 5 e 6), ROUX-BERGER, ou de MAITLAND (acabando na jugular), como a de MORESTIN (figs. 7, 8, 9, 10 e 11), que vamos buscar os princípios para orientar o esvaziamento cervical, utilizando as incisões de WARING (*The Surgical Treatment of Malignant Disease*, 1928) nas lesões ósseas lateralizadas. Para as lesões bucais preferimos hoje, como em 1901, a técnica de WITHEAD, substituindo ao velho bisturi o radiobisturi de 1931. Se é preciso aumentar o espaço de intervenção, preferimos seccionar horizontalmente a bochecha a partir de uma ou das duas comissuras, a estabelecer comunicação buco-cervical. Grave é também a escolha da anestesia. Como meios de anestésiar, julgamos preferível a anestesia rectal ou a intravenosa, mesmo que se faça apenas hipnose completada pela anestesia regional.

Radiopuntura, radiobisturi, esvaziamentos cervicais e curieterapia externa, são os únicos meios actuais de combate ao cancro da língua; e assim será enquanto a educação médica não fôr consciente e firme para se transmitir ao público, e nós (ou antes, aqueles que nos substituam nesta campanha de fé e tenacidade na luta contra o cancro, fé nos conhecimentos científicos adquiridos e tenacidade na sua aplicação e difusão) não tivermos de tratar só lesões precancerosas e cancros incipientes facilmente curáveis pelo radiobisturi. É pois ao diagnóstico precoce — aqui como em outras localizações neoplásicas — que deveremos, um dia, a vida de centenas de indivíduos nas mesmas condições daqueles que o cancro da língua ainda mata, pela falta de educação, de higiene e de assistência mantidas pelo atraso das nossas organizações sociais. Quando fôr possível tornar realidade a aspiração posta ao Congresso de Londres (de 1913) por KINBÖECK, quando se conseguir o método ideal de tratamento das neoplasias, fazendo desaparecer as células patológicas sem lesar o tecido normal que as cerca, nem o organismo, estará resolvido o problema do cancro, sem radiobisturi, sem roentgenterapia e sem curieterapia.

## ADENOCARCINOMA DO CEGO. INTUSSUSCEPÇÃO CRÓNICA. COLECTOMIA

POR

MACHADO MACEDO

Assistente da 2.<sup>a</sup> clínica cirúrgica

O aparelho gastro-intestinal é perturbado na sua vida vegetativa por várias causas mórbidas, entre elas a invasão de células estranhas que se estabelecem nos seus tecidos formando um ou mais núcleos de evolução proliferativa.

Células estranhas estimuladas por causa desconhecida, os esforços da medicina limitam-se a constatar a sua existência, a classificar os seus caracteres, a atenuar os seus efeitos e algumas vezes conseguem anular, pela extirpação, a sua evolução destruidora. Os institutos de investigação ainda não passaram das primeiras letras, o estudo ainda está verde; mas ainda bem que o estímulo é sempre o mesmo, cheio de confiança num futuro que esclarecerá o problema genético dos neoplasmas.

Dêsses núcleos tumorais proliferativos do intestino, os de maior freqüência são os carcinomas. Sob o ponto de vista da distribuição dêles nos órgãos ou nas regiões, ao intestino pertencem 14,7 %.

Em 5.144 autópsias (1) foi registado o número total de 537 carcinomas. Localizados no intestino verificou-se que havia 89, isto é, 14,7 % do número global.

O segmento intestinal onde o carcinoma é mais freqüente é o recto. Os cólons incluindo a ansa sigmoidea, e principalmente esta, são também freqüentemente atingidos. A estatística de Lubarsch dá bem a idea das sedes de predileção intestinal em 1.608 carcinomas:

---

(1) *Handbuch der Speziellen Pathologischen Anatomie und Histologie.* (F. Henke und O. Lubarsch). Pág. 865.

Recto.....	846..	52,61 %
Intestino grosso.....	664.....	41,29 »
No duodeno .....	69.....	4,29 »
Intestino delgado.....	22.....	1,36 »
Apêndice .....	7.....	0,43 »
Total.....	1.608	

Em 151 carcinomas encontrados em autópsias, a distribuição topográfica foi, por ordem de frequência, a seguinte (1):

Ansa sigmoidea e recto.....	109
Cego .....	17
Intestino delgado... ..	9
Cólon transverso.....	8
Cólon descendente .....	5
Cólon ascendente .....	2
Apêndice .....	1
Total.....	151

Destas 151 neoplasias, 141 eram do intestino grosso incluindo a empola rectal e 13,4 % ocupavam o cego ou cólon ascendente.

Em 72 carcinomas do intestino grosso coligidos na clínica de Schmieden a frequência da localização é representada pela seguinte percentagem:

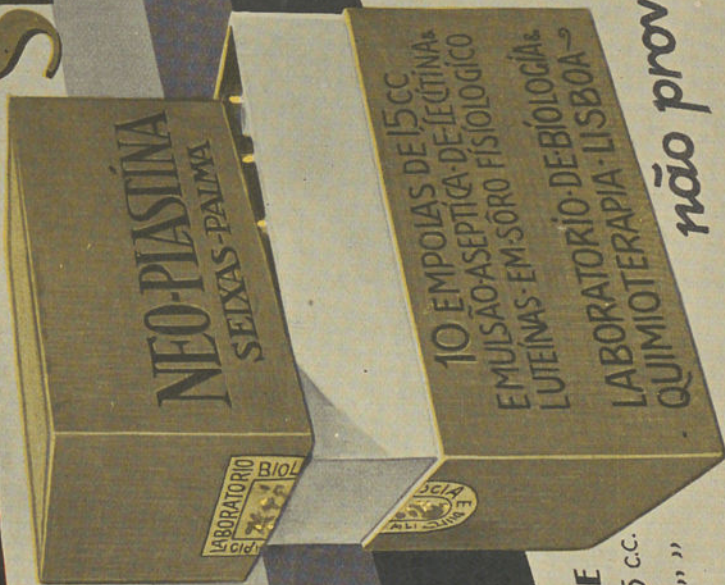
Cego e cólon ascendente... ..	36,1 %
Ansa sigmoidea.....	33,4 »
Cólon descendente e ângulo esplênico .....	20,8 »
Cólon transverso .....	9,7 »
Total.....	100,0 »

A percentagem da localização cecal e do cólon ascendente é nesta estatística mais elevada do que na anterior. Se acharmos a média das duas, obtemos como percentagem da localização cecal e do cólon ascendente o número 24,7.

Na Mayo clinic (pág. 249 da *Collected papers*, 1905-1909) de 100 ressecções do intestino grosso, 60 foram realizadas para extirpação de carcinomas localizados na seguinte proporção:

(1) *Handbuch der Speziellen Pathologischen Anatomie und Histologie.* (F. Henke und O. Lubarsch). Pág. 865.

# 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 fisiologico

**Este preparado não provoca reacção**

**Receitae a**

# NEO=PLASTINA

## SEIXAS=PALMA

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

» » » 6 » » 5 » »

**Porque é**

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

---

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

---



Cólon descendente e ansa sigmoidea .....	30
Cego e cólon ascendente.....	23
Cólon transverso e ângulos cólicos .....	7
Total.....	60

Naquela centena de ressecções, 48 incidiram sobre o cego e cólon ascendente por várias doenças, a saber:

Carcinomas do cego .....	23
Sarcoma do cego.....	1
Fibro-mioma do cego com intussuscepção.....	1
Tuberculose cecal.....	12
Fibro-esclerose.....	11
Total.....	48

No cego, como em todo o intestino, o neoplasma benigno é raro. São conhecidos os adenomas das glândulas de Lieberkühn e de Brunner, os tumores do tipo conjuntivo, tais como o fibroma, mioma, fibro-mioma, lipoma, lipoidoma, papiloma, os tumores de organização vascular como o angioma e o chilangioma, mas os neoplasmas malignos constituem sempre a grande maioria e são os que em clínica interessam o diagnóstico diferencial e a terapêutica de quasi todos os dias. O peritônio visceral é particularmente atreito à sementeira neoplásica. A ginecologia fornece alguns exemplos. A disseminação rápida no peritônio pélvico e intestinal de células neoplásicas contaminadas ou originadas das formações malignas do útero é bem conhecida. Um exemplo desta contaminação é o endometrioma múltiplo formado por células deciduais depois de algumas hysterectomias subtotais.

Em 296 operações destas, 64 foram seguidas de endometriomas (1). Esta noção interessa a cirurgia sob o ponto de vista profilático, e, entre outros preceitos de técnica, impõe a excisão da mucosa do útero restante nas hysterectomias supravaginais.

Outro exemplo de fácil disseminação peritoneal é o *pseudomixoma peritonei* originado em ruptura apendicular ou ovárica.

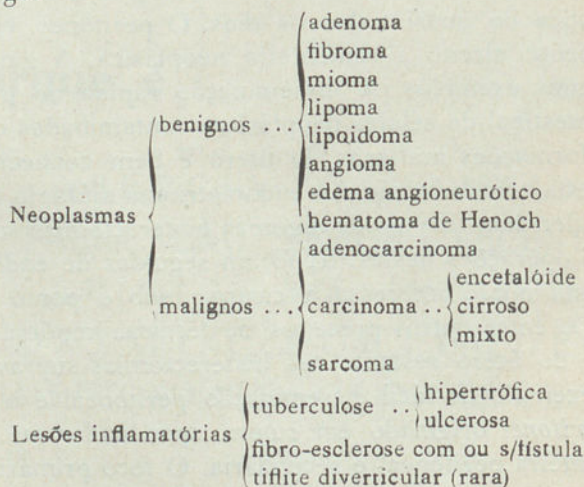
A sementeira peritoneal é secundária. O foco primário existe geralmente na mucosa ou submucosa e invadiu a camada mus-

(1) *Handbuch der Speziellen Pathologischen Anatomie und Histologie.* (F. Henke und O. Lubarsch). Pág. 865.

cular do intestino, em regra depois de ter ocupado todo ou parte do *lumen* intestinal, formando massa tumoral bem perceptível a apalpação. No intestino também se desenvolvem neoplasmas do tipo epitelial que, de evolução arrastada, não tomam senão muito tarde volume fácil de apreciar pela apalpação. Nestes, o *lumen* do intestino não é propriamente ocupado pela massa neoplásica. Ele é reduzido a um calibre estreito devido à retracção da parede intestinal em que o tecido cirrótico se substituiu à camada de músculo liso. Os primeiros são encefalóides e os segundos são cirrosos. Aqueles são duma frequência muito maior do que estes.

Sob o ponto de vista clínico e terapêutico, a patologia cirúrgica do cego e do cólon ascendente constitui uma só doença, isto é, clinicamente não há por exemplo um tumor do cego ou um tumor do cólon ascendente. A extensão das lesões pode ser diferente, mas a terapêutica é a mesma. O cólon ascendente e o cego são dois segmentos contínuos com relações vasculares e linfáticas comuns. A designação de neoplasia do cego envolve a idea de interferência do cólon ascendente e *vice-versa*

Reduzidas a esquema, podemos resumir as doenças cirúrgicas do cego:



Os neoplasmas circunscritos de forma polipóide, sésseis ou pediculados, assentes na parede livre do cego, ao tomarem certo volume, tendem a lançar-se na direcção da onda peristáltica e

em pouco acham-se dentro do *lumen* cólico, levando atrás a parede cecal da sua implantação. Esta invaginação crônica prossegue até certo limite determinado pela resistência da parede invaginada. O peritônio visceral do cego, recobre-o em  $4/5$  do seu perímetro total, afastando-se no lado interno para constituir o meso, e no lado externo para revestir a fossa lombo-iliaca.

A parte posterior do cego tem, por isto, geralmente uma deslocação mais difícil. Algumas vezes o folheto peritoneal externo, formando uma faixa flácida retrocecal, permite amplos movimentos de todo o contorno cecal. Neste caso a invaginação é mais fácil, mesmo que o tumor esteja implantado na parede posterior. A consequência da invaginação crônica é variável com as condições circulatórias locais, e com a obstrução do *lumen* cólico. Se a circulação venosa é total ou parcialmente impedida, a estase, congestão e edema provocam sinais agudos de retenção fecal, dores peristálticas, toxemia com ou sem febre. Se a irrigação sanguínea decorre normalmente, e o volume do tumor acrescido das paredes invaginadas permite ainda o trânsito do conteúdo intestinal, os sinais abdominais subjectivos são bem tolerados, periódicos mas com tendência ao agravamento. Se a posição do cego é normal, o diagnóstico de tumor e de sede é em regra muito fácil, e raras vezes haverá embaraço na destriça sobre a patologia da região.

O diagnóstico de invaginação não é tão simples. A posição normal do cego invaginado é geralmente alta, próxima do ângulo hepático, diante do rim direito.

Uma condição rara, mas citada (1), capaz de produzir dificuldade no diagnóstico por simulação de tumor do cego, é o fibroma do apêndice, invaginado na empola cecal. Uma e outra condição provocam crises dolorosas com tumor palpável, mesmo nas fases de acalmia.

Tanto o neoplasma cecal como o fibroma do apêndice invaginado podem influir (congestão, ulceração) no aparecimento de sangue nas fezes. O estado geral toxêmico faz inclinar a balança para o lado da neoformação maligna, sobretudo quando o esva-

---

(1) *Handbuch der Speziellen Pathologischen Anatomie und Histologie.* (F. Henke und O. Lubarsch). Pág. 865.

ziamento intestinal é regular, e a hipótese de estercoremia é posta de parte. A invaginação por tumor intestinal é patologia para ser lembrada e discutida no diagnóstico diferencial dos neoplasmas do intestino, mas só a laparotomia exploradora permite a certeza do caso.

Todas estas considerações, e as que fazem parte destas breves linhas, vêm em tórno e a propósito de um doente que durante algum tempo passou sob a minha assistência.

OBSERVAÇÃO N.º 1941-BIS. — José de Araújo. 21 anos. Camponês Janeiro de 1922.

*H. D.* — Doente há 2 meses: começou por sentir dores no flanco direito do abdómen. Não eram permanentes nem relacionadas com as refeições. Estendiam-se até o epigastro e provocavam-lhe um estado de náusea que duma vez chegou ao vômito mucoso. Quando as dores eram violentas, ficava impossibilitado de trabalhar. Tinha e tem evacuações regulares, diárias e mol-dadas.

*Antecedentes pessoais.* — Sempre foi saudável. Não há sífilis nem tuberculose.

*Antecedentes hereditários.* — Pais vivos saudáveis.

*Observações.* — Estatura baixa, magro, de coloração regular. Apirético. Pulso 70.

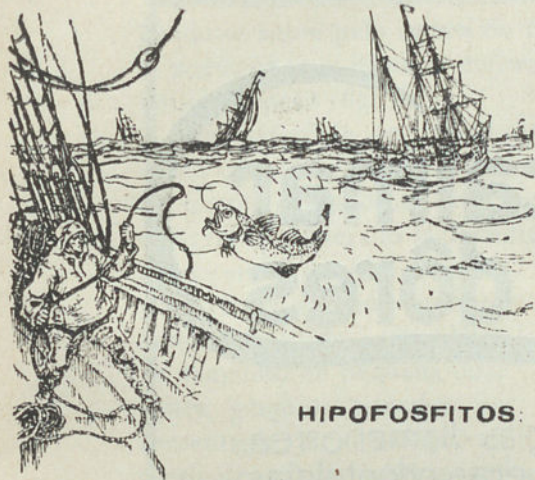
*Aparelho respiratório.* — Nada de importância.

*Aparelho cardiov.* — Nada de importância.

*Observação local.* — Abdómen de conformação normal. À palpação nota-se tumor abdominal com a forma e consistência de rim colocado transversalmente no epigastro, móvel e deslocando-se mais facilmente para o flanco direito. A superfície é lisa; no seu maior comprimento mede 10 cms. e a sua largura é cerca de 6 cms. É um tumor maciço à percussão, indolor à apalpação.

Em 1 de Fevereiro de 1922, operação sob anestesia geral pelo éter (máscara aberta).

Laparotomia paramediana direita sôbre o bordo externo do grande recto. O rim direito ocupa na fossa lombar a sua posição normal, e está regularmente fixado. Coberto de epiplon apalpa-se tumor que se estende desde a grande curvatura do antro pilórico até o bordo interno do rim direito. Levantado o veu epiplóico, vê-se que o tumor é constituído pelo cego duro, móvel, liso e volumoso. Percebe-se o fundo cecal invaginado para dentro do cólon ascendente, surgindo do interior a ponta do apêndice vermiforme, e uma porção terminal do íleon. O *caput coli* invagi-



# GLEFINA

LABORATORIOS ANDRÓMACO

Pl. Central de Tibidabo 3

BARCELONA

Preparada com:

**EXTRACTO DE OLEO DE FÍGADO 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 antiescrafulose.

Deposítários gerais para Portugal: **PESTANA, BRANCO & FERNANDES, L.<sup>da</sup>**

Rua dos Sapateiros, 39, 1.<sup>ª</sup> — LISBOA



# IODALOSE GALBRUN

**iodo physiologico, soluvel, assimilavel**

**A IODALOSE É A ÚNICA SOLUÇÃO TITULADA DO PEPTONIODO**  
Combinação directa e inteiramente estável do Iodo com a Peptona

**DESCOBERTA EM 1896 POR E. GALBRUN, DOUTOR EM PHARMACIA**  
Comunicação ao XIII<sup>o</sup> Congresso Internacional de Medicina, Paris 1900.

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

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

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

LISBOA MÉDICA

# 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<sup>®</sup> em Portugal.

nando-se subiu pelo *lumen* do cólon ascendente, levando consigo o apêndice e o íleon, a êle unidos. Evidentemente um caso de intussuscepção (fig. 1).

Na superfície peritoneal das vísceras, e no fígado, não há sinais de contaminação maligna.

O cólon ascendente estava encostado e aderente ao mesocólon transverso. Liberado facilmente e desviado para a direita a fim de observar as suas relações posteriores, vêem-se grandes gânglios ovóides, um dêles do tamanho de pequena noz. Estes gânglios situados no mesentério agrupavam-se junto da coluna lombar em volta dos vasos cólicos direitos e íleo-cólicos. Tinham o aspecto de hiperplasia linfática de origem inflamatória. A sua consistência era normal, na sua superfície não se conheciam as retracções profundas cirrosas que são frequentes nas infecções malignas do tipo epitelial. Na parede intestinal não se percebem sinais de inflamação que se relacione com a infecção ganglionar.

¿Neste momento qual a terapêutica a seguir? Desinvaginação e exereses do tumor, ou colectomia?

Pôsto como mais provável o diagnóstico de neoplasia, por ser a causa mais frequente da invaginação cecal, decidi-me pela colectomia a-pesar-da incerteza da malignidade do tumor.

Os tumores glandulares do intestino, sempre sujeitos a irritação crônica, são susceptíveis de degenerar em transformação maligna.

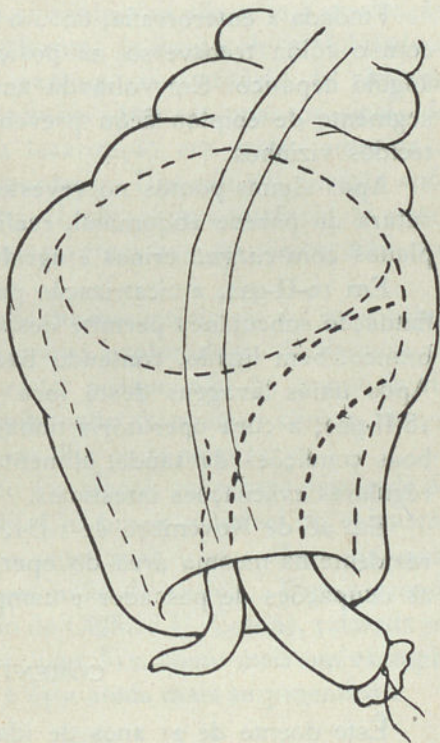


Fig. 1  
Este esquema figura a invaginação do ceco com apêndice e íleo dentro do lumen do cólon ascendente

Sólto da sua inserção peritoneal externa, o cólon foi dissecado desde o íleo terminal até 10 cm. acima da saliência tumoral. Seccionado o íleo abaixo da invaginação, começou a laqueação dos ramos cólicos e secção do meso de baixo para cima, até o limite da dissecação já feita onde o cólon foi cortado, entre dois *clamps*, a termocautério. Suturei os topos intestinais com *catgut* Davis de 20 dias e executei a anastomose látero-lateral junto dos extremos com *catgut* e linho fino.

Findada a enterorrafia, ficou o íleo terminal em continuidade com o cólon transverso, na posição isoperistáltica, próximo do ângulo hepático. Em volta da anastomose a adaptação de um segmento de epíplon ficou prevenindo possíveis aderências aos tecidos vizinhos.

Após alguns pontos no revestimento do peritônio, restava a sutura da parede abdominal, realizada como de hábito em três planos com *catgut*, crinas e agrafes.

Em 10-II-922, a cicatrização parece completa, mas uma certa flutuação subcutânea permite descobrir abcesso de 50 c. c. de pus branco, bem ligado, contendo bactérias coliformes gramofobas. Após umas lavagens desta loca com soluto de Dakin, no dia 18-II-922, a cura operatória tinha terminado. O doente saiu em boas condições de saúde, alimentando-se regularmente e tendo regulares evacuações intestinais.

Em 26 de Novembro de 1931, recebo informações do clínico residente na mesma área do operado. Êste acha-se bom, exerce as ocupações de pescador e camponês, casou e tem três filhos.

#### COMENTÁRIO

Êste doente de 21 anos de idade veio à consulta porque nos últimos dois meses tinha sofrido algumas dores fortes no flanco direito do abdómen. As dejecções eram regulares, moldadas, em nada sanguinolentas e nunca foram diarreicas.

Nestas condições não era possível a certeza de que o tumor existente no seu ventre estivesse localizado no canal intestinal. Em crise de dor o doente não foi examinado, por isso nenhuma informação segura havia a respeito do peristaltismo intestinal. Ao tempo, o serviço de cirurgia, de que eu tomava conta, não possuía o recurso da radiografia. Se as ondas peristálticas do intes-



tino se desenhasssem na parede abdominal, a probabilidade de uma obstrução crônica seria discutida. A sede epigástrica do tumor lembrava uma localização no cólon transverso, no seu meso ou no epíplon; e a sua forma alongada em disposição transversal excluía a hipótese de vesícula hidrópica, de cistectasia, e de tumor da cabeça do pâncreas. Também a ausência de sintomas gástricos afastava a idea de doença de estômago. A náusea não significa só doença gástrica.

Um rim em ferradura não se apalpa ou não vem à apalpação com os mesmos caracteres de forma, de limite, de mobilidade e de volume. Só um tumor do parênquima sinfisário do rim em ferradura poderia revestir caracteres idênticos, mas os sinais de suspeita renal eram nulos, a localização era muito anterior à coluna e a mobilidade era discordante. Um rim em posição anómala não era diagnóstico aceitável, não só pela ausência de sinais urinários como pela situação transversal fixa do maior diâmetro do tumor.

Com o diagnóstico de quisto do mesentério ou do mesocólon transverso, passámos à laparotomia exploradora. A hipótese de quisto hidático nem foi lembrada, porque não há memória de um só quisto hidático na região onde exercíamos clínica, nem o doente vivera um só dia fora da ilha onde nascera.

A dificuldade de diagnóstico é evidente, sobretudo pela sede do tumor reconhecida na palpação. Um tumor palpável no epigastro de modo algum faz lembrar a sede cecal, e só o filme radiográfico poderia determinar esta anomalia de posição. Vem a propósito citar a seguinte observação de Clifford U. Collins, relatada no *Surg. Gyn. and Obst.*, vol. xvii, pág. 512, como mais um exemplo de posição anormal do cego, e êste ainda mais surpreendente.

Uma doente de 50 anos, amenorreica nos últimos dois meses, sente-se nauseada e sofre dor no quadrante inferior direito do abdómen. Algumas vezes as suas náuseas são seguidas de vômitos. Tem 3 ou 4 dejectões intestinais diárias e as fezes trazem muco e são marcadas de sangue. Apalpava-se uma massa oblonga, disposta obliquamente no quadrante inferior esquerdo do abdómen. Não há distensão abdominal e ao toque pelo recto nada se nota de anormal. Não tem febre, e o pulso bate a 88 por minuto.

Como a doente não era menstruada há 2 meses, e a-pesar-dos seus 50 annos de idade, o diagnóstico de gravidez extra-ute-

rina tornava-se provável, sem contudo excluir a possibilidade de tumor maligno da ansa sigmoidea ou do cólon descendente.

Na intervenção cirúrgica notou-se o cólon dilatado. A massa oblonga palpável no quadrante inferior esquerdo era o cego com o fundo invaginado no cólon ascendente. Depois de desinvaginado foi incisado para examinar o tumor sólido esférico

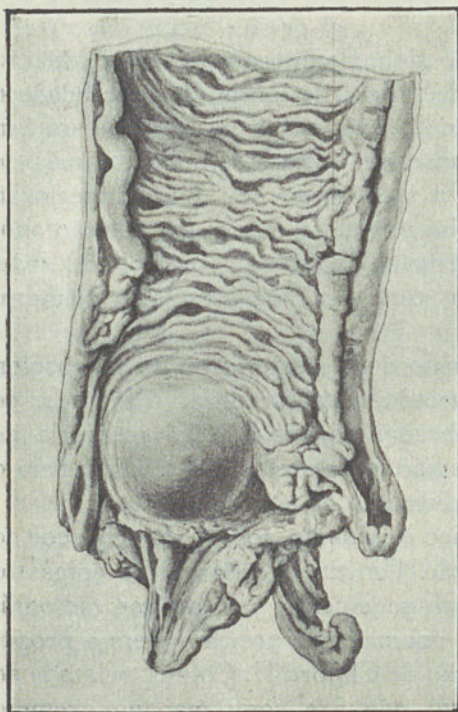


Fig. 2

O cego e cólon ascendente estão abertos para observação do tumor, junto à válvula de Bauhin

com 5 cms. de diâmetro que os dedos sentiam dentro. Era um lipoma que tinha provocado aquela invaginação. A simples excisão do tumor e a sutura da cecotomia foi bastante para conseguir a cura imediata e fácil da doente.

Os lipomas são raros na parede intestinal, e os de sede submucosa ainda mais raros são. Stetten, de New-York, reuniu 75 casos na literatura, dos quais 47 no intestino grosso. Apenas 6 eram localizados no cego (*Surg., Gyn. and Obst.*, Agosto de 1909). A invaginação no adulto é patologia de excepção, e como tal se considera no diagnóstico diferencial.

Contam-se ao todo 12 % de intussuscepções cólicas nas idades superiores a 10 anos, ao passo que em idade inferior a sua frequência é de 88 % (1). A sua causa mais comum é o lipoma, o fibroma, o adenocarcinoma e o adenoma da submucosa e mucosa do cólon. Invaginações crônicas primárias são

(1) *System of Surgery*. (by C.-C. Choice. Págs. 486-493).

raras no adulto, mas não tanto que Goodall de Boston não tenha coligido 122 casos na literatura (1).

Em 48 ressecções do cego por deformações inflamatórias, e neoplasmas (Mayoclinic, 1905-1909) foi observado um só caso de intussuscepção crônica originada por um fibro-mioma do *caput coli*. As outras ressecções foram determinadas pela existência de tumores malignos ou de lesões inflamatórias crônicas, tais como a tuberculose hipertrófica ou úlcero-caseosa, e a tífite fibro-esclerosa acompanhada ou não de fistula cutâneo-cecal.

Ao que se afigura na prática, o próprio mecanismo da invaginação altera a sede do cólon invaginado. O mesentério acompanha a parede intestinal, torna-se mais curto e desvia o cólon para o lado interno, e se não fôra a elasticidade do seu peritônio, o desvio seria maior e simultaneamente a invaginação mais difícil.

A elasticidade facilita a intussuscepção, e o cego pode invaginar-se tão profundamente que a válvula de Bauhin pode atingir a empola rectal (Campbell, *Surgical Anatomy*, 1911. Pág. 400).

A possibilidade de formação de aderências entre as superfícies peritoneais do *intussusceptum* e *intussusciens*, quasi sempre impede que a invaginação seja ilimitada.

Mas a sede anormal do cego não é uma conseqüência exclusiva da intussuscepção. Nos primeiros meses da vida fetal o cego está localizado na metade esquerda do abdômen. A sua migração

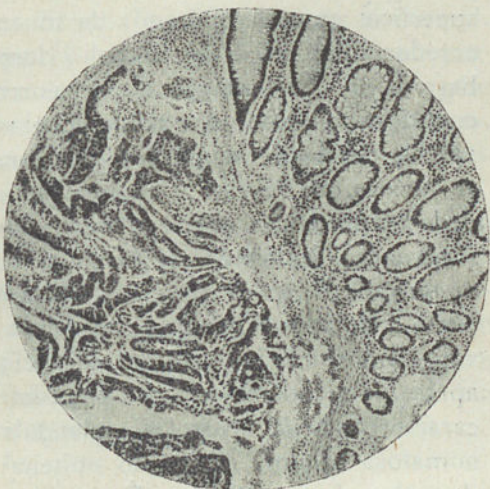


Fig. 3

Neste corte vê-se em cima um grupo de glândulas formando adenoma, em baixo o tecido glandular desordenado, confluyente de adenocarcinoma

(1) *System of Surgery*. (by C.-C. Choice. Págs. 486-493).

até a sede normal pode interromper-se, e a anomalia de posição tornar-se definitiva.

Nestas condições, de-certo raríssimas, o cego terá uma localização sub-hepática, para-umbilical ou pre-renal direita.

#### EXAME DO TUMOR RESSECADO

Na peça operatória foi desinvaginado o *caput coli* e então se viu que a ressecção fôra demasiadamente extensa, havendo cerca de 18 cms. de intestino são acima da situação do tumor.

Aberto o cólon desde o *caput* por meio de tesoura introduzida pelo *ileum* terminal e válvula de Bauhin (fig. 2), vê-se o tumor de superfície mucosa e de côr da mucosa normal quási lisa, duro, arredondado, séssil, do tamanho duma tangerina. Junto à larga base da sua implantação as pregas mucosas reaparecem em tôrno com o seu aspecto normal. A neoplasia está implantada junto à válvula de Bauhin na parede anterior, ou ântero-externa do cego. A mucosa que reveste o tumor está fixada; com a pressão do dedo não se move nem escorrega sôbre a estrutura subjacente.

A peça foi fixada na fórmula A de Kaiserling e conservada na fórmula B, a fim de ser estudada a estrutura do tecido. O aspecto é de tumor benigno, mas uma preparação histopatológica veio demonstrar uma degenerescência maligna em início. A fig. 3 apresenta glândulas normais em corte transversal, com a feição característica de hiperplasia glandular. Ao lado desta zona adenomatosa há uma infiltração epitelial de proliferação glandular desordenada e confluyente. É um adenocarcinoma.

Recordando a intervenção cirúrgica, convém fixar que os gânglios apontados e descritos acima não foram extirpados. Se na sua estrutura ganglionar já havia mistura de célula carcinomatosa, a esperança duma cura definitiva não podia ser mantida. A operação foi executada há nove anos e o operado encontra-se em estado de completa saúde. Êste espaço de tempo decorrido é suficiente para demonstrar que naquela hiperplasia ganglionar não havia mistura de célula carcinomatosa.

De resto, em clínica cirúrgica atribue-se uma importância excessiva a existência e hipertrofia de gânglios satélites de órgãos doentes, e nestas circunstâncias o diagnóstico de neoformação maligna é logo tomado em consideração. Os exemplos não

são raros. Os gânglios que acompanham a úlcera gastroduodenal, sobretudo nas fases de gastrite acentuada, às vezes assustam o cirurgião. No acto operatório, mesmo os mestres de justo renome se enganam suspeitando de cancros de estômago em doentes que nove anos depois lhes aparecem a queixar-se de estase gástrica e provável úlcera péptica. O gânglio cuja estrutura é invadida por célula maligna do tipo epitelial, apresenta muitas vezes na sua superfície áreas brancas retraídas como de cicatriz retráctil. É pena que a ausência dêste aspecto não exclua sempre o diagnóstico de carcinoma. O valor positivo dêste sinal é maior do que o seu valor negativo. Os gânglios satélites do cego encontrados na operação eram de forma, consistência, côr e superfície normais. Mas o seu volume excedia em 3 ou 4 vezes o normal. Uma sobrevivência sadia que já vai em nove anos é clínica e praticamente bastante para afirmar que o desenvolvimento dos gânglios não era devido à presença directa de células neoplásicas. Na mucosa do cego não havia ulceração ou inflamação que justificasse a reacção ganglionar descrita.

A sífilis ou a tuberculose podiam ser a causa desta hiperplasia. Nenhum sinal clínico destas infecções crônicas foi encontrado. Seja permitido lembrar a hipótese de uma reacção defensiva local do tipo hiperplásico, originada pela circulação também local de produtos celulares neoplásicos. Nenhum gânglio foi extirpado, nem mesmo para estudo histopatológico, por isso qualquer sugestão naquele sentido tem apenas o valor de uma hipótese.

#### CONCLUSAO

As intussuscepções crônicas do adulto são raras, e a sua frequência é figurada pela percentagem de 12 (incluindo as que provocam obstrução aguda). A sua causa mais comum é o neoplasma do cólon, principalmente fibroma, lipoma, adenoma e adenocarcinoma.

A intussuscepção crônica primária é raríssima.

No intestino grosso a neoplasia maligna é mais frequente do que a benigna. O mesmo acontece no intestino delgado.

O carcinoma é o mais frequente dos neoplasmas malignos do intestino, 52 % no recto, 41 % nos cólons, 4 % no duodeno, 1 % no intestino delgado e 0,4 % no apêndice.

A freqüência da localização cecal entre os carcinomas do intestino grosso é de 24,7 %.

A intussuscepção crônica por neoplasia do cego apresenta os mesmos caracteres semióticos da obstrução crônica por tumor do intestino.

O seu diagnóstico é difícil por causa da localização tumoral distante da fossa ilíaca direita.

Freqüentemente a sede da dor espontânea é no flanco direito ou na fossa ilíaca direita.

A hiperplasia dos gânglios tributários nem sempre corresponde a infecção neoplásica ou adenite neoplásica.

#### RÉSUMÉ

Les cas d'intussusception chronique cœcale ne sont pas fréquents. Il le sont beaucoup moins que la présence des tumeurs du cœcum.

Il y en a quelques uns en conséquence de la coexistence de lipome solitaire, adénome, fibrome, adénocarcinome, développés dans la sousmuqueuse cœcale.

Les tumeurs circonscriptes et implantées sur la paroi libre du cœcum sont la cause plus commune de l'invagination. On trouve à la palpation la masse cœcale de l'invagination loin du siège topographique du cœcum normal.

Le cas rapporté est un adénocarcinome gros comme une mandarine développé dans la sousmuqueuse du caput coli. L'invagination s'est produite jusqu'à l'angle hépatique du colon, et tout son volume était placé dans l'épigastre. On ne pouvait pas alors penser à une tumeur du cœcum. La perméabilité intestinale était maintenue et seulement quelques douleurs abdominales ont conduit le malade à la consultation.

La tumeur était accolée au mesocolon transverse. À la resection presque jusqu'à l'angle hépatique, on a pas enlevé les glandes lymphatiques hyperplasiées du groupe colique droit et du groupe iléo-colique.

Une de ces glandes était grosse comme une noix. Sa surface, sa consistance et l'homogénéité apparente du tissu lymphatique étaient tout-à-fait normales. Seulement la grosseur était celle d'une hypertrophie.

# SIRAN

CONTRA A TOSSE

COMPOSIÇÃO:

Sulfogaicolato de potássio (6 0/0), xarope de hortelã pimenta composto, adicionado de ácido thimico e de extracto de tomilho.

INDICAÇÕES:

Doenças catarrhaes dos órgãos respiratorios, bronchite aguda e chronica, tuberculose pulmonar e laryngea, gripe, coqueluche e asma.

.....  
TEMLER — WERKE  
BERLIN — Johannisthal

# BROSEDAN

Medicamento sedante, de toda a confiança, com elevada percentagem de vitaminas de levadura

INDICAÇÕES:

Neurasthenia e padecimentos nervosos de toda a especie, especialmente insomnia nervosa e nevrose cardiaca. Padecimentos nervosos sobrevivendo durante a menstruação e durante a menopausa. Estados de excitação de origem psychica; nevroses de terror e afecções semelhantes. Hyperexcitabilidade sexual. Nevralgias e enxaqueca. Epilepsia. Alem disso o Brosedan é empregado, quando se quizer fazer uma alimentação pobre de sal (na nephrite, rheumatismo, tuberculose).

.....  
TEMLER — WERKE  
BERLIN — Johannisthal

# 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, Bielefeld

A terapeutica das enfermidades reumaticas e inflammatorias

# SINNODIN

(Dr. Bauer)

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

Chem. Fabrik Milkai, Altona-Hamburgo

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

# SPETON



Temmler-Werke, Berlin-Johannisthal

Depositários exclusivos: **HENRIQUE LINKER L.<sup>da</sup>**, Lisboa, Rua D. Pedro V, 34

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  
PRAÇA LUIZ DE CAMÕES, 36-2º - T.1722





Une coupe hystopathologique de la tumeur montra son caractère malin. C'était un adénocarcinome. Le malade a guéri d'une manière simple. Déjà neuf années sont passés depuis l'opération, et l'opéré, âgé de trente ans, se porte bien et exerce ses occupations d'une façon normale. On peut en déduire alors que les glandes lymphatiques n'étaient pas infectées par des cellules néoplasiques. Elles étaient hyperplasiées et on a pas trouvé à la muqueuse ou à la paroi intestinale aucun signe de réaction inflammatoire.

Le carcinome est le néoplasme plus fréquent de l'intestin; dans les 52 % des cas on le trouve au rectum, 45 % au colon, 4 % au duodenum, 1 % au grêle e 0,4 % à l'appendice.

Parmi les cas de carcinomes du gros intestin, le siège cœcal a été trouvé dans 24,7 %.

On compte les intussusceptions chroniques après l'âge de 10 ans par 12 % des cas, y compris les cas qui ont produit l'obstruction aiguë.

*Instituto de Patologia Medica del Hospital General de Madrid*  
(Prof. G. Marañón)

---

## A PROVA DA MORFINA (\*)

POR

JOSÉ M. PARDO URDAPILLETA e JUAN MARTINEZ DIAZ

É curioso como, a-pesar-dos muitos trabalhos experimentais feitos sobre a hiperglicemia post-morfínica, se não tenha utilizado esta prova para o diagnóstico da doença de Addison.

Stewart e Rogoff (1) comprovaram, no animal, um aumento temporário do açúcar do sangue, depois da injeção de morfina, verificando ao mesmo tempo que este aumento não se produzia quando aquele era privado das suas cápsulas supra-renais.

R. Targowla (2) foi o primeiro que estudou o comportamento do açúcar no sangue do homem, depois de fazer-lhe uma injeção de morfina.

Nesta clínica, onde a estatística da doença de Addison compreende um bom número de casos, e onde foram sugeridas duas provas para o diagnóstico dela, não podia deixar de comprovar-se o valor da prova da glicemia post-morfínica.

Targowla preconiza a técnica seguinte: com o doente em jejum, obtém-se, por punção venosa, um primeiro valor da glicemia. Em seguida pratica-se uma injeção subcutânea de cloridrato de morfina na quantidade de 0,01 gr., e passada uma hora faz-se uma segunda determinação do açúcar sanguíneo.

Nestas condições, o resultado obtido nos individuos normais é o duma elevação glicémica que oscila à volta de 0,20 grs. 0/00.

Para Targowla, quando a cifra obtida está acima deste limite,

---

(\*) Tradução de José Rochera.

a prova é exagerada. Quando a cifra encontrada se encontra abaixo de 0,15 grs.  $\frac{0}{100}$ , aquela está diminuída.

Nós, depois de termos encontrado dêste modo algumas provas, e verificando que os resultados podiam ser errôneos tirando sangue, só passada uma hora, modificámos a prova intercalando uma segunda punção venosa aos 30 minutos da primeira.

O autor, a quem tantas vezes nos referiremos, exige, para valorizar a prova, um funcionamento tiroideu normal e a integridade do parênquima hepático; partindo desta convicção uma prova morfínica baixa é sinal de insuficiência supra-renal. Quando, pelo contrário, encontra uma exagerada hiperglicemia post-morfínica, pensa, com reserva, uma hiperfunção supra-renal. É êste o resumo dos seus resultados, e, antes de falarmos dos nossos, resumamos brevemente os fundamentos experimentais e farmacológicos desta prova.

Elliot (3) observou nos gatos um empobrecimento de adrenalina dos supra-renais quando lhes administrava morfina. Stewart e Rogoff concluíram dos seus ensaios que a adrenalina dos gatos pode aumentar-se até 10 vezes, sob a acção da morfina; não succede assim nos cães.

Digno de interêsse é saber-se que a falta dos supra-renais, ou a sua enervação, diminue a hiperglicemia post-morfínica e que a extirpação dos suprarrenais do cão (Lewis) eleva a sensibilidade dêste animal para a morfina.

Houssay, Lewis, Molinelli e Marenzi imputam cegamente à morfina uma acção hiperglicemiante e resumem num magnífico trabalho (4) o porquê desta hiperglicemia e os mecanismos nervosos e humerais que a produzem. Para êles, não é único o factor actuante, pois têm visto que, quando falta a enervação simpática do abdómen, a injeccção de morfina não produz hiperglicemia, tendo demonstrado também que o simpático actua directamente sôbre o glicogénio hepático ou por intermédio da hiper-secreção de adrenalina.

Outros factos clínicos, que queremos apontar, são a constancia da glicosúria nos doentes gravemente intoxicados pela morfina, e o achado da quási totalidade da droga no tecido hepático (5).

Temos realizado a prova conforme a técnica que já mencionámos, que quer dizer, com extracção de sangue passada meia e uma hora depois da injeccção de 0,01 gr. de morfina.

Eis os nossos resultados :

Número	Doente	Diagnóstico	Glicemia		
			Em jejum	Aos 30'	Aos 60'
1	8509	Addison	0,82	0,77	0,73
2	7224	»	0,65	0,62	0,71
3	7899	»	0,61	0,57	0,71
4	8625	»	0,76	0,77	0,85
5	8660	»	0,89	0,86	0,95
6	8569	Astenia (Stiller)	0,88	0,79	0,91
7	8720	Bócio endémico	0,88	0,81	0,82
8	8730	Normal	0,93	0,91	0,98
9	8260	Diabetes renal	0,91	0,89	0,96
10	8713	Epilepsia menor	0,85	0,81	0,94
11	8723	Nefrolitiasis	0,78	1,01	0,87
12	8712	Colecistites	0,84	1,03	1,07
13	8710	»	0,77	0,76	0,97
14	8640	Hipersuprarrenalismo	0,79	1,87	1,81
15	2901	Hipernefroma	0,70	1,15	1,44
16	8739	Esclerose renal	0,74	0,72	0,71

De 5 doentes addissonianos, em 4 a prova foi positiva (curvas 1, 2, 3, 4 e 5) pois a hiperglicemia obtida não passa de 0,10 grs.  $\text{0/00}$ , passada uma hora da injeção. Num dêles a prova está invertida (curva 1) visto que a glicemia, passado êste período, desce 0,12 grs.  $\text{0/00}$ , o que seria negativo para Targowla.

Depois de lidos os resultados dêste autor, e de achar, em 5 doentes addissonianos, 4 com uma prova positiva, julgamos que nos encontramos ante um belo achado, porque a facilidade e a inocuidade desta prova fá-la-ia muito vantajosa sôbre a prova da insulina. Mas, poderemos fazer um diagnóstico, tão grave em muitos casos, baseados sômente numa prova positiva post-morfina?

Vejam os caso seguinte :

Na Policlínica apresenta-se H. S. D., 37 anos, de Toledo. Casado. Comerciante.

*Antecedentes familiares.* — Sem interêsse.

*Antecedentes pessoais.* — Aos 13 anos, período febril, que durou 3 meses (provavelmente uma primeira infecção fímica). Gripe em 1918.

Os principais pontos de ataque da

# CORAMINA

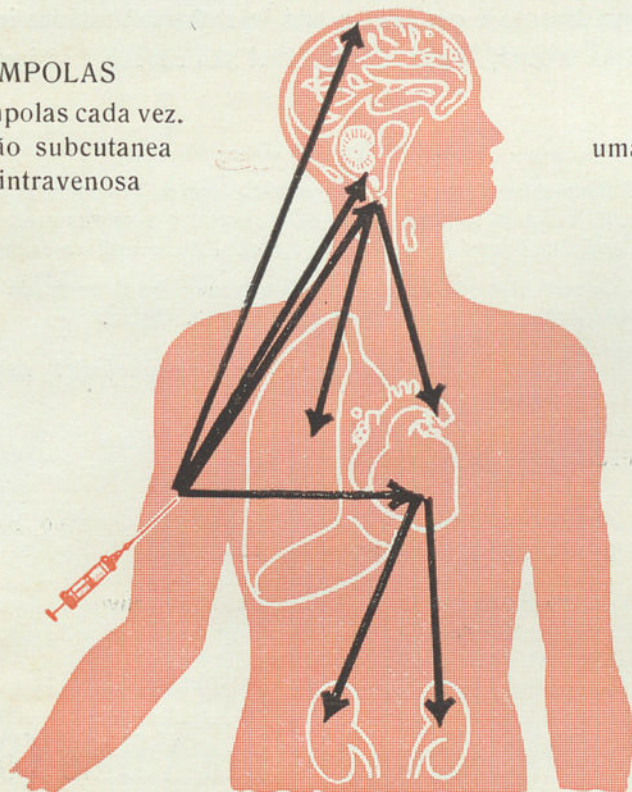
**Estimulante cardíaco e respiratório  
hidrosolúvel de primeira ordem**

## EMPOLAS

1 a 2 empolas cada vez.  
Injecção subcutânea  
ou intravenosa

## GOTAS

30 a 60 gotas  
uma a várias vezes  
por dia



Centros da respiração e circulação, coração e cortex cerebral  
Efeitos consecutivos sobre a respiração,  
circulação, diurese, as funções psíquicas e o estado geral

## VALE

(única e exclusivamente para os Ex.<sup>mos</sup> Srs. Médicos)  
que dá direito a uma amostra de

# Coramina "CIBA"

GOTAS

OU

EMPOLAS

*(Queira virar)*

# Coramina "CIBA"

Estimulante cardíaco e respiratório poderoso. Possui a acção íntegra da cânfora não apresentando nenhum dos inconvenientes do óleo canforado. A sua aplicação por via interna é cômoda, a sua injeccção subcutânea indolor e a injeccção intravenosa inócua, Sendo hidrosolúvel não enseba a seringa como o óleo canforado.

## INDICAÇÕES

**Na Cirurgia:** Acidentes no decurso de narcoses-Colapsos. Transtornos post-operatórios da circulação. Após hemorragias e narcoses prolongadas a Coramina intensifica com eficacia a actividade cardíaca e respiratória.

**Medicina interna:** Colapsos. Astenia cardíaca aguda e crónica no decurso de doenças infecciosas.... Afecções cardíacas crónicas. Asma.

**Obstetricia e Ginecologia:** Graves hemorragias post-partum, metrorragias, etc. Asfixia dos recém-nascidos.

**Pediatria:** Pneumonias. Broncopneumonias. Gripe.

**Medicina de urgência:** Intoxicações por gaz de iluminação, óxido de carbono, narcóticos, lísol, etc. Asfixia por imersão.

**Psiquiatria:** Transtornos da respiração e circulação consecutivos à administração de sedativos e narcóticos enérgicos ou substâncias heróicas (escopolamina). Astenia cardíaca dos epiléticos.

---

---

Société pour l'Industrie Chimique à Bâle (Suisse)

Representante-depositário para Portugal e Colonias

**CATULLO GADDA**

Rua da Madalena, 128, 1.º

LISBOA

Queira enviar êste vale num envelope devidamente selado, acompanhado de um cartão de visita ou de uma fórmula do receituário de V. Ex.ª a

**CATULLO GADDA**

Representante dos «Productos CIBA» em Portugal

128, RUA DA MADALENA, 1.º

LISBOA

*Doença actual.* — Desde há quatro anos, astenia intensa. Emmagrecimento. Há dois anos começou a sentir dores na região lombar, poliquiúria, urinas turvas, vertigens, crises de hipo.

*Exploração.* — Hábito asténico, colémico. Pulmões: enfisema. Coração: tons surdos. Manchas de pigmento na bôca e no dorso das pequenas articulações, hiperpigmentação genital. Ventre: nada de anormal. Tensão 11-6 (Ty-cos). Pulso: 108.

Clinicamente, encontramos-nos em face dum possível doente de Addison. A prova morfinica (em curva 6) é típica de insuficiência supra-renal; aos 60 minutos da injeção de morfina, a elevação da glicemia é quasi nula, 0,3 grs.  $\frac{0}{100}$ ; antes porém de afirmar um diagnóstico desta importância, façamos uma exploração mais completa. A velocidade de sedimentação deste doente é normal: 3,5 mm. por hora. A fórmula leucocitária acusa uma linfocitose de 40  $\frac{0}{100}$ , sem eosinofilia, 1  $\frac{0}{100}$ .

A prova da insulina é negativa e não há síndrome hipoglicémico subjectivo, nem acidose acentuada: de 53,6, 2  $\frac{0}{100}$  inicial, passa a 50,7, 2  $\frac{0}{100}$  nos restantes. A glicemia de 0,88 inicial passa a 0,66 aos 150 minutos. Há pois hipoglicemia bastante manifesta, mas falta-lhe todo o cortejo sintomático subjectivo e objectivo, o que indicaria uma insuficiência hepática em relação com a colemia deste doente. Vemos pois que, com a prova morfinica, nos expúnhamos a considerar como doença de Addison um caso, que como tantos outros, não o são na realidade. Todavia não queremos deixar passar que o seu diagnóstico de astenia constitucional não seja, na actualidade, a expressão duma sintomatologia esboçada, dum terreno no qual facilmente pode instalar-se mais tarde uma doença de Addison; nestas circunstâncias haverá que reivindicar o valor da curva da glicemia post-morfinica, pois teria sido o primeiro sinal objectivo neste caso.

Não só nestes casos limites temos encontrado com muita frequência curvas de tipo baixo, como também fazendo esta prova em doentes de *contrôle* — normais no que se refere ao seu aparelho capsular — e tendo em conta as excepções mencionadas pelo autor, vemos curvas como as n.ºs 7, 8, 9 e 10, que parecem corresponder a indivíduos com insuficiência supra-renal.

Vejam agora a curva n.º 11: se ao fazermos a prova nos submetêssemos à norma de Targowla, encontrar-nos-íamos com uma curva típica de insuficiência supra-renal; porque se repetia

êste facto é que introduzimos a modificação da punção venosa intermédia após 30 minutos da injeção de morfina, achando assim uma prova que julgamos mais conforme com a realidade.

As curvas normais, que quer dizer, aquelas em que a elevação da glicemia post-morfínica alcança  $0,20\%$ , são apenas duas entre as dezasseis obtidas em doentes com diferentes processos (curvas n.ºs 12 e 13).

Dissemos ao princípio que, quando a cifra obtida está acima do limite  $0,20\%$ , Targowla considera a prova como exagerada e que êste A. pensa, embora sob reserva, na existência duma hiperfunção supra-renal. A nós parece-nos muito lógica esta suposição, e damos a seguir duas curvas correspondentes a doentes com hiperfunção, numa das quais as cifras obtidas são definitivas neste sentido (curvas n.ºs 14 e 15).

Tendo passado em vista os nossos casos, é lógico que resumamos a nossa opinião sobre o valor da prova da glicemia post-morfínica. É evidente que se nos submetêssemos a ela encontraríamos muitos doentes de insuficiência supra-renal e por isso não a julgamos definitiva; mas os factos experimentais sobre que assenta são tão constantes e tão consistentes, que não duvidamos poder chegar a conclusões interessantes depois de estudar um maior número de casos e talvez modificando-a convenientemente.

A êste respeito queremos deixar bem assente que, se é certo a evidente actuação da morfina sobre a glicemia pela descarga de adrenalina que produz, não há que esquecer por outro lado que o mecanismo regulador do metabolismo hidrocarbonado é muito complexo. Simplesmente, se o jejum diminuiu o glicogénio hepático, a curva tem de ser diferente da obtida em doentes que se alimentam bem. A curva n.º 16, que a seguir apresentamos, corresponde a um doente que, por êrro de diagnóstico, se suprimiu quasi em absoluto os hidratos de carbono da sua alimentação. Trata-se dum indivíduo com uma glomérulo-nefrite grave, acompanhada de hipertensão, e cuja curva de glicemia post-morfínica devia ser normal ou alta, mas que pelo contrário é de tipo baixo. A explicação disto não pode ser devida senão à falta de glicemia hepática pelo jejum hidrocarbonado.

Também a falta de tónus ou excitabilidade do sistema simpático nos diversos enfermos tem de influir consideravelmente



na produção da curva da prova, visto que está demonstrado que a enervação simpática do abdómen evita nos animais a hiperglicemia que segue uma injeção de morfina.

Quando é o vago que predomina, a injeção de morfina deve ser seguida de hiperglicemia, que deve talvez ser devida à secreção de insulina, porque nos animais cujo abdómen é regido por este nervo este facto experimental é constante.

Apontadas estas sugestões, que como dissemos derivam todas de factos experimentais, e que serão os que hão-de guiar o nosso trabalho, resta-nos apenas insistir no nosso propósito de comprovar um grande número de indivíduos normais o addissonianos, hipertiroideus ou suficientes hepáticos à prova da glicemia post-morfínica, visto que a consideramos interessante por ser lógica e poder deduzir do seu estudo detalhado conclusões mais importantes que as apontadas hoje nesta nota prévia.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 — STEWART Y ROGOFF. — The action of drugs on the output of epinephrin from the adrenals. *Morphine Journ. Pharm. and Exper. Therap.* 1922, XIX, 59.
- 2 — R. TARGOWLA. — La prueba de la glucemia morfínica en la insuficiencia suprarrenal. Su valor. *Presse Médicale.* 9 de Agosto de 1930. Pág. 1.077.
- 3 — ELLIOT. — The control of the suprarenals by the splanchnic nerves. *Jour. of Physiol.* 1912, XLIV, 374.
- 4 — B. A. HOUSSAY, LEWIS, MOLINELLI Y MARENZI. — Estudio de los mecanismos nerviosos y humorales (suprarrenal) que producen hiperglucemia por inyección de morfina. *Revista de la Sociedad Argentina de Biología.* N.º 3 y 4. Año IV. Julio 1928.
- 5 — J. PAVEL, MILCOU Y RARDAN. — L'action de la morphine sur le foie. *Paris Médicale.* Tõmo XV. N.º 32. Aout 1930.

## NOTAS CLÍNICAS

### UM CASO PROVÁVEL DE SODOKU

POR

MÁRIO MOREIRA

*Anamnese.* — Há aproximadamente dois meses, tendo apanhado na ratoeira uma enorme ratazana, tentou matá-la, mas esta mordeu-a fortemente num dedo antes de ser subjugada.

Iniciado o curativo à ferida, esta não cicatrizou antes ulcerou, tornando-se arroxada e de mau aspecto, com inchaço do dedo e do antebraço respectivo e *ingua* axilar.

Entretanto subiu a febre, recolhendo à cama com arrepios, suores profusos, cefaleias, dores articulares, vômitos tenazes, dores abdominais e diarreia.

Por períodos, sentia que a febre abatia, depois esta tornava a subir, para de novo alternar com períodos de apirexia de 2 a 3 dias.

Decaindo muito o estado geral, apareceu um edema na metade inferior do corpo, principalmente no membro inferior direito, que se tornou paquidémico e se encheu de nódulos duros e arroxados, que também se desenharam depois no resto do corpo. O débito urinário era talvez mais escasso.

Muito gradualmente a ferida inicial foi cicatrizando, estando em via de cura no momento do exame, queixando-se nesta altura a doente só dos vômitos, fraqueza e edemas, com febre de 37°,5-38°, faltando 2 a 3 dias para reaparecer por período igual.

*Exame objectivo.* — Mulher de meia idade, corpulenta mas agora de medíocre nutrição, ar infectado, anemiada, asténica, subfebril, lúcida. Língua saburrosa.

Na falangeta do dedo indicador esquerdo existe uma ferida em via de cicatrização, irregular, de 1 centímetro de diâmetro, arroxada, repousando sobre uma placa endurecida formada pela infiltração da derme e tecido celular e que atinge os outros segmentos do dedo.

No tórax, abdômen e membros inferiores, desenham-se uns elementos nodulares, duros, salientes, arroxados, como ervilhas ou pequenas amêndoas, indolores e disseminados.

Nos membros inferiores há além disso um edema pálido e mole, muito acentuado no direito, menor no esquerdo e interessando ainda o hipogastro e flancos.

# 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

## TUBERCULOSE MEDICAÇÃO BRONCHITES

**CREOSO - PHOSPHATADA**

*Perfeita 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 (8º)

**GRIPPE**

**RACHITISMO**

# FORXOL BAILLY

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

**FERRO, MANGANEZ, CALCIUM**

em combinação nucleinica hexoso-hexaphosphorica e monomethylarsinica vitaminada

ADYNAMIA DOS CONVALESCENTES  
ESTADOS AGUDOS DE DEPRESSÃO E ESTAFAMENTO

ASTHENIA CRONICA DOS ADULTOS

PERTURBAÇÕES DO CRESCIMENTO

FRAQUEZA GERAL, ANEMIA E NEUROSES

LIQUIDO

AGRADAVELI toma-se no meio das refeições, ou aqua, no vinho ou outro liquido (excepto o leite)

Laboratórios A BAILLY, 15 et 17 Rue de Rome PARIS (8º)

# LABORATORIOS CLIN

## COLLOIDES

1º COLLOIDES ELECTRICOS : Electrargol (prata) - Electrargol (ouro) - Electr-Hg (mercúrio) - Electrocuprol (cobre) - Electrorhodiol (rhódio) - Electros-lenium (selenio) - Electromartiol (ferro), Arrhenomartiol.

2º COLLOIDES CHIMICOS : Collothiol (enxofre) Ioglysol (iодо-glycogeno).

## SULFO-TREPARSEANAN

ARSENOBENZENE INJECTAVEL

Pela via hipodérmica

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

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

## NEO-TREPARSEANAN

Syphilis — Píam — Impaludismo — Trypanosomiasis.

## ENESOL

Salicylarsinato de Hg (As e Hg) dissimulados)

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

## ADRÉNALINE CLIN

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

## CINNOZYL

(Cinnamato de benzylo-Cholesterina e Camphora)

Imunisação artificial do organismo tuberculoso.

Empólas de 5 c. c.

## SOLUÇÃO de Salicylato de Soda do D<sup>r</sup> CLIN

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

## SALICERAL

(Mono-salicyl-glycerina)

Linimento antirreumatismal

## LICOR E PILULAS DO D<sup>r</sup> LAVILLE

Anti-gottosas

1/2 a 3 colheres das de chá por dia.

## SOLUROL

(Acido thymintico)

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

## SYNGAINE

Ether paraaminobenzóico do diethylaminoethanol.  
Syncaïne pura em sal. — Soluções adranestheticsas.  
Tubos esterilizados para todas as anestheticsas.  
Collyrios.

## ISOBROMYL

(Monobromisovalerylurada)

Hypnotico e sedativo

Comprimidos doseados a 0 gr. 30 :  
1 a 3 antes de deitar-se.

## VALIMYL

(Diethylisovaleramide)

Antiespasmódico

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

## TANACETYL

(Acetylitanin)

Antidiarrheico

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

## INJECCÃO CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINADA

Empólas de 1 c. c. (N<sup>o</sup> 596 e 796).

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

## CACODYLATO DE SODA CLIN

Globulos de 1 cgr. — Gottas de 1 cgr. por 5 gottas.  
Tubos esterilizados em todas as dosagens usuas.

## METHARSINATO CLIN

(Syn. : ARRHENAL)

Globulos de 25 milligr. — Gottas de 1 cgr. por 5 gottas.  
Tubos esterilizados de 5 cgr. por c. c.

## VINHO E XAROPE NOURRY

5cgr. de iodo e 0 gr. 10 de tanino, por colher das de sopa.  
Lymphatismo, Anemia, Molestias de Peito.

## ÉLIXIR DERET

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

De um a duas colheres de sopa por dia.

## XAROPE de AUBERGIER

de Lactucario

2 a 4 colheres das de sopa por dia. 1631

Taquicardia, tons surdos, sem ruídos adventícios.

Nada a registar no aparelho respiratório à parte obscurecimento das bases. Fígado palpável um dedo abaixo do rebordo costal na linha médio-clavicular direita.

Baço impalpável, percutível na área normal.

O sangue, colhido com a doente quasi apirética, porque a febre não tornou a subir após o nosso primeiro exame, a quasi dois meses do início do mal, deu uma inoculação negativa no rato.

Tratada a doente com Neosalvarsan, melhorou rapidamente e safu para o campo a convalescer.

O diagnóstico é feito pela noção do acidente inicial da mordedura de rato enraivecido (inoculação pelo sangue das gengivas, o espiroqueta nunca foi achado nas glândulas salivares do rato); pela torpidez e caracteres especiais de que se revestiu a evolução da ferida assim produzida; pela febre *intermitente* que não escapou à observação da própria doente, acompanhada de dores musculares, diarreia e vômitos; pelos característicos nódulos cutâneos; pelos edemas da metade inferior do corpo (tipo renal de Sodoku) e pela eficácia do Neosalvarsan.

O diagnóstico diferencial só tem de fazer-se com uma septicémia.

O quadro parece suficientemente característico para optarmos pela espiroquetose do rato. O resultado negativo da inoculação era esperado, dadas as condições desfavoráveis em que se realizou.

### MAIS UM CASO DE FEBRE ESCARO-NODULAR

Senhora M., de 32 anos, casada, passando a estação calmosa na Amora (Seixal), começou a sentir em meados de Setembro febre alta, grandes cefaleias e estado náuseoso com vômitos por duas vezes raiados de sangue. Foi trazida para Lisboa três dias após o início do mal, notando então que em todo o corpo, incluindo a face e mãos, lhe apareciam umas manchas avermelhadas.

*Exame objectivo.* — Ar infectado, asténico sem tificação, febre a 39°, pulso a 110. Na face alguns elementos máculo-papulosos vermelho-pálidos, os maiores como lentilhas, disseminados, não dolorosos nem pruriginosos.

Lábios crestados, sem fuliginosidades, lingua particularmente rubra-escarlata com leve saburra dorsal. Fauces rubras sem amigdalite.

Na pele do tronco, mas principalmente do abdómen, nádegas e coxas, desenham-se elementos idênticos aos descritos na face, mas maiores, alguns do tamanho de ervilhas, vários oblongos, de cor vermelho-pálida, fazendo leve saliência à superfície da pele, um pouco renitentes e não confluindo. A pele nos intervalos conserva-se integra nomeadamente sem sufusões hemáticas.

Na cavidade popliteia esquerda existe um elemento nitidamente diferente dos demais, constituído por uma pústula de 2 milímetros de diâmetro,

centrada por um ponto negro como cabeça de alfinete e circundada por uma escara circular de 2 milímetros de largura. Não há infiltração adjacente, mas nítida reacção ganglionar na virilha do mesmo lado. Interrogada, declara a doente ter este acidente precedido de alguns dias a eclosão da doença, não lhe tendo dado importância por atribuí-lo a picada de insecto, provavelmente mosquito. No entanto, confessa que havia na casa uma cadelinha que tinha carraças, com que costumava brincar muito. Continuando a observação: o baço é palpável a dois dedos abaixo do rebordo costal. O fígado, também tumefacto, tem o bordo inferior a dois dedos do rebordo costal na linha médio-clavicular direita.

Nada a referir acêrca dos aparelhos circulatório e respiratório: tons cardiacos puros, não há bronquite.

*Evolução.* — A febre mantém-se em platô durante uma semana, mas com bom estado geral a despeito de intensíssimas dores em todo o corpo, principalmente nos membros inferiores (gastrocnêmios), a ponto de a doente supor que tem reumatismo. O baço persiste grande assim como o fígado, e a língua conserva a côr escarlate referida. Os elementos cutâneos estão tomando uma côr arroxada, mas sem sufusões sanguíneas e aplanam gradualmente. Nas conjuntivas há um laivo subictérico.

Na segunda semana a febre inicia a queda em *lisis* e atinge a apirexia após 15 dias de doença, restando somente o baço levemente hipertrofiado e as manchas cutâneas esboçadas a rôxo-pálido, sem descamação.

Caso absolutamente típico. Início infeccioso precedido de acidente escarótico característico com a respectiva adenite; aparição da erupção nodular ao 3.º dia interessando a face e extremidades, mialgias, esplenomegalia e queda da febre em *lisis* após uma semana de platô; Não falta a noção de contacto com cão portador de carraças. Há aqui três particularidades. A primeira é o aspecto da língua, de um escarlate que chamava a atenção e que muito desejariamos ver pesquisado em ulteriores observações. Outra é a subicterícia das conjuntivas a partir da segunda metade da doença, que nos não pareceu dado a fixar, mas acidente ocasional. A última é a vésico-pústula que coexistia com a escara de inoculação. Atribuimo-la a uma infecção accidental pelas unhas da doente ao coçar-se, desvirtuando ligeiramente o aspecto clássico do referido elemento.

## ESPIREQUETOSE ÍCTERO-HEMORRÁGICA EM LISBOA

(Denúncia do primeiro caso)

POR

L. FIGUEIRA

Assistente do Instituto Câmara Pestana,  
chefe do laboratório de análises clínicas do Hospital Curry Cabral  
(Doenças infecto-contagiosas)

Em 30 de Novembro do último ano de 1930 foi requisitada ao laboratório a pesquisa do bacilo de Yersin-Kitaşato no doente A. O., hospitalizado nesse dia como suspeito de pestoso bubônico.

Feita a punção ganglionar pelo colega assistente do laboratório, Dr. C. Trincão, foram feitas as seguintes pesquisas:

*Exame directo.* — Negativo para B. de Yersin e outras bactérias.

*Exame cultural.* — Estéril.

*Inoculação em cobaio.* — Negativa.

O doente, já então icterico, veio a falecer intensamente icterico no dia seguinte, 1 de Dezembro. Na necrópsia feita em 2-XII observou-se ictericia interna generalizada (Dr. L. Simões Raposo).

Tendo colhido fragmentos de baço, de pulmão e os gânglios crurais hipertrofiados, fizemos as pesquisas seguintes:

*Exames directos.* — Negativos para B. de Yersin.

*Exames culturais.* — Negativos para B. de Yersin.

*Inoculações* intraperitoneais com emulsão do baço e dos gânglios, e cutânea por fricção de fragmento de pulmão sobre a pele acabada de rapar (pequenas esscarificações). — Decorreram os dias de incubação da septicemia pestosa — 2 a 7 — sem que os cobaios inoculados tivessem morrido ou apresentassem sintomas de doença.

Continuaram, contudo, os cobaios em observação diária, até que em 12-XII (10 dias após a inoculação) o cobaio inoculado intraperitonealmente com a emulsão dos gânglios se apresentou icterico. Este estado de ictericia foi-se intensificando e o cobaio morreu em 14-XII, mostrando um sindroma ictero-hemorrágico: ictericia da pele, mucosas e grandes serosas: peritônio, pericárdio e pleura, e sufusões hemorrágicas em alguns pontos da mucosa do estômago e do cólon, com estado congestivo-hemorrágico generalizado.

As pesquisas repetidamente feitas do bacilo de Yersin resultaram negativas. Foram também negativas as pesquisas de leptospiros no fígado e rim, em campo escuro.

Fizemos inoculação intraperitoneal com o triturado do rim deste cobaio

ictérico num outro cobaio. Êste no 4.º dia apresentou-se levemente icterico, no 5.º mais icterico, no 6.º com ictericia muito apagada, e desde o 7.º dia deixou de estar icterico.

Nos cortes de figado e de rim do primeiro cobaio, impregnados pelo método de Levaditi, observámos leptospiras. Êste resultado e o conhecimento de ser a espiroquetose ictero-hemorrágica a única reconhecida como transmissível ao cobáio, e que reproduz neste animal o quadro clínico e anatomo-patológico observado na espécie humana, levaram-nos ao diagnóstico de doença de Weil para o suposto pestoso. Informámos destes resultados a Direcção Geral de Saúde, ao mesmo tempo que solicitávamos do serviço de anatomia patológica a impregnação pelo método de Levaditi de alguns cortes de figado e de rim do cadáver icterico autopsiado (Serviço do Prof. H. Parreira, preparador Sr. J. Duarte). Nos exames feitos não observámos leptospiras. Porém, o aparecimento de novos casos de ictericia com feição epidémica levou-nos a examinar de novo e mais aturadamente os cortes impregnados que conservámos e conseguimos observar nos cortes do rim raros leptospiras.

Demonstrada em 1922 por Pereira da Silva *Comp. Rend. Soc. Biol.*, Tômoo LXXXVI, pág. 1043) a existência de leptospiras nos ratos de Lisboa, fica assim identificado o primeiro caso de espiroquetose ictero-hemorrágica, designação étio-clínica dada após o descobrimento por Ido e Inada da leptospira como agente da entidade mórbida descrita por Weil.



## Revista dos Jornais de Medicina

O tratamento das queimaduras cutâneas. (*The treatment of cutaneous leurns*), por ALTON OCHSNER. — *Int. Surg. Dig.* Vol. II. N.º 6.

O tratamento das queimaduras tem uma importância capital para o médico prático porque é elle quem em primeiro lugar é chamado a prestar socorro aos doentes.

Com freqüência a falta de conhecimento do processo mórbido em si e dos métodos terapêuticos mais modernos conduzem a resultados funestos que até certo ponto se podem evitar.

Sem entrar em linha de conta com a natureza do agente determinante da queimadura, é essencial distinguir vários tipos dentro das queimaduras.

O grau da queimadura pode ir desde o simples eritema até a destruição completa da pele.

Em igualdade de condições quanto mais profunda e extensa é a lesão tanto pior é o prognóstico; a sua extensão é ainda de maior significado do que a profundidade.

Qualquer das numerosas classificações dos graus das queimaduras pode servir nos requisitos habituais da prática.

Contudo a classificação de Bancroft, Rogers e Goldblatt melhor do que as outras se adapta às modificações cicatriciais do processo lesional. Segundo ella as queimaduras dividem-se em dois tipos:

1) Aquelas em que a destruição da pele é incompleta de tal forma que a epitelização é possível a partir das ilhotas de tecido intacto que ficam à superfície da queimadura; nestes casos a cura effectua-se sem cicatriz ou com uma reduzida cicatriz.

2) Aquelas em que a pele e os foliculos pilosos ficam completamente destruídos e por isso a cura se faz pela cicatrização progressiva que parte dos bordos da ferida, com deformação final mais ou menos acentuada.

O prognóstico das queimaduras depende de vários factores:

1) Da sua profundidade.

2) Da sua extensão.

3) Da idade do doente (a mortalidade das crianças é muito mais elevada do que a dos adultos).

4) Da localização da queimadura (as queimaduras da face e da cabeça são as mais graves).

Uma queimadura é uma ferida produzida por um agente destrutivo e as lesões locais são em grande parte constituídas por um processo inflamatório.

Nas queimaduras extensas existe um característico e acentuado edema da pele e do tecido celular, a que se junta, segundo parece, uma alteração na permeabilidade das paredes dos vasos.

Nas queimaduras cutâneas limitadas a pequenas superfícies, as lesões atingem exclusivamente a área da queimadura.

Nas queimaduras mais extensas além das alterações locais aparecem outras a distância, com uma certa frequência.

Assim as glomerulites agudas, as adenites, a congestão e hemorragia das cápsulas supra-renais são lesões quasi constantes nos casos de queimaduras de certa gravidade.

Segundo Underhill, Kerrigton, etc., uma das lesões mais constantes nestes casos é a concentração anormal do sangue, com aumento no conteúdo da hemoglobina e no número dos eritrócitos. Estes autores encontraram um aumento da hemoglobina directamente proporcional ao grau da queimadura.

Associada a esta concentração exagerada do sangue, que provém indubitavelmente da perda de grandes quantidades de fluidos pelos edemas intersticiais ou pela superfície exsudativa da ferida, existem outras alterações nítidas do sangue e particularmente dos cloretos. Ainda os mesmos autores demonstraram a baixa dos cloretos do sangue, e que esta baixa tem uma relação íntima com o aumento da hemoglobina.

As manifestações clínicas das queimaduras podem ser divididas em três estados:

- 1) Estado de *shock* em que o doente apresenta todos os sintomas clássicos e sinais do *shock* cirúrgico.
- 2) Estado de toxemia.
- 3) Estado de reparação.

Quasi todos os doentes com queimaduras graves sofrem de *shock* e a terapêutica de urgência inicial deve ser orientada no sentido de combater este estado. Este tratamento comporta a quietação absoluta, a administração de largas doses de morfina para combater a dor e de grandes quantidades de fluidos, por via intravenosa de preferência, de maneira a combater e compensar a diminuição no volume do sangue.

Blalock conclue das experiências em animais que a hipotensão arterial associada com as queimaduras cutâneas é muito provavelmente uma consequência do extravasamento dos fluidos nos espaços perivascularés, isto é, a consequência do edema a que já se aludiu.

Que os doentes refeitos da crise de *shock* caem em um estado de toxemia é assunto hoje geralmente assente.

As investigações de Robertson e Boyd confirmam esta suspeita. Estes autores viram que quando as áreas da queimadura da pele são extirpadas no prazo de oito horas e implantadas em animais são aparecem nestes manifestações sistémicas das queimaduras, ao passo que animais testemunhas em que se fazem os enxertos da pele não demonstram qualquer sintoma tóxico. Estes mesmos autores verificaram ainda que o soro obtido de pessoas ou animais queimados, injectado em animais, não provoca reacção tóxica e que esta aparece quando se faz a injeção de sangue total ou de extractos de glóbulos

rubros. Concluem desta observação que os produtos tóxicos gerados nas queimaduras são transportados pelos eritrócitos e não pelo soro.

A natureza real da substância tóxica é por enquanto desconhecida.

*Tratamento das queimaduras cutâneas.*—O tratamento moderno das queimaduras é baseado no conhecimento e compreensão do substracto patológico das lesões. O tratamento varia conforme o grau, a extensão da queimadura e as suas manifestações clínicas. Nos casos menos graves, especialmente nas queimaduras de primeiro grau em que há apenas o eritema, o tratamento é relativamente simples. A aplicação de qualquer substância anestésica é suficiente.

Esta pode ser usada em solução aquosa ou em linimentos.

Nos casos mais graves, de segundo e terceiro grau, em que há destruição total ou subtotal da pele, o tratamento é ao mesmo tempo mais delicado e mais importante. Bancroft aconselha para tratamento das queimaduras de segundo grau, com poucas vesículas, a aspiração do seu conteúdo por meio de uma agulha esterilizada e depois a compressão da película vesicular até que esta se vascularize.

No tratamento das queimaduras, não é demais repeti-lo, deve observar-se sempre a mais rigorosa assépsia.

No caso de queimaduras químicas o melhor procedimento a seguir é efectuar largas lavagens com água ou soro fisiológico, de maneira a atenuar pela diluição o efeito nocivo da substância cáustica; isto é preferível à demorada execução da terapêutica pelos antidotos.

No tratamento completo das queimaduras há que atender à profilaxia ou ao combate das complicações seguintes:

- 1) *Shock*.
- 2) Toxemia.
- 3) Infecção.
- 4) Cicatrização viciosa.

Se o doente está em estado de *shock*, começa-se pela administração dos opiados, de maneira a atenuar a intensidade das dores, e depois injectam-se por via intravenosa fortes doses de fluidos, especialmente soro fisiológico, para lutar contra a desidratação e contra a hipocloremia. Nos doentes em que o estado de *shock* não é proeminente, têm alguns autores advogado o desbridamento da ferida sob anestesia e com resultados bons. Teóricamente êste processo é ideal, uma vez que destrói os focos de produção de toxinas e previne a toxemia. Praticamente, contudo, acontece que nem sempre se pode realizar em face das condições precárias dos doentes. Em todos os casos deve tentar-se uma limpeza perfeita das regiões cutâneas vizinhas da queimadura com água e sabão e depois, com lavagens delicadas de soro fisiológico, proceder à limpeza da superfície da queimadura e mecânicamente limpá-la de todo e qualquer residuo necrótico.

Um grande número de medidas terapêuticas tem sido proposto para o tratamento das queimaduras, desde a aplicação de vários medicamentos até o tratamento ao ar livre colocando o doente debaixo de um foco calorífico eléctrico. O tratamento foi há pouco revolucionado pela introdução do método do ácido tânico. O tanino em soluto aquoso de 2,5 a 5 % produz na superfície da queimadura uma crosta artificial formada pela precipitação

das proteínas dos tecidos alterados que serve de cobertura protectora, impedindo simultaneamente a perda de fluidos e a absorção de toxinas.

Lee diz que o ácido tânico produz apenas uma precipitação das camadas mais superficiais da pele e que a absorção de toxinas pode continuar à custa das camadas mais profundas, aonde o medicamento não chega a manifestar os seus efeitos. Por esta razão aconselha-se, de preferência ao ácido tânico, o desbridamento da zona de queimadura. O soluto de ácido tânico aplica-se em pinceladas repetidas de quarto em quarto de hora ou em pensos húmidos. Qualquer das técnicas determina a formação duma crosta densa, resistente e impermeável que cobre por completo a superfície da lesão. O ácido tânico é indubitavelmente um bom agente terapêutico; contudo, deve dizer-se que todas as queimaduras são potencialmente feridas infectadas, e a menos que se tenha procedido a uma limpeza completa com desbridamento perfeito da ferida, deve suspeitar-se de que mais cedo ou mais tarde apareça a infecção, a-pesar-da crosta que a recobre. Em tais condições a escara que se forma é mais prejudicial que útil.

Por isso, se se emprega o ácido tânico, é preciso vigiar cuidadosamente o doente de forma a evitar a infecção dos tecidos subjacentes à crosta, e se a infecção aparece deve destacar-se aquela crosta e drenar amplamente a ferida. O valor do tratamento pelo ácido tânico é demonstrado pelos resultados que Beekman apresenta. 454 doentes foram tratados de queimaduras, 320 com os tratamentos anteriores ao ácido tânico e 114 com o ácido tânico. A mortalidade no primeiro grupo foi de 27,8% e no segundo 14,9%. A mortalidade nas primeiras 24 horas foi respectivamente 5,6 e 3,3, e no período compreendido entre o 2.º e 10.º dia, durante a fase de toxemia, 17,8 e 5,3. Depois do 10.º dia foi a mortalidade, ainda para o primeiro e segundo grupo, sucessivamente 4,4 e 4,3%.

À face desta estatística é evidente que o uso do ácido tânico implicou uma queda no número de mortes. Além do tratamento local, os doentes carecem de tratamento geral para manter a concentração do sangue dentro de valores normais; para isto, se empregam largas doses de líquidos *per os*, por via subcutânea e por via intravenosa (sêro fisiológico), Beekman indica como doses médias 3 a 4 litros de sêro durante as primeiras 24 horas. As transfusões são de valor, especialmente depois de normalizada a concentração sanguínea para combater a anemia secundária que de regra aparece.

Greenwald e Eliasberg indicam o emprêgo de sêro glucosado e adrenalina para lutar contra a hipoglicemia, que encontraram em dois casos, depois da fase inicial de hiperglicemia que aparece nas primeiras 24 horas. Nos doentes em que, devido à infecção, se torna indispensável destacar a crosta produzida pelo ácido tânico o melhor tratamento a usar é o dos pensos húmidos. Bennett, Blaskfoot, Browning e Brancroft consideram a acriflavina na diluição de 1/5000 de grande valor em tais condições.

Como tratamentos adjuvantes usam-se também os soros de cavalo. Nos casos de cicatrização rebelde, em que não existe infecção, com superfícies cruentas extensas, dão bons resultados os enxêrtos de pele.

”  
**Ceregumil**  
Fernández

Alimento vegetariano completo á base  
de cereais e leguminosas

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

Indicado como alimento nos casos de intolerâncias  
gástricas e afecções intestinais. — Especial  
para crianças, velhos, convalescentes  
e doentes do estômago.

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

FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA  
Depositários: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>  
240, Rua da Palma, 246  
LISBOA

## LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

### CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PÁGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes:

Colónias e estrangeiro:

Ano, 60,500

Ano, 80,500

NÚMERO AVULSO: 8,700 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

LISBOA MEDICA



# PASTILHAS DE *Panflavina*

Marca registrada

de forte acção antiséptica, grande capacidade de difusão e grande acção penetrante

Donde desinfecção profunda da boca e da garganta no que se baseia a sua forte acção profilática na gripe, angina, difteria e outras fôrmas de resfriamento.

Embalagem original

Caixas de 30 pastilhas.



» *Bayer-Meister-Lucius* «

SECÇÃO FARMACEUTICA SCIENTIFICA

I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT, LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante

» LUSOPHARMA «

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150 3.ª, LISBOA

A propósito do tratamento cirúrgico da doença de Dupuytren. (*A propos du traitement chirurgical de la maladie de Dupuytren*), por B. DESPLAS. — *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*. TÔMO LVII. N.º 29. Págs. 1409-1410.

O A. apresenta na Sociedade de Cirurgia (4 de Novembro de 1931) oito doentes de retracção da aponevrose palmar por si operados, com uma técnica que supõe original e que compreende, na essência, o seguinte :

1.º — Após dissecação e conservação dum retalho cutâneo palmar em parte correspondendo ao tegumento do côncavo da mão.

2.º — Ressecção total ou subtotal da aponevrose palmar retraída, e das suas expansões.

Este retalho cutâneo é talhado por incisões longitudinais cortando a pele dos espaços interdigitais e as cicatrizes destas incisões não correspondem à zona de projecção funcional do tendão.

Em 5 casos os resultados são excelentes: dedos em posição normal; flexão, extensão, lateralidade, estão integras. Em 1 caso resultado sofrível; em 2 casos resultados medíocres. Estes três últimos casos correspondem a 4.º e 5.º dedos. Já não estão incrustados na palma, estão móveis, mas o 5.º continua em flexão mantida pela brida da incisão que não foi bastante lateralizada.

A comparação destes resultados é, no modo de ver do A., a melhor demonstração do valor das incisões lateralizadas, cujo maior mérito é o de não pôr o aparelho de escorregamento sinovial do tendão ao longo dum processo cicatricial que o pode fixar.

A *décallage* das incisões imaginada por Kanavel é, incontestavelmente, um grande progresso no tratamento das doenças agudas ou crónicas dos dedos ou da palma da mão.

MENESES.

¿ Pode uma embolia gasosa produzida na criança durante o parto ser a causa da diplegia espástica congénita ou da doença de Little? (*Kann eine während der Geburt bei dem Kinde entstandene Gasembolie die Ursache der angeborenen, spastischen Diplegie oder Littleschen Krankheit sein*), por F. LANGENSKIÖLD (Helsingfors). — *Acta Orthopaedica Scandinávica*. Vol. 2. Fasc. 3. Págs. 137-159.

Partindo da semelhança clínica que existe entre a «doença dos mergulhadores» e a diplegia espástica congénita, e considerando a analogia evidente das alterações anatómicas do cérebro e da medula registadas nessas duas doenças e na embolia gasosa arterial, o A. encetou os seus trabalhos na idea de procurar saber se também a diplegia poderia ser causada por uma embolia gasosa formada durante o parto. Por meio dum aparelho especial, pôs a descoberto, por laparotomia, fetos de coelho ainda envolvidos pelo útero, submetendo-os a uma pressão de  $\frac{4}{5}$  de atmosfera o máximo, após o que os mergulhava num recipiente cheio de água. Se durante a experiência o aparelho estava cheio de água, não se obtinham resultados positivos. Se, pelo con-

trário, continha ar, verificava-se a presença de gás nas cavidades pleurais do feto. O A. crê que êste gás penetra por diapedese nos pulmões e pleura, os quais, segundo as conclusões de outros autores, são permeáveis ao gás introduzido sob uma determinada pressão.

Apoiando-se sôbre o facto de que no trabalho do parto o ar pode penetrar no útero, não só em consequência de manipulações intra-uterinas, mas também espontâneamente — facto que se traduz, entre outros, por uma embolia gasosa duma veia na parturiente — o A. enuncia a teoria em que afirma que as condições criadas pelo parto favorecem algumas vezes, e talvez mais frequentemente do que se pensa, a produção duma embolia gasosa na criança. Uma embolia gasosa análoga à «doença dos mergulhadores» seria menos provável do que a causada pela introdução directa de ar através da veia umbilical ou dos pulmões do feto.

Segundo o A., as alterações anatómicas observadas na diplegia congénita explicam-se da melhor forma pela teoria que vê numa embolia gasosa a causa da doença. Além da diplegia congénita, poder-se-ia talvez explicar dêste modo a aparição do nistagmo congénito, da atetose e da surdo-mudez congénita.

MENESES.

**Tratamento precoce da osteomielite aguda dos ossos compridos.** (*Traitement précoce de l'ostéomyélite aiguë des os longs*), por PAUL MATHIEU. — *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*. TÔMO LVII. N.º 30. Págs. 1440-1442. 28 de Novembro de 1931.

Sôbre êste assunto que se debate neste momento, com grande calor na Soc. de Chir., faz Mathieu o seu depoimento, que representa o aspecto clássico, quiçá mais positivo, da questão.

O tratamento precoce da osteomielite aguda dos ossos compridos deve depender essencialmente das lesões que a infecção provocou no ôsso, e que desde princípio podem ser muito diversas.

A osteomielite aguda toma por vezes *d'emblée* um decurso rapidamente extensivo sôbre a diafise, e produz a sua necrose em alguns dias. Esta forma *necrosante extensiva* está esboçada nos clássicos. A ressecção primitiva duma diafise nessas condições, banhada de pus, é muitas vezes uma necessidade que evita uma amputação ou salva, mesmo, a vida do doente.

A par dêstes casos de necrose extensiva *d'emblée*, a osteomielite pode ainda dar uma necrose difusa extensa, quando a primeira intervenção do cirurgião é tardia. Nos serviços do A. operam-nas em geral no 2.º ou 3.º dia, o máximo.

Nos primeiros dias duma osteomielite aguda (pondó de lado as formas septicémicas, tóxicas e necróticas *d'emblée*), a única operação possível é uma operação de drenagem, quer se trepane ou não o ôsso. Clinicamente e radiologicamente, é impossível de precisar a extensão do ôsso atingido. Nunca é antes de 15 dias, e às vezes mesmo de mais (3 a 4 semanas) que a radiografia mostra a extensão real da lesão, pelo aspecto semelhante ao de algo-



dão, da imagem do osso. É nesta época, no fim do primeiro mês, que se reintervém nas lesões cuja extensão já se conhece.

Nos casos muito agudos, bastante excepcionais, em poucos dias produz-se uma extensão local grave da osteíte, que pode levar a fazer de urgência a ressecção diafisária. Certas localizações no peróneo e na clavícula podem ser tratadas sem inconveniente pela ressecção diafisária; mas quando se trata dum segmento de membro, de osso único, ou dum osso comprido, de importância estática capital, como a tibia, ou de importância funcional capital, como o rádio ou o cúbito, a ressecção diafisária *d'emblée*, parece ao A., que nessas condições não deve ser generalizada.

É preciso fazer um «grande esvaziamento-ressecção», como diz Leriche. É possível que ainda depois sejam necessárias outras intervenções. É evidente que a ablação de toda a zona diafisária atingida constituiria um tratamento radical da osteomielite prolongada, mas quando se trata dum osso como o fêmur ou a tibia, a-pesar-da tala peroneal, importa, segundo o A., pensar na hipótese da possibilidade dum refazimento ósseo incompleto ou em direcção imperfeita, de dificuldades de aparelhagem e mesmo de incerteza dos limites da osteíte no caso de diafise incompletamente alterada. O A. admite que após uma ressecção secundária precoce a regeneração óssea se faça na maior parte das vezes. Mas, excepcional que seja a insuficiência ou a irregularidade de regeneração, essa possibilidade basta para o A. não aceitar essa intervenção, agora debatida, como tratamento de eleição. Por outro lado, no caso de osteomielite parcial da diafise, o nível da separação do osso são e do osso doente não parece fácil de precisar. O nível do deslocamento perióstico não corresponde ao limite da osteíte.

O A. conclue que a ressecção precoce na osteomielite aguda tem indicações só excepcionais, não sendo uma intervenção a generalizar, como se tem dito ultimamente.

MENESES.

**Rutura do longo extensor do polegar nas fracturas da extremidade inferior do rádio.** (*Rupture du long extenseur du pouce dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius*), pelo Prof. FROELICH (Nancy). — *Révue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'appareil moteur*. N.º 5. T. XVIII. Págs. 584-597. Setembro de 1931.

A rutura do longo extensor do polegar em seguida às fracturas da extremidade inferior do rádio é uma complicação que nunca prendeu a atenção dos cirurgiões franceses. O mesmo não sucede às publicações alemãs.

Os sintomas da rutura tardia do tendão extensor consistem, no momento da rutura, numa sensação dolorosa ao nível do punho, na percepção dum estalo, mas, na maior parte das vezes, nada faz pensar no acidente. A 2.ª falange do polegar fica em flexão e é impossível levantá-la activamente.

À pressão provoca-se uma dor na tabaqueira anatómica, esta perdeu o seu relêvo mediano, ou cubital, e conserva apenas o relêvo (bordo) externo

ou radial formado pela saliência do tendão do curto extensor. Não há equimose. Electrizando nessa ocasião os músculos da face externa e dorsal do antebraço, provoca-se uma dor devida aos atritos sobre o tendão que se rompeu. Não há perturbação da sensibilidade táctil do polegar.

O diagnóstico baseia-se nos elementos que precedem. Quanto à relação entre a rutura e a fractura anterior da extremidade inferior do rádio, merece um pouco de atenção. O intervalo de tempo entre as duas lesões, que pode ser de meses, faz com que não se pense nessa relação. Nos casos de menor aproximação esse intervalo foi de 15 dias. No de maior foi de 7 meses, o intervalo médio foi de 1 a 2 meses. O tendão que foi parcialmente rompido por vários mecanismos a que abaixo se faz referência, acaba de romper-se quando o dedo volta à função, após a ablação do aparelho immobilizador.

O tendão, meio rasgado, infiltrado de sangue, gasta-se progressivamente sobre o rebordo anterior do ligamento anular até que se rompe, com um movimento vulgar, como o de abrir um saco ou mala de mão, cortar qualquer cousa com uma tesoura, etc.

A rutura faz-se sempre na altura da base do 1.º metacárpico, na tabaqueira anatómica. A extremidade periférica está no seu lugar, mas desfiada, como em píncl, rodeada de tecido inflamatório. A extremidade central retraíu-se na goteira ósteo-fibrosa do rádio, a 2, 3 ou 6 cms. de distância. Algumas vezes mesmo, revirou-se para cima até a altura do ventre muscular. A ponta está espessada, e não desfiada, aderente à bainha tendinosa por tractos fibrosos de que é preciso libertá-la, quando se quer levá-la ao contacto da extremidade periférica.

O seu mecanismo tem sido muito discutido, pois nem sempre é o mesmo. Quando a fractura tem deslocamento, e é esquirolosa, os fragmentos podem ter seccionado parcialmente o tendão, pinçá-lo, gastá-lo, e finalmente rompê-lo.

Quando houve uma extensão forçada, como a queda sobre a palma da mão, o tendão rasga-se por alongação, contraindo-se ao máximo, e também pela sua reflexão sobre o bordo distal do ligamento anular do carpo, cortando-se sobre êle. No caso da queda sobre o dorso da mão, não se pode attribuir o rasgamento senão ao atrito directo do tendão entre o chão e o rádio.

O prognóstico é bom quando se intervenha, e então a cura faz-se em 15 dias e a extensão do polegar fica normal.

Quando apenas se emprega um tratamento ortopédico, ou nenhum, melhora durante as semanas ou meses que se seguem ao accidente, e reaparece uma certa extensão, muito limitada, da 2.ª falange do polegar.

Para fazer esse tratamento ortopédico põe-se um cruzado de leucoplaste (adesivo) à volta da falange ungueal, cujas extremidades se reúnem no dorso da mão, atrás do punho, para lá do ponto de sutura do tendão, que é na tabaqueira anatómica. A aparelhagem pode ainda fazer-se por uma tala de alumínio, na face palmar do polegar, desde a 3.ª falange ao meio do punho, e que fica assim 3 a 4 semanas.

O tratamento cirúrgico, o preferível, consiste numa incisão no eixo da tabaqueira, descobrir a extremidade periférica e fixá-la com um fio de sêda; segunda incisão a distância, ao longo da direcção presumida de extremidade

central, fixá-la com outro fio de sêda. Túnel subcutâneo até à 1.ª incisão, sutura tampo a tampo. Gesso em hiperextensão do polegar.

Após 15 dias, tirar o gesso. Primeiros movimentos.

É a técnica de Axhausen.

MENESES.

O problema do diagnóstico da úlcera cancerosa do estômago. (*El problema diagnóstico del ulcus cancer*), pelo Dr. MANUEL CORACHAN. — *Revista de Cirurgia de Barcelona*. N.º 2. Fevereiro de 1931.

O importante problema do diagnóstico da cancerização da úlcera do estômago, como base da orientação da terapêutica cirúrgica da úlcera, é estudado pelo A. num artigo bem documentado por fotografias coloridas de peças operatórias, esquemas e extensa bibliografia.

Apresenta as percentagens da transformação carcinomatosa da úlcera do estômago apontadas por diversos autores alemães, franceses, ingleses, norte-americanos e espanhóis. Segue-se um estudo das bases de diagnóstico derivadas da anamnese, da observação clínica, da análise do suco gástrico e do exame radiográfico, concluindo que, não sendo os dados clínicos de grande precisão no diagnóstico diferencial, é de aconselhar a todo o ulceroso crônico, especialmente da pequena curvatura, uma extensa ressecção com extirpação ganglionar; o mesmo não é necessário nos casos de úlcera duodenal, cuja transformação carcinomatosa é muito rara.

Em seguida, o A. analisa com detalhe os aspectos macro e microscópicos do *ulcus cancer*, os quais divide em três grupos:

- a) lesões com o aspecto de úlcera, mas que, na realidade, estão já transformadas em cancro;
- b) úlceras carcinomatosas típicas;
- c) casos avançados destas úlceras, facilmente confundíveis com carcinomas ulcerados. Neste estudo pretende o A. assentar em ideias precisas sobre a variabilidade de conceitos clínicos que, a este respeito, se patenteou no Congresso Francês de Cirurgia de 1920.

Do artigo tira o A. as seguintes conclusões:

1.º — Que a estatística da úlcera carcinomatosa, para ser exacta, deve fazer-se com diagnósticos baseados numa boa história clínica e no estudo macroscópico da lesão, fundamentando-se este num detalhado estudo histológico na forma que indica.

2.º — Que, visto as actuais dificuldades de diagnóstico, que deixam passar inadvertidos, pelo simples exame clínico, muitos casos de *ulcus cancer*, e dada a frequência de transformação carcinomatosa da úlcera gástrica, se deve ser radical no tratamento desta afecção, aconselhando exclusivamente a gastrectomia.

3.º — Que sendo as úlceras crônicas terebrantes, e em especial as da pequena curvatura e as do antro pilórico, as que mais frequentemente sofrem a transformação maligna, ao contrário do que sucede com as do duodeno e as do piloro, deve ser-se mais radical na terapêutica das primeiras, extirpando

extensamente para um e outro lado da lesão e praticando a ablação dos gânglios, como se faz, correntemente, na gastrectomia por cancro.

E. ÁLVAREZ.

**A electro-cirurgia com especial referência ao bócio e aos tumores malignos.** (*Electro-surgery with special reference to the goitre and malignancy*), por MARTIN B. TINKER. — *Annals of Surgery*. N.º 466. Outubro de 1931.

O A. justifica o artigo com a convicção pessoal de que a electro-cirurgia não tem sido tão largamente apreciada quanto as suas vantagens o merecem. A sua pequena aceitação depende, a seu ver, de que os aparelhos não estão ainda perfeitamente adaptados ao trabalho dos cirurgiões.

Referindo-se ao bócio, o A. divide esta doença em três tipos: os bócios que, aparentemente benignos antes da intervenção, se revelam malignos no exame histo-patológico; os que já assim se apresentavam antes de operados e aqueles que, não mostrando sinais de malignidade nem antes de operados nem depois pelo exame histológico, dão contudo metástases, com aspecto macro e microscópico de formações benignas. Cita como exemplo destes últimos um caso de metástases aparentemente benignas de um bócio colóide na coluna, fêmur, pulmões e gânglios linfáticos (Cohnheim), no axis e no atlas (Runge) e outros semelhantes (Ewing).

A mais alta vantagem da electro-cirurgia é justamente a prevenção contra o aparecimento destas metástases, não abrindo vasos sanguíneos nem linfáticos.

O A. estuda, com exames histológicos, a zona de coagulação de reduzida extensão que a secção eléctrica dos tecidos produz, suficiente para a rápida hemóstase dos vasos, sem prejudicar a cicatrização por primeira intensão, excepção feita para a pele em certos casos. Com efeito, os trabalhos experimentais de Ellis, feitos em cães, mostraram que a pele cicatriza *per primam* somente em 60% dos casos quando cortada electricamente, ao passo que esta cicatrização se dá em 97,5% das secções a canivete.

Para evitar este inconveniente o A., aproveitando as vantagens da electro-coagulação, cuja acção se estende cêrca de 1/2 polegada ao longo dos vasos, pratica, em algumas intervenções, uma série de punções coagulantes em volta da área de extirpação, espaçadas umas das outras 1/2 polegada e secciona depois a pele a canivete, imediatamente por fora da zona coagulada.

Os vasos ficam fechados e evita-se a produção de metástases.

Duas dificuldades se encontram freqüentemente nas intervenções por bócio ou tumores malignos: cortar grossas camadas de gordura, fraco condutor da electricidade, obrigando ao emprêgo de maiores intensidades de corrente, e a contracção dos músculos ao contacto com o bisturi eléctrico. Quanto à primeira, como as camadas mais espessas de gordura, contendo os vasos sanguíneos e linfáticos que podem dar origem às metástases, são sub-cutâneas, é possível bloquear, com as punções coagulantes já descritas, as

zonas subjacentes, quando se veja que a electro-secção pode ser insufficiente para uma perfeita hemóstase. Quanto à contracção muscular ella pouco prejudica o cirurgião experimentado no emprêgo do bisturi eléctrico.

Cita a opinião de vários autores sobre as vantagens da electro-cirurgia e conclue pela necessidade de um aparelho desta natureza em todas as salas de operações.

E. ÁLVAREZ.

Sobre as lesões dos ligamentos cruzados do joelho. (*On injuries to the Crucial Ligaments of the Knee-Joint*), por IVAR PALMER. — *Acta Chirurgica Scandinavica*. Vol. LIX. Dezembro de 1931.

O A. descreve dois casos de lesões dos ligamentos cruzados do joelho.

No primeiro tratava-se de um motociclista que, depois de ter feito um traumatismo da face anterior da perna em flexão, apresentava à entrada no Hospital, logo após o incidente, sinais de arrancamento isolado do ligamento cruzado posterior. O *signal do ferrolho* «Schubladensymptom» produzia-se espontaneamente *para trás*, na flexão activa do joelho. O diagnóstico foi confirmado pela radiografia. No dia seguinte não se poderia ter feito o diagnóstico porque a hemartrose e a contractura muscular impediam de pôr em evidência a mobilidade anormal. A observação subsequente permitiu constatar o aparecimento progressivo das perturbações ligadas à sub-luxação posterior habitual. O *signal do ferrolho*, que nos primeiros tempos do tratamento conservador tinha desaparecido, tornou-se novamente positivo. Não se tinha anteriormente publicado um caso em que o diagnóstico se pudesse ter feito immediatamente depois do traumatismo.

O segundo caso recorreu ao médico cinco semanas depois do traumatismo; apresentava, nessa época, sintomas que correspondiam ao quadro clínico de uma lesão dos meniscos. De entrada não se pôde evidenciar o *signal do ferrolho*, mas este tornou-se nítido sob a narcose e positivo *para diante*. A artrotomia mostrou uma rutura parcial do ligamento cruzado anterior; não se encontraram outras alterações da articulação.

Baseando-se nestes casos clínicos e na literatura apontada, o A. conclue:

1) O único sintoma típico duma lesão dos ligamentos cruzados é o *signal do ferrolho*. Habitualmente antes do desaparecimento da hemartrose e da contractura muscular não é possível pô-lo em evidência, mas pode apresentar-se pouco tempo depois do traumatismo. Em alguns casos, só sob narcose se observa.

2) A rutura total dos ligamentos cruzados é de um prognóstico grave para o funcionamento do joelho e, muitas vezes, são progressivas as lesões que provoca.

3) As proposições quanto ao tratamento são de duas ordens: por um lado aconselha-se a sutura dos restos do ligamento, o que é muitas vezes impossível nos casos antigos; por outro lado, indicam-se as plastias tendinosas ou aponevróticas. Ainda se não possui um método experimentalmente aprovado para a reconstrução plástica do ligamento cruzado posterior.

O A. propõe um método operatório baseado sobre ensaios no cadáver, servindo-se do tendão do semi-membranoso.

E. ÁLVAREZ.

**A génese péptica da úlcera gastro-duodenal.** (*The peptic genesis of gastric and duodenal ulcer*), por ARVID LINDAU e HELGE WULFF. — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, N.º 5. Novembro de 1931.

O A. defende a génese péptica das úlceras gastro-duodenais e em especial da jejunal post-operatória, e baseia este conceito nas seguintes observações:

1.º — Localizações habituais da úlcera gastro-duodenal, em relação às características histológicas da mucosa daqueles órgãos; sobre este assunto, conclue o A. que as úlceras se desenvolvem habitualmente fora da zona produtora de ácido clorídrico e junto ao seu limite, onde portanto é máxima a acção daquele ácido.

2.º — Aspecto anatómico e clínico das úlceras do divertículo de Meckel; o A. refere o aparecimento destas úlceras, em divertículos cuja mucosa tem áreas com características histo-fisiológicas absolutamente semelhantes às da mucosa gástrica cloridrogénica. Marca em seguida o paralelismo entre a localização destas úlceras e as do segmento gastro-duodenal, relativamente aos limites da mucosa produtora de ácido clorídrico; completa o capítulo com úteis considerações clínicas e exposição de alguns raros casos anatómo-patológicos.

Resumindo, o A. atribue à acção do ácido clorídrico a génese da úlcera gastro-duodenal e em especial da jejunal post-operatória, tendo como causas eficientes qualquer dos três seguintes factores: hipersecreção clorídrica, diminuição do poder neutralizante do ácido clorídrico e necrose, ou mesmo simples enfraquecimento vital, da parede gastro-duodenal.

FILIFE DA COSTA.

**Tuberculose mamária.** (*Tuberculosis of the breast*), por MAXIMILIAN MORGEN (New-York). — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, N.º 5. Novembro de 1931.

O A. faz um estudo interessante sobre a tuberculose da mama, apresentando curiosos casos clínicos. Termina o seu artigo com as seguintes conclusões:

1.º — A tuberculose da mama é mais frequente do que habitualmente se julga.

2.º — A classificação da tuberculose mamária em primitiva e secundária é imprópria, uma vez que tal afirmação se não pode comprovar, mesmo no caso de lesão tuberculosa averiguada, em qualquer outra parte do organismo.

3.º — O mais provável meio de infecção é a via linfática retrógrada, tendo como ponto de partida os gânglios do pescoço e o tecido ganglionar nos hilos pulmonares.

4.º — A tuberculose mamária é mais freqüente durante o periodo de actividade da vida sexual.

5.º — Os seus sintomas variam, sendo os mais freqüentes o aparecimento dum tumor no quadrante súpero-externo da mama, associado a invasão dos gânglios axilares; a sua evolução é indolor, enquanto não atinge determinadas dimensões, não se repercute sobre o estado geral do doente ou não se fistuliza.

6.º — O prognóstico é bom, uma vez que se faça um diagnóstico precoce e se proceda à extirpação cirúrgica.

7.º — A patologia da tuberculose mamária é semelhante à de todos os processos tuberculosos, salvo em pequenos detalhes relativos à estrutura histológica da mama.

FILIFE DA COSTA.

Os resultados da gastrectomia total. (*The effects of total gastrectomy. Experimental Achylia Gastrica in Dogs with the Occurrence of a spontaneous Anemia and Anemia of Pregnancy*), por MORGAN e FARREL (Chicago). — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. N.º 5. Novembro de 1931.

O A. estuda as anemias secundárias a gastrectomias, tanto experimentais como terapêuticas, pretendendo relacionar o seu aparecimento com a aquilia que resulta daquela operação. Com este fim apresenta alguns tipos de experiências, praticadas em cães, chegando às seguintes conclusões:

Os cães gastrectomizados, quando convenientemente alimentados, mantêm-se completamente bem. Mas, nas suas experiências observou uma anemia secundária espontânea desenvolver-se em cães com aquilia gástrica completa, alimentados com alimentação idêntica à dos animais normais. A gravidez produziu por vezes anemia (3 vezes num caso e uma vez em dois). Esta anemia pôde ser combatida com óleo de fígado de bacalhau administrado *per os* e sais de ferro, em injeções subcutâneas.

O A. entende assim que a acloridria actua como factor predisponente para o desenvolvimento da anemia, desde que por quaisquer outras causas a capacidade de digestão do organismo esteja reduzida.

FILIFE DA COSTA.

Cirurgia biliar. As lesões da vesicula biliar como base fundamental das indicações e da técnica cirúrgica, por E. RIBAS RIBAS, Cirurgião do Hospital de Santa Cruz e S. Pablo de Barcelona. — *Revista de Cirurgia de Barcelona*. Tõmo 1. N.º 1. Ano de 1931.

Sob este titulo, o A. apresenta um excelente artigo em que sintetiza o resultado do exame da maior parte dos casos vistos e operados durante trinta anos. Inicia o trabalho com breves considerações de ordem anatômica e passa em seguida à etiologia, patogenia e anatomia patológica de todas as afecções vesiculares; é sobre este último capítulo que o A. mais amplia as suas considerações, pois nelas baseia as medidas terapêuticas que aconselha.

Sob o ponto de vista clínico, faz igualmente um estudo perfeito, considerando todas as diferentes variedades de afecções vesiculares, agudas e crónicas.

Finalmente, aponta as indicações operatórias, sucintamente expostas em alguns parágrafos que passo a descrever:

«Depois do estudo anátomo-patológico da vesícula biliar, o seguinte facto se depreende: toda a vesícula lesada permanece enferma, salvo naqueles casos de infecção aguda que rapidamente retrocede, graças a uma boa drenagem do cístico; porém, o facto anátomo-patológico de lesões permanentes não significa constância do síndrome clínico. As manifestações clínicas obedecem a reagudizações de infecção, a dificuldades de drenagem; quando estas, pela sua presença, põem em perigo a vida, ou a tornam impossível, por persistência de crises dolorosas, por temperaturas altas, por icterícias mais ou menos intensas e frequentes, impõe-se a indicação cirúrgica, e é, então, que a anatomia patológica deve orientar a técnica cirúrgica. As profundas e incuráveis lesões da vesícula biliar impõem a colecistectomia:

1.º — Porque a vesícula biliar é fonte constante de infecção.

2.º — Porque as lesões anátomo-patológicas duma vesícula crónicamente inflamada apresentam alterações que já não podem retroceder.

3.º — Porque a vesícula é, a maior parte das vezes, a fábrica dos cálculos.

Nós condenamos em absoluto a colecistendesis e a colecistostomia, se bem que esta se deva admitir como uma operação de necessidade, quando as péssimas condições de estado geral evitem uma operação rápida; ainda admitimos a colecistectomia parcial nos casos em que as lesões locais (vesiculares) vão acompanhadas de lesões peri-vesiculares, as quais, pelas suas aderências na região sub-hepática e sobretudo ao hilo hepático, requerem uma colecistectomia laboriosa, que expõe a doente a graves perigos pelo choque traumático e pela possibilidade de lesar os vasos do hilo. Nestes casos, a colecistectomia parcial, com destruição da mucosa e amplo tamponamento, é a conduta prudente a seguir.

A colecistectomia, operação de eleição, basta por si só quando a vesícula apresenta obstrução do colo, isto é, está excluída do aparelho biliar; porém, se o cístico é permeável, e na vesícula biliar existe bilis suja, barro biliar, se o doente tem apresentado *poussées* ictericas, ou há cálculos no colédoco, deve sempre praticar-se, ao mesmo tempo que a colecistectomia, a drenagem do hepático e do colédoco. Uma vez retirada a drenagem canicular, deve praticar-se sempre a drenagem médica por meio da sondagem duodenal, para combater por completo a chamada infecção residual do fígado».

Sobre drenagem dos canais biliares, o A. refere as opiniões de alguns autores, em especial as de Kehr, fala do tempo que deve ser conservada e expõe claramente os três seguintes pontos:

1.º — Factos fundamentais que criaram a drenagem:

a) Ao praticar a coledocotomia, dificuldades de técnica pela profundidade do conduto que dificultava a sutura; os pontos cediam com facilidade e a bilis infectada podia produzir peritonites graves;



b) As recidivas dos cálculos biliares não eram um facto raro, pois, muitas vezes, permaneciam nas vias biliares profundas alguns cálculos que não se encontravam no momento da intervenção. Deixando aberto o colédoco e drenando o hepático, êsses cálculos têm fácil saída durante o decurso post-operatório.

2.º — Verdadeiras indicações da drenagem do hepático :

a) Os cálculos encravados no colédoco;

b) Sempre que haja suspeita de cálculos retidos; nos casos de vesículas com cálculos múltiplos, cálculos facetados, barro biliar e ainda nos casos de cálculo único com bilis turva e grumosa;

c) Em todos os casos de vesícula biliar calculosa, intensa e crónicamente infectada;

d) Nos casos de pancreatites parenquimatosas, consecutivas a calculoses;

e) Nas ictericias mecânicas por obstrução do colédoco e nas ictericias por angiocolites, quando a infecção das vias biliares não cede rapidamente.

3.º — Drenagem do colédoco; diz o A. :

«Assim como dantes, deixávamos sistematicamente a drenagem do colédoco depois de toda a colecistectomia, hoje só o fazemos no caso de suspeita de cálculos retidos, de infecções das vias biliares ou simples existência de bilis impura e barro biliar, mesmo que o cístico seja permeável e a infecção não muito grande. Pelo contrário, nos próprios casos de infecção biliar, dispensamos a drenagem artificial, confiando na natural, uma vez que o colédoco e a sua abertura no duodeno estejam dilatados».

O A. termina finalmente o seu artigo com o seguinte e último parágrafo, que bem merece ser lido :

«Ao terminar êste trabalho, fundamentado na anatomia patológica da vesícula biliar, devemos fazer notar que, por brilhante que seja a operação, não nos devemos contentar com o acto cirúrgico, pois temos que pensar nos resultados definitivos. Como muito bem diz Chauffard, o cirurgião pode curar o doente, mas não cura a doença; pode suprimir a causa anatómica das complicações, porém permanecem os transtornos nutritivos, causa da calculose, e as infecções residuais do figado, causa das múltiplas manifestações clínicas. Por tudo isto deve o cirurgião, uma vez terminada a operação e a evolução post-operatória, entregar o doente ao médico, para que êste o submeta à drenagem biliar médica e estabeleça o regime necessário que evite, dentro do possível, a nova formação de cálculos biliares».

FILIPE DA COSTA.

**A acção anticancerigénia do dicloro-sulfureto de dietilo (iperite), por J. BERENBLUM. — *The Journal of Pathology and Bacteriology*. Vol. xxxiv. Pág. 731 — 1931.**

O autor mostrara num trabalho anterior (publicado na mesma revista em 1.29) que o alcatrão de retortas perde a sua acção cancerigénia pela adição de iperite (*mustard gas*) na concentração de 0,1 0/0. Contudo, para obter esta acção anticancerigénia não é necessário que a iperite seja adicio-

nada ao alcatráo, o que levou o autor a concluir que a droga não actua sobre o alcatráo, mas sobre os tecidos, tornando-os refractários à acção cancerigénia.

Berenblum descreve as experiências a que procedeu para estudar o mecanismo da acção anticancerigénia da iperite, demonstrando:

1.º — Que essa acção é puramente local, só aparece quando a iperite é aplicada na região da pele onde existe a lesão.

2.º — O processo inibitório aparece logo imediatamente depois da primeira aplicação da iperite e desaparece também muito rapidamente quando a aplicação cessa ou é irregular.

3.º — A iperite na concentração de 0,1 % não é susceptível de impedir o crescimento progressivo das verrugas, das hiperplasias epiteliaes, desde que estas já tenham começado a desenvolver-se.

4.º — Não se pode afirmar que a iperite seja um agente cancerigénio, se bem que tenha sido possível obter uma verruga simples numa ratazana em que se fez a aplicação repetida dêsse composto, dissolvido em parafina líquida, na concentração de 0,05 %.

5.º — A acção anticancerigénia da iperite é devida possivelmente a uma acção química específica sobre os tecidos e não, como se supunha, à produção de uma hiperemia muito intensa, de uma irritação *super-optimal*.

6.º — A iperite pode inibir o crescimento de uma verruga produzida pelo alcatráo, sem que a hiperplasia inicial do epitélio cutâneo seja influenciada, o que pode levar à conclusão de que não há paralelismo entre a intensidade dos fenómenos de hiperplasia epitelial provocada por um agente irritante e o seu poder cancerigénio.

G. C.

Uma série de 2.000 casos de tumores intracranianos verificados histologicamente, por HARVEY CUSHING (BOSTON). — *C. R. do Congresso Neurológico Internacional*. Berne. Setembro de 1931.

O valiosíssimo relatório de Cushing refere-se a uma estatística de 2.400 tumores estudados nos últimos 33 anos. Faz um estudo comparativo entre os primeiros 30 anos, durante os quais observou 2.023 tumores, e os últimos 3 anos em que teve ocasião de seguir 412 casos. Chega às seguintes conclusões:

Que a frequência dos tumores cerebraes parece notavelmente aumentada, sem dúvida por se diagnosticarem com mais facilidade.

Que os resultados operatórios melhoraram sensivelmente.

Todas as percentagens de casos mortais diminuíram em proporções notáveis.

Refere-se também Cushing à frequência relativa das diferentes variedades anatómicas que observou. A estatística dos últimos 3 anos refere os seguintes números: 198 gliomas, 69 meningiomas, 58 adenomas hipofisários, 41 tumores do acústico, 17 tumores congénitos, 10 metástases, 4 tubérculos ou *gomus*, 7 tumores vasculares, 1 papiloma, 6 tumores variados.

ALMEIDA LIMA.

Os sinais neurológicos dos tumores da fossa cerebral posterior, por GIUSEPPE AYALA (Roma). — *C. R. do Congresso Neurológico Internacional*. Berne. Setembro de 1931.

Os tumores desenvolvidos à custa dos órgãos situados na fossa cerebral posterior apresentam uma sintomatologia regional comum que permite distinguir estes tumores dos tumores supratentoriais.

A patogenia dos sintomas é essencialmente a mesma, quer seja devida a um tumor bulbo-protuberancial, quer a tumor cerebeloso ou extracerebeloso.

Todas as neoplasias desta região atingem mais directamente do que quaisquer outras a integridade anatómica e funcional dos centros da vida vegetativa, da reflectividade proprioceptiva, do *tonus* muscular, das funções de coordenação, da sinergia, etc. Estes tumores desenvolvem-se num espaço limitado onde a circulação sanguínea e líquidiana é muito importante, de modo que mais ou menos rapidamente vêm sempre a provocar graves alterações da circulação sanguínea intracraniana, assim como do líquido céfalo-raquidiano.

Isto explica a freqüente precocidade dos sintomas de hipertensão intracraniana, agravada ainda pela instalação de uma hidrocefalia por obstrução e pela diminuição ou desaparecimento do líquido protector ao nível da cisterna magna.

A sintomatologia destes tumores pode resumir-se assim:

- a) Sintomas primeiro irritativos, em seguida deficitários provocados essencialmente pelo próprio tumor ao nível da zona onde se desenvolve.
- b) Sintomas agravados ou provocados pela hidrocefalia de obstrução.
- c) Sintomas de proximidade consecutivas a compressões directas ou perturbações circulatórias causadas pelo tumor nas regiões circunvizinhas.

O modo de aparecimento e de evolução destas três espécies de sintomas, assim como as suas modalidades de associação e importância relativa, variam com a sede de implantação da neoplasia, da direcção e rapidez do seu crescimento e invasão. Mas não existe paralelismo entre o número, aspecto, gravidade dos sintomas clínicos e o volume do tumor. A tolerância dos órgãos nervosos da fossa cerebral posterior, a sua adaptação à evolução nociva da neoformação, a possível vicariação das zonas menos atingidas, explicam o polimorfismo das manifestações clínicas destes tumores.

Estes mesmos factos explicam a atenuação ou mesmo ausência, pelo menos durante algum tempo, de sintomatologia importante em tumores bastante volumosos, mas de evolução lenta.

Não se pode falar de síndromas tumorais patognómicos intracerebelosos, bulbar, protuberancial ou das vias respectivas. Pode-se porém, para orientação do diagnóstico clínico, considerar várias categorias nosográficas mais freqüentes que permitem uma localização aproximada dos tumores da fossa posterior.

A primeira forma clínica dos tumores da fossa posterior caracteriza-se pelo aparecimento precoce, e evolução insidiosa durante um tempo relativamente longo de sintomas ou de um dos síndromas clássicos bulbares ou protuberanciais (*tumores bulbo-protuberanciais*).

A segunda forma clínica caracteriza-se pelo aparecimento precoce, e isolado durante um certo tempo, de sinais de lesão periférica nos territórios do auditivo, trigêmeo, óculo-motor externo e facial (*tumores do ângulo ponto-cerebeloso*).

Numa terceira forma, os sinais gerais, acompanhados em geral de sinais cerebelosos e vestibulares abrem a cena e predominam, revestindo desde o início um aspecto tal que lhe confere um valor localizador especial. Além disso os sintomas de proximidade, quando se manifestam (piramidais, vegetativos, sensitivos, etc.), aparecem só tardiamente (*tumores intracerebelosos*).

Na quarta forma clínica, são os sintomas gerais de hipertensão intracraniana, os sintomas cerebelosos e vestibulares, as perturbações funcionais dos núcleos e dos feixes do IV ventrículo, que se estabelecem quasi simultaneamente e muitas vezes de uma forma brusca e rapidamente progressiva (*tumores do vermis e do IV ventrículo*).

ALMEIDA LIMA.

**Diagnóstico dos tumores que obstruem o aqueduto de Sylvius**, por CLOVIS VINCENT (Paris). — *Congresso Neurológico Internacional*. Berne. Setembro de 1931.

Estes tumores, a-pesar-de bastante raros, oferecem um real interêsse prático. O diagnóstico é muitas vezes difícil, levando o neuro-cirurgião a intervenções desaconselháveis tantas vezes funestas.

Dividem-se os casos clínicos em dois grupos. No primeiro, a obstrução do aqueduto de Sylvius manifesta-se por sinais de hipertensão craniana mais ou menos nítidas e por sintomas de localização que permitem ajuizar do ponto de partida do tumor. Pertencem a este grupo as neoplasias da pineal, da protuberância, dos tubérculos quadrigêmeos.

Num segundo grupo devem incluir-se os tumores que dão só sinais de hidrocefalia com hipertensão, mas sem sinais de localização.

Neste último caso, o primeiro ponto a resolver é se de facto nos encontramos em presença dum tumor, pois a hidrocefalia comunicante das crianças e dos adultos (geralmente de origem ganglionar) simula perfeitamente uma pequena neoplasia comprimindo o aqueduto de Sylvius.

As injeções coradas, a ventriculografia e a encefalografia permitem na grande maioria dos casos a solução do problema. C. V. dá preferência à encefalografia, a-pesar-de, evidentemente, o seu valor não ser absoluto.

Resolvido o problema da existência dum obstáculo no canal diencéfalo-bulbar, surge um segundo: em que ponto é esse obstáculo, na fossa posterior, aqueduto de Sylvius, terceiro ventrículo?

Quando os síndromas clínicos são insuficientes para caracterizarem um tumor do quiasma, da hipófise, do terceiro ventrículo, da epífise, dos tubérculos quadrigêmeos, da fossa posterior, é necessário recorrer aos dados fornecidos pela ventriculografia e encefalografia.

A ventriculografia bem executada mostra praticamente em todos os casos de obstrução do canal diencéfalo-bulbar os ventrículos laterais dilatados e simétricos. Se o tumor se encontra ao nível do terceiro ventrículo este não

se enche de ar ou fá-lo incompletamente (desconfiar sempre das injeções com quantidade de ar insuficiente). Se o tumor assenta mesmo sobre o aqueduto ou na sua origem inferior junto do quarto ventrículo, o terceiro ventrículo apresenta-se bem injectado.

¿Mas como decidir se o tumor se encontra no aqueduto ou na fossa posterior, quer dizer, acessível ou absolutamente fora duma solução cirúrgica? É aqui que a encefalografia (injecção de ar por via lombar) dá uma contribuição preciosa, quando mostra o ar enchendo o quarto ventrículo sem passar para os ventrículos laterais.

Combinada com uma ventriculografia que tenha mostrado o terceiro ventrículo injectado, permite afirmar com segurança um obstáculo do próprio aqueduto.

É, porém, freqüentemente muito difícil encher de ar por via lombar o IV ventrículo. E o facto de o IV ventrículo não se visualizar pela encefalografia não implica o afirmar-se com segurança que o tumor é da fossa posterior e que se deva intervir nessa região.

Na prática é a maior parte das vezes necessário passar sem a injeção do IV ventrículo. Encontrando-se o neuro-cirurgião em face do seguinte quadro: doente apresentando um síndrome de hipertensão intracraniana sem sinais clínicos «significativos antes da ventriculografia» e apresentando depois dela os ventrículos laterais e o terceiro ventrículo dilatado.

Perante êstes dados ventriculográficos podem tomar um sentido definido alguns dos sintomas apresentados anteriormente pelo doente, e insuficientes sem o socorro da ventriculografia para uma localização, dando indicações sobre a conduta a seguir: não intervir (obstáculo do aqueduto), intervir por via suboccipital (tumor da fossa posterior).

Terminando, reconhece C. V. que ainda hoje os erros serão muitas vezes inevitáveis. Assim, por exemplo, o aparecimento de sinais cerebelosos leva a intervir na fossa posterior, quando o melhor seria abster-se de qualquer intervenção (gravidade extrema da intervenção na fossa posterior quando a neoplasia obstrue o aqueduto de Sylvius).

ALMEIDA LIMA.

**Tumores do lobo frontal e têmporo-esfenoidal**, por FOSTER KENNEDY (New-York). — *C. R. do Congresso Internacional de Neurologia*. Berne. Setembro de 1931.

*Tumores frontais*.—Os sinais de localização destas zonas são muitas vezes vagos e conduzem facilmente a erros diagnósticos. As perturbações da personalidade são em geral mais freqüentes de que em outras localizações.

A um estado de euforia precoce pode seguir-se apatia ou mesmo estupor. O torpor dêstes doentes aproxima-se mais do provocado pelas neoplasias sub-talâmicas do que do verdadeiro sono. As perturbações esfínterianas aparecem também, e nem sempre podem ser atribuídas a perturbações mentais ou emotivas. Algumas vezes pode-se encontrar uma perseveração tónica nalguns movimentos do lado oposto; dá-se isto principalmente quando a porção anterior do corpo caloso é lesada. A atitude mais característica nota-se quando

o doente está de pé, e é constituída por uma série de movimentos de equilíbrio sôbre os calcanhares com retropulsão.

A compressão para trás produz frequentemente ligeiros sinais piramidais contralaterais, mas um meningioma situado muito à frente pode comprimir o cérebro para a linha média, determinando o aparecimento de perturbações reflexas homolaterais em relação ao tumor. Observa-se também dificuldade na locomoção com perturbações de linguagem interior. Contudo, êstes sinais podem ser muito duvidosos. Existe, porém, um síndrome patognomónico constituído por: nevrite retrobulbar homolateral com escotoma central e notável redução da acuidade visual associada a edema da papila contralateral e a anosmia homolateral. F. K. discute as variações e combinações dêstes dados diagnósticos.

*Tumores têmporo-esfenoidais.* — Produzem estas neoplasias sensações confusas gustativas e olfativas, representações alucinatórias, emotivas, visuais e auditivas. Esboça o autor uma teoria da patogenia destas representações, considerando-as como evocações de recordações infantis.

É grande o valor diagnóstico da hemianopsia em quadrante. Os sinais da hemiplegia são mais acentuados na face do que no braço e mais no braço do que na perna. Perturbações talâmicas frequentes. As perturbações fásicas têm características especiais: dificuldade na nomenclatura dos objectos, com perseveração nos erros, sem dificuldade de articulação e só muito raramente surdez verbal.

ALMEIDA LIMA.

Quadro sinóptico das alterações radiológicas nos tumores intracranianos, por A. SCHULLER. — *C. R. do Congresso Neurológico Internacional*. Berne. Setembro de 1931.

Os elementos fornecidos pela radiografia do crânio em casos de tumores, com exploração directa sem utilização de métodos de contraste, dizem respeito às anomalias cranianas provocadas por um lado pela hipertensão, por outro pelas alterações localizadas correspondentes à sede do tumor.

1.º — Anomalias da radiografia craniana devidas a hipertensão intracraniana são :

a) Usura da táboa interna generalizada ou circunscrita (impressões digitais).

b) Afastamento das suturas.

c) Orifícios múltiplos arredondados, de bordos nítidos escavados na base do crânio e correspondendo a pequenas hérnias cerebrais.

d) Alargamento da sela turca.

e) Alargamento dos orifícios da base.

f) Imagens de desgastamento provocado pelas granulações de Pacchioni e pelos seios.

g) Alargamento dos canais venosos do diploe e das veias emissárias.

2.º — Os sinais locais são :

a) Calcificações (angiomas, cisticercos, psamomas, meningiomas, gliomas, pinealomas, tumores hipofisários).

- b) Desgaste circunscrito da caixa craniana.
- c) Espessamento circunscrito da caixa craniana.
- d) Pneumatocelo (abaúllamento circunscrito dos espaços pneumáticos).
- e) Alargamento circunscrito das fossetas de Pacchioni e dos canais venosos.
- f) Infiltração localizada da caixa craniana.

Acessoriamente ainda se refere Schuller às modificações cranianas na doença de Recklinghansen e na xantomatose generalizada.

ALMEIDA LIMA.

**Encefalografia e ventriculografia**, por FRANCIS GRANT (Filadélfia). — *C. R. do Congresso Neurológico Internacional*. Berne. Setembro de 1931.

O autor executou 125 ventriculografias e 300 encefalografias. Segundo Grant, a ventriculografia deve ser utilizada sempre que haja suspeita da existência de um tumor cerebral, ou quando existam sinais certos de hipertensão intracraniana. Os dois ventrículos devem ser puncionados simultaneamente, porque só d'êste modo se pode avaliar as dimensões relativas dos dois ventrículos. É absolutamente indispensável tirar todo o líquido dos ventrículos, se não nos queremos sujeitar a erradas interpretações dos ventriculogramas. O melhor meio de o conseguir consiste em injectar ar por um dos ventrículos emquanto o líquido se vai escoando pela agulha colocada no outro. Deve-se intervir imediatamente a ter-se feito a localização ventriculográfica. Quando por acaso a intervenção não é imediata deve retirar-se o ar por nova punção ventricular.

O autor aconselha a encefalografia como meio de diagnóstico somente nos casos em que não existe hipertensão intracraniana. É um método muito interessante para determinar a extensão e localização de lesões post-traumáticas do cérebro, para pôr em evidência lesões que acompanham a epilepsia e para distinguir os tumores das lesões vasculares. Mas quando se suspeita da existência de tumor ou de qualquer lesão compressiva do cérebro, deve-se pôr de parte a encefalografia ou utilizá-la com extrema prudência.

Sob o ponto de vista terapêutico, tem-se a encefalografia mostrado muito útil nas cefaleias e crises epilêpticas post-traumáticas, atenuando a sua frequência e gravidade.

ALMEIDA LIMA.

**A localização dos tumores cerebrais pela encefalografia arterial**, por EGAS MONIZ (Lisboa). — *C. R. do Congresso Neurológico Internacional*. Berne. Setembro de 1931.

Descreve a técnica da prova da encefalografia arterial, as contra-indicações e os elementos de diagnóstico que pode fornecer. Apresenta radioarteriografias características das várias localizações cerebrais. Compara êste método com a ventriculografia, chegando às seguintes conclusões:

- 1.º — A prova da encefalografia arterial, praticada pela nova técnica da carótida primária livre, é mais fácil e mais simples do que a ventriculografia.
- 2.º — A encefalografia arterial incomoda menos os doentes do que a ventriculografia.
- 3.º — Os perigos destes dois métodos parecem menos graves na encefalografia executada com a técnica descrita.
- 4.º — A precisão do diagnóstico topográfico dos tumores cerebrais é muito maior do que pela ventriculografia.
- 5.º — Pode-se pela encefalografia diagnosticar a variedade de certos tumores.
- 6.º — A interpretação das artériografias cerebrais é, geralmente, mais simples que a das imagens ventriculográficas.

ALMEIDA LIMA.

Os **síndromas ictero-hemorrágicos em patologia tropical**. (*Les syndromes ictéro-hémorragiques en pathologie tropicale*), pelo Prof. L. TENON e R. NEVEU. — *Gazette des Hôpitaux*. N.º 48. 1931.

Os AA. afirmam que o trabalho apresentado pelo Prof. Ricardo Jorge ao *Office International d'Hygiène Publique* sobre as epidemias náuticas da malária de forma tifóide, que simulam a febre amarela, deu foros de actualidade ao estudo dos síndromas ictero-hemorrágicos em patologia tropical. Esse trabalho mostra a dificuldade do diagnóstico quando se trata de casos frustes ou das primeiras manifestações da febre tifóide.

Com os elementos fornecidos pela memória do Prof. Ricardo Jorge os AA. escrevem uma revista geral sobre os síndromas ictero-hemorrágicos em patologia tropical, aceitando as suas conclusões. E terminam com estes passos:

«Seja como for, este pequeno estudo (o artigo dos AA.) mostra como é difícil fazer-se o diagnóstico num país em que existe a febre amarela no estado endêmico, e como o problema se complica quando os exames de laboratório são negativos, o que não é raro. O síndrome ictero-hemorrágico encontra-se em todos os casos de icterícia grave e, segundo a expressão de Ricardo Jorge, «este sinal de insuficiência hepática faz parte da sintomatologia da biliosa, da icterícia grave palustre». Emfim, existe um outro síndrome que pode fazer pensar, pelo menos no início, no tipo amarílico, a febre de vômitos negros das crianças de Guadeloupe...».

E. C.

Sobre a demonstração de icterícia latente pela injeção intradérmica de histamina. (*Über den nachweis von latentem Ikterus durch intradermale histamininjektion*), por O. KLEIN. — *Klin. Woch.* N.º 44. 1931.

Poucos minutos depois da injeção intradérmica de 1 a 2 c. c. de histamina, produz-se nos doentes com icterícia um aumento local da cor amarela, que se inicia em volta da pápula de injeção e se estende depois à própria pápula. A intensidade máxima da coloração amarela observa-se 12 a 30 minutos após a injeção, desvanecendo-se depois gradualmente.



O interêsse clínico da prova não é, porém, o dos casos com coloração amarela visível da pele e mucosas; é, sobretudo, o dos casos em que ela ainda não é apreciável, quer dizer, o das ictericias latentes com fraca hiperbilirrubinemia.

O A. constatou que a prova é positiva não só nos casos com reacção de v. d. Bergh positiva directa, mas também naqueles em que ela é negativa directa e positiva indirecta (ictericias hemolíticas). A diferença resume-se apenas ao valor limite de bilirrubinemia, a partir do qual a prova é positiva. Enquanto que nas ictericias com v. d. Bergh positiva directa o aumento local da cor amarela se verifica a partir de valores de bilirrubina no sangue 0,8 a 1 mgrs.  $\%$ , nas ictericias hemolíticas a positividade da prova só se dá, em regra, com valores de 1 a 1,2 mgrs.  $\%$  ou superiores.

Estes números não são absolutos, pois resultando a prova da acção da histamina sobre a permeabilidade dos capilares, e sendo esta variável, compreende-se que aqueles também o sejam.

Mas, mesmo nas ictericias hemolíticas, a prova é sempre positiva quando a clínica ainda a não diagnostica.

OLIVEIRA MACHADO.

**Lobo anterior da hipófise e tiroideia.** (*Hypophysenvorderlappen und Schilddrüse*), por S. JASSEN e A. LOESER. — *Klin. Woch.* N.º 41. 1931.

Descrição duma série de experiências que provam uma acção directa e especifica do lobo anterior da hipófise sobre a tiroideia, independente da acção sobre os órgãos sexuais.

As alterações morfológicas da tiroideia após a injecção de extractos do lobo anterior da hipófise consistem sobretudo no crescimento do epitélio dos acinos e uma extensa reabsorção da substância colóide.

A substância tireotropa do lobo anterior da hipófise existe também normalmente na urina — como demonstrou Aron — mas, ao contrário da hormona sexual, não aumenta durante a gravidez.

OLIVEIRA MACHADO.

**A velocidade de sedimentação do sangue na diabetes mellitus.** (*Blut-senkungsgeschwindigkeit bei Diabetes mellitus*), por LASAR REMEN. — *Klin Woch.* N.º 46. 1931.

O A. estudou a velocidade de sedimentação em 137 diabéticos, sem complicações da doença, notando em quasi 90% dos casos uma considerável aceleração da velocidade de sedimentação.

Administrando sacarose aos doentes, e determinando nas horas seguintes à ingestão daquele açúcar a glicemia e a velocidade de sedimentação, notou, por vezes, um paralelismo entre as curvas da glicemia e da velocidade de sedimentação — a subida progressiva da glicemia acompanhada de aceleração gradual da velocidade de sedimentação e *vice-versa* — mas sem que êsse facto tenha nada de constante.

Em 7 dos doentes estudados que tinham apreciável hiperglicemia e acetonúria havia velocidade de sedimentação normal e até retardada.

Um dos doentes — diabético não tratado — com forte hiperglicemia e abundante glicosúria, a velocidade de sedimentação passou de acelerada a normal pelo tratamento dietético e insulínico.

OLIVEIRA MACHADO.

**Influência do lobo anterior da hipófise sobre o conteúdo de iodo da tireoideia.** (*Der Einfluss des Hypophysenvorderlappens auf den Jodgehalt der Schilddrüse*), por ARNOLD LOESER. — *Klin. Woch.* N.º 440. 1931.

A injeção de extractos do lobo anterior da hipófise em cães novos, além das alterações morfológicas que provoca na tireoideia, diminue apreciavelmente o conteúdo de iodo daquele órgão.

OLIVEIRA MACHADO.

**A função glico-reguladora no tétano.** (*La fonction glyco-régulatrice dans le tétanos*), por R. F. VACCAREZZA, A. J. VACCAREZZA e J. PÉRONCINI. — *Revue Sud-Américaine de Méd. et de Chir.* N.º 10. TÔMO II. 1931.

A presença freqüente de glicosúria nos tetânicos tratados com soro glicosado isotónico — utilizado para combater a desidratação — levou os AA. a estudar a função glico-reguladora nesta doença.

Dos 22 doentes observados sob êste ponto de vista, 14 (63,63 %) tinham hiperglicemia, 7 (31,81 %) glicemia normal, e 1 (4,54 %) hipoglicemia, não havendo relação constante entre os valores da glicemia e a gravidade da infecção, nem, entre a glicemia e a temperatura. Contudo, as hiperglicemias elevadas, e sobretudo crescentes diáriamente, foram constatadas mais freqüentemente nas formas mortais, emquanto que nos casos de evolução favorável a curva da glicemia determinada em dias consecutivos da doença foi, habitualmente, descendente.

Em 3 dos doentes normo ou hipoglicémicos os AA. procederam à prova da hiperglicemia alimentar, sendo os resultados perfeitamente concordantes: a glicemia ultrapassou os limites normais e persistiu mais tempo que habitualmente.

Depois de assim demonstrada a perturbação da função glico-reguladora no tétano, os AA. fazem a discussão patogénica, não atribuindo tal perturbação à contractura, que, como todo o exercício físico violento, deveria provocar hipoglicemia, mas à própria intoxicação tetânica, por intermédio da insuficiência hepática, insuficiência glicolítica geral dos tecidos, insuficiência pancreática, etc.

OLIVEIRA MACHADO.

**Pepsinoterapia nas úlceras do estômago e do duodeno.** (*Pepsintherapie des Magen-Duodenalgeschwürs*), por K. GLAESSNER. — *Wiener Klinische Wochenschrift.* N.º 45. 1931.

Resumo do artigo :

O tratamento pelas injeções de pepsina das úlceras do duodeno e do estômago, não complicados, dá, em cerca de dois terços dos casos, melhoras

objectivas e subjectivas; nos últimos 100 casos observados verificou-se que os valores de acidez em mais de metade, os sinais radiológicos em cêrca de 3/4, e a curva de pêso em 4/5 dos casos, melhoraram.

É aconselhado um tratamento prolongado, e, além dêle sômente medicamentos indiferentes e uma dieta larga. Só 4 % dos doentes têm de ser operados. Também outras formações ulcerosas (mucosas, pele, decúbitos, intestino) se curam com esta terapêutica. Trata-se duma terapêutica específica que está relacionada mais com factores hormonais do que com efeitos excitantes.

OLIVEIRA MACHADO.

O tratamento das afecções articulares com soluções oleosas de enxôfre. (*Die Behandlung von Gelenkserkrankungen mit Schwefelöllösungen*), por A. PETROWYCH. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 41. 1931.

O A. refere algumas histórias clínicas de doentes com reumatismo articular, que só curaram com a administração parental de enxôfre, depois de ter ensaiado os medicamentos usuais para estes casos: salicilato, iodo, proteínoterapia, etc. Aconselha a solução oleosa dêste fármaco, e não a sua habitualmente empregada suspensão, e que pode obter-se partindo desta, mantendo-a durante duas horas a uma temperatura de 150°; a anteriormente suspensão turva, transforma-se numa solução transparente e com a cor própria do óleo empregado. O protocolo terapêutico consiste no emprêgo de doses mínimas desta solução (1:1000) em injeções intramusculares de 1 mgr., aumentando da mesma quantidade nas injeções subseqüentes. Da 4.ª em diante, emprega uma solução mais concentrada (5:1000), até atingir uma concentração de 7 e 8 mgrs. de cada vez. Pelos bons resultados obtidos elogia e aconselha êste modo de tratamento.

J. ROCHETA.

¿Sob que pontos de vista se devem dividir as dispepsias dos lactantes e quais os fundamentos para o seu tratamento? (*Nach welchen Gesichtspunkten werden die Durchfallsstörungen der Säuglinge am zweckmässigsten eingeteilt und nach welchen Grundsätzen sind sie zu Behandlung?*), por A. B. MANAIN. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 41. 1931.

A classificação ideal dum determinado grupo de afecções é a que repousa sôbre a sua etiologia. Nas dispepsias das crianças, a-pesar-da pouca unanimidade de opiniões sôbre as suas causas, podemos todavia reduzi-las a duas: a infecciosa e a alimentar. Como, porém, é quasi sempre difficil caracterizar a única ou a predominante, o A. baseia a classificação no quadro clínico que podem revestir os diversos tipos ou graus das perturbações dispépticas. E assim:

a) A forma mais simples, a dispepsia vulgar, caracterizada apenas pela diarreia, sem perda de appetite nem diminuição de pêso.

b) O enterocatarro, que se diferencia da anterior pelas iigieiras perturbações que apresenta do estado geral, com diminuição do pêso e do appetite.

c) E gastro-enterite com diarreias mais abundantes e freqüentes, com acentuada diminuição de pêso e apetite nulo.

d) A intoxicação ou o cólera infantil, com perda do conhecimento ou convulsões e muitas vezes, além de outros sinais, com respiração de Kusmaul.

e) Finalmente, a disenteria basilar, a única forma de etiologia segura e constituída pela diarreia sanguino-purulenta.

Para o tratamento de todas estas variedades há inúmeros métodos, mas na maioria dos casos para atingir a cura bastam procedimentos simples. Nas formas ligeiras, quando a tolerância alimentar não está diminuída — em geral nestes casos a dispepsia é provocada pelos agentes da fermentação — basta modificar o regime alimentar, restringindo o açúcar e aumento das farinhas ou da albumina rica em caseína; um bom preparado para êste efeito as tablets de cálcio n.º 2. Deve apoiar-se êste tratamento com o bismuto ou o tanino.

Nos casos mais graves, mesmo já nos casos de entero-catarro, é necessário instituir a pausa alimentar. A duração desta depende da gravidade do caso. Nas circunstâncias formuladas em *b)* bastam em geral 8 a 12 horas. É sempre bom iniciar o tratamento pelo esvaziamento intestinal, por meio do óleo de ricino, por exemplo. Na gastro-enterite a privação dos alimentos pode ir até 24 horas, começando passado êsse período com uma alimentação insuficiente que progressivamente atinja as necessidades orgânicas. Nas já hoje raras formas de intoxicação o repouso intestinal deve persistir até o desaparecimento total de qualquer sintoma grave, em média 48 ou 72 horas. O A. aponta casos tratados com bom resultado só com dieta hidrica durante nove dias. É conveniente e essencial durante êste período a administração abundante de água, *per os* ou por via parenteral.

A-pesar-de demasiado esquemática, esta classificação tem a vantagem do seu aspecto prático e servir, portanto, para o tratamento da maioria dos casos.

J. ROCHETA.

O tratamento das inflamações agudas pela parafina. (*Paraffinbehandlung bei akuten Entzündungen*), por F. LANGGUTH. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 42. 1931.

O A. aconselha como um ótimo método o emprêgo de envolvimentos de parafina em todas as inflamações agudas da pele, linfangites, infecções articulares agudas, etc., sendo de acentuar como primário efeito o desaparecimento da dor, especialmente se a parafina fôr aquecida; nas inflamações crônicas, em geral mais difficilmente influenciáveis por êste método, pode ainda obter-se bons resultados se antes do tratamento pela parafina excitarmos localmente a região affectada com medicamentos, ácido salicílico, enxôfre, etc., ou com agentes físicos. As cicatrizes consecutivas à vacina, quasi sempre inestéticas, podem evitar-se, e possivelmente também as provocadas pela variola, se se faz a immediata applicação da parafina.

J. ROCHETA.

A hipoventilação pulmonar post-operatória. (*Postoperative Hipoventilation der Lungen*), por L. KLOTZ e T. STRAATEN. — *Klinische Wochenschrift*. N. 42. 1931.

A grande importância das complicações pulmonares post-operatórias tem obrigado numerosos investigadores a procurarem a causa e o tratamento das mesmas. Os AA. ocupam-se no artigo presente da determinação, feita antes e depois das mais variadas operações, da capacidade vital, limites da área pulmonar, altura do diafragma e elasticidade do tórax.

A determinação da altura do diafragma foi feita radiograficamente, tendo verificado uma subida deste músculo após a operação, quer esta se realizasse no abdómen ou não e qualquer que fôsse o anestésico empregado. Todavia, a diferença de nível verificada pre e post-intervenção era sempre mais acentuada quando esta incidia sobre os órgãos abdominais e quando se empregava a anestesia geral. Esta diferença não é compensada por uma distensão maior da caixa torácica, como se poderia supor, antes pelo contrário, visto que, precisamente nos casos em que ela foi maior, menor foi por sua vez a distensão da parede do tórax. Qualquer destas duas situações, impedidoras duma boa ventilação pulmonar, não alcançam novamente o estado normal senão passados alguns dias depois da operação, e caminham paralelamente com os valores que medem a capacidade vital.

Estes resultados conduzem naturalmente à admissão duma diminuição do volume pulmonar à custa dum processo atelectásico. Clinicamente, os AA. verificaram um maior número de complicações nos doentes que mostravam uma diminuição mais acentuada do volume pulmonar e *vice-versa*.

Como terapêutica preventiva aconselham, além duma narcose rápida, inalações alternadas de anidrido carbônico e oxigênio, combinados com ginástica respiratória.

J. ROCHETA.

Sobre a terapêutica da asma brônquica com adrenalina e substâncias similares, efedrina e simpatol. (*Zur Therapie der Asthma bronchiale mit Adrenalin und den adrenalinverwandten Körpern Ephedrin und Sympatol*), por K. TIEFENSEE. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 43. 1931.

O A. apresenta o resultado da acção clínica da adrenalina, efedrina e simpatol na asma brônquica num conjunto de 135 doentes.

A efedrina possui em relação com a adrenalina uma acção menos intensa e por isso nos ataques asmáticos graves costuma obter-se resultados pouco eficazes, a não ser que a administração deste fármaco seja feita a quando do aparecimento dos primeiros sintomas.

Como profilático é que a efedrina tem uma acção incontestada, mas não deve esquecer-se que pode provocar fenómenos acessórios, como sejam fadiga, insónias, parestesias, etc. Os mais frequentes, segundo a observação do autor, são os que incidem sobre o aparelho cárdio-vascular: palpitações, taquicar-

dia podendo nalguns casos simular o hipertiroidismo. É por isso de aconselhar o emprêgo pouco duradouro desta substância.

O simpatol possui, assim como a efedrina, uma acção mais prolongada que a adrenalina, e dado em injeccção intravenosa durante um acesso fá-lo cessar, muitas vezes mesmo durante a própria injeccção, tendo porém a vantagem de não provocar perturbações de que se queixam os doentes a quem foi injectada a adrenalina. Do mesmo modo se verifica quando a injeccção é intramuscular ou subcutânea ou mesmo *per os* como profilático.

Administrada do último modo, tem porém uma acção menos intensa que a efetonina.

J. ROCHETA.

O tratamento da hipersensibilidade à insulina. (*Zur Behandlung der Ueberempfindlichkeit gegen insulin*), por GREIFF. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 42. 1931.

O A. refere dois casos clínicos de diabetes, que na repetição do seu tratamento insulínico reagiram com o aparecimento de placas de urticária extensas e abundantes que obrigaram a suspender o tratamento. Contrariamente a algumas opiniões, o A. não admite que a hipersensibilidade seja devida a produtos albuminóides por impurificação da insulina, mas sim causada por esta própria, visto que se empregaram insulinas de diversas proveniências. Como tratamento empregou o cálcio em altas doses e para garantir melhor a reabsorção desta substância, e manter uma mais alta calcemia, injectou nos mesmos doentes, diariamente, 1 c. c. de parathormam (Collip).

J. ROCHETA.

Contribuição ao tratamento da litiase renal (calculose úrica). (*Beitrag zur Behandlung der Nephrolithiasis (Uratsteine)*), por F. HÜGLER e H. G. PLESCHNER. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 43. 1931.

Com a descrição de algumas histórias clínicas de doentes com calculose renal, os AA. apontam os bons resultados obtidos com o emprêgo da colchicina, mas com doses mais elevadas do que as usualmente empregadas, e administradas após as refeições para evitar o mais possível a irritação gastro-intestinal.

Quando esta, a-pesar-de tudo se produz — sensação da pressão gástrica, ligeira diarreia — basta suspender o medicamento por um prazo em geral curto, para que desapareça. Em todos os casos apontados se verificou a expulsão de cálculos, quasi sem dor, e diferenciando-se estes dos anteriormente expulsos pela sua muito maior moleza. No decurso do tratamento várias vezes se determinou a uricemia, notando-se sempre uma baixa acentuada desta. Como ao mesmo tempo os doentes se mantinham num regime alimentar pobre em purinas, não pode afirmar-se que esta baixa seja de atribuir ao fármaco empregado.

J. ROCHETA.

**A influência do Salyrgan na retenção do cloro, nas pneumonias.** (*Ueber die Beeinflunbarkeit der pneumonischen chlorretention durch Salyrgan*), por O. WELTMANN e K. TSCHILOW. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 43. 1931:

Os AA. experimentaram em 6 pneumónicos o Salyrgan, tendo verificado em todos um aumento da cloro-diurese, embora os números obtidos sejam inferiores aos que se observam com o mesmo fármaco noutras afecções que se acompanhem da retenção do cloreto de sódio. A excreção do sal nem sempre é acompanhada dum aumento da hidro-diurese, e êste resultado é o mais interessante dos obtidos, visto que se admite que êste diurético mobiliza ao mesmo tempo a água e o cloreto de sódio. Concluem por isso que na pneumonia deve tratar-se duma retenção rica de cloro.

J. ROCHETA.

**O prognóstico e a terapêutica da mielose funicular na anemia perniciosa.** (*Zur Prognose und Therapie der funikulären Miclose bei perniziöser Anämie*), por R. KLIMA. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 43. 1931.

A-pesar-dos brilhantes resultados obtidos com a dieta de Whipple na anemia perniciosa, algumas complicações há desta doença, que não são influenciadas pela hepatoterapia. Estão neste grupo a aquilia e atrofia das papilas linguais e a mielose funicular, que até tem aumentado de frequência depois da introdução desta terapêutica, e é facilmente explicável pela longevidade maior que o fígado concede aos afectados da doença de Biermer.

O A. apresenta as histórias clínicas de três dêstes casos com mielose e que foram tratados pelo preparado gástrico *Ventraeman*. Num dêles os padecimentos agravaram-se durante as quatro primeiras semanas de tratamento, para retrocederem em seguida, a ponto de os reflexos tendinosos, que tinham desaparecido, voltarem quasi ao seu estado normal. Num segundo paciente, os sintomas medulares foram sucessivamente diminuindo até o reaparecimento dos mesmos reflexos. Ao terceiro sucedera precisamente o mesmo facto. Aconselha por isso o emprêgo da mucosa gástrica, como terapêutica mais útil que os extractos hepáticos.

J. ROCHETA.

# Bibliografia

## Livros novos

**Diagnostic neurologique**, par J. LÉVI-VALENSI. — Deuxième éditon. Paris, J.-B. Baillièrre et Fils. 1931. Um volume de 646 páginas e 420 figuras.

Êste livro, essencialmente prático, é destinado ao clínico geral que, tendo sucintos conhecimentos neurológicos, queira pôr-se ao corrente das novas aquisições da especialidade. Sem ser profundo é bastante completo.

O seu autor, professor agregado da Faculdade de Medicina de Paris, define o seu volume nestas modestas frases :

«Je ne veux faire ni de la sémiologie, ni de la nosographie, et avec le plan que j'adopte j'espère seulement être pratique. Je groupe, par chapitres distincts, les syndromes comparables entre eux, en dissociant le moins possible les maladies qu'ils constituent, et en les reunissant autour du syndrome principal. Je ne dirai rien ou seulement peu de choses des raretés cliniques».

Livro sem grandes pretensões científicas, tem por fim servir de consulta rápida aos que pretendam esclarecer-se, de momento, sobre as questões neurológicas mais acessíveis. Tem uma abundante documentação gráfica, com bastantes esquemas de anatomia, sem contudo descer a minúncias excessivas para o objectivo a que visa. Os quadros clínicos são muitas vezes exemplificados com gravuras bem escolhidas e desenhos apropriados. O *Diagnóstico neurológico* de Lévi-Valensi merece ser recomendado aos clínicos que não queiram alhear-se dêste ramo da medicina que, dentro de certos limites, é indispensável a todos os profissionais.

EGAS MONIZ.





# NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

## - Faculdades de Medicina

Foi nomeada uma comissão, constituída pelos directores das Faculdades de Medicina de Lisboa, Pôrto e Coimbra, para, no prazo de 60 dias, apresentarem as novas bases que simplifiquem o plano de estudos do primeiro ano do curso médico.

— O Ministro da Instrução autorizou a matricula no ano immediato aos alunos aos quais falte apenas uma cadeira.

## Hospitais Civos de Lisboa

Pela Direcção Geral dos Hospitais Civos de Lisboa foi aberto concurso para o provimento dos seguintes lugares; 2 de assistente de radiologia; 3 de assistente dos serviços de análises clínicas; 2 de assistente dos serviços gerais de clinica cirúrgica; e 1 de assistente da especialidade de dermatologia, sifilografia e doenças venéreas.

Aos lugares de assistente de clinica cirúrgica e da especialidade de dermatologia apenas podem concorrer os diplomados com o 3.º ano do internato dos Hospitais Civos, e aos restantes podem concorrer todos os diplomados pela Universidade de Lisboa, Pôrto e Coimbra.

— Por iniciativa do Dr. Ferreira da Costa, director da clinica estomatológica dos Hospitais Civos, vai realizar-se no Hospital de S. José uma série de 12 conferências sobre doenças da boca e dentes, sendo conferentes os 12 médicos que fazem serviço naquela clinica. O director falará, em cada conferência, sobre o assunto versado.

## Academia das Ciências

Na sessão da 1.ª classe da Academia das Ciências, realizada em 10 de Novembro, o Prof. Egas Moñiz ofereceu à biblioteca desta, agremiação o seu trabalho «A localização dos tumores cerebrais pela encefalografia arterial.

Relatório apresentado ao Congresso Internacional de Neurologia de 1931. O Prof. Sabino Coelho ofereceu o seu livro «Ócios dum cirurgião».

O Prof. Sabino Coelho fez ainda uma comunicação sôbre «Estados crónicos dependentes de infecções e intoxicações do sexo feminino».

— No dia 3 de Dezembro reüniu-se a assemblea geral da Academia, tendo sido eleito presidente para o novo ano académico o Prof. Egas Moniz e vice-presidente o Dr. Júlio Dantas.

### Instituto de Histologia e Embriologia

No Instituto de Histologia e Embriologia da nossa Faculdade, o Prof. Cestino da Costa tem regido um curso sôbre citologia, intitulado «Orientação moderna da citologia, seu carácter experimental». As lições que são públicas realizam-se às quintas feiras, pelas 18 horas.

### Sociedade Portuguesa de Estomatologia

Presidiu à sessão do dia 3 de Dezembro, da Sociedade Portuguesa de Estomatologia, o Dr. Tiago Marques, que comunicou ter sido nomeado, como representante dos estomatologistas portugueses, para membro do *Comité* da Sociedade Internacional dos Hospitais.

— O Dr. Pereira Varela apresentou duas comunicações: uma sôbre «Amputações radiculares nos molares, suas indicações e resultados», e outra sôbre «Um caso de angina e gengivite por associação fuso-espirilar, complicada por gangrena pulmonar e finalmente septicémia».

### Sociedade Portuguesa de Radiologia

Retüniu-se no dia 15 de Novembro a assemblea geral da Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica.

— O Dr. Carlos Santos (Filho) falou sôbre a maneira como se houve a delegação da Sociedade no III Congresso Internacional de Radiologia, em Paris.

— Foram, em seguida, eleitos os corpos gerentes. A direcção ficou assim constituída: presidente: Dr. Carlos Santos (Pai); vice-presidente: Dr. Carlos Santos (Filho); 1.º secretário: Dr. Roberto de Carvalho; 2.º secretário: Dr. Pereira Caldas; 1.º secretário substituto: Dr. Alen Saldanha; 2.º secretário substituto: Dr. Fernandes Lopes; e tesoureiro: Dr. Bénard Guedes.

\*  
\* \* \*

### Instituto de Hidrologia e Climatologia do Pôrto

Foi publicado o regulamento pelo qual deve reger-se o Instituto de Hidrologia e Climatologia do Pôrto.

\*  
\* \* \*

### Instituto Bacteriológico Câmara Pestana

Em virtude da epidemia diftérica que tem assumido grandes proporções em Lisboa, o Instituto Bacteriológico Câmara Pestana continua ministrando gratuitamente, a numerosas crianças, a respectiva vacina preventiva, todas as quintas feiras das 13 às 15 horas.

\*  
\* \* \*

### Missão de estudo

O Dr. Manuel dos Ramos Pinto, médico do Asilo 28 de Maio, foi autorizado a estudar a organização dos estabelecimentos de protecção a crianças desvalidas, em França e Inglaterra.

\*  
\* \* \*

### Luta antimalárica

A Associação dos Trabalhadores Rurais de Benaventé promoveu, no dia 8 de Novembro último, uma manifestação de simpatia aos médicos da Estação Experimental de Ataque ao Sezonismo. Durante a sessão solene foram entregues aos referidos médicos diplomas de sócios honorários daquela colectividade.

— No dia 21 foi exibida no Central-Cinema uma fita, documentário dos trabalhos efectuados pela Estação Sanitária Experimental, realizada pelo Dr. Fausto Landeiro, médico daquela instituição.

Antes da projecção, o Prof. Nicolau de Bertencourt pronunciou um discurso justificando o espectáculo e acentuando os benefícios provenientes da luta antimalárica agora empreendida.

\*  
\* \* \*

### Saúde pública

Vagou o partido médico de Trovões (Pesqueira) e foi criado um 3.º círculo clínico na freguesia de Ervedosa do Douro, tendo sido estes lugares



preenchidos respectivamente pelos Drs. António Caiado Ferrão e António Ferreira da Silva.

— Pela saída do Dr. António Ferreira da Silva de médico municipal de Sernancelhe, ficou vago este lugar, que foi ocupado pelo Dr. Francisco de Almeida Peneda Júnior.

— Para a freguesia do Vairão foi nomeado médico municipal o Dr. Maurício Maia Ramos. Interpôs recurso o concorrente Dr. Serafim Moreira Ramos.

— O Dr. Damião José Lourenço Júnior foi provido no lugar de médico municipal de Caminha.

— Foi aposentado o Dr. António Venâncio da Gama Pimentel, médico de Alfândega da Fe, e nomeado para o substituir o Dr. Mário Miranda.

— O Dr. Augusto Furtado foi ocupar definitivamente o cargo de facultativo de Carrapichana.

— A população de Reguengo do Fetal (Batalha) pede um partido médico.

— Foi nomeado para o lugar de médico municipal de Nisa o Dr. Luiz Alves dos Santos.

\* \* \*

### Reunião de curso

No dia 12 de Novembro realizou-se um jantar de confraternização dos sobreviventes do curso médico de 1881, que são em número de seis.

\* \* \*

### Homenagem

O povo do concelho de Gondomar resolveu prestar pública homenagem ao Dr. Joaquim Manuel da Costa, médico de Valbom. Foram organizados uma sessão solene e um banquete, tendo sido oferecida ao homenageado uma mensagem de saudação.

### Necrologia

#### David Bruce

Faleceu o Dr. David Bruce, notável microbiologista inglês, bem conhecido pelos seus trabalhos, especialmente sobre a febre de malta e a doença do sono. O Dr. Bruce morreu quando assistia ao funeral de sua esposa, que foi sua incansável colaboradora desde o início da carreira científica que o imortalizou.

— Em Gondomar faleceu o Dr. Joaquim Manuel da Costa.



*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 colagógos  
2 a 12 pílulas por dia  
ou 1 a 6 colheres de sobremesa de **Solução**

**PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL**

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos científicos

Lavagem  
de Extracto de Bilis  
glicerinado  
e de Panbiline



1 a 3 colheres em 160 gr,  
de água fervida  
quente.  
Crianças : 1/2 dose

Depósito Geral, Amostras e Literatura: LABORATÓRIO da PANBILINE, Annonay (Ardèche) FRANÇA  
Representantes para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> Rua da Palma, 240 - 246 — LISBOA

**OPOTERAPIA VEGETAL**  
**As Energétènes BYLA**

TUDO O SUCO INALTERAVEL DA PLANTA FRESCA E VIVA

**Valériane Byla**

**Digitale Byla**

Colchique, Aubépine, Genêt, Gui, Muguet, Sauge, Cassis, Marrons d'Inde

Agentes para Portugal: **Gimenez-Salinas & C.<sup>a</sup>**

Rua da Palma, 240-246 — LISBOA

¿Acidez de estomago?  
¿Acido gastrico?  
¿Dores de estomago?

## ALUCOL

O Alucol adsorve o excedente do acido gástrico e acalma desta maneira o effeito irritante do mesmo e consequentes dores de estomago. O organismo não se acostuma a este remedio, o que quer dizer que não perde o seu effeito com o uso habitual, nem tão pouco afecta a digestão.

Em pó



Em comprimidos



Vende-se em todas as farmácias e boas drogarias

**DR. A. WANDER**  
**S. A. BERNE**

Unicos concessionarios para Portugal:

**ALVES & C.ª (Irmãos)**  
Rua dos Correios, 41, 2.º  
**LISBOA**

Sala  
Est.  
Tab.  
N.º