

Ano IX

N.º 6

Junho 1932



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECCÃO

PROFESSORES

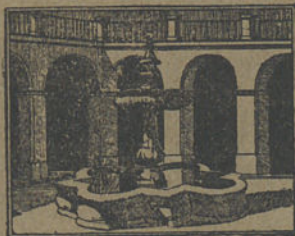
*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,
Lopo de Carvalho, Pulido Valente, Adelino Padesca,
Henrique Parreira, Carlos de Melo,
António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

*Morais David, Fernando Fonseca, António de Menezes,
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 RECALGIFICANTE

Depositarios para Portugal e Colonias

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — 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. Prova que a 4 por dia produce **diurese prompta**, reanimam o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSAO, EDEMA**. Lesões **MITRAES, CARDIOPATHIAS da INFANCIA e dos VELHOS, etc.** Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

Granulos de Catillon a 0,001 **STROPHANTINE** CHRYST.

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

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

3. Boulevard St Martin Paris — PHARMACIAS.

DOCTOR:

**NO CASO EM
QUE PRECISE TONI-
FICAR UM ORGA-
NI/MO DEBILITADO
RECORDE O**



Phosphorrendal

ROBERT
NA SUA TRES FORMAS:
**GRANULADO - ELIXIR
INJECTAVEL
LABORATORIO
ROBERT**

Depositários para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a 240, Rua da Palma,

Sala 8

Est. 9

Tab. 1

N.º 114

Para a Desinfecção Cutanea
nada equivale ao

MERCUROCHROMO

(Dibromoximercurifluoresceína)

Marca Registada

SOLUÇÃO ESPECIAL PRE-OPERATORIA



Não é tóxica
Não produz dor
Não causa dermatites
Seca rapidamente
Penetra profundamente
É altamente bactericida
A sua cor viva aumenta a
área esterilizada.

FORMULA—Dissolvam-se 2 grammas de MERCUROCHROMO em 25 c.c. de agua distillada. Adicionem-se 55 c.c. de alcool puro e 10 c.c. de acetona. Deixe-se repousar duas horas e filtre-se o precipitado. Esta solução é inalteravel, permanecendo activa.

DESCONFIE!

de todo o Mercurochromo
cuja embalagem não leve o
nosso nome na etiqueta, com
a designação de

"MERCUROCHROMO H. W. & D."
ou "MERCUROCHROMO-220
SOLUVEL H. W. & D."



Unicos Fabricantes
HYNSON, WESTCOTT & DUNNING
BALTIMORE, MD., E.U.A.

Representantes: ROBINSON, BARDSLEY & Cia., Lda., Lisboa

HYNSON, WESTCOTT & DUNNING, Dpto. B, Baltimore E. U. A.

Peço-lhes tenham a bondade de enviar-me amostras e litterature descriptiva do MERCUROCHROMO.

Doutor

Endereço Cidade

(Escrever em letra bem legivel.)

COMBINAÇÃO IODO-PEPTONADA
GOTTAS, INJECTAVEL

I O D O N I E

"ROBIN"

Arteriosclerose, Affecções cardiacas,
Obesidade, Rheumatismo, Syphilis

OS LABORATORIOS ROBIN

13, Rue de Poissy, PARIS

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

N.º 832
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

GIMENEZ-SALINAS & C.^a - Rua da Palma, 240-246 — LISBOA

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos 806, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em sério)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

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

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.^a, L.^{da}

45, Rua Santa Justa, 2.^o
LISBOA

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.^a — 240, RUA DA PALMA, 246 — LISBOA

PÕ
DE ABYSSINIA

EXIBARD

Sem Opio nem Morphina.

Muito eficaz contra a

ASTHMA

Catarrho — Oppressão

todas affecções espasmodicas
das vias respiratorias.

35 Anos de Bom Exito. Medalhas Ouro e Prata.

H. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C^o

8, Rue Dombasle, 8

PARIS

E BOAS PHARMACIAS

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.

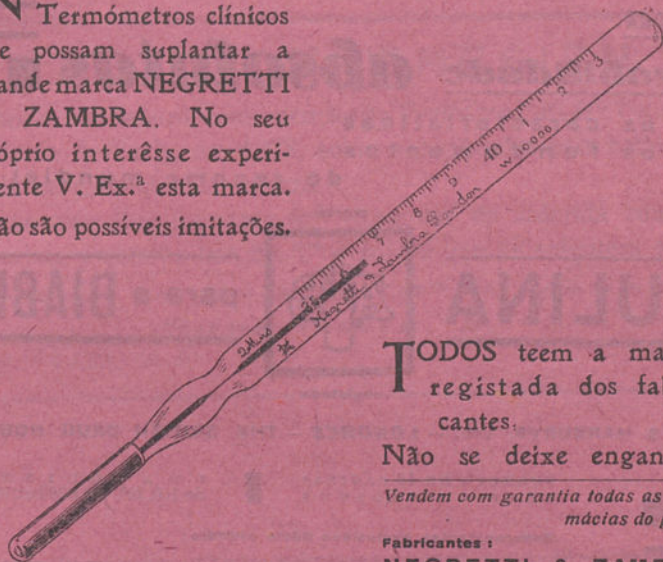
Agentes em Portugal:

Jimenez - Salinas & C.^a

240, Rua da Palma, 246 - LISBOA



NÃO ha no mundo
Termómetros clínicos
que possam suplantar a
grande marca **NEGRETTI
& ZAMBRA**. No seu
próprio interêsse experi-
mente V. Ex.^a esta marca.
Não são possíveis imitações.



TODOS teem a marca
registada dos fabri-
cantes.

Não se deixe enganar!

Vendem com garantia todas as far-
mácias do país.

Fabricantes :

NEGRETTI & ZAMBRA
38, Holborn Viaduct Londres

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

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

eis as características
e os fundamentos

do renome mundial da

marca

INSULINA**para a DIABETES**

registada

(De ALLEN & HANBURYS, 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. L010S, 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 & HANBURYS, LTD. — LONDRES:
COLL TAYLOR, LDA. — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA

Tele. F. 2 1476
G. DELTA

Existe apenas uma

Antiphlogistine

A introdução da *Antiphlogistine*, ha mais de 35 anos, foi o início de um movimento em therapeutica que tem crescido continuamente, tornando-se agora aceitado como um dos princípios estabelecidos da medicina científica para o alívio da Inflamação e Congestão.

Sobre as cataplasmas ordinárias ela tem o alto mérito da limpeza e asepsia. Ela é preferível ás fomentações porque basta applicá-la uma vez em cada doze horas.

Pela combinação científica dos seus ingredientes, ela exerce praticamente o fenómeno conhecido por "drenagem osmótica", o qual é uma lavagem das membranas mucosas, muito mais eficaz que as lavagens superficiais que nunca logram penetrar a mucosa e unicamente produz sua acção na superficie.

Sempre Imitada

Nunca Igualada

Para amostras e literatura escreva á

The Denver Chemical Mfg. Company.

163 Varick Street,

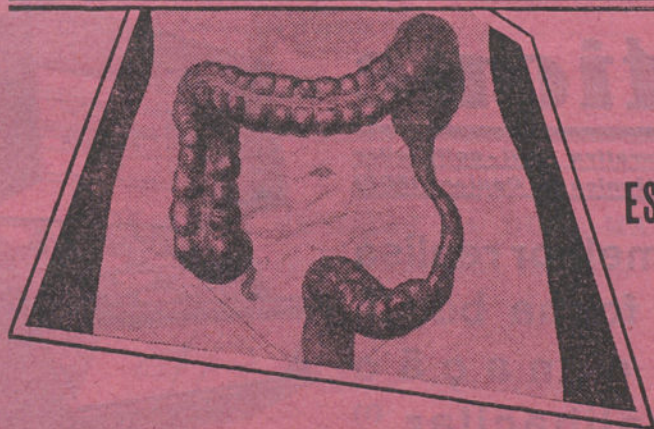
New York, U. S. A.

ROBINSON, BARDSLEY & Co., Ltd.

Caes do Sodré, 8, 1.º

L I S B O N

ALGUNS ASPECTOS DA FISIOLOGIA INTESTINAL

INTESTINO
ESPASMÓDICO

NOS 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.

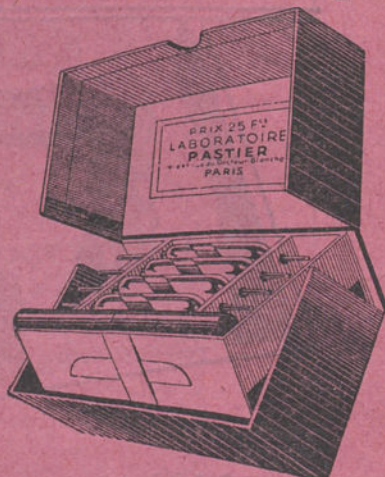
2 novidades em vacinoterapia

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 realiza
sob a forma bucal,
a vacinação
anti-colibacilar (1)



1) Outras formas: injectavel e filtrado para applicações locais

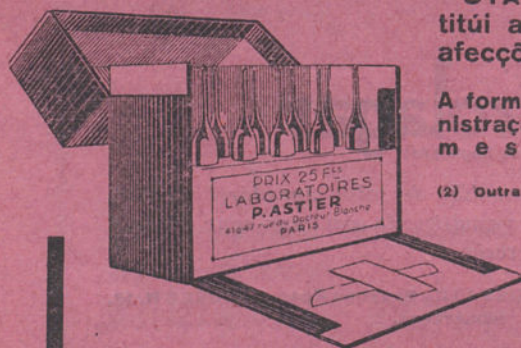
stalysine

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

STALYSINE injectavel constituiu 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. - R. da Palma, 240-246 - Lisboa



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Os seios venosos da dura-mater.</i> por Egas Moniz, Abel Alves e D. Fernando de Almeida	Pág.	523
<i>A propósito de quatro casos de recaídas de sarampo.</i> por Carlos Salazar de Sousa	»	535

Notas clínicas

<i>Ciáticas reumatismaes,</i> por Almeida Lima.....		544
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	»	555
<i>Bibliografia</i>	»	584
<i>Noticias & Informações</i>	»	XLIX

OS SEIOS VENOSOS DA DURA-MATER SUA VISIBILIDADE AOS RAIOS X

POR

EGAS MONIZ, ABEL ALVES

e

D. FERNANDO DE ALMEIDA

A técnica da encefalografia arterial pelo torotraste abriu novos horizontes à visibilidade, pelos raios X, dos vasos do cérebro. Devido à inocuidade da injeção na carótida primitiva, podem empregar-se maiores doses desta substância. A suspensão coloidal do tório não se dissolve no sangue e retarda um pouco a circulação, o que nos permitiu estudar a velocidade do sangue no cérebro, nas meninges e nas partes moles do crânio.

A circulação faz-se diferentemente nestes diversos sectores, embora estejam à mesma distância do coração. No cérebro a velocidade do sangue é maior do que nas meninges e partes moles do crânio. Em outros trabalhos (1) nos ocupámos deste assunto, reservando para este artigo o estudo anatómico de

(1) Egas Moniz. — L'artério-phlébographie comme moyen de déterminer la vitesse de la circulation du cerveau, des méniges et des parties molles du crâne. *Académie de Médecine*, séance du 12 Avril 1932.

Egas Moniz. — Sur la vitesse du sangue dans l'organisme. Determination de la vitesse de la circulation du cerveau, des méniges et des parties molles de la voûte cranienne par l'artério-phlébographie. *Annales de Médecine*, 1932.



alguns seios e a técnica a empregar no vivo, para os tornar visíveis nas radiografias.

Tivemos sempre a intenção de obter, com a mesma injeção, a arteriografia cerebral e a visibilidade dos seios.

Como já aqui dissemos em outro artigo que um de nós publicou com Almeida Lima (1), para obter a circulação venosa do cérebro no indivíduo normal, basta que, após uma injeção de

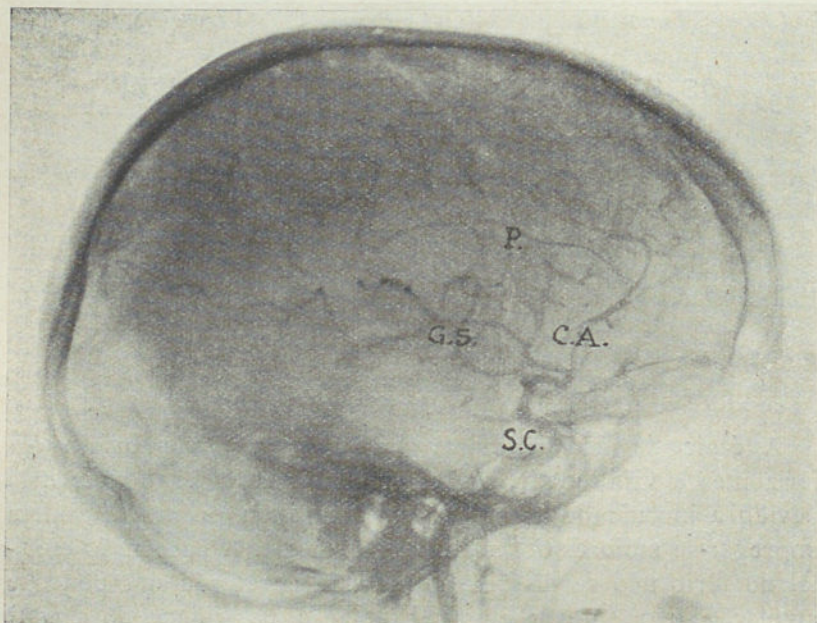


Fig. 1. — Arteriografia normal.

10 a 12 c. c. de torotraste, na carótida primitiva, e em seguida a tirar-se a arteriografia, se faça o escamoteio do *filme* impressionado e se tire uma nova radiografia, 2 segundos depois da primeira. Consegue-se, desta forma, ver a rede venosa do cérebro. É o que denominamos a flebografia da primeira fase.

Em casos de baixa tensão arterial, esta segunda radiografia (2 segundos após a arteriografia) apresenta-se mais ou menos

(1) Egas Moniz e Almeida Lima. — Visibilidade das veias do cérebro pela prova encefalográfica. *Lisboa Médica*. Março de 1932.

uniformemente opaca, não se vendo nela vaso algum: artéria ou veia. Todo o torotraste (10 a 12 c. c.) está adentro das arteríolas, capilares e vénulas que não são visíveis aos raios X. As figuras 1 e 2 mostram a arteriografia e a mancha da circulação capilar que se lhe segue. Já temos dois destes casos. Nos indivíduos normais, esta fase capilar é anterior aos dois segundos que separam os dois disparos da empôla.

Se a segunda radiografia é tirada 4 a 5 segundos depois da

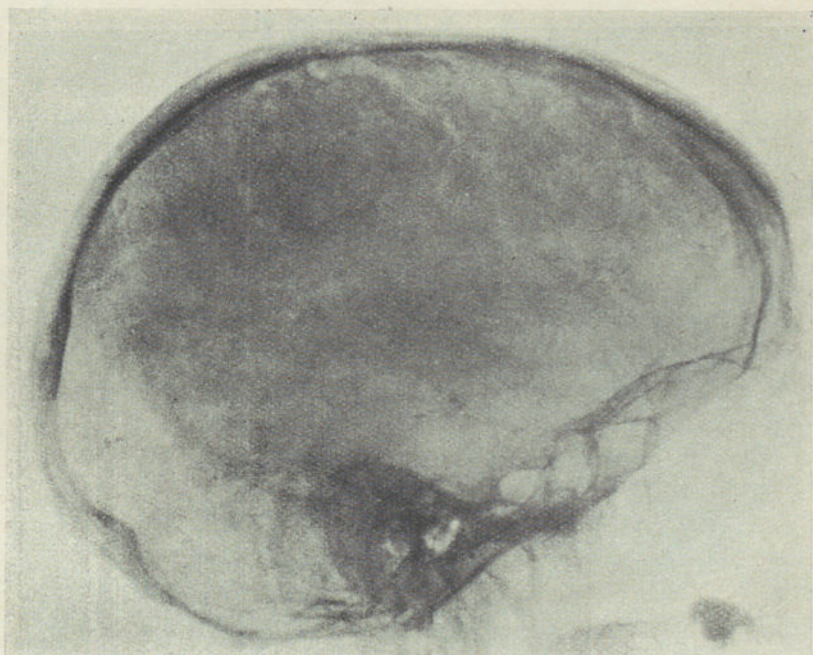


Fig. 2. — Fase capilar da circulação sangue-torotraste. A circulação arterial e venosa não se vê. Mesmo caso da fig. 1.

primeira, o aspecto flebográfico é diferente; vêem-se apenas os grossos troncos venosos, sendo, em geral, o mais importante a veia anastomótica de Labbé, que faz uma forte descarga do sangue do cérebro no seio lateral.

O ponto de ligação desta veia com a anastomótica de Trolard, a que outras se associam, pode bem designar-se a *encruzi-lhada venosa* do cérebro (fig. 3).

Nos primeiros trabalhos flebográficos, apenas se mostravam

esboçados, e ainda assim excepcionalmente, o seio longitudinal superior e o seio lateral. Desejávamos, porém, ver o seio recto e o seio longitudinal inferior. Ocupam estes seios uma posição média, desligados da caixa craniana, e, nestas condições, estamos em crer que, tornados visíveis, podem fornecer alguns elementos de diagnóstico diferencial entre os tumores da fossa posterior e os colocados acima da tenda do cerebello.

Para obter a visibilidade dos seios começámos por aumentar

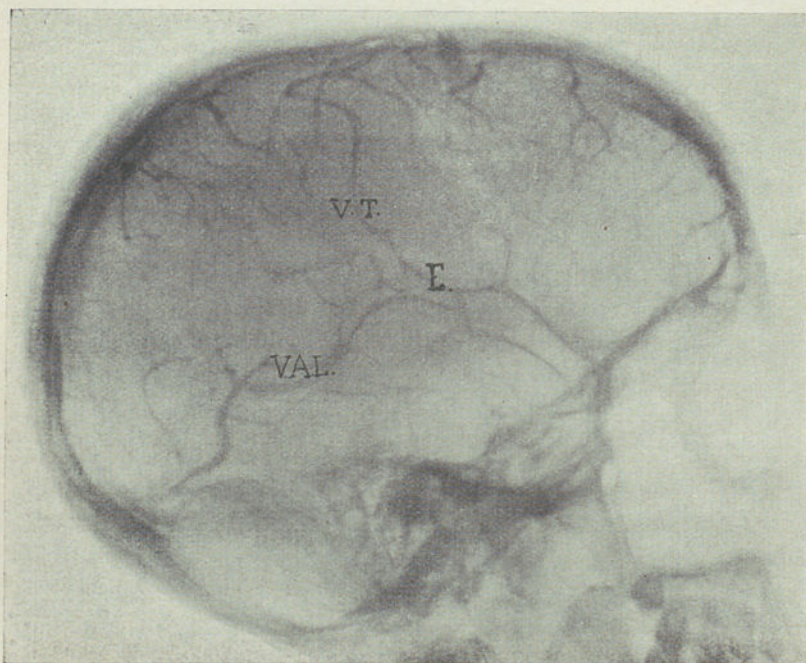


Fig. 3. — Flebografia da segunda fase. V. A. L. veia anastomótica de Labbé. V. T. veia anastomótica de Trolard. E. encruzilhada venosa do cérebro.

a quantidade do torotraste injectado, convencidos de que a inundação do sistema vascular do cérebro nos havia de dar a sua opacidade. Verificámos, porém, que além de 14 a 15 c. c. a arteriografia saía imperfeita por se verem já algumas veias de mistura com as artérias, prejudicando, assim, a leitura da arteriografia. E a-pesar-disso, com esta quantidade de torotraste ainda, em geral, se não obtinha a visibilidade dos seios recto e longitudinal inferior. Lembrámo-nos então de levar a injecção a

LISBOA MÉDICA

DRYCO

Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

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

DRYCO é o leite IDEAL
Especialmente preparado para a
**alimentação
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

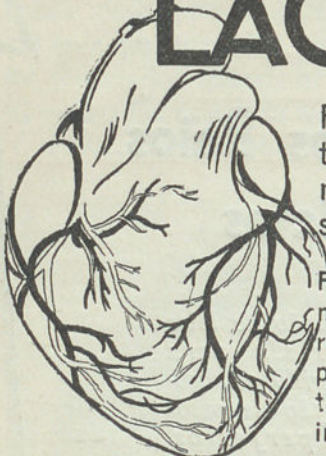
Simenez-Salinas & C.^a

Rua da Palma, 240 - 246

L i s b o a



LACARNOL



Fracção nucleosídica de extratos orgânicos para o tratamento da angina de peito e similares afecções dos vasos.

Poucos dias após o início do tratamento, desaparecem as crises dolorosas irradiantes, a sensação de pressão e de aniquilamento, como também a dispnéa. É completamente inofensivo, até em casos de uso prolongado durante mezes, mesmo em pacientes idosos e com perturbações cardíacas.

Embalagens originaes:
Frasco conta-gotas de 20 cc.
Caixa com 5 ampolas de 1 cc.



»Bayer-Meister-Lucius«



M. R. LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante:

»LUSOPHARMA«

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150. 3.º LISBOA

18 c. c. de torotraste com a seguinte técnica: faz-se o primeiro disparo da empôla (instantâneo de $1/20$ a $1/10$ de segundo) aos 12 ou 13 c. c. para obter a arteriografia. Continua a injectar-se e comanda-se o segundo disparo passados 4 ou 5 segundos. Consegue-se assim em muitos casos a visibilidade do seio recto e do seio longitudinal inferior.

O operador logo que termina a injeção exerce uma pequena pressão sobre a jugular do mesmo lado. Esta manobra, que aliás não é essencial, é fácil de praticar desde que se siga a técnica operatória que hoje preferimos: abertura entre os dois feixes inferiores do esterno-cleido-mastoídeo, inserção da aponevrose, descoberta da carótida que ocupa o lado interno. A jugular fica

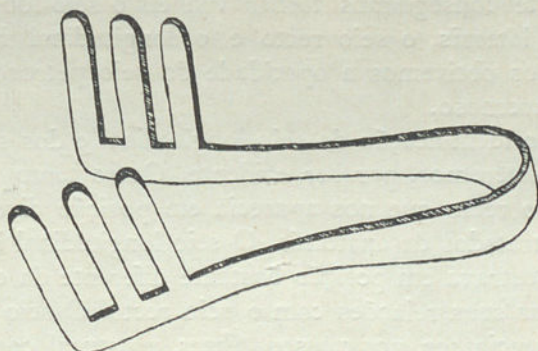


Fig. 4. — Afastador empregado na prova encefalográfica.

à vista do lado externo, podendo, assim, facilmente comprimir-se no momento oportuno.

A pequena operação é feita hoje sem assistente, devido ao emprêgo de um afastador (fig. 4) que um de nós (Abel Alves) obteve e que, sendo em aço niquelado, funciona como mola, mantendo aberto o campo operatório.

Trabalhamos com um escamoteador manual de dois *châssis*, de nossa construção, assaz rudimentar. Com um escamoteador automático de seis películas poder-se-ão seguir as diversas fases da circulação cerebral e surpreender o torotraste descendo do seio longitudinal inferior para o seio recto. Bastará que o escamoteador esconda os *filmes* impressionados e os substitua por outros, a impressionar, com o intervalo de 2 segundos entre os dois primeiros disparos da empôla e de 1 segundo entre os se-

guintes. Com êste aparelho conseguir-se-á determinar, com precisão, a velocidade da circulação cerebral, meníngea e dos tecidos moles do crânio, tirando as médias necessárias para se chegar a números relativamente exactos.

Com os fracos meios de que dispomos, apenas podemos tirar duas radiografias sucessivas. Quando a segunda nos falha, isto é, quando se não vêem os seios que desejamos tornar visíveis, corrigimos o tempo entre os dois disparos na segunda prova, feita do lado oposto, aumentando-o ou diminuindo-o. É processo imperfeito, mas é o único de que podemos lançar mão nas precárias condições em que trabalhamos. Com a prática que vamos tendo, dá, em geral, resultado positivo.

Dest'arte conseguimos tornar visíveis o seio longitudinal superior, os laterais, o seio recto e o longitudinal inferior. Em alguns casos obtivemos a opacidade do seio petroso superior e do seio cavernoso.

Sôbre a identificação do seio longitudinal e dos seios laterais não nos deteremos, por ser evidente. Outro tanto não sucedeu com o seio recto que nos aparecia em posição diversa da indicada nos tratados de anatomia. O seio longitudinal inferior também se mostrava em posição bastante diferente da que tem sido descrita nas suas relações com o seio recto. O seio longitudinal inferior parecia ser, nos nossos *filmes*, a natural continuação do seio recto.

Para nos certificarmos, porém, com segurança, da identificação dêstes seios, recorremos ao estudo no cadáver, procurando a sua visibilidade por injeções líquidas, opacas aos raios X. Fizemo-las nas duas jugulares internas ao mesmo tempo, em geral com um soluto de iodeto de sódio a 100 0/0, tendo o cuidado de laquear as veias vertebraes. As primeiras radiografias não deram resultados concludentes. Nos primeiros 4 cadáveres apenas conseguimos ver desenhado o seio longitudinal superior, muito bem injectados os seios laterais e o seio recto sem que se divisasse o seio longitudinal inferior.

Recorremos às massas com que vulgarmente se obtém o enchimento dos vasos no cadáver, com mínio, opaco aos raios X, fazendo a injeção com grande pressão. Alcançámos assim um desenho mais perfeito, não só dos seios referidos, mas dalgumas veias aferentes dos seios longitudinal superior e laterais. Não se

viu porém o seio longitudinal inferior onde não chegou a massa injectada.

Insistindo de novo na orientação do emprêgo do soluto de iodeto de sódio, obtivemos finalmente no cadáver de um individuo novo, de 30 anos, após uma injeccção dupla de 80 c. c. nas jugulares internas, dada com forte pressão, uma radiografia que forneceu os elementos desejados (fig. 5). O seio longitudinal superior apresenta-se nítido, embora com algumas irregularidades,

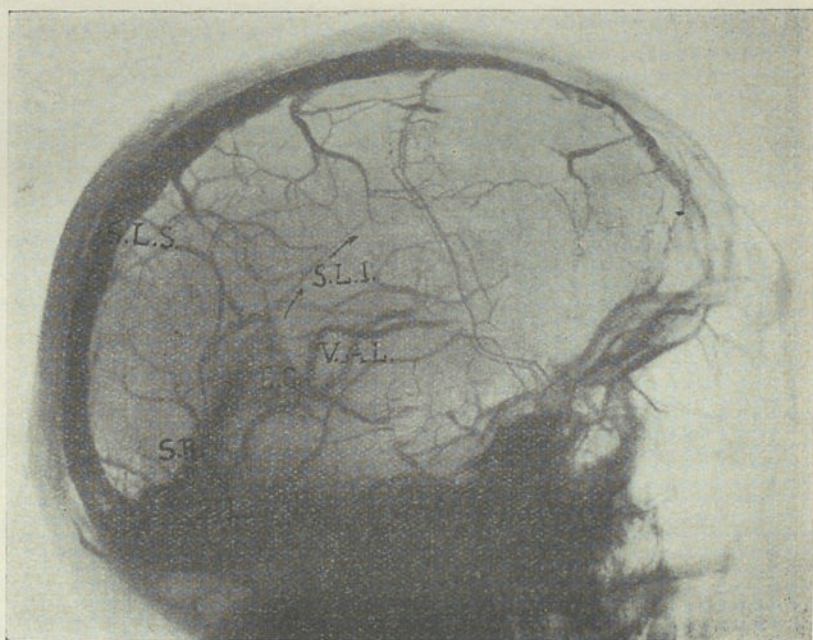


Fig. 5. — Visibilidade dos seios no cadáver. S. L. S. seio longitudinal superior. S. L. seio lateral. V. A. L. veia anastomótica de Labbé. S. R. seio recto. E. G. empóla de Galeno. S. L. I. seio longitudinal inferior.

mais notadas na parte anterior devido, em parte, às bridas de Wills. Os seios laterais apresentam-se fortemente distendidos e cheios de líquido opaco. As veias aferentes estão bem injectadas, especialmente as da parte posterior. As veias anastomóticas de Trolard, e particularmente a de Labbé, são muito visíveis. Pode ainda reconhecer-se sôbre o rochedo a curva do seio petroso superior que vai ao seio cavernoso.

O seio recto, muito visível, sobe em ângulo anterior de cerca de 70° sobre os seios laterais. Na sua parte superior e anterior vê-se a empôla de Galeno que desce formando como que um esporão. Êste seio continua-se, para cima, com um outro vaso, de sombra bastante atenuada, que se arqueia levemente tomando nitidamente a posição da parte inferior da foice. É o *seio longitudinal inferior* (S. L. I.).

No vivo, já obtivemos os dois seios, recto e longitudinal in-

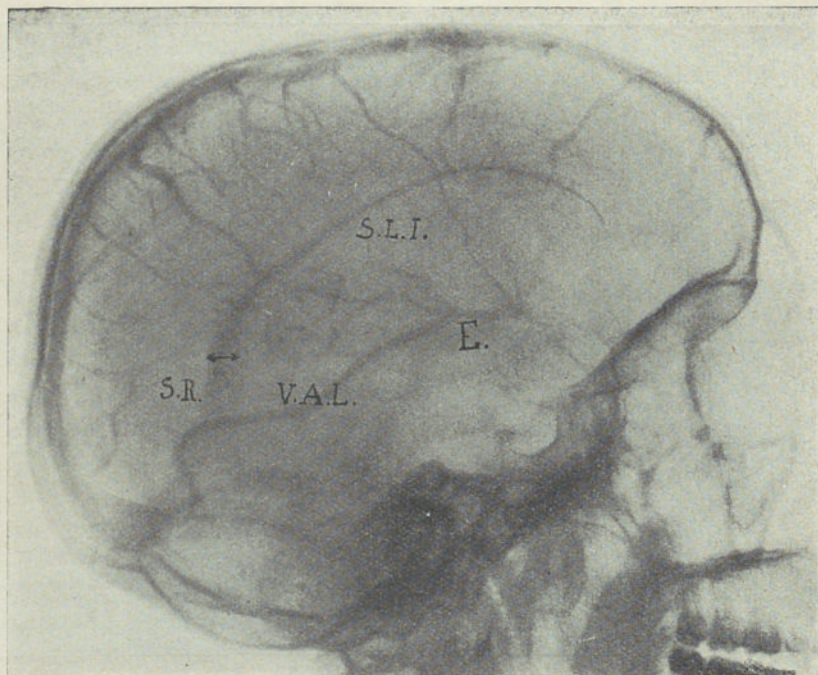


Fig. 6. — Flebografia da segunda fase com a visibilidade dos seios recto (S. R.) e longitudinal inferior (S. L. I.). Nota-se o volume do seio recto. V. A. L. veia anastomótica de Labbé. E. encruzilhada venosa do cérebro.

ferior, em 20 casos. Noutros, porém, apenas surpreendemos o seio recto e, em dois casos, apenas se vê o seio longitudinal inferior.

Estas diferenças são devidas, pelo menos em algumas provas, à altura em que foi feito o segundo disparo da empôla. Um pouco tarde quando se vê apenas o seio recto, um pouco cedo quando apenas se desenha o seio longitudinal inferior.

O seio recto é menos visível no vivo do que no cadáver. Neste, a injeção, subindo da jugular interna, inunda-o por completo e, empregando-se um soluto aquoso, de fácil difusão, as bridas de Wills não são sequer notadas. Outro tanto não sucede se injectarmos o lipiodol que mostra clareiras na extensão do seio.

É difícil obter o volume do seio recto no vivo: vê-se a direcção marcada por um traço que não ocupa, evidentemente, todo o

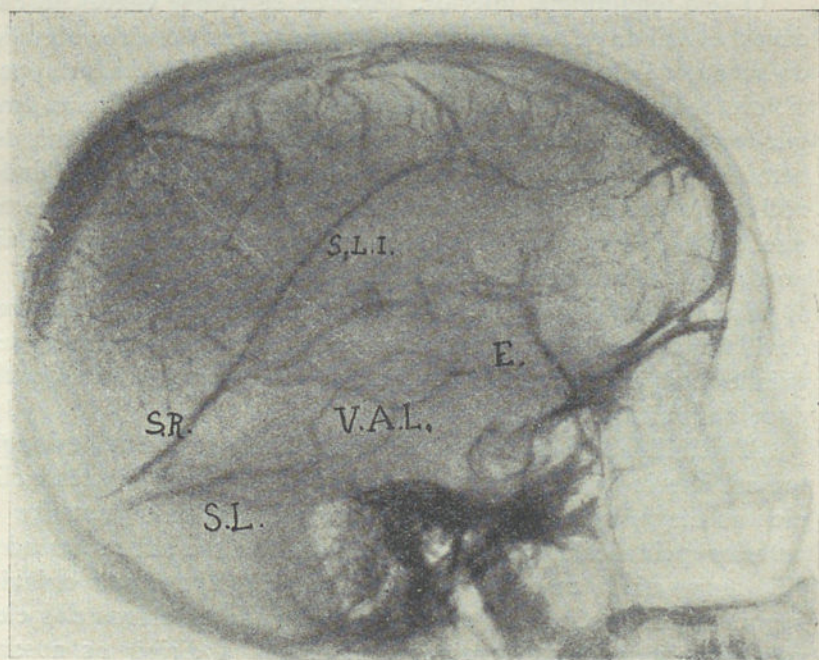


Fig. 7. — S.R. seio recto. S. L. I. seio longitudinal inferior. S. L. seio lateral. V. A. L. veia anastomótica de Labbé. E. encruzilhada venosa do cérebro.

lume do vaso. Na fig. 6 o seio apresenta-se bastante delineado, mostrando mais ou menos o seu volume. É excepção. Na grande maioria dos casos, a flebografia mostra apenas a sua direcção (fig. 7) sem nos dar a noção exacta do seu volume.

A razão da reduzida visibilidade, no vivo, deste seio, provém de que a circulação carotídea de retorno, carregada de torotraste, não é a única que o invade. O seio recto recebe pelas veias profundas de Galeno sangue das paredes ventriculares, dos núcleos

opto-estriados, duma grande parte dos centros ovais e do cerebelo, etc. Só uma parte, embora a mais importante da veia de Galeno do lado injectado, lhe leva sangue com torotraste. As veias basilares recebem sangue, nas mesmas condições, de várias proveniências. Tanto a veia de Galeno, como a basilar, levam à empôla e ao seio recto uma mistura sangue-torotraste com opacidade diminuída que se reduz consideravelmente com a entrada do sangue do hemisfério oposto.

O seio longitudinal inferior, difficil de se tornar visível no cadáver, é fácil de se surpreender nas radiografias do vivo. Metade do sangue nêle contido contém torotraste e, por isso, a sua opacidade aos raios X ainda é bastante apreciável. A mistura sangue-torotraste que acode a êste seio provém da face interna do hemisfério injectado. Esta mistura segue, com uma opacidade reduzida a metade pela diluição do torotraste, para o seio recto que, como dissemos, recolhe sangue de outras proveniências. Cai, portanto, a opacidade do seu conteúdo.

Estamos em crêr que a sua relativa visibilidade é, ainda assim, devida a não se fazer a mistura immediata do torotraste que, seguindo mais ou menos isolado, guarda uma parte da sua opacidade aos raios X.

A visibilidade dos seios e, em especial do seio recto e longitudinal inferior, pode ter, como dissemos, um certo interêsse clínico no diagnóstico diferencial dos tumores da fossa posterior e anterior pela deslocação do seio recto num ou noutro sentido. Não temos ainda casos bastantes que nos permitam uma opinião segura a êste propósito; mas são já animadores alguns dos elementos obtidos. Neste sentido continuamos a dirigir as nossas investigações.

*

* *

Não nos demoraremos a mostrar que a visibilidade dêstes seios no homem e até no cadáver está em desacôrdo com os esquemas das anatomias, considerados clássicos. Faremos essa demonstração em trabalho anatómico com larga documentação gráfica. Não queremos, contudo, encerrar êste artigo sem acentuar alguns factos.

Nos esquemas das anatomias, o seio recto é apresentado

como fazendo um ângulo de 40° a 45° sobre a linha, mais ou menos horizontal, em que estão colocados os seios laterais. Em alguns destes esquemas, este ângulo é ainda bastante mais agudo. No vivo, e até nos cadáveres examinados aos raios X, o seio recto mostra-se em posição muito diversa. Junto ao lagar de Herófilo faz uma pequena curva de concavidade posterior, na extensão de cerca de 1 centímetro, elevando-se em seguida bastante perpendicularmente, formando um ângulo anterior de cerca de 70° com a linha dos seios laterais.

Nos esquemas anatómicos (vide Testut, vol. II, pág. 1241), o seio recto continua-se com a empôla de Galeno onde vêm as veias basilares e as veias de Galeno. Da parte superior sai o seio longitudinal inferior formando com o seio recto um ângulo posterior de cerca de 90° .

Na verdade, não é assim. Ao seio recto segue-se, em curva regular, o seio longitudinal superior, sua natural continuação. A empôla de Galeno liga-se à parte anterior e superior do seio recto formando uma espécie de esporão. Mostra-se como um importante vaso aferente do seio recto-longitudinal inferior.

Estas grandes diferenças de posição e relações dos dois seios, ora encontradas, são devidas à circunstância de os termos surpreendido em condições muito diversas das dos anatómicos. Nós procuramos ver estes seios no vivo — e a anatomia no vivo é muitas vezes diversa da que se encontra no cadáver. E mesmo quando tornámos os seios visíveis aos raios X, no cadáver, o cérebro ocupava a sua posição normal dentro do crânio, visto não ter sido aberto.

Os anatómicos têm estudado, em geral, os seios recto e longitudinal inferior abrindo os crânios e tirando o cérebro e a dura-mater. As relações ficam completamente alteradas. A falta da suspensão natural do cérebro, da tenda e da foice, é talvez a causa mais importante desta diferença anatómica.

Contudo, verificámos em alguns cadáveres que o seio recto, depois de injectado o cérebro *in loco* com substância opaca, se apresenta nas radiografias formando um ângulo anterior agudo, o que contrasta com o que se observa em outros casos e especialmente no vivo, em que o seio recto tende sempre para a perpendicular. Há, portanto, um outro factor que intervém nesta diferença de posição: a hidráulica ventricular do cérebro.

As figuras que publicamos valem por preparações anatómicas de notável precisão. Não é a anatomia de órgãos deslocados dos seus lugares, perdidas as suas relações, alteradas as condições de fixação, aniquiladas as suas características posicionais, que pode fornecer-nos descrições exactas. Hoje devemos tentar fazer a anatomia dos órgãos em vida. É a que representa a verdade, porque êstes são surpreendidos no seu estado normal de posição e funcionamento.

Esta orientação alcança, dia a dia, novos triunfos, corrigindo-se noções que alcançaram foros axiomáticos. O campo angiográfico no vivo oferece, sob êste aspecto, um vasto campo de investigação.

A anatomia tem de socorrer-se hoje, não só da radiografia do cadáver, mas também do vivo, para confirmar ou corrigir algumas descrições clássicas que, sob vários aspectos, precisam de ser revistas.

RÉSUMÉ

Les figures 1 et 2 montrent un aspect curieux de la circulation cérébrale. Le thorotrast qui rend visible les artères dans la fig. 1 se cache ensuite (deuxième radiographie) dans les artérioles, capillaires et veinules, invisibles aux rayons X. Si l'on faisait une autre radiographie une seconde après, on verrait les veines, le liquide opaque ayant traversé les capillaires.

Les AA. décrivent la technique pour obtenir, avec la même injection de thorotrast, l'artériographie cérébrale et la visibilité des sinus droit et longitudinal inférieur qui se présentent chez le vivant comme étant le même sinus (figs. 6 et 7). L'ampoule de Galien ne serait qu'un très fort affluent veineux de ce sinus dans la partie supérieure de la tente du cervelet. Le schéma classique des anatomies n'est pas d'accord avec cet aspect.

La visibilité du sinus droit pourra donner des renseignements diagnostiques par son déplacement antérieur ou postérieur. Les AA. n'osent cependant pas faire des affirmations concrètes à ce propos en attendant le résultat de nouvelles investigations.

“
Ceregumil
Fernández

Alimento vegetariano completo á base de cereais e leguminosas

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

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
Deposítários: GIMENEZ-SALINAS & C.^a
240, Rua da Palma, 246
LISBOA

MÉTODO CITOFILÁCTICO DO PROFESSOR PIERRE DELBET

*Comunicações feitas as sociedades científicas e em especial a Academia de Medicina de Paris.
Sessões de 5 de Junho, 10 de Julho, 13 de Novembro de 1928 ; 18 de Março de 1930.*

DELBIASE

ESTIMULANTE BIOLÓGICO GERAL

POR REMINERALIZAÇÃO MAGNESIANA DO ORGANISMO

Único produto preparado segundo a fórmula do Professor Delbet.

PRINCIPAIS INDICAÇÕES :

PERTURBAÇÕES DA DIGESTÃO — INFECCÕES DAS VIAS BILIARES
PERTURBAÇÕES NEURO-MUSCULARES — ASTENIA NERVOSA
PERTURBAÇÕES CARDÍACAS POR HIPERVAGOTONIA
PRURIDOS E DERMATOSES — LESÕES DE TIPO PRECANCEROSO

PERTURBAÇÕES DAS VIAS URINÁRIAS DE ORIGEM PROSTÁTICA
PROFILAXIA DO CANCRO

DOSE : 2 a 4 comprimidos, todas as manhãs, em meio copo de agua.

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE

D^r Ph. CHAPELLE — 8, rue Vivienne, PARIS

Representante em Portugal : RAUL GAMA, rua dos Douradores, 31, LISBOA

Remete-se amostras aos Exmos. Senhores Clínicos que as requisitarem.

Em casos de urgência!

Sôros de toda a segurança em recipientes práticos e modernos

O médico rural é o que mais frequentemente é chamado para prestar os primeiros socorros em casos de lesões de operários ou de acidentes. Sempre quando exista a mínima suspeita sequer que se possa ter dado a infecção duma ferida com terra ou poeira da rua, é indispensável aplicar imediatamente uma dose profilática de

Sôro de tétano (sôro antitetânico)

"E. v. Behring"

Em geral basta injectar 3000 A. E. (unidades antitetânicas). O sôro de tétano prepara-se sob a vigilância oficial do Estado nos laboratórios universalmente conhecidos de Hoechst e Marburg e distribui-se nas chamadas SERULAS, pequenos recipientes modernísimos que torna a seringa superflua. Com uma só manipulação a SERULA está pronta para o uso!



O tratamento da Difteria reclama porem propriamente a aplicação mais rápida possível do sôro antidiftérico. A SERULA permite empregar o oficialmente contrastado

Sôro antidiftérico "E. von Behring"

sem a mínima perda de tempo. — Nada de abrir ampôlas, nada de esterilizar seringas, nada de proceder a manipulações difíceis de efectuar em quartos mal iluminados de doentes, nada de trabalhos incomodos que aumentam a nervosidade.

A SERULA é uma combinação de ampôla e seringa, imensamente prática e absolutamente esterilizada que poupa tempo e trabalho. O seu preço é pouco superior ao das ampôlas.

» *Bayer-Meister-Lucius-Behringwerke* «

LEVERKUSEN (Alemanha).

Representante:

« LUSOPHARMA «

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150. 3.º LISBOA

A PROPÓSITO DE QUATRO CASOS DE RECAÍDAS DE SARAMPO (1)

POR

CARLOS SALAZAR DE SOUSA

Assistente de Pediatria da Faculdade de Medicina de Lisboa

O sarampo é das doenças que confere imunidade total e permanente e diante do ditado popular: «sarampo, sarampelo, sete vezes vem ao pêlo», o médico mostra-se incrédulo e não hesita em não aceitar a afirmação com que tantas vezes depara, feita por uma mãe que nos garante que o filho já teve sarampo uma ou mais vezes, ao fazermos um diagnóstico de tal doença.

Evidentemente que não é para aceitar a enorme freqüência com que se dariam as recidivas morbilosas, a darmos crédito às declarações da família.

Mas os dizeres do povo têm sempre uma base, e aqui ela é bem fácil de descortinar: o sarampo é de todas as doenças eruptivas a mais espalhada, a tal ponto, que poucas serão as pessoas que conseguem chegar à idade adulta sem que o tenham tido. Assim, em face dum estado febril acompanhado de exantema, o vulgo, ignorante da existência de outras doenças eruptivas, faz de mótu-próprio o diagnóstico de sarampo, mas ao seu espírito observador não escapa a diferença que nota por vezes no quadro clínico, e assim, a par de sarampo, criou o termo de sarampelo.

Procuremos as sete doenças que podem aparecer para justificar o ditado: 1) o sarampo; 2) a escarlatina; 3) a robeola; 4) a 4.^a doença, ou doença de Duker-Filatow; 5) o eritema infeccioso; 6) os exantemas gripais, que, embora pouco freqüentes, se podem mostrar; 7) as erupções anafiláticas de origem gastro-intestinal, nada raras nas crianças.

(1) Comunicado à Sociedade das Ciências Médicas. Reunião de 30-IV-1932.

Já não falamos na febre tifóide com roseola muito extensa, nem no tifo exantemático, em que a diferença nítida do quadro clínico é bem patente mesmo para leigos.

Dos sete estados mórbidos a que nos referimos quasi todos são, com maior ou menor facilidade, distintos do sarampo, constituem o grupo dos «sarampelos». Apenas um, a robeola, é por vezes de difficil distincção, e em certos casos de robeola morbiliforme se pode prestar a confusão mesmo para um médico, quando este não ponha no seu exame todo o cuidado necessário.

Quando deparamos com a declaração de que uma criança já teve sarampo duas ou mais vezes, esforçar-nos-emos por conseguir por um interrogatório meticoloso fazer o diagnóstico retrospectivo da doença anterior. Indagaremos se houve febre, quanto tempo esta durou antes do aparecimento da erupção, qual a temperatura que existia, qual a marcha do aparecimento da erupção, a sua intensidade, localização, aspecto e duração, se foi seguida de descamação cutânea, quanto tempo depois e como se deu essa descamação, se houve ao mesmo tempo angina ou infartos ganglionares, se houve complicações pulmonares, renais ou outras, e por fim, no caso de a criança ter contagiado outras, ao fim de quanto tempo appareceu nestas a doença.

Desta maneira nós chegaremos na grande maioria das vezes à conclusão de que a primeira erupção não era morbilosa, mas sim devida a qualquer dos processos a que nos referimos.

Num ou noutro caso ficaremos com a impressão de que realmente se trata duma recidiva de sarampo. Tais recidivas são raríssimas, a ponto de pediatras com a autoridade de Feer dizerem que apenas encontraram um caso, mas podem-se dar, e têm sido descritas indubitáveis repetições de sarampo em doentes observados pelo mesmo médico nas diferentes ocasiões (Comby, Pignero, Lemoine, Sevestre, Grancher, etc.).

Estas repetições podem-se dar a longo prazo (recidivas) ou a curto prazo, sendo então interpretadas como recaídas (Bucquoy), isto é, como uma nova *poussée* da mesma infecção ainda não extinta. Não tem sido marcado com precisão o limite além do qual se deve considerar a repetição dum sarampo não como recaída mas como recidiva.

Estão descritos casos de recaída ao fim de 15 dias, 3 semanas, 1 mês, etc., da primeira infecção. Quanto a mim apenas

podem ser consideradas como recaídas indubitáveis aquelas em que a repetição da doença se tenha dado antes dos 11 dias que correspondem ao período de incubação do sarampo, ou quando tenha havido entre as duas doenças um isolamento rigoroso. Com prazos maiores, ou sem estes cuidados, não se pode pôr de parte a idea duma reinfeccção. O papel importante dos contágios tardios foi recentemente pôsto de novo em destaque para a escarlatina (Lichtenstein), mostrando-se que as repetições da doença, antes consideradas como recaídas, são muito menos frequentes nos doentes que fazem a sua convalescência em quartos de isolamento individuais, do que naqueles que se conservam na enfermaria geral.

Podemos admitir que o mesmo suceda com o sarampo, tanto mais que estes contágios em ocasião de epidemia são quasi fatais, pois um sarapinoso pode ainda contagiar muito além do tempo que se costuma atribuir, 5 dias depois da erupção começar segundo Marfan, 8 a 10 dias segundo Feer.

Tive recentemente ocasião de constatar êste facto no Serviço de Cirurgia do Hospital Estefânia em que sou interno: uma mulher, há pouco tempo operada, foi contagiada por uma criança que a visitou e que tinha tido sarampo do qual estava considerada absolutamente curada. Por isto, Feer aconselha o isolamento até 3 semanas depois do comêço da erupção.

Os casos que vamos apresentar são de repetição da doença a curto prazo; apenas um poderia, dentro do critério que expozemos, ser considerado como de recaída indubitável (obs. I). Nos restantes, com um período entre as duas doenças em todos superior a 14 dias e sem que tenha havido sérios cuidados de isolamento, será discutível se se trata de recaída ou recidiva. No entanto, de acôrdo com a tendência geral, rotulamo-los de recaídas.

OBSERVAÇÃO I. — C., sexo feminino, 10 meses (da clínica particular).

1-II-932. — Criança doente desde a véspera com tosse e febre elevada, olhar brilhante mas sem verdadeiro catarro ocular, não tinha *Koplick* nem enantema. A auscultação mostrava, além de alguns roncos difusos em ambos os campos pulmonares, um foco de fervores congestivos na base do pulmão direito, que se manteve quasi até final da doença.

No 3.º dia appareceu um sinal de *Koplick* bastante nítido seguido de enantema.

No 5.º dia de doença começa a apparecer o exantema com a sua marcha

clássica, primeiro na cara e nas orelhas, depois tronco, braços e por fim coxas. A erupção não foi das mais intensas e a doença seguiu o seu curso normal.

20-II-932. — Volto a ser chamado a ver a mesma doentinha. Estava febril havia 4 dias. Nesse dia tinham-lhe começado a aparecer umas pequenas manchas vermelhas na face e fronte. Intenso catarro ocular e nasal. Não tinha *Koplick*. Enantema. Auscultação negativa.

Esta nova *poussée* de sarampo foi muito mais intensa que a primeira, sendo pelo contrário os sinais de auscultação mais discretos.

A doença evoluiu normalmente para a cura. Não podemos deixar de chamar a atenção para o facto de o pai da criança estar de cama com gripe quando se deu a recaída.

Das duas vezes se tratava de sarampo indubitável: período prodrómico, enantema e, por fim, exantema característico. Da primeira vez notaram-se, desde o começo sinais de congestão pulmonar que se mantiveram até final da doença, e quando se deu a recaída estava no mesmo quarto um doente com gripe.

A mãe da doente não se mostrou nada surpreendida com a recaída da doença, pois declarou-me que o mesmo tinha sucedido a um petiz duma vizinha.

OBSERVAÇÃO II. — M. T., sexo feminino, 28 meses (da clínica particular). Sarampo característico não se prestando a confusão diagnóstica.

Volto a vê-la 3 semanas depois, há dois dias febril, com tosse, diarreia, catarro óculo-nasal, *Koplick*. Diagnostico novo sarampo, que o aparecimento ulterior do exantema confirma.

Também a mãe dêste petiz me contou ter havido na familia outro caso idêntico.

OBSERVAÇÃO III. — (N.º 701 da consulta externa que dirijo no Hospital de N. S.ª da Saúde). F. J., sexo masculino.

26-I-932. — Erupção típica morbiliforme depois de um período prodrómico de 4 dias. Na ocasião da observação já não tinha *Koplick*.

20-II-932. — Foi neste dia internado no Hospital de N. S.ª da Saúde para ser operado dum higroma do joelho. Aparece febril. Ao 3.º dia notam-se algumas manchas de *Koplick* e enantema. Ao 6.º dia erupção típica mas pouco intensa.

OBSERVAÇÃO IV. — (N.º 310 da consulta externa do Hospital de N. S.ª da Saúde). M. L., sexo feminino, irmã do doente da observação III.

26-I-932. — Adoeceu no mesmo dia que o irmão, tendo a doença seguido evolução idêntica.

18-II-932. — Esta recaída não foi observada por mim, mas a história dada pela mãe é tão característica, e a doença seguiu evolução de tal maneira semelhante à do irmão, começando e acabando dois dias antes, que não pode haver dúvidas de que fôsse sarampo.

O facto de as duas últimas observações serem de irmãos é sugestivo, pois seria coincidência notável ter-se dado, por simples acaso, uma circunstância indubitavelmente rara, em ambos.

A darmos crédito ao que nos foi contado, teria havido, com possibilidade de contágio por elles, mais um caso por cada um dos doentes das outras duas observações.

Há mais casos publicados em circunstâncias análogas; assim, dos citados por Comby, temos: 6 recaídas em 8 doentes vivendo na mesma casa (Chauffard), 3 recaídas entre 4 crianças irmãs (Sevestre), 2 recaídas em 3 doentes igualmente irmãos (Ferrante Aporti).

Mesmo para as observações isoladas é digno de nota que algumas aparecem por grupos em determinadas epidemias. Assim, ainda dos casos citados por Comby, temos 11 na primavera de 1895 (de Lemoine e Chauffard), 3 casos simultâneos em 1919 (Desbouis).

*

*

*

Tive pois ocasião, no curto espaço de tempo de 2 meses, de observar quatro casos de recaídas de sarampo, circunstância apontada como excepcional. Dando crédito às declarações das famílias dos doentes, teria havido mais dois outros, na mesma época, com possibilidade de contacto com estes, que chegassem ao meu conhecimento.

É sabido que por coincidência, que não se explica, mas que de facto se observa, os casos pouco frequentes nos aparecem, muitas vezes, em série. ; Devemos atribuir a um destes acasos as nossas quatro observações, ou pelo contrário poderemos encontrar alguma explicação que nos satisfaça o espírito?

Repugna sempre admitir a intervenção do acaso, e quando os factos se repetiram nas observações doutros, com maior razão o devemos repelir.

Atribuir a coincidência das repetições familiares, e o aparecimento de casos sucessivos em determinadas épocas, a predisposição familiar ou a carácter epidémico, apenas traduz por palavras a constatação dum facto.

Tanto uma como outra das particularidades acima referidas se podem bem explicar doutra forma.

Bourdellès, estudando as repetições de sarampo nos soldados, admitiu-as na proporção de 40 0/0. Devemos notar que o autor se guia pelas indicações dadas pelos próprios doentes e, se avaliarmos o grau de cultura e nível intelectual dos soldados franceses pelos dos rapazes que vêm em Portugal fazer o serviço militar, temos de reconhecer que será bem difícil muitas vezes obter uma *anamnese* segura. Esta proporção é certamente exageradíssima. Para Comby as repetições de sarampo não se dão mais que em 4 a 5 por mil dos casos.

Para explicar a percentagem tão elevada que apresenta, Bourdellès faz intervir a coexistência da gripe. Ora precisamente na época em que as nossas observações foram colhidas grassava em Lisboa, a par do sarampo, uma tremenda epidemia de gripe, a tal ponto que a clínica dos pediatras se encontrava quasi que composta por gripes e sarampos.

A epidemia gripal apareceu com marcada tendência para as localizações do aparelho respiratório, tendo sido freqüentes as bronquiolites, broncopneumonias, congestões pulmonares, etc.

Também foram particularmente numerosas as complicações broncopulmonares do sarampo, e em muitos casos apareciam com um carácter de precocidade que não é o mais vulgar nesta doença. A obs. I começou tipicamente por um processo congestivo pulmonar, primeiro julgado de natureza gripal, e apenas se pensou no sarampo quando apareceu o enantema e o sinal de *Koplick*.

Dada a enorme morbidade da epidemia gripal, parece que não seria êrro atribuir à coexistência da gripe a elevada proporção de complicações pulmonares morbilosas, o que aliás tem já sido notado por muitos autores.

Para fazer ressaltar a percentagem enorme de complicações broncopulmonares que acompanharam o sarampo durante a última epidemia dou aqui alguns números tomados no Pôsto n.º 1 do Instituto de Puericultura da J. G. D. que eu dirijo.

Numa população de 230 crianças registaram-se 127 casos de sarampo. É de notar que os contágios não se deram no Pôsto na grande maioria, pois que atendendo ao carácter especial da Instituição, logo que apareceram os primeiros casos foi vedada a entrada na consulta a toda a criança em estado febril, e que por isso tinha de se considerar suspeita.

Em 52 dêstes casos apareceram complicações pulmonares, o que dá a percentagem de 41 0/0.

Evidentemente estes números são exagerados e explicáveis pelas péssimas condições de vida da população daquela consulta, que na sua grande maioria habita em barracas mal protegidas da chuva e do frio.

Não queremos pois dá-los como aplicáveis à média geral da epidemia, mas não nos ficam dúvidas, pelo grande número de casos observados na nossa clínica particular, de que a percentagem dêste tipo de complicações morbilosas foi muito elevada mesmo para crianças tratadas nas melhores condições de higiene e confôrto.

De resto não foi apenas o sarampo que veio com marcada tendência para as complicações pulmonares. Atravessámos ainda uma epidemia de tosse convulsa e temos também a impressão de que as complicações pulmonares desta doença se mostraram igualmente mais freqüentes (1).

Tivemos ocasião de observar numa criança de 1 ano que tratávamos de tosse convulsa um caso de edema inflamatório agudo do pulmão que atribuímos a gripe. Um outro caso idêntico observámos numa criança de 9 meses, heredo-sifilítica, e que tendo sido vista de manhã com uma erupção de sarampo que começava a aparecer, fez à noite um edema agudo pulmonar que lhe foi fatal a despeito de toda a terapêutica empregada (ouabaina, cânfora, oxigenoterapia, ventosas escarificadas, etc.). Êste raro tipo de complicação do sarampo é na realidade encontrado com maior freqüência quando coexiste uma epidemia gripal (Nobécourt, J. Hutinel, J. Lereboullet).

Um outro caso, que também na mesma época observámos, parece-nos de indubitável coexistência de gripe e sarampo: o duma criança de 3 anos que tendo aparecido com um catarro respiratório febril, numa ocasião em que a avó na mesma casa se encontrava com gripe, assim se manteve durante 10 dias, ao fim dos quais apareceu uma erupção morbilosa discreta e que rápida-

(1) Posteriormente à comunicação dêste trabalho, a epidemia de tosse convulsa estendeu-se consideravelmente, enquanto que a gripe terminou, e é de notar que têm agora sido raras as complicações broncopulmonares da *per-tussis*.

mente se apagou, conservando a criança um grave estado toxi-infeccioso.

Só à custa de estimulantes e banhos quentes se conseguiu o aparecimento duma erupção franca, tendo depois o sarampo evolucionado normalmente, apenas com marcada predominância do catarro respiratório.

Por todas estas considerações creio que nos é lícito admitir que foram frequentes os casos de associação de gripe e sarampo.

¿Mas como explicar o papel da gripe como factor das recaídas do sarampo?

É sabido que estas duas doenças são aquelas que mais frequentes vezes se mostram anergizantes. Não são únicas, outras ainda podem ter a mesma propriedade: *Pertussis*, febre tifóide, pneumonia, escarlatina, robeola, varicela, difteria, etc., mas para todas estas os resultados têm sido inconstantes (P. Lereboullet et Baize) e apenas para a gripe e o sarampo se pode afirmar com constância o poder anergizante.

Para a primeira destas doenças Lereboullet encontrou 70 0/0 de cuti-reacções negativas em adultos atacados de gripe, para a segunda a desaparição da alergia tuberculínica é quasi constante (Nobécourt, Liège, Kaplan, Lereboullet, Baize).

Mas não é simplesmente sobre a alergia tuberculosa que o sarampo tem acção.

A alergia vacinal desaparece igualmente (Netter et Porak), a reacção de Widal dum antigo tífico é também negativa durante o curso do sarampo.

As mesmas constatações foram feitas quanto à gripe com respeito à alergia vacinal.

Estas duas doenças têm pois de comum a propriedade de fazer desaparecer temporariamente uma série de reacções biológicas que são índice do poder de defesa do organismo contra diversas infecções.

Embora não tenhamos um *test* para o sarampo, nada de estranho admitir que a gripe faça desaparecer igualmente a imunidade morbilosa permitindo a recaída duma infecção recente ainda em actividade.

Para terminar queremos fazer notar que, com o vastíssimo material que nos fornecem os serviços de pediatria em que trabalhamos (Hospital Estefânia, Hospital de N.ª S.ª da Saúde, e

LISBOA MÉDICA

MAGNESIA S. PELLEGRINO

*Purga,
refresca,
desinfecta*



LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO MODERNO - Via Castelvetro, 17 - MILANO

Representantes e depositários para Portugal e Colonias:

GIMENEZ-SALINAS & C.^ª - 240, Rua da Palma, 246 - LISBOA

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

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

TERAPEUTICA DA SIFILIS

O TRATAMENTO
ARSENICAL
SUB-CUTANEO
VERDADEIRAMENTE
INDOLOR
É REALIZADO PELO

COMPOSTO ACTIVO E SEGURO

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
"SPECIA"

Marques POULENC Frères & USINES DU RHONE
86, rue Vieille-du-Temple — PARIS

expansion

Instituto de Puericultura da J. G. D. L.), nos ficou a impressão de que tem sido particularmente elevado o número de *poussées* agudas de baciloses latentes em seguida a sarampos da última epidemia (córtrico-pleurites, pleurisias, reacções perifocais de adenopatias, lobites, etc.). A coexistência das duas epidemias explica facilmente o caso.

CONCLUSÕES

- 1) Grassaram em Lisboa nos primeiros meses d'este ano epidemias de gripe, sarampo e *pertussis*.
- 2) A epidemia gripal teve, nas crianças, marcada tendência para as localizações respiratórias.
- 3) Foram freqüentes os casos de coexistência de gripe com as outras duas doenças.
- 4) Esta associação determinou uma elevada proporção de complicações pulmonares daquelas doenças, sobretudo do sarampo.
- 5) Provocou também algumas recaídas de sarampo.
- 6) Foi a causa de elevada percentagem de *poussées* agudas de baciloses latentes.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1 — FEER. — Tratado de enfermedades de los niños.
- 2 — MARFAN. — Clinique des maladies de la première enfance.
- 3 — COMBY. — Maladies des enfants.
- 4 — LESNÉ et PINET. — Physiologie du nourrisson.
- 5 — NOBÉCOURT e J. LEREBoulLET. — *Arch. Méd. des Enf.* N.º 8. 1931.
- 6 — P. LEREBoulLET et P. BAIZE. — *Arch. Méd. des Enf.* N.º 8. 1931.
- 7 — *Arch. Méd. des Enf.* N.º 12. 1931.
- 8 — R. DEBRÉ et K. PAPP. — *Soc. Biol.* 1926.
- 9 — PLATENGA. — *Arch. Méd. des Enf.* N.º 3. 1903.
- 10 — NOBÉCOURT, LIÈGE, M^{lle} HERR. — *Arch. Méd. des Enf.* N.º 2. 1930.
- 11 — TEISSIER et L. KINDBERG. — *Soc. Biol.* T. LXX. 1911.
- 12 — LUCAS. — *Am. Jour. of Dis. of Child.* VII. 1914.
- 13 — COMBY. — *Arch. Méd. des Enf.* N.º 4. 1932.
- 14 — LICHTENSTEIN. — *Acta Pædiatr.* Vol. X. 1931.
- 15 — *Acta Pædiatr.* Set. 1931.
- 16 — PIGNERO. — *Arch. Méd. des Enf.* N.º 10. 1906.

NOTAS CLÍNICAS

CIÁTICAS REUMATISMAIS

POR

ALMEIDA LIMA

A nevralgia do grande ciático, vulgarmente chamada «ciática», apresenta na sua interpretação patogénica as mesmas dificuldades de todas as nevralgias. É difícil delimitar a extensão do termo «nevralgia» cujo quadro nosológico em muitos casos só artificialmente se pode separar do da nevrite.

Para orientação clínica podemos, embora tendo consciência da imprecisão do termo, chamar nevralgias aos síndromas neuro-patológicos limitados ao território de um determinado nervo onde o sintoma dor predomina, e onde os sintomas motores não são reveláveis ou são mínimos.

Ao diagnóstico de «ciática» acresce a dificuldade de serem em grande número as algias da face posterior do membro inferior, arriscando-nos a confundil-as com uma ciática, caso os doentes não sejam cuidadosamente observados. O atento exame objectivo e principalmente uma minuciosa anamnese pode evitar a grande maioria dos erros.

É o próprio doente, tantas vezes levado ao médico por ter uma dor no membro inferior, que em geral se diz portador de uma «ciática»; um exame metódico e esclarecido mostra, porém, muitas vezes não se tratar de um sofrimento do nervo ciático.

Chamaremos a essas dores da perna e coxa, que a uma observação superficial se prestam a confusão com a verdadeira ciática, *pseudo-ciáticas*.

As *pseudo-ciáticas* podem ter variadas origens e não as podemos considerar demoradamente numa rápida nota clínica. Enumeraremos simplesmente as mais frequentes. Umhas têm a sua origem em lesões não do sistema nervoso, são as principais: dores das artrites crónicas das ancas ou da artrite sacro-iliaca (gonocócica, sacrocoxalgia); dores da osteomielite do fémur; dores osteócopas de exacerbação nocturna da sífilis; as flebalgias (post ou preflebíticas); dores das arterites (claudicação intermitente); dores das mio-sites, etc.... Outras dependem de afecções neurológicas, mas não de lesões do ciático; destas, as principais são: nevralgias do crural ou do fémuro-cutâneo (nevralgia parestésica); dores de origem medular (tabes, formas dolorosas da esclerose em placas); menos frequentes são as dores de origem

cerebral (síndromas talâmicos, formas de encefalites algomioclónicas); e as de origem simpática (causalgias).

Afastadas as possibilidades acabadas de enumerar, podemos pôr o rótulo de *verdadeiras ciáticas* às algias do membro inferior «aproximadamente» localizadas ao território do ciático.

As *verdadeiras ciáticas* englobam ainda uma série de síndromas clínicos que convém dissociar. Assim, nalguns casos o nervo pode não ser lesado de início, sendo a lesão primitiva nas proximidades e o nervo só atingido secundariamente.

Sucedem assim nas lesões meníngeas (paquimeningite tuberculosa ou sífilítica) ou tumorais que comprimam os funículos ou as raízes respectivas; nas lesões vertebrais (mal de Pott, carcinoma, lesões específicas, espondiloses e espondilites); lesões do tronco nervoso ao nível da bacia (apendicites, nevrites, tumores do útero ou dos ovários, neoplasias do recto ou da próstata, ósteo-sarcomas e osteomielites, etc.), lesões dos ramos terminais do nervo (fracturas ou tumores dos ossos da perna, aneurisma poplíteo, etc.).

Podemos a este grupo de ciático-algias dar a designação, embora pouco rigorosa, de *paraciáticas*.

Um outro grupo de ciáticas, a que por comodidade da prática chamaremos com alguns autores *ciáticas sintomáticas* (1), é constituído pelas nevralgias do ciático cuja causa nos é conhecida. Entram nesta categoria: as ciáticas consecutivas às infecções (sífilis, paludismo, tuberculose, infecção gonocócica, febre tifóide, gripe, etc.), as ciáticas determinadas por intoxicações exógenas (alcooolismo, saturnismo, arsenicismo, etc.), ou endógenas (gota, diabetes), ciáticas motivadas por perturbações circulatórias (ciática varicosa) ou ainda por neoplasias do nervo ou por traumatismos (feridas contundentes ou por armas de fogo, injeções medicamentosas, principalmente as de sais de quinino).

Resta-nos um grupo de nevralgias do ciático, o mais vulgarmente encontrado na prática clínica, cuja causa nos escapa, sendo por isso chamado *ciáticas essenciais* ou mais freqüentemente *ciáticas artríticas ou reumatismais*.

Adoptaremos com Roger (2) esta última designação, embora reconhecendo quanto ela comporta de errôneo e de impreciso. Temos, porém, em patologia freqüentemente de nos contentar com denominações imperfeitas quando correspondam a quadros nosológicos bem determinados e quando consagradas pelo uso. Tanto ou mais incorrectas são as designações de tabes, espina-bifípa, febre tifóide, paralisia geral e tantas outras que o uso consagrou e todos conservamos.

«Esta denominação bastante vaga de reumatismo tem a vantagem de englobar um conjunto de manifestações subagudas ou crónicas, freqüentemente dolorosas, tendo entre si um certo ar de parentesco, aparecendo pelas quarta e quinta década da vida, nos tecidos periarticulares, nos músculos, nos nervos e no tecido celular». (A. Roger).

(1) Evidentemente, todas as ciáticas são sintomáticas, e a designação de essenciais só quer dizer a nossa ignorância sobre as causas determinantes.

(2) Relatório à Reunião Neurológica Internacional, Junho de 1930.

Conservaremos, pois, o título de ciáticas reumatismais a toda a verdadeira ciática não sintomática (querer dizer, cuja causa nos é desconhecida) aparecendo em geral em indivíduos de uma certa idade, muitas vezes portadores de outras lesões ditas vulgarmente «reumatismais».

As algias deste tipo compreendem pelo menos três quartas partes das afecções dolorosas dos membros inferiores. São as *ciáticas reumatismais*, que nos propomos estudar rapidamente, marcando os pontos principais e de maior interesse prático.

Tem interesse especial, não só especulativo mas também prático, pois a sua terapêutica difere, a divisão das ciáticas reumatismais em vários tipos.

Assim, de acôrdo com as conclusões da Reunião Neurológica Internacional de Junho de 1930, dividiremos as ciáticas reumatismais em cinco grupos, um tanto esquemáticos, mas que correspondem a uma verdade clínica, embora na prática os tipos mixtos abundem e os puros sejam raros.

Ao tentar esta classificação indicaremos os principais sinais clínicos próprios de cada grupo, reservando para final as indicações terapêuticas.

A sintomatologia apontada será só a que interessa ao diagnóstico diferencial, ou que apresente qualquer novidade. Os sintomas clássicos da ciática encontram-se em qualquer tratado, não os repetiremos aqui.

Adoptaremos para a divisão das ciáticas reumatismais um critério anatómico, isto é, daremos aos vários grupos das ciáticas reumatismais a designação correspondente à zona do nervo que supomos lesada.

1.º grupo. — *CIÁTICAS ALTAS. (Lombo-ciáticas ou ciáticas funiculares).* — Entidade nosológica aceita quasi unânimemente após os brilhantes trabalhos de Sicard. Tem como abstracto anátomo-patológico a lesão do funículo das raízes correspondentes ao nervo grande ciático. (O funículo é a porção das raízes desde que abandonam o seu involucre pia-materiano até a origem dos plexus).

Na origem desta lesão está certamente a alteração patológica do orifício da conjugação (1).

A ciática alta ou lombar inicia-se freqüentemente por uma dor na região lombar inferior muito semelhante à do lumbago. Vulgarmente, têm já tido os doentes anteriormente várias crises de dores lombares mais ou menos acentuadas, cedendo a qualquer terapêutica caseira ou espontaneamente. Após esta sintomatologia premonitória instala-se, às vezes bruscamente, a nevralgia ciática. Por vezes, já a dor lombar tem desaparecido há bastante tempo quando se evidencia a dor no membro. A dor é sempre mais acentuada na nádega e na coxa do que na perna e no pé.

As dores provocadas encontram-se também geralmente nas regiões superiores, sendo raros os pontos dolorosos baixos. A região lombar é também dolorosa à pressão, a dor é mais nítida, não sobre a linha das apófises espinhosas, mas a 2 centímetros da linha média vulgarmente ao nível da quarta e quinta vértebras lombares, é o *ponto vertebral lateral de Sicard*. É de acon-

(1) O interessante estudo de C. Forestier acêrca dos orifícios da conjugação interessa certamente quem deseje profundar este assunto.

selhar a prática da percussão desta região com o martelo de reflexos, estando o doente com o corpo flectido sobre a bacia, o que provoca dor nítida numa grande maioria de casos de ciáticas altas (Rouquier).

A observação da região lombar pode revelar uma contractura da massa muscular sacro-lombar com rigidez apreciável à palpação, pode ver-se também um desvio escoliótico da coluna correspondendo a uma atitude de defesa antálgica.

O sinal de Laségue não existe as mais das vezes, sendo noutras menor a dor provocada pela manobra habitual do que pela manobra de Néri (flexão do tronco ou flexão da cabeça sobre o tronco bruscamente).

Encontra-se com freqüência hipotonia muscular, principalmente da nádega, a abolição do reflexo rotuliano do lado da lesão e fenómenos vaso-motores.

Dois sinais considerados como importantes no diagnóstico desta forma ciática são: o sinal da tosse ou do espirro (Dejerine) provocando uma dor brusca ao longo do nervo, e a dor provocada pela defecação. Atribue-se a dor ao aumento brusco da pressão intracraniana, ao choque do líquido céfalo-raquidiano contra as raízes lesadas ou ao seu repuxamento.

É freqüente que um estudo minucioso dos doentes portadores de ciáticas altas revele sempre manifestações patológicas fora do domínio do ciático, mostrando a extensão do processo simultaneamente ao crural, ao obturador ou aos pudendos. A patogenia mostra-nos claramente que assim deve ser, pois é pouco provável o processo reumatismal dos orifícios da conjugação circuncrever-se apenas aos orifícios correspondentes às raízes do ciático.

O estudo do líquido céfalo-raquidiano é particularmente interessante, pois mostra em pelo menos 3/4 dos casos (Sicard) um aumento dos elementos figurados (linfócitos). Esta linfocitose é em geral ligeira, 5 a 10 elementos mm. c.

O estudo radiológico não se deve deixar de executar, pois revela quasi sempre lesões nítidas embora pouco acentuadas das últimas vértebras lombares. São estas alterações radiológicas principalmente: proliferações osteofíticas em bico de papagaio, vértebras em «Diavolo», pontes ósseas entre vértebra e vértebra, opacidade do ligamento intervertebral, falta de nitidez das interlinhas articulares e irregularidades no contorno das vértebras (Léri).

A intensidade das alterações radiográficas nem sempre está em paralelo com a intensidade dos fenómenos dolorosos. Têm, contudo, um certo valor prognóstico, pois podem fazer breves recaídas quando, a-pesar-da melhora clínica, as alterações da coluna estacionam ou se intensificam.

A ciática alta é vulgarmente unilateral, contudo, é a forma de ciática onde mais vezes se tem encontrado algias bilaterais.

2.º grupo. — CIÁTICAS MÉDIAS. (*Sacro-ciáticas ou ciáticas plexuais*). — O estudo desta forma de ciáticas foi principalmente feito por Barré, e por Maurois-Jupé. São provocadas por irritação do plexus lombo-sagrado, e estão possivelmente em relação com uma artrite reumatismal sacro-iliaca.

Freqüentemente, a doença inicia-se por uma dor aparecida em geral após qualquer pequeno esforço na região súpero-interna da nádega, onde se nota mesmo por vezes uma ligeira tumefacção. Ao fim de um certo tempo (deixando por vezes mesmo um período de acalmia) inicia-se a ciática.

O doente queixa-se então de uma dor que localiza a região da espinha ilíaca posterior e inferior, sendo quasi sempre a interlinha articular sacro-ilíaca dolorosa. A manobra de Gueit (flexão forçada das duas coxas sobre a bacia, estando as pernas flectidas) é de regra muito dolorosa.

A dor predomina na região retrotrocantérica e na região inferior da coxa, não ultrapassando em geral o joelho. Por vezes a algia localiza-se quasi exclusivamente à nádega.

Sinais de Laségue e Bannet não existem ou são muito fracamente positivos.

O doente apresenta muitas vezes uma attitude especial, com escoliose de concavidade voltada para o lado doente, colocando por vezes a mão sobre a anca doente como para imobilizar a articulação. Ao andar coxeia levemente, e ao sentar fá-lo sempre só sobre a nádega sã, para evitar a pressão sobre os ischions do lado doente.

Os músculos da nádega estão em geral hipotónicos do lado doente e ligeiramente atrofiados por vezes, dando, ao examinar o doente em decúbito ventral, a impressão de achatamento da nádega do lado doente.

Reflexo aquiliano em regra normal. Raramente, o rotuliano encontra-se diminuído.

A radiografia mostra, de um modo inconstante, falta de nitidez da interlinha articular sacro-ilíaca.

O líquido céfalo-raquidiano é normal.

Esta forma de ciática é muitas vezes recidivante, raras vezes é bilateral.

Quasi sempre um exame cuidadoso revela a participação de outros nervos do plexo lombar (fémuro-cutâneo, génito-crural, por vezes mesmo do crural).

3.º grupo. — CIÁTICAS BAIXAS. (*Ciáticas tronculares ou neuro-ciáticas*). — Este grupo de ciáticas, considerado antigamente como o mais importante, tem hoje uma importância secundária desde que dêle se destacaram as formas funiculares e plexuais.

São devidas a lesões do próprio nervo, e aqui a etiologia reumatismal (artrítica) ainda menos defensável do que nas formas já descritas.

É possivelmente provocada por uma inflamação subaguda ou crónica das bainhas do nervo por aderências dos ligamentos, aponevroses ou tendões vizinhos, principalmente ao nível da chanfradura ciática, do cavado poplíteo e da cabeça do peróneo. Em intervenções cirúrgicas sobre o ciático tem sido muitas vezes encontrado o nervo congestionado e envolto em aderências (Pers, Bardeleben).

Caracteriza-se pela dor clássica ao longo da face posterior do membro inferior da nádega até o pé, pelos pontos clássicos de Valleix, e pela intensidade do sinal de Laségue, sempre positivo.

Em geral não há contractura lombar, e a escoliose quando existe é homóloga.

Hipotonia dos músculos posteriores da coxa, por vezes ligeira atrofia dos músculos da região posterior da perna e dos pediosos.

Reflexos aquilianos, em regra, abolidos.

Perturbações vaso-motoras, hipotermia em geral marcada.

Podemos encontrar ciáticas dêste tipo localizadas a alguns dos ramos terminais do grande ciático.

A ciática parcial do ciático poplíteo externo caracteriza-se por: pontos dolorosos peronial e maleolar externo, dor provocada pela torsão interna do pé (Roussy e Cornil), hipoestesia do bordo externo do pé, leve atrofia do pedioso, parésia mínima dos extensores dos dedos, reflexo rotuliano sem alteração.

A ciática parcial do ciático poplíteo interno caracteriza-se por: pontos dolorosos poplíteo, solar e médioplantar, parésia dos gêmeos, dor provocada pela extensão do pé sobre a perna em decúbito dorsal, reflexo aquiliano diminuído.

4.º grupo. — CIÁTICA MIÁLGICA. (*Ciática de origem muscular. — Mio-ciática*). — A teoria muscular, principalmente defendida por autores escandinavos, procura englobar todas as ciáticas, funiculares, plexuais, ou tronculares, considerando a afecção como uma doença primitiva do músculo. A esta escola contrapõe-se outra que nega qualquer interferência do músculo na verdadeira ciática.

Como muitos autores, julgamos ser a forma miálgica bastante rara, mas haver de facto um certo número de ciáticas que convém destacar sob esta designação.

Cingir-nos-emos na descrição desta forma ao relatório de Roger sobre a ciática, pois temos dela pouca experiência pessoal.

O quadro da ciática miálgica não difere muito no seu conjunto da ciática vulgar. É principalmente a interpretação da sintomatologia que difere.

A dor espontânea localiza-se na face posterior do membro inferior, na região lombar, na nádega, na coxa, na massa dos gêmeos, mais raramente na pelve, nos adutores, no quadricepspe.

A dor provocada tem grande interesse pois é no seu estudo que se baseia a concepção muscular. Tem a sua sede não só no trajecto do nervo, mas difusamente fora do seu trajecto não só nos músculos tributários, mas em alguns músculos inervados por outros ramos do plexo sacro-lombar. Os pontos de Valleix existem mas são devidos a pressão dos músculos e não a compressão do ciático. Se em vez de comprimir na nádega ou na coxa em conjunto os músculos contra o osso, se pinçar transversalmente o grande glúteo ou os gêmeos, obtém-se dor a maior parte das vezes viva e completamente independente de toda a pressão do próprio nervo. A algia encontra-se não só na massa carnuda do músculo mas também ao nível das suas inserções tendinosas (cavado poplíteo, tuberosidade isquiática).

A palpação metódica faz sentir na ciática-miálgica uma consistência muscular renitente, análoga à do *cat-gut*, em todo um músculo ou só em parte dêste. Atribue-se esta consistência a uma contracção reflexa momentânea provocada pela pressão dos dedos.

Nalguns casos a palpação revela alguns nódulos ou cicatrizes fibrosas de volume e consistência variáveis, a maior parte das vezes pequenas e rijas e neste caso muito dolorosas. Démiéville diz porém nunca ter encontrado estes nódulos reumatismais «signalés par quelques auteurs ou par les masseurs plus ou moins poètes».

O sinal de Laségue, e o de Bannet são positivos, provocando uma dor es-
tritamente localizada à nádega (por distensão das fibras musculares). A ma-
nobra inversa, extensão da coxa em decúbito ventral, provoca uma dor ingüi-
nal (sinal do *psoas* de Forestier).

A atrofia muscular é inconstante, o reflexo aquiliano não está alterado.

O líquido céfalo-raquidiano é normal.

5.º grupo. — CIÁTICA CELULÁLGICA. (*Ciática de origem celular ou célula-
ciática*). — Já indicada pelos autores escandinavos e norte-americanos, é
principalmente aos trabalhos de Alquier e Forestier que devemos um conhe-
cimento mais perfeito desta forma de ciática.

É aos trabalhos de Forestier que iremos procurar a sua descrição.

A sintomatologia pouco difere da da ciática habitual, a dor tem contudo
algumas características especiais: «É despertada pelas tentativas de mobili-
zação activa ou passiva; exagera-se quando o doente assenta o pé no chão,
mas em repouso cessa completamente, não tendo nunca exarcebações espon-
tâneas».

A paniculalgia (Forestier) traduz-se principalmente não por uma verda-
deira dor, mas por uma sensação de cansaço, de quebramento, de contusão,
que se acentua pela pressão ou por simples contacto. Máxima ao acordar,
atenua-se ou dissipa-se após a doente (trata-se quasi sempre de mulheres)
fazer funcionar as suas articulações.

Há hipotonia, mas não atrofia muscular, reflexo aquiliano normal, líquido
céfalo-raquidiano também normal.

Além da dor, Forestier assinala uma fragilidade especial dos capilares
subcutâneos com tendência às equimoses, e exagêro local da secreção sebácea.

A palpação paciente e metódica do membro inferior mostra zonas onde
se encontram *infiltrações celulálgicas*.

Estas infiltrações apresentam-se sob a forma, ou de nodulosidades ar-
redondadas comparáveis a ervilhas ou a grãos de chumbo, ou ovalares do ta-
manho e forma de azeitonas, ou então em placas irregulares.

A sua principal característica é a de serem dolorosas, nem sempre es-
pontâneamente mas à palpação.

TERAPÉUTICA. — Sendo impossível enumerar todos os meios dietéticos,
medicamentosos e fisioterápicos empregados no tratamento da ciática, indi-
caremos aqueles que nos parecem mais eficazes, procurando adaptar os vários
métodos terapêuticos às formas clínicas que enumeramos.

Os cuidados dietéticos nas ciáticas graves são de regra. Regime lacto-
vegetariano, diuréticos, colagogos, em casos prolongados, é de aconselhar a
estadia numa estância termal apropriada.

Como elemento terapêutico medicamentoso fundamental empregamos o
salicilato de sódio em altas doses, formulamos com doses iguais de bicarbo-
nato de sódio, na dose média de 8 grs. diários.

Em casos graves o salicilato de sódio intravenoso (1 a 2 grs. por dia)
pode ser empregado com proveito.

O lipiodol, o enxôfre coloidal, o *atophan* e os seus sucedâneos, e o *ato-
phanyl* são drogas a empregar em casos especiais.

O tratamento medicamentoso, a não ser em casos especialmente favorá-

GLEFINA

LABORATORIOS ANDRÓMACO

Casa Central Barcelona - Espanha
Via Layetana, 28

Sucursal em Lisboa
Rua Arco do Cego, 90

Preparada com:

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

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

D O S E S :

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

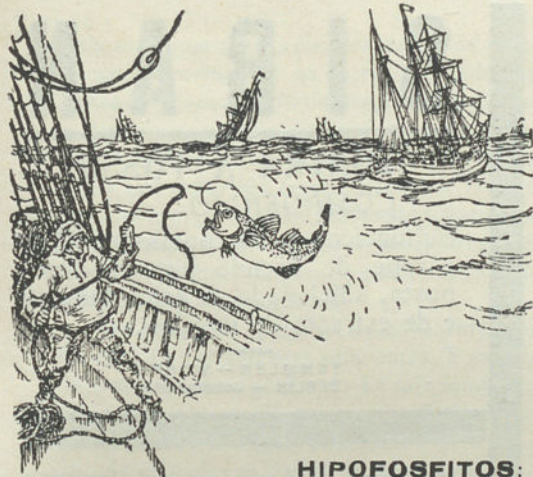
Tem um sabor agradável. Não produz transtornos digestivos

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

LASA para as doenças das vias respiratórias.

Outras especialidades: **TONICO SALVE:** Reconstituente do sistema nervoso
GOTAS F. I. A. T.: Potente antiscrofuloso.

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



IODALOSE GALBRUN

iodo physiologico, soluvel, assimilavel

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

Substitue Iodo e Ioduretos em todas suas applicações sem Iodismo.

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

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

O Antidiarreico UZARA

Composição

Contém todos os glicosidos da raiz de Uzara na mesma proporção em que se encontram na planta.

Propriedades

Tem acção excitante sobre as terminações nervosas do simpático. Resolve, por conseguinte, os espasmos, sem provocar, como o ópio, atonia intestinal por paralisia da musculatura lisa.

Indicações

Diarreias de todas as etiologias, tenesmos, espasmos, dismenorreias, etc.

Doses

Licôr: 30 gotas, 3 vezes por dia; Comprimidos: 3 comprimidos, 3 vezes por dia. Creaças até aos 12 anos: meia dose. Creaças de peito: $\frac{1}{4}$ de dose.

SOCIEDADE - UZARA,
MELSUNGEN.

SIRAN

CONTRA A TOSSE

COMPOSIÇÃO:

Sulfogaicolato de potássio (6%), xarope de hortelã pimenta composto, adicionado de acido thimico e de extracto de tomilho.

.....
TEMLER - WERKE
BERLIN - Johannisthal

BROSEDAN

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

.....
TEMLER - WERKE
BERLIN - Johannisthal

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

SPETON



Temmler-Werke, Berlin-Johannisthal

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

veis, constitue apenas um tratamento de «fundo», usando-se como mais eficazes concomitantemente: as injeções epidurais ou peri-radiculares ou peri-venosas de novocaína ou de oxigénio, o oxigénio subcutâneo, a roentgenterapia, a diatermia, os raios infravermelhos, a massagem, a compressão troncular (de Negro), quinetoterapia, efluviação de alta frequência, etc.

Estes processos terapêuticos, por vezes de grande eficácia, serão detalhados a propósito das indicações terapêuticas das várias formas de S. R.

Ciáticas altas ou ciáticas funiculares. — Esta forma de ciática sendo, como dissemos, a mais freqüente, é também aquela em que os nossos meios terapêuticos são mais eficazes.

As injeções epidurais de novocaína e os raios X são os meios mais indicados e freqüentemente suficientes. A inundação por um soluto de novocaína da região de emergência da 5.^a raiz lombar traz por vezes uma redução imediata e duradoura. Em casos especiais e excepcionalmente graves pode estar indicada a intervenção cirúrgica.

As injeções epidurais de novocaína são de técnica fácil, o doente coloca-se em decúbito ventral ou, melhor, em posição geno-peitoral. Introduce-se uma agulha, das habitualmente usadas para punção lombar, na linha média (no sulco interglúteo) de modo a penetrar entre os dois cornos do sacro e assim no canal epidural raquidiano. Por essa agulha injectamos 20 c. c. de sêro fisiológico contendo 0,5 a 1% de novocaína (soluto recente). O doente coloca-se em seguida, durante aproximadamente meia hora, em decúbito lateral sôbre o lado doente.

Repetimos a injeção com intervalos de 3 a 4 dias. Freqüentemente a primeira injeção traz logo um grande alívio ao doente, outros porém só mostram melhoras à terceira ou quarta injeção, nunca porém vamos além de 5 a 6 injeções epidurais, recorrendo a outra terapêutica em caso de resultados pouco apreciáveis.

Não temos o número de casos pessoais suficiente para podermos apresentar uma estatística dos resultados; pessoalmente estamos convencidos da sua grande eficácia, quando o diagnóstico da ciática alta foi correctamente feito. Feuillade e Sicard indicam 75 a 80% de sucessos.

Sicard injectou por vezes, em vez de novocaína, lipiodol em doses de 5 ou 10 c. c. (préviamente aquecido a 30 graus para adquirir mais fluidez); os resultados não são superiores aos da novocaína.

As injeções epidurais na região lombar (local de eleição da raquincetese) executadas por Sicard são de técnica difícil, não nos parecendo terem vantagem sôbre as sacro-coccígeas.

Indicaremos como terapêuticas semelhantes, usadas por alguns autores, mas que por mais complicadas e sem melhores resultados terapêuticos não entraram na prática corrente: injeções epidurais de oxigénio ou de ar, injeções subaracnoideias de novocaína ou de sulfato de magnésio (causam por vezes irritações meníngeas de certa gravidade). Jaboulay preconizou as injeções intra-rectais de grandes quantidades de sêro simples ou novocainado (100 a 200 c. c.).

As injeções peri-radiculares, especialmente empregadas por Barré de Estrasburgo, trazem por vezes um alívio imediato ao doente. De técnica um

pouco mais difícil, não nos parece terem grande vantagem sobre as injeções epidurais. A sua técnica é a seguinte:

No espaço ileo-sacro-vértebro-transversário, marca-se a altura da 5.^a vértebra lombar. (De um modo grosseiro podemos admitir que a linha bi-iliaca passa entre a 4.^a e 5.^a vértebras lombares, para maior precisão, como recomenda Barré, podemos utilizarmo-nos de uma radiografia). Uma agulha de punção lombar (6 a 9 centímetros de comprimento) introduz-se a 2 ou 3 c. c. da linha média, com uma direcção oblíqua para baixo, para dentro e para a frente em direcção ao orifício de conjugação. Através dessa agulha inunda-se a região com um soluto de novocaína a 1/2 por cento (10 a 20 c. c.). A injeção deve repetir-se mais de uma vez, mas se à 4.^a ou 5.^a não se obtiveram resultados não vale a pena insistir.

A *terapêutica pelos raios X* é por vezes brilhante nas ciáticas funiculares. A sua técnica deve ser correcta para se obterem os resultados que dela é justo esperar. Os detalhes de técnica são da competência do radiologista. A radioterapia é aplicada na região lombo-sagrada e pode ser feita de três modos diferentes:

a) *Radioterapia superficial*, doses muito fracas 1/2 H ou 1 H, todos os dois dias durante duas ou três semanas ou então doses de 3 H (com filtro de alumínio de 4 mm.) todos os oito dias.

b) *Radioterapia penetrante*, doses de 10 H, com intervalos de três ou quatro semanas (método alemão), ou doses de 5 a 7 H (com filtro de 7 mm.) com intervalos de 10 ou 15 dias.

c) *Radioterapia profunda*, 5 a 600 R. por sessão, fazendo 4 irradiações em 15 dias, centrando por campos de 130 c. q. sobre a região lombar do lado doente (Lamarque e Alinat). O segundo modo de aplicação parece ser o método a preferir.

A *diatermia* é usada por alguns só quando a radioterapia se mostra inefficaz. Este agente terapêutico mostra-se porém tão útil no tratamento da S. R. e traz quasi sempre alívios tão notáveis aos doentes, que julgamos devê-la empregar sistematicamente, como tratamento adjuvante.

Assim fazemos sessões diárias de diatermia no intervalo das sessões de raios X ou nos dias que medeiam entre duas injeções epidurais.

Em casos raros a dor é exacerbada pela diatermia.

A *técnica* é extremamente simples, a-pesar-do tratamento obrigar a uma cuidadosa vigilância para evitar queimaduras, por vezes de difícil cicatrização. Usamos aplicar a diatermia do seguinte modo: o doente senta-se sobre um dos electrodos, o outro é colocado sob o pé do lado doente, a intensidade da corrente é a máxima que o doente possa aguentar sem grande incómodo (varia entre 1 e 2 1/2 A.). Sessões de 15 a 30 minutos.

Nas ciáticas funiculares alternamos estas aplicações com aplicações lombo-abdominais (electrodo de 10 x 15 m. na região lombar, principalmente L₄, L₅ e S₁ electrodo abdominal de 20 x 20 m.).

A nossa experiência pessoal não nos permite pronunciar sobre a efficácia dos raios infravermelhos, parece porém serem muito menos activos que a diatermia, tendo só indicação nas dores mais periféricas.

A efluviação de alta freqüência, e os raios ultravioletas, podem ser usados, especialmente nos casos em que a diatermia é mal tolerada.

O *tratamento cirúrgico* foi preconizado em casos de ciática rebeldes e extremamente graves.

«A laminectomia descompressiva de L₂ a L₄ sem abertura da dura-máter, operação relativamente benigna, descongestiona os orifícios de conjugação, impede a compressão das raízes por espessamento ou hipertrofia da gordura epidural constatada por vezes na intervenção. Três casos de Sicard e Forestier, operados por Robineau, foram todos de cura completa e duradoura» (Roger).

CIÁTICAS MÉDIAS. (Sacro ciáticas). — Estão particularmente indicados nestas formas os diferentes meios terapêuticos já indicados: raios X, diatermia, raios ultravioletas e raios infravermelhos.

Tem sido empregada por alguns autores a ionização com azotato de aconitina.

As injeções na vizinhança da articulação sacro-lombar, de 3 a 5 c. c. de soluto de novocaína a 1, 0/0 dá por vezes uma notável sedação

CIÁTICAS TRONCULARES. (Ciáticas inferiores — neuro-ciáticas). — A esta forma de ciática são aplicáveis com proveito todas as formas de agentes físicos já indicados. Além dêsses pode ser empregado com proveito: o *calor* sob a forma de duches de ar quente, banhos de vapor, compressas quentes, botijas, aplicação de um ferro de engomar sôbre uma flanela ao longo do trajecto do ciático, etc. O *frio*, principalmente o provocado pela projecção de cloreto de etil, sôbre um pedaço de algodão colocado, alternadamente, sôbre vários pontos do trajecto do nervo.

A *electricidade*, além das formas já indicadas, sob a forma de correntes galvânicas. A massagem e a mobilização passivas e activa, por técnicos competentes, é por vezes de resultados brilhantes.

Nas *ciáticas tronculares* são ainda aplicáveis com muito bons resultados os métodos terapêuticos seguintes:

Injeções paranervosas (técnica de Lévy e Beaudoin). — São feitas em dois pontos principalmente: na emergência do ciático (usa-se uma agulha de 10 cm., que se introduz mais ou menos profundamente conforme a adiposidade do doente, e a 2 centímetros para fora do ponto de união do têrço interno com os dois terços externos da linha que une a articulação sacrococcigea ao bordo póstero-externo do grande trocânter) e no ponto peroneal (um centímetro para baixo e para fora da cabeça do peróneo) usam-se injeções abundantes de 20 a 40 c. c. ou mesmo 100 c. c. a 200 c. c. de sôro fisiológico, contendo 1/2 0/0 de novocaína.

Injeções gasosas subcutâneas. — São de técnica extremamente simples. Com uma agulha fina injecta-se debaixo da pele, e em três pontos diferentes do trajecto do nervo, um total de 800 a 1.000 c. c. de gás. Em seguida faz-se uma massagem demorada das regiões injectadas. O mais vulgarmente injectado é o ar; neste caso é conveniente interpôr entre a agulha e a seringa (de 20 a 50 c. c.) um tubo de borracha ligado a outro pequeno tubo de vidro contendo algodão para filtrar o ar. O oxigénio é também usado freqüentemente.

Método da compressão troncular de Negro. — Método simples, prático e,

muitas vezes, eficaz. A descrição da técnica, segundo Fedele Negro, é a seguinte :

«O doente coloca-se em decúbito ventral, com os membros inferiores em extensão e juntos. Palpando-se, procura-se a grande chanfradura ciática, através da qual, coberto mediatamente pelo grande glúteo e imediatamente pelo músculo piramidal, o ciático sai da bacia. Como se sabe, correspondendo a esta região, encontra-se geralmente um dos pontos mais dolorosos da neuralgia do ciático; é este o ponto de eleição para a compressão troncular digital percutânea do nervo. Depois de nos termos assegurado de que a compressão deste ponto é dolorosa, fixa-se sobre a pele a extremidade do polegar da mão direita ao qual se sobrepõe o polegar da mão esquerda, exercendo de cima para baixo e durante 15 a 20 segundos a maior pressão possível. Durante a compressão deve-se fazer ligeiros movimentos de lateralidade em todos os sentidos. Imediatamente após esta manobra, dolorosa mas quasi sempre bem tolerada, o doente sente uma redução notável da dor e principalmente move muito melhor a sua perna do que anteriormente. Os efeitos benéficos duram em geral algumas horas, por vezes bastantes dias.

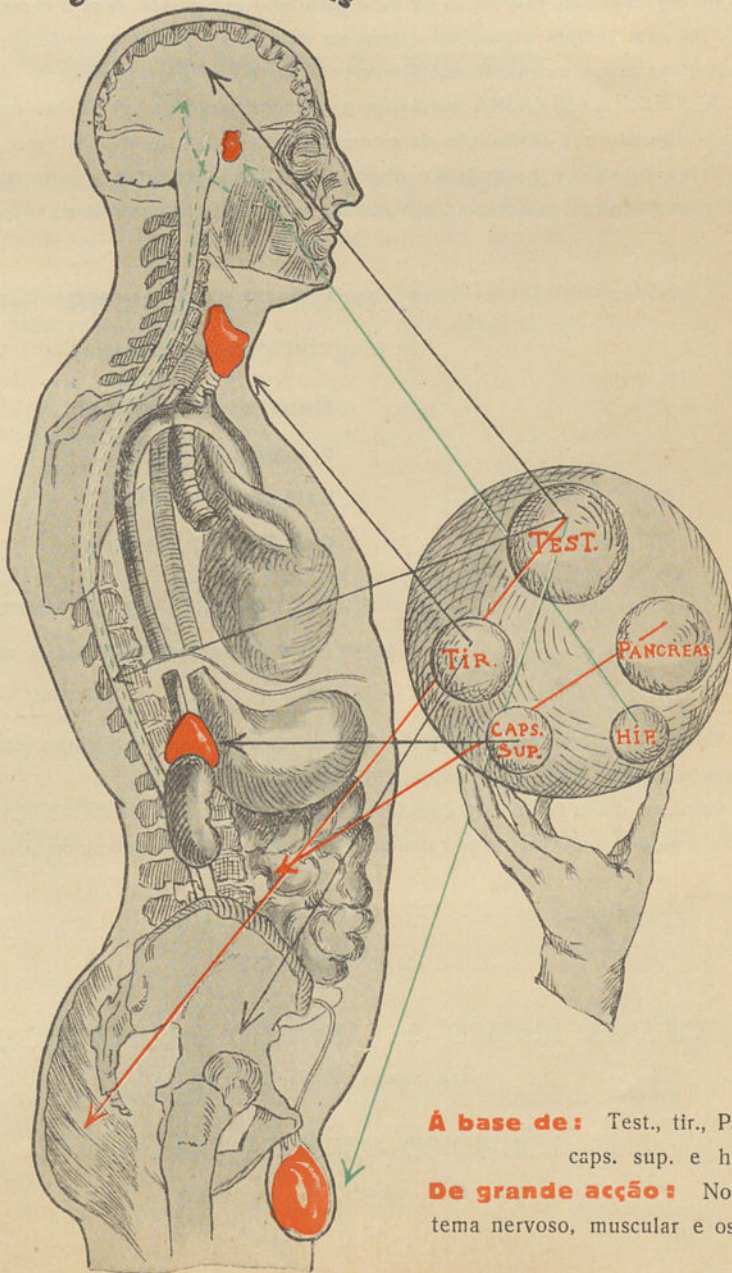
CIÁTICA DE ORIGEM MUSCULAR. (Ciática miálgica). — O tratamento desta forma de ciática reduz-se quasi exclusivamente a massagem, que traz de início um aumento das dores, mas que quasi sempre consegue depois o desaparecimento das algias.

A injeção nas massas musculares dolorosas de 10 c. c. de salicilato de sódio a 2 ou 3% tem um efeito sedativo, por vezes surpreendente (Roger).

CIÁTICA DE ORIGEM CELULAR. (Célulo-ciática ou ciática celulálgica). — A massagem prolongada, principalmente a *pétrissage* com o punho, sob os espessamentos nodulares dolorosos e a mobilização metódica do membro doente, constituem os métodos ao nosso alcance. A duração média do tratamento é de um a dois meses.

PLURÍGLANDULÍNA SEIXAS-PALMA

para ambos os sexos
em todas as idades



À base de: Test., tir., Panc.,
caps. sup. e hipof.

De grande acção: No sistema nervoso, muscular e osseo.

Tonico baseado no princi-

pio da vida de relação entre as glandulas. Do desequilibrio funcional destas, é conduzido o organismo a um mal estar geral que se manifesta psiquica e fisiologicamente, causando neurastenia, cansaço, transtornos digestivos e auto-intoxicações.

Muitas vezes a simples deficiencia duma só glandula de secreção interna, traz alterações tão fundas na vida de correlação entre as demais e resultando d'ahi transtornos tão complexos que o doente chega á persuasão de estar affectado de varios males, quando afinal basta a introdução no organismo do respectivo extracto glandular que carece, para o curar.

Ora nem sempre é possivel deterninar qual seja a glandula em deficiencia e é por isso que nós preparamos, a conselho médico, este preparado pluriglandular.

A PLURIGLANDULINA normalisa o funcionamento das glandulas em geral e por isso facilita a digestão e a reabsorção de elementos necessarios ao metabolismo, tais como o arsenio, o ferro, o calcio e a oxydação intracelular, alem de reforçar a acção medicamentosa das preparações galenicis, tais como : o bismutho, o mercurio e o salvarsen.

A **PLURIGLANDULINA** Seixas-Palma é de magnificos resultados na :

Neurastenia geral

Fraqueza geral

Falta de appetite

Prisão de ventre

*e muito recomendada para o **crescimento e desenvolvimento das creanças.***

Posologia : 3 comprimidos antes de cada uma das duas principais refeições, engolidos com um pouco de agua, 10 minutos antes das mesmas.

Para que o seu efeito seja duradouro, convem tomar a PLURIGLANDULINA durante 3 a 4 mezes seguidos e recommear o tratamento logo que novo ameaço se manifeste.

DEPOSITOS :

VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, L.^{DA}

RUA PRATA, 237 1.^º - LISBOA

LOURENÇO FERREIRA DIAS, L.^{DA}

RUA DAS FLORES, 153 - PORTO

Revista dos Jornais de Medicina

Passagem do vírus da poliomielite através do intestino. (*Passage of poliomyelitis virus through the intestinal tract*), por P. CLACK, D. ROBERTS e W. PRESTON JR. — *The Jour. of Prev. Med.* Janeiro de 1932.

A possibilidade de que o leite desempenhe um papel na epidemiologia da doença tem dado ensejo a um certo número de investigações, que focam os detalhes acêrca dêste modo de propagação.

As conclusões a que chegam vários autores com respeito à passagem do vírus poliomiéltico através da mucosa do tubo digestivo não são uniformes.

Neste artigo relata-se um trabalho experimental no *macacus rhesus* e no *macacus cynomolgus* (de uma grande susceptibilidade) e estudam-se alguns dos problemas da transmissão da doença pela via digestiva em ambas as espécies do macaco.

Os pontos focados no trabalho são :

I. — Tentar produzir a poliomielite experimental no *macacus cynomolgus* por via digestiva e por intermédio dos alimentos ou da injeccção do vírus na cavidade intestinal.

II. — Pesquisar o vírus nas fezes dos macacos que foram injectados com 10 c. c. de suspensão de medula activa em uma ansa do intestino delgado, alimentados por um período de vários dias com suspensão activa de centros nervosos ou com filtrados, alimentados com grande dose de filtrados durante um dia e, finalmente, alimentados durante um dia com grandes porções de vírus concentrado pela destilação no vácuo e subsequente diálise.

III. — Pesquisar a presença do vírus nas fezes de animais que sofriam de poliomielite aguda.

Dizem em sumário :

A administração por via oral de grandes doses de vírus poliomiéltico ou a injeccção de 10 c. c. de suspensão no intestino delgado não produzem a poliomielite experimental no *macacus cynomolgus*.

Em animais que foram injectados por vias diferentes encontram-se nas fezes quantidades apreciáveis de vírus e assim :

a) Um extracto fecal de dois macacos injectados com 10 c. c. de suspensão nervosa activa em uma ansa do intestino delgado foi injectado a dois outros macacos e ambos contraíram a doença.

b) Da mesma maneira se declarou a doença pela injeccção das fezes de macacos alimentados com suspensões de tecido nervoso e filtrados.

c) As fezes de dois macacos alimentados com grandes doses de filtrados

durante um dia foram concentradas e injectadas a dois novos macacos e um destes contraíu a doença.

d) A poliomielite desenvolveu-se em dois macacos injectados com concentrados dializados de fezes de dois outros animais que haviam sido alimentados durante um dia com doses de vírus concentrado pela destilação no vácuo e subsequente diálise.

III. — As pesquisas do vírus nas fezes dos animais que sofriam da doença foram negativas.

MORAIS DAVID.

Estudos citológicos no reumatismo. (*Cystologic studies on rheumatic fever*), por C. MC EWEN. — *The Jour. of Exp. Med.* 1 de Maio de 1932.

Se bem que Bang pela primeira vez descrevesse em 1878 a estrutura dos nódulos do reumatismos do tecido celular subcutâneo só muito mais tarde, em 1904, e depois dos trabalhos de Aschoff sobre os nódulos submiliares do miocárdio, se principiou a dar a verdadeira importância à formação dos granulomas inflamatórios no reumatismo.

Pôsto que o aspecto destes nódulos varie seguramente conforme a fase precoce ou tardia da sua evolução, deve fixar-se que o granuloma reumatis-mal ou nódulo de Aschoff, como é também conhecido, representa uma das poucas lesões microscópicas com uma marcada característica anátomo-clínica.

Para a quasi totalidade dos autores existem estreitíssimas semelhanças histológicas entre os nódulos do miocárdio e os nódulos subcutâneos, e, como estes são muito mais acessíveis ao estudo, é sobre elles que na sua maioria recaem as investigações dos anátomo-patologistas.

Em face de certas dúvidas que envolvem a verdadeira natureza dos elementos citológicos constituintes do nódulo de Aschoff, o autor empreendeu este trabalho que visa a conquista de certos esclarecimentos adicionais da histologia do elemento granulomatoso obtidos por intermédio da coloração vital.

Conclue :

Os cortes de nódulos subcutâneos de dez doentes com reumatismo articular agudo, corados pelos corantes vitais e examinados microscòpicamente, mostraram uma grande uniformidade de aspecto, e do seu estudo se podem extrair os seguintes dados :

A coloração vital das células destas lesões fornece esclarecimentos que são inapreciáveis pelos métodos correntes da técnica histológica.

Os cortes revelam uma grande predominância de certos elementos celulares, quasi inteiramente desprovidos de capacidade fagocítica e incaracterísticos às reacções do vermelho neutro que todavia permittem a distinção entre os monócitos, as células epitelióides e os clamatócitos.

Estas células derivam com toda a probabilidade de elementos mesenquimatosos indiferenciados do tecido conjuntivo laxo, pôsto que não seja possível excluir inteiramente a sua origem dos elementos endoteliais.

Uma vez que está estabelecido e fora de toda a dúvida o íntimo paren-

tesco entre os nódulos reumáticos subcutâneos e os outros nódulos que aparecem em diferentes órgãos, as conclusões enunciadas para os exames histológicos dos nódulos subcutâneos devem aplicar-se também aos nódulos de Aschoff ou nódulos submiliares do miocárdio.

MORAIS DAVID.

As reacções da córnea ao «*bacterium granulosis*» e a outros microorganismos. (*Corneal reactions to «bacterium granulosis» and other microorganisms*), por P. OLITSKY, R. ENNUTI e J. TYLER. — *The Jour. of Exp. Med.* 1 de Maio de 1932.

No decorrer dos estudos sobre a relação do *bacterium granulosis* com o tracoma, foi possível produzir lesões oculares experimentais nos macacos que de perto se parecem com as lesões da doença humana.

O pano, considerado por muitos oftalmologistas como uma marca indicativa do tracoma, não pôde ser provocado na doença experimental.

As alterações da córnea figuram como um sintoma de importância no tracoma, e como essas alterações não foram reproduzidas nas inoculações experimentais, os autores investigaram os efeitos que determinadas infecções manifestavam sobre o aspecto da córnea e neste sentido pensaram averiguar do tipo e grau do estímulo necessário para originar a formação da opacidade tênue e vascularizada da córnea, peculiar ao tracoma.

Nos coelhos a córnea é altamente sensível à acção de vários agentes bacterianos que podem determinar lesões de vária intensidade. Todavia a um mesmo agente correspondem com regra lesões de um determinado grau.

Todas as vezes em que se tratava de um agente de certa virulência aparecia uma lesão localizada de keratite vasculo-nebulosa parecida com o *pannus tenuis* ou *vasculosus* de tracoma humano. Contudo o *b. granulosis* tem propriedades especiais porque provoca manifestações de keratite simples endurativa ao passo que outros microorganismos formam simultaneamente lesões supurativas e de keratite difusa.

MORAIS DAVID.

Efedrina no síndrome de Adams-Stokes. (*Ephedrine in Adams-Stokes syndrome*), por J. E. WOOD. — *Jour. of Am. Med. Ass.* 16 de Abril de 1932.

Descreve-se um caso clínico de dissociação completa aurículo-ventricular, acompanhado do estado sincopal e crises epileptiformes em que a efedrina por via oral deu uma considerável modificação do ritmo ventricular e desaparecimento dos estados sincopais durante 18 meses.

O resultado manifestamente bom da efedrina contrasta com a ineficácia do cloreto de bário que primeiro fôra experimentado, sem modificação alguma do estado do doente. O artigo faz referência a alguns autores que anteriormente publicaram casos da mesma índole sujeitos ao mesmo tratamento.

MORAIS DAVID.

Seis anos de tratamento das queimaduras com o ácido tânico. (*Six years of tannic acid treatment of burns*), por D. M. SLOVER. — *Surg. Gyn. and Obst.* Maio de 1932.

Fazem-se as indicações das normas de tratamento com o soluto de ácido tânico de 5 a 10 % e bem assim dos tratamentos auxiliares a usar nos casos de queimaduras. Em 310 casos a que o autor se refere houve uma mortalidade de 9,6 %. A mortalidade em 121 casos tratados por outros métodos antes de 1926 atingiu 14 %.

MORAIS DAVID.

O tratamento das meningites por via carotidiana. (*The intracarotid treatment of meningitis*), por A. S. CRAWFORD. — *Jour. of Am. Med. Ass.* 30 de Abril de 1932.

Chama-se a atenção para o tratamento por via carotidiana, já experimentado em casos de infecção meningea por outros diferentes autores.

No artigo agrupam-se os casos de seis clínicas em um total de 31 casos.

Seguiram-se tratamentos por agentes diferentes, preparados de iodo, soros específicos e outros soros ou agentes quimioterápicos. As injeções arteriais foram acompanhadas de repetidas punções cisternais ou lombares.

Em 26 casos de meningite não meningocócica que tinham demonstrado uma resistência a outros tratamentos empregados houve 10 casos curados e uma percentagem de 24 % de curas. Em 6 casos de natureza meningocócica houve 4 casos de cura, uma percentagem de 66,7 % de curas.

MORAIS DAVID.

Os ácidos do sangue, solúveis no éter, na acidose urémica. (*Die ätherlöslichen Säuren des Blutes bei der Urämischen acidose*), por E. BECHER, R. ENGER e E. HERRMANN. — *Klin. Woch.* N.º 21. 1932.

Não estão ainda completamente identificados todos os compostos de reacção ácida normalmente existentes no sêro do sangue.

Os AA. demonstram que êsses ácidos desconhecidos são de natureza orgânica, solúveis no éter, e que há aumento considerável dos seus valores no sêro dos doentes com insuficiência renal e uremia. Paralelamente à subida dêstes ácidos no sêro, há uma diminuição da reserva alcalina naqueles doentes.

Já em graus leves de insuficiência renal e mesmo na hipertonia essencial descompensada se observam subidas nítidas.

Geralmente, o aumento daqueles ácidos no sêro é proporcional à gravidade da insuficiência renal, mas o facto de esta regra não ser absoluta leva os AA. a pensar que, além duma retenção, deve intervir na produção daqueles valores uma formação anormalmente exagerada daqueles ácidos no organismo.

OLIVEIRA MACHADO.

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL LAFAY

Huile iodée à 40%.

Ampoules - Capsules
Émulsion - Comprimés
54 centigr. d'iode par cm³

A. GUERBET & C^{ie}, Ph^{ciens}

22, Rue du Landy
S'-Ouen près Paris

HÉMET - JEP - CARRÉ

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

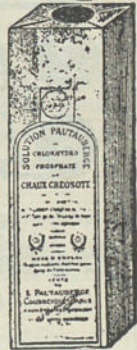
TUBERCULOSE MEDICAÇÃO BRONCHITES

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 (8^e)

GRIPPE

RACHITISMO

FORXOL BAILLY

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

FERRO, MANGANEZ, CALCIUM

em combinação nuclemica. hexose hexaphosphorica e monomethylarsinica vitaminada

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

LIQUIDO
AGRADAVEL) toma-se no meio das refeições, na água, no vinho ou outro liquido (excepto o leite)

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

Um novo produto Schering

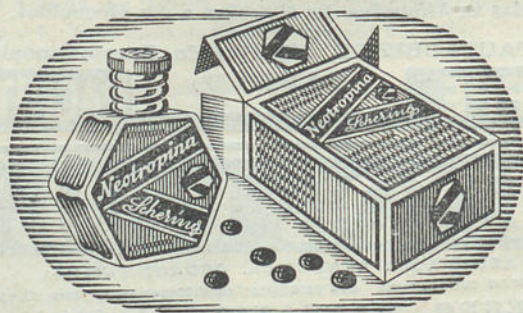
NEOTROPINA

Preparado córante
para o tratamento das infecções do
aparelho genito-urinário.

VANTAGENS ESPECIAIS:

- 1 *Accção bactericida intensa*
- 2 *Alto poder de penetração*
- 3 *Efeito sedativo nas inflamações*

Especialmente indicado no tratamento da
blenorragia. Dá bons resultados nos casos de pielite
e cistite rebeldes aos outros tratamentos.



Embalagem original:
Fracos com 20 dragêas de 0,10 gr.

SCHERING-KAHLBAUM LTDA.

Os nossos concessionários:

Schering Limitada, Rua Vitor Cordon 7, Lisboa

*Preço muito
favoravel*

Experiências comparativas sôbre o complexo lipóide do sôro do sangue na hipertensão arterial, trabalho muscular, fome, gravidez e alimentação. (*Vergleichende untersuchungen, etc.*), por C. FAHRIG e L. WACKER. — *Klin. Woch.* N.º 21. 1932.

Neste trabalho, os AA. fazem, além do estudo quantitativo da lipemia global, a análise dos seus componentes — fosfatídeos, éteres de colessterina, gordura neutra e colessterina livre — averiguando se as relações quantitativas fisiológicas dêstes se modificam em diversos estados.

Na hipertensão arterial, na gravidez, no jejum prolongado e pelo trabalho físico forçado observa-se uma hiperlipoidemia sem variação das relações quantitativas normais dos diversos componentes do conjunto lipóide do sangue.

A conhecida hipercolesterinemia da hipertensão arterial é apenas sintoma parcial da hiperlipoidemia.

Pelo contrário, a lipemia digestiva, após uma refeição rica em gordura, é caracterizada por um grande aumento da gordura neutra.

A hiperlipoidemia da fome, gravidez, trabalho físico forçado e mesmo da hipertensão arterial é consequência duma mobilização aumentada de lípoides para o fornecimento de energia.

Nas hiperlipoidemias estudadas foram encontradas algumas acidoses ligeiras. Umias provêm — como a da fome e talvez também a gravidica — da formação de produtos intermediários do metabolismo das gorduras (acetonal, ácido Boxi-butírico), por insuficiente combustão de hidratos de carbono; noutras, como no trabalho físico forçado, o responsável é o ácido láctico — produto intermediário do metabolismo dos hidratos de carbono.

Os AA. admitem como possível que o aumento de ácido láctico no sangue observado por êles num caso de hipertensão arterial fôsse a expressão dum aumento de trabalho do músculo cardíaco, prolongado há bastante tempo.

OLIVEIRA MACHADO.

Perturbações do metabolismo dos hidratos de carbono em doentes de difteria. (*Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels bei Diphtheriepatienten*), por A. BREMS. — *Klin. Woch.* N.º 21. 1932.

Resumo do artigo:

1 — No estado agudo da doença há muitas vezes nos doentes de difteria um aumento médio de glicemia em jejum.

2 — No estado agudo dos casos de mediana gravidade e graves a curva da glicemia depois da administração de glicose *per os* é muitas vezes nitidamente anormal, com valores máximos muito altos e uma hiperglicemia prolongada, lembrando às vezes a da diabetes *mellitus*. Esta anormalidade da curva da glicemia alimentar não é condicionada pela febre, mas por uma perturbação tóxica da regulação do açúcar do sangue perante a qual se deve pensar sobretudo na perturbação das funções das suprarrenais, fígado e pân-

creas. Decorridas 1 a 2 semanas após o início da doença a curva torna-se quasi completamente normal.

3 — No estado agudo de uma difteria mais grave aparece, de vez em quando, glicosúria espontânea; depois da administração de glicose ela existe quasi constantemente.

OLIVEIRA MACHADO.

Acolúria em doentes ictericos, em consequência de insuficiéncia renal. (*Acholie bei Ictericen Kranken infolge von Niereninsuffizienz*), por G. PERÉMY. — *Klin. Woch.* N.º 22. 1932.

Descrição de dois casos clinicos que provam que na esclerose renal o rim não deixa passar a bilirrubina para a urina.

Com efeito, trata-se de dois ictericos com bilirrubinemia elevada e reacção H. van der Bergh positiva directa, à qual em doentes com rins normais corresponderia elevada bilirrubinúria, mas nos quais, em consequéncia da esclerose renal, não havia senão vestígios de pigmentos na urina.

OLIVEIRA MACHADO.

Sôbre a acção hipoglicemiante da Kalikreina «Padutin». (*Über die Blutzuckersenkende Wirkung des Kallikreins «Padutins»*), por E. K. FREY, H. KRAUT e E. WERLE. — *Klin. Woch.* N.º 20. 1932.

Foi isolada há pouco do pâncreas uma hormona — Kalikreina — distinta da insulina pelos seus efeitos sôbre o organismo. Emquanto que esta não tem qualquer acção sôbre a circulação, àquela tem sido atribuído um papel hipotensor, por vaso-dilatação capilar.

A acção experimental da Kalikreina sôbre a glicemia é diferente consoante se se trata de animais normais ou despancreatizados. Naqueles a glicemia não é influenciada; nestes, depois duma injeccção intramuscular de quantidade apropriada de Kalikreina, observa-se uma forte descida da glicemia.

O mesmo se observa nos diabéticos. Exceptuando as formas graves juvenis, pouco ou nada influenciadas, conseguem-se nos diabéticos, pela *Padutin* (Kalikreina Bayer) descidas nitidas da glicemia, mas não abaixo dos valores normais.

Ao contrário da insulina sem efeito *per os*, a Kalikreina, que é reabsorvível e bastante resistente contra os fermentos digestivos, baixa a glicemia não só por via intramuscular mas também *per os*.

Os AA. ensaiaram a *Padutin* por via digestiva e intramuscular no tratamento da diabetes, concluindo que ela diminue apreciavelmente a glicemia nestes doentes, mas não é de efeito uniformemente igual numa administração prolongada.

Não encontraram desvantagens no tratamento, mas não se julgam autorizados a dar um parecer definitivo sôbre o valor terapêutico da droga.

OLIVEIRA MACHADO.

Acêrca do tratamento da diabetes «mellitus» pela sintalina. (*Zur Synthalinbehandlung des diabetes «mellitus»*), por G. EISMAYER. — *Klin. Woch.* N.º 20. 1932.

As opiniões acêrca do valor terapêutico da sintalina não são unânimes. A acção tóxica da droga que se traduz por sintomas gastro-intestinais (vômitos, anorexia, diarreia, dores abdominais) e lesões hepáticas consideráveis, e que, além da demonstração experimental, também se observa com o uso terapêutico, tem sido julgada, por alguns autores, como suficiente para a pôr de lado. Mas, os que aconselhavam o seu abandono do arsenal terapêutico, baseavam, em regra, as suas observações com o emprêgo das doses elevadas aconselhadas nos primeiros tempos de ensaio, e hoje reconhecem o valor real da sintalina, nas doses preconizadas actualmente.

O A. emprega as seguintes doses: 10 mgrs. três vezes por dia, durante três dias, seguido de pausa de um dia. Passado 4 a 6 semanas é feita uma interrupção de 8 a 14 dias. Esta pausa mais comprida permite averiguar se há aumento de tolerância para os hidratos de carbono.

Dos 68 doentes tratados pelo A. entre 1927 e 1931 pela sintalina só em 15 % o seu emprêgo teve de ser interrompido por sintomas acessórios. Desses mesmos doentes, 40 foram tratados eficazmente pela sintalina, devendo notar-se que 9 dos sem êxito eram casos de antemão reputados sujeitos ao insucesso por serem diabetes avançadas.

A condição essencial para o êxito do tratamento é a escolha dos doentes. Baseado nas suas observações o A. estabelece como indicados de utilidade terapêutica de sintalina, o valor da glicemia em jejum: acima de 2 grs. $\frac{0}{100}$ a sintalina é ineficaz.

Como contra-indicação absoluta estabelece a existência de lesões hepáticas.

Bem doseada em casos apropriados é meio terapêutico da máxima vantagem pela sua eficácia por via digestiva

OLIVEIRA MACHADO.

Dois casos de gastrite flegmonosa. (*Two cases of phlegmonous gastritis*), por YNGVE OLSSON. — *Acta Radiológica*. Vol. XIII. Fasc. 2. 1932.

Resumo do artigo:

O A. descreve a imagem radiológica de dois casos de gastrite flegmonosa aguda, um secundário a uma úlcera e outro a tuberculose do estômago. No primeiro caso, o processo flegmonoso complicava-se dum abcesso da parede do estômago que dava, na radiografia, o aspecto dum divertículo.

A propósito destes dois casos, o A. discute o quadro radiológico da gastrite flegmonosa em geral, e insiste particularmente, sob o ponto de vista do diagnóstico diferencial com o cancro — com o qual a doença se confunde por vezes. A desproporção que existe entre as extensas lesões da parede do estômago e as relativamente insignificantes das da mucosa caracteriza o aspecto radiológico da gastrite flegmonosa e distingue-o do da neoplasia.

OLIVEIRA MACHADO.

O tratamento dietético da psoríasis. (*The dietary treatment of psoriasis*), por JAY F. SCHAMBERG. — *The Jour. of the Am. Med. Ass.* N.º 19. 1932.

O A., tendo feito em 1913, de colaboração com Kolmer, Ringer e Raiziss a primeira comunicação sobre o assunto, insurge-se contra a pouca aceitação que tal processo terapêutico mereceu dos dermatologistas.

Cita casos clínicos e publica fotografias demonstrativas da importância da dieta pobre em proteínas — cerca de 6 grs. diários — no tratamento da psoríasis.

Não quer isto dizer que seja a alimentação rica em proteínas a causa da doença, mas, o que é facto é que tal regime, desajudado de qualquer tratamento interno ou externo causa o desaparecimento de grande parte da erupção e permite que a pele tolere medicamentos que não permitia antes das melhoras alcançadas com o regime alimentar.

OLIVEIRA MACHADO.

Estudo anato-clínico da aracnoidite intracraniana, por DAVIS e HAVEN. — *Jour. of Nervous and Mental Disease.* Vol. LXXIII. N.º 3. Pág. 129. 1931.

Estudo anato-clínico de dez casos de aracnoidite intracraniana.

A aracnoidite pode existir isolada ou acompanhar um tumor cerebral. O quadro clínico é idêntico ao do tumor, nos casos estudados foi sempre esse o diagnóstico pre-operatório.

A etiologia, desconhecida na maior parte dos casos, é atribuída em dois dèles a traumatismos. Os AA. aconselham que se considere sempre estes casos como tumores cerebrais, pois a aracnoidite apresenta-se sob aspectos muito variáveis que não permitem constituir uma entidade clínica. Sob o ponto de vista anátomo-patológico os AA. propõem a divisão em três tipos principais: inflamatório, fibroso e hiperplásico.

ALMEIDA LIMA.

Catatonía consecutiva a fractura do crânio, por E. S. GURDJIAN. — *Jour. of Nervous and Mental Disease.* Vol. LXXIII. Pág. 493. 1931.

Relato de duas observações clínicas, uma delas seguida de exame anátomo-patológico, de fractura de crânio acompanhada de fenómenos catatónicos nítidos.

Segundo o A. a catatonía deve ser atribuída às lesões destrutivas do córtex e não a lesões do estriado.

ALMEIDA LIMA.

Os colesteatomas supra-selares. (*On supra-sellar cholesteatomas*), por H. OLIVECRONA. — *Brain.* Vol. LV. Part. I. 1932.

Descrição de dois casos de colesteatoma supra-selar. Julga o A. ser possível distinguir o síndrome provocado pelos colesteatomas do síndrome quiasmático produzido por outros tumores.

Os caracteres principais dêsse síndrome seriam :

- 1.º — Atrofia óptica primária muito lentamente progressiva acompanhada de hemianopsia bitemporal, em indivíduos novos.
- 2.º — Sela turca normal, mas alargamento do forâmen óptico e do sulco quiasmático do esfenóide.
- 3.º — Ausência de sintomatologia hipofisária.

ALMEIDA LIMA.

Duração da actividade patogénica do «virus» poliomiéltico na manteiga. (*Conservation de l'activité pathogène du «virus» poliomyéltique incorporé au beurre*), por KLING, LEVADITI e LÉPINE. — *Bull. de l'Académie de Médecine*. 3.ª série. T. CVI. 95.º ano. Pág. 245. 1931.

O *virus* poliomiéltico encorporado na manteiga do comércio, mantida a baixas temperaturas (— 2º) conserva a actividade patogénica durante pelo menos 91 dias. A virulência mantém-se a-pesar-da notável acidez da manteiga contaminada.

ALMEIDA LIMA.

Extracto tiroideo e desequilíbrio alimentar. (*Recherches sur les diétodoliques. Extrait thyroïdien et déséquilibre alimentaire*), por G. MOURIQUAND e M^{me} CHAIX. *Bull. de l'Académie de Médecine*. 3.ª série. T. CV. N.º 25. Pág. 1042. 1931.

Já em estudos anteriores tinham os AA. mostrado que certas substâncias alimentares, ou não alimentares, não tóxicas por si sós, em determinadas doses e em presença de um regime alimentar equilibrado, se tornavam tóxicas nas mesmas doses em presença de um regime alimentar desequilibrado. É esta noção dietotóxica que explicaria, segundo os AA., certas doenças alimentares como, por exemplo, a pelagra.

Os AA. observaram, no cobaio, que o extracto tiroideo alterava tanto mais a nutrição óssea, quanto menos rico em vitaminas C era o regime alimentar dos animais e *vice-versa*.

Nos ratos brancos alimentados com o regime normal, ao qual se juntou 0,025 grs. de extracto tiroideo, não se observa mesmo passados 50 a 150 dias nenhuma perturbação do estado geral nem nenhuma alteração cutânea. Pelo contrário, se se junta a mesma quantidade de extracto tiroideo a um regime de avitaminose A, que só por si acarreta um retardamento no crescimento mas não perturbações cutâneas, observa-se em quasi todos os casos uma epilação, que tende a generalizar-se. Aparece também na maior parte dos animais ao nível das patas um verdadeiro síndrome acrodinico, caracterizado por um edema doloroso com cianose e tendência a ulceração da pele. Os autores admitem que este síndrome, cuja identidade exacta com a acrodinia não discutem, é provocado pela associação da carência de vitaminas A e gorduras com a administração do extracto tiroideo. Conclue-se do conjunto das experiências dos AA. que o extracto tiroideo não revela qualquer poder

patogénico em presença dum regime alimentar equilibrado, mas que se torna patogénico em presença dum regime desequilibrado.

Os AA. insistem sôbre a importância destes factos, que demonstram ter o desequilíbrio alimentar o poder de desviar gravemente a acção terapêutica de um medicamento tornando-a nociva, enquanto o equilíbrio alimentar permite uma acção favorável.

ALMEIDA LIMA.

Paralisia periódica familiar. Descrição de seis casos em três gerações de uma mesma família. (*Familial periodic paralysis. A description of six cases occurring in three generations of one family*), por T. KAY MACACHLAN. — *Brain*. Vol. LV. Pág. 47. 1932.

Descrição de seis casos de paralisia periódica familiar e revisão das histórias de outras famílias afectadas pela mesma doença descritas por vários autores.

A doença manifesta-se em regra entre os 17 e 18 anos, e nalguns dos doentes que durante anos sofreram de ataques periódicos de paralisia foi notado um certo enfraquecimento muscular, sendo porém extremamente raro o quadro de distrofia muscular. Foram, porém, encontrados outros membros da mesma família que, não sofrendo de ataques de paralisia, apresentam distrofias musculares.

O A. discute a patogenia da doença comparando-a à *migraine*, epilepsia e certas doenças degenerativas heredo-familiares.

Dois factores devem ser considerados como determinantes dos ataques de paralisia.

1) Uma diátese constitucional anormal levando a um desequilíbrio do sistema vegetativo, com evidentes períodos de intoxicação associada a perturbações das funções digestivas e a um metabolismo anormal durante o período dos ataques.

2) Anormalidade dos próprios músculos.

Crê o A. que os ataques seriam causados por uma diminuição da resistência dos músculos defectivos aos produtos metabólicos anormais durante os períodos de intoxicação.

ALMEIDA LIMA.

Doseamento do magnésio e do cálcio do liquido cérebro-espinhal nas meningites. (*Inorganic constituents of the cerebrospinal fluid — III — Magnesium and calcium in meningitis*), por R. A. MCCANCE e E. WATCHORN. — *Brain*. Vol. LV. Pág. 91. 1931.

Terceiro artigo relativo ao doseamento do magnésio e do cálcio nas meningites, de uma série publicada pelos AA. sôbre os elementos inorgânicos do liquido cérebro-espinhal.

Neste artigo, em que se encontra uma larga discussão teórica dos resultados obtidos, chegam os AA. às seguintes principais conclusões:

1.º — Nas meningites crônicas (tuberculosa e pneumocócica) foram en-

contradas percentagens de magnésio subnormais. Nos casos agudos as quantidades de magnésio encontradas aproximavam-se dos números normais.

2.º — A baixa do magnésio nas meningites é mais ou menos paralela com a conhecida baixa dos cloretos.

3.º — Num caso de cura o magnésio do líquido cérebro-espinal voltou ao normal.

4.º — A determinação do magnésio no líquido cérebro-espinal tem valor diagnóstico.

5.º — O cálcio do líquido cérebro-espinal não apresenta alterações especiais nas meningites.

ALMEIDA LIMA.

Diagnóstico da doença de Raynaud. (*Diagnosis of Raynaud's Disease*), por E. V. ALLEN and G. E. BROWN. — *Amer. Jour. Med. Scien.* Fevereiro de 1932.

Procuram os AA. pôr claramente a indicação do mínimo de elementos necessários para fazer o diagnóstico de doenças de Raynaud, notando a necessidade de cuidadosamente a distinguir de outras várias formas de perturbações vasculares periféricas, pois o tratamento delas difere completamente.

Tendo colhido uma série de 150 casos, os AA. concluem dêles que são necessárias quatro condições para se poder afirmar o diagnóstico, que são as mesmas já indicadas por Raynaud:

- 1.º — Gangrena ou alterações tróficas, limitadas em larga escala à pele.
- 2.º — Sintomatologia simétrica ou bilateral.
- 3.º — Não existência de sinais de oclusão de artérias periféricas.
- 4.º — Crises intermitentes de coloração da pele das regiões atingidas, precedendo em regra as alterações tróficas de meses ou anos. Percorrendo a literatura, encontram os AA. numerosos exemplos de casos erradamente etiquetados de doença de Raynaud, sendo muitos dêles casos de trombo-anjeite obliterante.

Depois de um estudo neurológico e oscilométrico minucioso dos seus próprios casos, juntam aos quatro elementos essenciais de diagnóstico mais dois:

- 1.º — Predilecção da doença pelo sexo feminino (90 %).
- 2.º — Ausência de fenómenos dolorosos.

Mantêm a opinião que uma dor intensa durante os ataques é tão rara nesta doença, que basta quando exista para invalidar o diagnóstico de perturbações vaso-motoras. Recordam os AA. que as arterites, as neurites, a presença de uma costela cervical, a trombo-anjeite obliterante e a artério-esclerose, podem também produzir alterações de coloração da pele das extremidades, devendo portanto ser cuidadosamente investigada a possibilidade da sua presença antes de pôr o diagnóstico da doença de Raynaud.

A gangrena é relativamente rara na doença de Raynaud, aparece só segundo os AA. em 20 % dos casos e em geral sob a forma de pequenas escavações cutâneas. Por vezes encontram-se formas mais graves, em geral sob o aspecto de gangrena digital acompanhada em regra de supuração e de altera-

ções esclerodérmicas da pele. Os AA. terminam notando que fazer o diagnóstico de doença de Raynaud, sem um cuidadoso estudo esfigmo-manométrico das artérias, é o mesmo que fazer o diagnóstico de apêrto mitral sem auscultar o coração.

ALMEIDA LIMA.

Condromas anteriores extradurais; localização mais frequente, sintomas radiculares e medulares, tratamento cirúrgico. (*The extradural ventral chondromas (enchondrose), their favorite sites, the spinal cord and root symptoms they produce, and their surgical treatment*), por CHARLES ELSBERG.—*Bulletin of the Neurological Institute of New-York*. Vol. 1. N.º 2. Pág. 350. 1931.

Os condromas anteriores (enchondroses constituindo tumores primitivamente extradurais de desenvolvimento lento) são relativamente frequentes entre os tumores medulares extradurais.

Numa estatística de 100 casos de tumores medulares, encontrou o A. 14 % de condromas anteriores, constituindo 36 % das neoplasias extradurais. A localização electiva é nos discos intervertebrais da colunas cervical e lombar, parecendo ser mais frequentes nos homens.

Manifestam-se em regra por um longo período de sintomas vagos, antes de permitirem o diagnóstico de tumor medular. Contudo, nalguns casos a evolução é rápida, estabelecendo-se o quadro nítido da compressão medular em poucos meses. O A. insiste sôbre a raridade do síndrome de obstrução subaracnoideia, e da falta de aumento de albumina no líquido céfalo-raquidiano.

O exame radiológico é em geral negativo. A maior parte das vezes estes tumores são de pequenas dimensões e originam-se no bordo posterior do disco intervertebral.

Em 50 % dos casos operados o resultado terapêutico foi satisfatório. O A. insiste sôbre a necessidade de um diagnóstico precoce, pois dêle depende principalmente o bom êxito da intervenção.

ALMEIDA LIMA.

A malarioterapia na neuro-sífilis. (*Malarial Therapie of Neurosyphilis*), por U. I. WILE e K. M. DAVENPORT.—*Jour. Am. Med. Assoc.* Pág. 1579. Novembro de 1931.

A técnica dos AA. é a seguinte: injeccção intravenosa de 2 a 10 c. c. de sangue colhido num doente na altura do paroxismo febril de uma terçã típica. Foram tratados doentes com tabes, paralisia geral e neuro-sífilis difusa com os seguintes resultados: nos tabéticos 53 % de melhoras imediatas, número que aumenta até 67 % contando as melhoras tardias. Na série de doentes de tabes-paralisia geral, 40 % de melhoras imediatas, 67 % contando as melhorias posteriores, em 13 % estacionamento da doença, 13 % de pioras, 7 % de mortes. Os resultados imediatos no grupo da neuro-sífilis difusa foram mais notáveis. A melhoria do estado geral, principalmente o aumento de pêso, foi

STAPHYLASE do D^r DOYEN

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

Tratamento especifico das Infecções Staphylococcicas :
ACNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ, etc.

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

Provoca a phagocytose, previne e cura a major parte das
DOENÇAS INFECCIOSAS

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

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

ASSOCIAÇÃO DIGITALINE-OUABAINÉ

DIGIBAINÉ

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

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

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL;
GIMENEZ-SALINAS & C^a.
RUA DA PALMA, 240-246 — LISBOA

SEGUNDO as modernas teorias fisiológicas, para aumentar a quantidade de cálcio no sangue é necessário aumentar também a quantidade de magnésio.

Foscal "Serono"

é precisamente um preparado de cálcio e de magnésio, com evidente superioridade sobre os outros preparados, mais ou menos similares, que não contêm magnésio.

O **FOSCAL "SERONO"** contém, pois,

42,20% de óxido de cálcio,

7,90% de óxido de magnésio e

21,50% de anidrido fosfórico

sendo, portanto, preparado nas mesmas proporções em que se encontra nos ossos, o que permite uma notável assimilação do cálcio.

FORMAS FARMACÊUTICAS:

Em pó (frascos de alumínio)

Em hóstias (cxs. de 90 hostias)

Em tablettes (com açúcar ou cacau)

Envia-se amostras grátis aos Senhores Médicos que no-las requisitarem

L. Lepori

Apartado 214 - R. Victor Cordon, 1-E

Lisboa

quási constante mesmo nos doentes que não apresentaram qualquer remissão da sintomatologia neurológica. Depois do tratamento, grande número de reacções coloidais tornaram-se negativas ou menos intensas, sem contudo haver paralelismo com as melhorias clínicas.

As reacções Wassermann e de Kahn tornaram-se freqüentemente negativas ou menos intensas, sendo estas alterações das reacções mais freqüentes no *liquor* do que no sangue.

ALMEIDA LIMA

Malarioterapia na neuro-sífilis assintomática, por P. A. O'LEASY. — *Jour. Am. Med. Assoc.* Pág. 1585. Novembro de 1932.

Relato dos resultados terapêuticos pela inoculação malárica em 58 doentes que, tendo reacções coloidais positivas, não apresentavam sintomatologia clínica de neuro-sífilis. 48 homens e 18 mulheres foram inoculados com o *Plasmodium vivax*.

Durante a malarioterapia e até seis meses depois, qualquer outro tratamento foi suspenso para não confundir os resultados, tendo sido retomado o tratamento pelos arsenobenzóis ou pelo bismuto ou por ambos, pois que em muitos doentes, tendo melhorado da sífilis do sistema nervoso, outras localizações viscerais tornaram-se manifestas. Em 34% dos doentes, os quais tinham tido previamente um intenso tratamento, e que apresentavam ainda W. R. positiva no líquido, esta tornou-se negativa depois da malarioterapia; em 14% as reacções melhoraram nitidamente.

ALMEIDA LIMA.

Malarioterapia na paralisia geral, por G. SLOZBERG. — *Rev. Méd. Suisse Romande.* Fevereiro de 1932.

Relato de 21 casos de paralisia geral tratados na clínica psiquiátrica de Bel-Air, em Génova, com os seguintes resultados: 4 mortes, 3 doentes pioraram, 7 não mostraram qualquer alteração do estado anterior e em 7 foram notadas algumas melhoras. O autor faz notar que possivelmente estes resultados, muito menos brilhantes que os de outras clínicas, devem ser atribuídos à qualidade e ao período avançado dos casos tratados.

ALMEIDA LIMA.

Síndrome de Stewart-Morel. Hiperostose frontal interna com adipose e perturbações mentais, por P. SCHIFF e J. U. TRELLES. — *L'Encéphale.* Vol. xxvi. Pág. 768. 1931.

Análise minuciosa de um caso desta enfermidade num homem de sessenta anos, no qual a presença de uma hiperostose frontal interna punha um interessante problema médico-legal, pois, vinte meses antes do aparecimento das perturbações, êste homem, que era *chauffeur*, tinha sofrido um violento traumatismo craniano. Apresentava cefaleias por crises, vertigens, zumbidos nos

ouvidos, surdez, obesidade e perturbações mentais. As radiografias do crânio mostraram imagens típicas da hiperostose frontal interna. Foi constatada também uma hipercalcemia notável e o crescimento radiologicamente comprovado da hiperostose. Os AA. discutem as possíveis relações entre os vários sintomas apresentados pelo doente e o traumatismo.

ALMEIDA LIMA.

Contribuição para o diagnóstico diferencial entre as meningites serosas e os tumores cerebrais. (*Contributo alla diagnosi differenziale tra meningite serosa e tumor cerebri*), por E. MEDEA. *Il Cervello*. Vol. XI. Pág. 1. Janeiro de 1932.

O diagnóstico diferencial é sempre delicado e muitas vezes impossível. O A. apresenta uma série de sintomas encontrados nos seus casos, que devem fazer pender o diagnóstico para a meningite serosa: antecedentes traumáticos e infecciosos, ligeiras elevações térmicas, dores nos membros e ao nível da coluna vertebral, fraqueza geral e especialmente fraqueza dos membros inferiores, e tremor mal caracterizado e irregular das mãos.

ALMEIDA LIMA.

Síndrome histérico e tumor cerebral, por O. STIESA. — *Il Cervello*. Vol. XI. — Pág. 1224. Janeiro de 1932.

Descrição de um caso de tumor intracraniano, da fossa posterior, que apresentou durante toda a evolução da doença sintomas facilmente enquadráveis dentro do síndrome histérico. O A. discute a patologia destes síndromas psíquicos dos quais dá uma interpretação pessoal.

ALMEIDA LIMA.

A-propósito de um caso de paralisia facial periférica num portador são de bacilos de Löffler, por CHANDRIAT. — *Bull. de l'Acad. de Méd.* Vol. CVI. N.º 42. Pág. 706. 1931.

Clinicamente a paralisia diftérica pode ser diagnosticada em duas circunstâncias completamente diferentes: nuns casos, os mais habituais, a paralisia é claramente relacionada com a toxi-injecção constituindo uma complicação precoce ou tardia; noutros casos a paralisia é aparentemente primitiva, pois a angina passou despercebida e a pesquisa do bacilo de Löffler foi negativa, ou, o que é mais vulgar, não foi realizada. Nestes casos, na falta de uma noção epidemiológica ou de possível contágio, o diagnóstico é extremamente delicado.

A conduta dos clínicos varia muito nestes casos, a maior parte pensam na sífilis, outros na paralisia *à frigore*, alguns utilizam a seroterapia.

As experiências de Roux e Jenin sobre o papel da toxina diftérica leva-nos

à convicção de que esta se fixa nos núcleos centrais dos nervos paralisados, sendo o tipo da paralisia condicionado pela localização inicial da infecção. Também se conhece a susceptibilidade especial de certos centros nervosos, o que explica a lesão mais freqüente, em determinadas intoxicações, de alguns dêles.

O número de paralisias faciais periféricas é maior em certas épocas do ano, parecendo determinadas por pequenas eclosões epidêmicas. É muito provável que a pesquisa sistemática do bacilo de Löffler, a-pesar-da ausência da angina antecedente, revele uma percentagem mais elevada do que se supõe de portadores de bacilos. O A. julga a paralisia facial de origem diftérica muito mais freqüente do que se supõe, e que muitas das manifestações etiquetadas à *frigore* devem ser tratadas com sôro antitóxico, prática a preferir ao habitual tratamento anti-sifilítico de prova. O sôro de Roux permite realizar, por si só, uma restituição *ad integrum* brilhante e rápida sem que seja necessário recorrer à electroterapia.

Em apoio das suas afirmações, comunica o A. a observação de uma paralisia facial periférica, num portador são de bacilos de Löffler, que tinha tido havia dois anos uma angina diftérica.

O tratamento da lesão nervosa iniciou-se no 5.º dia após o aparecimento da paralisia. Uma dose total de 150 c. c. de sôro antitóxico foi injectada em fracções cotidianas de 30 c. c.

A lesão começou a regressar no segundo dia, tendo-se produzido uma cura completa.

O A. preconiza como prática sistemática a pesquisa amigdaliana do bacilo de Löffler em todo o paralítico do-VII par, com mais razão do que a habitual colheita de sangue para a reacção de Wassermann, pois antes de pensar na sífilis desconhecida, ou na paralisia à *frigore*, deve-se ter presente a hipótese de se tratar de uma difteria desconhecida e na freqüência da paralisia facial periférica num portador são de bacilos de Löffler.

ALMEIDA LIMA.

Formas hemorrágicas e cerebelosas da encefalite epidémica, por A. GORDON. — *Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol. LXXIII. N.º 5. Pág. 478. 1932.

Estudo, muito completo, clínico e anátomo-patológico de dois casos de encefalite epidémica. Em ambos os casos o líquido céfalo-raquidiano apresentava-se intermitentemente hemorrágico. Estas hemorragias seriam de origem meníngea, atingindo secundariamente os espaços subaracnoídeos e canal raquidiano.

Estudo clínico de dois casos de encefalite epidémica, apresentando um síndrome hemi-cerebeloso e simulando o quadro clínico de tumor do cerebelo.

Conclue o A. não se tratar de lesões anátomo-patológicas diferentes das encontradas habitualmente na encefalite epidémica, mas de localizações especiais dessas lesões.

ALMEIDA LIMA.

O síndrome de Lawrence-Biedl, por G. GRIFFITHS. — *The Journal of Neurology and Psychopathology*. Vol. XII. N.º 45. Pág. 53. 1931.

Este síndrome, frequentemente familiar, é caracterizado por: adiposidade, polidactilia, retinite pigmentar e perturbações mentais do tipo das da idiotia.

O doente apresentado pelo A. mostrava esse quadro. A teoria hipofisária ou infundibular é a mais satisfatória. Não existe nestes casos nenhum tumor intracraniano, o que os diferencia do síndrome adiposo-genital de Babinski-Fröelich.

ALMEIDA LIMA.

Contribuição para o estudo das meningites agudas com linfocitose rapidamente curáveis, por HAGIO PARASCHIV e WISINEANN. — *Bull. et Mem. de la S. Méd. des Hôp. de Buscuret*. N.º 10. Pág. 268. Dezembro de 1930. (Refr. da *R. Neurologique*. Abril de 1932).

História clínica de dois casos de meningite, com grande linfocitose no líquido encéfalo-raquidiano.

No primeiro caso a etiologia é desconhecida, no segundo tratava-se de uma meningite herpética.

Estes casos entram no grupo das meningites benignas, estudadas ultimamente, principalmente em França.

ALMEIDA LIMA.

Lesões anátomo-patológicas da diabetes insípida experimental, por JAMES WARNER. — *Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol. LXXIII. N.º 4. Pág. 374. 1931.

O autor pratica várias experiências em cães, picando a região hipotalâmica por via bucal. Provoca assim um síndrome de diabetes insípida, que estuda detalhadamente.

Tenta determinar a situação exacta da lesão que provoca a poliúria, não chegando, porém, a nenhuma conclusão precisa.

ALMEIDA LIMA.

As calcificações nos gliomas. (*The occurrence of calcification in gliomas*), por C. MASSON. — *Bulletin of the Neurological Institut of New-York*. Vol. I. N.º 2. Pág. 314. 1931.

Numa estatística de 131 gliomas, verificados na intervenção ou na autópsia, foram encontrados 12,9% de casos com calcificações visíveis à radiografia. É raramente possível diferenciar a variedade do glioma pelo aspecto e distribuição das sombras radiográficas. É também difícil distinguir uma calcificação num glioma de um depósito calcáreo numa zona de amolecimento cerebral antigo, ou de um velho abscesso calcificado. São, porém, típicas pela

Colaborai na obra de nacionalismo económico preferindo productos portugueses

Sois até esta criancinha compreende a causa da carestia da vida

Produtos portugueses que demonstram ser superiores aos estrangeiros:

Lactobiase
Iodal
Farinha
Lacto-Bulgara
Lipobiase
Cerimalte
Fibrocalcina
Ovochocolate
Mitzi
Ovocacau
Lactobillina



Olhai com atenção para estes productos e verão como são superiores aos de proveniência estrangeira, como se documenta pelo seu fundamento científico e pelos seus efeitos comprovados.

A nossa balança comercial

Em Portugal importamos para consumo	2.701.739.800\$00
Exportamos apenas.....	1.239.291.800\$00
Deficit, que torna a vida a cara.....	1.462.441.900\$00

Mostra a estatística que os portugueses entregam aos estrangeiros num ano 1.462 441 900\$00 a mais do que recebem pela venda dos seus productos, alguns deles muito inferiores aos nacionais. Na verba da importação estão incluídos: 15 523.854\$00 de especialidades farmacêuticas, algumas delas dispensáveis, por serem inferiores às que produz o Laboratório Farmacológico de J. J. Fernandes, Lda. da Rua Alves Correia, 187, Lisboa. Assim sucede por exemplo: nos compostos de Iodo inferiores ao Iodal; nos fermentos lacticos, todos eles inferiores à **Lactobiase**, porque só esta documenta possuir o Bacilo Bulgaro puro: na **Farinha Lacto-Bulgara**, preparada com os productos segregados pelos Bacilos Bulgaros, que fazem com que ela seja uma vacina contra as enterites, na **Lipobiase**, extracto vitaminado de óleo de fígado de bacalhau; no **Ovochocolate Mitzi**, na **Lactobillina**, contra a prisão de ventre etc.

Preferir productos nacionais é a obra que se faz em toda a parte do mundo para se evitar a importação e fazer baixar o câmbio da moeda.

As amostras dos productos do Laboratório Farmacológico são prontamente enviadas a quem deseje conhecê-las para assim poder colaborar na obra necessária de nacionalismo económico.



E-MERCK DARMSTADT NEO-IODIPINA

Recente preparado de Iodipina, muito fluido, a 20 e 40^o/_o: a sua eficácia terapêutica e a sua opacidade aos raios X, são idênticas às da **Iodipina Merck**, fármaco já introduzido e comprovado ha algumas dezenas de anos.

A NEO-IODIPINA

possibilita uma injeção rápida e cómoda.

A sua aplicação é indolor.

A absorção é muito mais fácil.

A dispersão do óleo nos tecidos é mais rápida

A seringa limpa-se muito mais facilmente

Em radiologia deve preferir-se à Iodipina corrente, nos casos em que o meio de contraste deve passar por canais estreitos, como por exemplo os uretêres, condutos fistulosos, etc.

Embalagens :

NEO-IODIPINA a 20^o/_o

Frascos de 50 gr
Ampólas de 1 e 2 c.c
Caixas com 10 ampólas

NEO-IODIPINA a 40^o/_o

Frascos de 25 gr

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

localização e aspecto as calcificações dos quistos hipofisários e dos tumores da bolsa de Rathke.

Sob o ponto de vista cirúrgico, e quanto ao valor localizador das calcificações apreciáveis à radiografia, é preciso ter presente que é freqüente só uma parte do tumor estar calcificado e ser portanto muito maior do que faria pensar a zona calcificada.

ALMEIDA LIMA.

O tratamento dos estados de agitação pelo brometo de potássio, por EMÍLIO DOSSI. — *Il Cervello*. Ano x. N.º 4. Pág. 205. 1931.

O tratamento bromado por via intravenosa, com o brometo de potássio, foi praticado pelo A. em 107 casos de agitação psico-motora, concluindo estar este tratamento indicado nos estados de agitação sintomática demencial e na epilepsia, constituindo o melhor medicamento adjuvante dos derivados barbitúricos (luminal, etc.).

ALMEIDA LIMA.

O tratamento actual da paralisia geral, por BODART. — *Archives Médicales Belges*. Ano XLVIII. N.º 9. Pág. 593. 1931.

Pelo emprêgo da malarioterapia obtêm-se 50 a 60% de remissões estáveis nas paralisias gerais. Se alguns autores apresentam estatísticas piores, deve ser isso devido ao tratamento ter sido feito em casos muito pouco favoráveis, como são os casos antigos e há muito tempo nos asilos e manicômios.

Entre os 40% restantes, metade apresenta ligeiras melhoras e a outra metade não é influenciada pelo tratamento. Segundo Fribourg-Blanc, a mortalidade dos P. G. impaludados é de 10%.

A recuperação social é o resultado mais brilhante da malarioterapia. Fribourg-Blanc assinala que no exército, em 28 impaludados, 11 retomaram o serviço cumprindo o seu serviço a completa satisfação dos seus superiores.

Segundo o autor, o perigo da transmissão do paludismo provocado de homem a homem pelo mosquito praticamente não merece ser considerado, e este paludismo provocado cede imediatamente às mais baixas doses de quinineo.

ALMEIDA LIMA.

A malarioterapia na demência precoce e noutras psicoses não sifiliticas, por A. MAZZA. — *Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali*. Vol. LV. Fasc. II. Pág. 257. 1931.

A malarioterapia não dá resultados apreciáveis na epilepsia, nas psicoses, nem no parkinsonismo post-encefálico. Obtiveram-se remissões notáveis na demência precoce, mas é sabido apresentar a D. P. remissões espontâneas.

ALMEIDA LIMA.

Eritrodermias produzidas pelo uso do luminal sódico, por RODRIGUEZ ARIAS. — *Clinica Médica e Instituto anátomo-patológico*. Vol. II. 1930.

Tendo empregado o A. o luminal sódico no tratamento de epiléticos, notou que êste medicamento provocava eritrodermias mais ou menos persistentes, acompanhadas de descamação e de reacções febris nos casos de eritrodermia generalizada. Em nenhum dêstes doentes a dose cotidiana ultrapassou 0,35 grs. O A. discute a patogenia dêstes eritemas.

ALMEIDA LIMA.

Estudo sôbre a flora microbiana das úlceras gastro-duodenais e cancros gástricos. (*Étude sur la flore microbienne des ulcères gastro-duodaux et des cancers gastriques*), por R. APPELMAN e P. VASSILIADIS. — *Révue Belge des Sciences Médicales*. TÔMO IV. N.º 3. Março de 1932.

Os AA., do seu estudo sôbre a flora microbiana das úlceras gastro-duodenais e cancros gástricos, tiram as seguintes conclusões:

1.º — Num têrço de casos de úlceras gastro-duodenais e de preferência de úlceras duodenais, as lesões são estéreis ou pelo menos não fornecem culturas positivas.

2.º — Quanto aos micróbios isolados das úlceras gastro-duodenais encontraram-se a maior parte das vezes, abstracção feita das leveduras, o estafilococo (16 vezes em 40), o estreptococo (12 vezes em 40), o enterococo (12 vezes em 40) e estas duas últimas espécies associadas em três casos.

3.º — Nas lesões cancerosas do estômago encontraram-se sempre micróbios.

4.º — Os micróbios não se encontraram senão raramente em cultura pura ao nível das lesões; existem em associação com outros germes.

5.º — Quanto à sua abundância, os micróbios eram mais numerosos ao nível dos cancros gástricos e menos nas úlceras duodenais.

6.º — O derrame peritoneal em um caso de úlcera perfurada continha bacilos acidófilos de Moro e, em uma proporção 5 vezes menor, enterococos.

FILIFE DA COSTA.

Enfisema subcutâneo generalizado de origem traumática. Patogenia e tratamento. (*Emphysème subcutané généralisé d'origine traumatique. Pathogénie et traitement*), por G. DE MUYLDER. — *Journal de Chirurgie et Annales de la Société Belge de Chirurgie*. N.º 4. Maio de 1932.

O A. faz um estudo sôbre a patogenia do enfisema subcutâneo generalizado, com apresentação de um caso pessoal bastante instrutivo, e conclue:

«Dêste rápido estudo nós podemos depreender um duplo ensinamento; primeiro, que o enfisema subcutâneo generalizado é resultante de um pneumotórax de válvula, afecção muito grave pelo perigo da asfixia; em segundo

lugar, a necessidade de fazer de urgência uma pleurotomia com dreno de Delagenière, operação simples e de grande eficácia».

FILIFE DA COSTA.

Sôbre um tratamento das fistulas biliares cutâneas totais, por derivação no intestino. (*Sur un procédé de traitement des fistules biliaires cutanées totales par dérivation dans l'intestin*), por M. LAGROTTE e L. ROSSELIN. — *Lyon Chirurgical*. Tômoo XXIX. N.º 2. Março-Abril de 1932.

O A. critica a eficácia de alguns processos empregados na cura de fistulas biliares cutâneas e aconselha o seguinte, que baseia em casos pessoais com bons resultados:

Consiste o processo em anastomosar a fistula a uma ansa jejunal excluída, para o que emprega a seguinte técnica: laparotomia mediana supra-umbilical. Secção do intestino delgado a 20 cm. do ângulo duodeno-jejunal. Anastomose em Y da extremidade proximal na ansa livre, a 15 cm. abaixo da secção. A extremidade distal é fechada, passada através do mesocôlon e trazida sob a pele até o orifício fistuloso. Implantação lateral dêsse orifício no intestino e sutura. Uma pequena sonda anteriormente colocada no trajeto fistuloso passa no intestino e sai por um pequeno orifício feito a 4 cm. mais abaixo. O ventre é fechado em vários planos ao nível da laparotomia mediana, excepto em uma pequena extensão em que se fixa a ansa que vem da fistula, de maneira a poder tirar-se a sonda mencionada ao cabo de 48 horas; o pequeno orifício intestinal fecha espontâneamente.

FILIFE DA COSTA.

Sôbre uma via de acesso posterior da omoplata. (*Sur une voie d'accès postérieur de l'omoplate*), por ROBERT DUPONT e HENRI EWARD. — *Journal de Chirurgie*. Tômoo XXXIX. N. 4. Abril de 1932.

O A. defende a osteosíntese nas fracturas do corpo da omoplata em que a espinha é atingida, indicando para êsse fim a seguinte via de acesso posterior: incisão rectilínea sôbre o sulco entre o deltóide e grande dorsal, começando no braço ao nível da parte inferior da saliência deltoideia e terminando na união dos $\frac{2}{3}$ superiores com o $\frac{1}{3}$ inferior do bordo axilar da omoplata. A incisão mede em média 20 cm. Abertura do interstício referido no fundo do qual se vêem (indo de cima para baixo) os seguintes músculos: subespinhoso, grande e pequeno redondo, dirigidos para cima e para fora, transversalmente cruzados pela longa porção de tricépede. Aberto agora o interstício que separa o grande do pequeno redondo, interstício êsse marcado pelos vasos escapulares inferiores em baixo e o tendão nacarado da longa porção do tricépede em cima, cai-se directamente sôbre o bordo axilar da omoplata, até a articulação escápulo-humeral. Uma rugina completará uma mais perfeita exposição óssea.

O A. termina expondo um caso pessoal de osteosíntese da omoplata, abordada por esta via, com óptimo resultado a distância.

FILIFE DA COSTA.

Tumor maligno duma glândula mamária acessória, desenvolvido durante a gravidez. (*Tumeur maligne d'une glande mammaire accessoire, développée pendant la grossesse*), por M. PATEL. — *Lyon Chirurgical*. Maio-Junho de 1932.

Caso clínico, apresentado por M. Patel à sessão de 21 de Janeiro de 1932 da *Société de Chirurgie de Lyon*, de uma mulher atingida de tumor numa mama supranumerária, em cujo exame histológico se identificou «epitelioma atípico da glândula com metástases ganglionares da axila».

A doente, a quem fôra feita a amputação da mama acessória com esvaziamento axilar, passava completamente bem à altura da apresentação do caso, ou sejam 6 meses passados sobre a operação a que foi sujeita.

FILIFE DA COSTA.

Um factor na produção do colapso maciço post-operatório do pulmão (Atelectasia pulmonar). Sugestões sobre profilaxia e tratamento. (*A causative Factor in the Production of Post-operative Massive Collapse of the Lung (Pulmonary Atelectasis). Suggestions as to Prevention and Treatment*), por WILLIAM B. FAULKNER e EDWARD C. FAULKNER. — *Acta Chirurgica Scandinavica*. Vol. LXIX. Fasc. II-III. 1932.

A importância prática da descoberta das causas da atelectasia pulmonar post-operatória torna-se evidente ao saber-se que os casos são frequentes e tão graves que há casos de morte sobre a mesa de operações e que noutros casos sobrevêm pneumonias, abcessos pulmonares e empiemas por tratamentos mal apropriados.

Várias teorias têm tentado explicar a sua causa; nenhuma delas, indicação porém, fez completa luz sobre a etiologia, nem trouxe alguma para diminuir o número destes accidentes.

As pesquisas dos AA., baseadas na auscultação directa, nos exames feitos após injeções de lipiodol, nas explorações radiológicas e broncoscópicas, conduziram-nos a julgar que o factor etiológico primário está na presença de um excesso de secreção no interior dos brônquios. Habitualmente esta secreção é expulsa pela bôca e pelo conduto naso-faríngeo, durante ou imediatamente após a intervenção; mas, nos individuos que tiveram já accidentes pulmonares, o pus permanece dentro da árvore tráqueo-brônquica durante toda a intervenção. Actuando mecânicamente, como corpo estranho, nos brônquios e produzindo edema inflamatório, as secreções obstruem o lume dos brônquios e tapam a entrada do ar para um pulmão ou para os dois ou para uma porção maior ou menor do campo respiratório.

Como medidas preventivas, cabe em primeiro lugar chamar particularmente a atenção para a *desinfecção prévia da cavidade bucal* e para o afastamento das secreções que se acumulam na bôca durante a intervenção; exige-se da mesma forma a posição de Trendelenburg durante e depois da operação, de molde a que as secreções se não acumulem nos brônquios.

As inalações de ácido carbónico puro dão bons resultados, não só como

preventivo, mas também como tratamento da atelectasia pulmonar post-operatória, por provocarem uma hiperventilação pulmonar e facilitarem a expectoração; mas estes tratamentos devem ser feitos numa posição tal do doente que as secreções possam ser drenadas para o exterior e não penetrar profundamente na árvore respiratória.

Quando o diagnóstico só se faz depois de o doente voltar para o leito, o tratamento de escolha, como sugeriu Sante, consiste em rodar o paciente para um e outro lado, tentando desobstruir rapidamente o território atacado.

Uma interessante série de radiografias acompanha o artigo.

E. ÁLVAREZ.

A imuno-transfusão como tratamento das infecções septicémicas gerais graves. (*Immunotransfusion als Behandlung bei schweren septischen Allgemeininfektionen*), por KUNT HALLBERG. — *Acta Chirurgica Scandinavica*. Vol. LXIX. Fasc. IV. 1932.

O A. descreve 4 casos de infecções generalizadas tratadas pela imuno-transfusão na clínica cirúrgica de Upsala; dois casos de fleimão subpeitoral por infecções partidas dos dedos, um caso de tendo-vaginite e outro de angina tonsilar, com otite média, mastoidite e poliartrite, todos acompanhados de estado septicémico grave. Estes 4 casos curaram-se, na opinião do A., graças ao referido tratamento. Dois dêles tinham sofrido transfusões simples de sangue sem resultado.

Diz o A. que percorrendo a literatura médica se verifica que êste método não ganhou o número de adeptos que os seus resultados pareciam merecer, desde que Wright propôs, em 1919, combinar as transfusões simples com o tratamento preparatório do dador. Êste consiste em injeções subcutâneas de auto-vacinas provenientes do doente em questão e preparadas com o sangue ou com o conteúdo dos focos purulentos; na impossibilidade de assim proceder pode recorrer-se às *stock-vacinas*.

De preferência dador e receptor devem pertencer ao mesmo grupo sanguíneo.

O A., nos casos que tratou, empregou transfusões que variaram entre 250 e 1.000 centímetros cúbicos.

E. ÁLVAREZ.

A estenose rectal inflamatória. (*La estenosis rectal inflamatoria*), por MANUEL CORACHAN. — *Archivos de Medicina, Cirurgia y Especialidades*. Tõmo XXXV. N.º 22. Maio de 1932.

O A. passa em revista a anatomia patológica das lesões estenosantes do recto e a disposição anatómica dos linfáticos e dos gânglios da pelve, para, do seu estudo comparado com outras afecções, tentar concluir da discutida e ainda confusa etiologia da estenose inflamatória do recto.

Para o A. esta doença é consecutiva a uma lesão para-rectal, principalmente de assento ganglionar, que por sua vez toma origem numa infecção

primitiva genital ou ano-rectal de natureza linfo-granulomatose (tipo doença de Nicolás-Fabre). O primeiro estado da doença é devido à estase linfática e à infecção retrógrada dos vasos linfáticos por inflamação ganglionar.

Funda-se, para o convencimento da origem linfo-granulomatose, no paralelismo dos sintomas clínicos e anátomo-patológicos. Esta unidade clínica tinha já sido sugerida por Frei, o qual encontrou positiva a reacção do seu nome em alguns casos de estenose rectal inflamatória em mulheres.

Ao passo que a linfo-granulomatose ingüinal é muito mais freqüente no homem do que na mulher, a estenose rectal inflamatória é mais freqüente na mulher. Este facto, que poderia parecer em contradição com a opinião etiológica do A., explica-se pela localização primitiva (porta de entrada), que sendo na parede posterior da vagina ou no útero, pode daí caminhar directamente à cadeia linfática ilíaca externa, invadindo a pequena bacia.

Abordando o problema da terapêutica, dado que os doentes aparecem, na grande maioria dos casos, em um estado muito avançado da doença, o A. aconselha, como único tratamento, o ânus contra-natura definitivo e continente; descreve, para isso, um processo curioso.

Nos casos em que é fácil a ablação, porque a lesão seja pura ou esteja ainda em estado pouco adiantado ou nos casos que não melhoraram, a-pesar-do ânus contra natura, o A. aconselha a extirpação por via peritoneal, sem que seja necessária a extirpação completa do segmento distal do cólon sigmoídeo, que fica, ao realizar o ânus contra-natura definitivo.

E. ÁLVAREZ.

Hemóstase hepática. (*Emostase epatica*), por A. CIOFFI. — *Annali Italiani de Chirurgia*. Vol. xi. Fasc. 4. 1932.

O A., depois de historiar todos os processos outrora empregados para sustar a hemorragia das feridas do fígado, publica três séries de experiências, feitas em cães e em coelhos, nos quais estuda histologicamente, e em tempos diferentes, a hemóstase pelos agentes físicos (faca diatérmica), mecânicos (*Tabotamp*) e biológicos (músculo de pombo).

Em todas as experiências a hemóstase foi perfeita e não houve hemorragias secundárias.

Quanto ao emprêgo da faca diatérmica, o A. notou que ao fim de 30 dias persistiam ainda as alterações de tipo necrótico degenerativo produzidas pelo agente eléctrico, com fraca regeneração das células hepáticas.

Com os enxertos livres de músculo de pombo existiam, de principio, alterações regenerativas intensas do parênquima hepático immediato à superfície de secção; num segundo tempo, uma extensa cápsula de tecido conjuntivo acaba por envolver o enxerto e as zonas de necrose, sendo este dissociado e invadido pelo connectivo que o cerca.

O *Tabotamp*, como simples corpo estranho introduzido nos bordos da ferida do fígado, é cercado por tecido conjuntivo de reacção, tal como acontece com qualquer outro corpo estranho (*cat-gut*, parafina, etc.).

Conclue o A. que a faca diatérmica deve empregar-se em cirurgia do

figado, principalmente pela hemóstase instantânea; que o músculo de pombo actuando, quer como corpo estranho (factor activo) quer pelo seu excelente poder hemostático, deve ser usado de preferência; que o *Tabotamp* se mostrou eficaz nas experiências, não sendo para desprezar a sua acção.

E. ÁLVAREZ.

Heminefrectomia num rim com dois ureteres por hidronefrose e cálculo em um dos bacinetes. (*Heminephrectomie bei einer Niere mit zwei Ureteren mit Hydronephrose und Stein im einen Nierenbecken*), por STEN FRIBERG. — *Acta Chirurgica Scandinavica*. Vol. LXIX. Fasc. IV. 1932.

O A. junta, a outros dois já publicados, um novo caso de heminefrectomia e relata a história clínica de uma hidronefrose, com cálculo localizado em um dos bacinetes de um rim duplo.

O diagnóstico foi feito antes da intervenção e o doente curou-se completamente com a ressecção da porção do rim alterada pela hidronefrose.

E. ÁLVAREZ.

Contribuição para o estudo da icterícia hemolítica familiar na Suécia, com referência especial aos resultados operatórios. (*Contribution to the Knowledge of Familial Haemolytic Icterus in Sweden, with Particular Reference to Results of Operation*), por TORSTEN M. BECKMAN e K. BRUNO JADERHOLM. — *Acta Chirurgica Scandinavica*. Vol. LXIX. Fasc. IV. 1932.

Os AA. relatam pormenorizadamente 6 casos operados de icterícia hemolítica familiar e juntam mais outros 12 casos, também operados, publicados anteriormente por diversos cirurgiões suecos.

Nestes 18 casos não houve mortalidade imediata. Em 1 caso as dores e a icterícia reapareceram passados 3 anos. Em 2 casos encontrou-se tuberculose ganglionar durante o ano operatório; em 7, a tuberculose manifestou-se em tempo mais ou menos afastado da intervenção cirúrgica.

É possível que os doentes affectados de icterícia hemolítica tenham uma menor resistência às infecções, mas os AA. consideram quasi certo que a esplenectomia, suprimindo a função defensiva do baço, permite que a infecção tuberculosa tome uma marcha altamente maligna nestes casos.

E. ÁLVAREZ.

Alteração da glândula mamária na doença de Hodgkin, por J. MARIMÓN. — *Clinica y Laboratorio*, N.º 112. Abril de 1932.

O A. refere o caso clínico de uma mulher de quarenta anos que, durante a amamentação de um filho, notou o aumento de volume do seio esquerdo e, logo em seguida, o aparecimento de uma tumefacção difusa do pescoço acom-

panhada de tosse e dispneia. O seio doente atingiu o volume duas vezes maior do que o normal, não se notando sinais de mastite.

O A. foi levado a pensar num caso de neoplasia maligna do seio com metástases do mediastino, mas uma biopsia veio infirmar esta hipótese.

Os exames clínico, laboratorial e radiológico conduziram ao diagnóstico de pseudo-leucemia com adenopatia mediastínica.

Apresenta as seguintes conclusões:

1.^a — A megalomastia ou megalomastia linfostática aparece na doença de Hodgkin e noutras afecções do sistema linfático.

2.^a — Nesta alteração da glândula mamária não se nota mastite crónica, nem nódulos linfáticos. Apenas se encontra esclerose conjuntiva e edema linfático subdérmico. Existe um equilíbrio perfeito entre o elemento glandular e o conjuntivo.

3.^a — O tratamento, feito o diagnóstico, é o da doença de Hodgkin: salvarsan, radioterapia, etc., com os cuidados de dosagem necessários.

A. Ródo.

Carcinoma do colo uterino com metástases ósseas. (*Carcinoma of the cervix with bone metastasis*), por RIVA ROSE. — *Radiology*. N.º 3. Março de 1932.

A observação deste caso levou o A. a propor o exame radiológico periódico dos ossos longos nos casos de carcinoma do colo do útero, embora seja considerado uma raridade o aparecimento de metástases ósseas nestes casos.

A. Ródo.

O tratamento, pelos raios X, das complicações gonocócicas no homem. (*The X-Ray treatment of gonorrhoeal complications in males*), por FRANK LIBERSON. — *Radiology*. N.º 4. Abril de 1932.

A roentgenerapia profunda no tratamento das variadas complicações da gonorreia foi estudada em 119 casos num período de seis anos e meio, com especial atenção nos casos de recaídas, e feita a comparação com os casos não tratados por este processo.

A roentgenerapia é especialmente favorável nos casos de dores das complicações articulares, mas não beneficia os casos de adenites, uretrites e epididimites.

A. Ródo.

O tratamento, pelos raios X, dos quelóides e das cicatrizes hipertróficas. (*X-Ray treatment of keloidal and hypertrophic scars*), por B. H. SHERMAN. — *Radiology*. N.º 4. Abril de 1932.

Segundo as observações do A., os raios X não devem ir até o ponto de produzir telangectasias. O tratamento a empregar deve variar segundo os

casos e os raios X, o rádio e a cirurgia são úteis, quando empregados com critério. O prognóstico, em certos quelóides e cicatrizes, deve ser reservado quando se trate, principalmente, de sifilíticos, tuberculosos ou de indivíduos de raça negra. A mais importante advertência no tratamento destas lesões é a precaução no emprêgo de qualquer elemento terapêutico.

Na discussão desta comunicação interveio o Dr. T. M. Burrows com interessantes observações. Segundo êste autor a importância do tratamento da causa do quelóide é tão importante como o próprio quelóide.

Em 200 casos de lesões da face por êle tratados, observou que a formação viciosa da cicatriz era invariavelmente associada com a infecção local da bôca ou de outra parte do corpo. Quando estas infecções locais são tratadas com êxito, as cicatrizes são praticamente invisíveis. Nos casos de grandes quelóides, como sucede nos indivíduos de raça negra, êle trata as infecções locais, extirpa o quelóide cirurgicamente e faz aplicações em seguida de raios X ou rádio. Êste método deu sempre bons resultados desde que a infecção local fôsse tratada com êxito.

As grandes percentagens de infecções têm origem nos dentes e amígdalas, mas um número considerável de doentes recusa a extracção de dentes ou a extirpação das amígdalas.

Cita o caso de uma mulher que tinha um tumor maligno na extremidade do nariz. O tumor foi extirpado a canivete, mas formou-se uma cicatriz hiperrófica disforme. A doente tinha uma amigdalite crônica e aceitou a extirpação das amígdalas. Quatro semanas depois, a cicatriz disforme do nariz havia desaparecido, sem qualquer tratamento local.

A. RÓDO.

As ilhotas de Langherans e o metabolismo das gorduras do fígado. (*Inselorgan und Fettstoffwechsel der Leber*), por A. Löw e A. KREMA. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 14. 1932.

A íntima relação do metabolismo dos hidrocarbonados e das gorduras obrigou a estudar mais profundamente a evolução sofrida por estas no organismo, quando se alargaram as pesquisas que procuraram esclarecer completamente o mecanismo da acção da insulina. Por trabalhos anteriores sabe-se que esta substância, em relação com os hidratos de carbono, desempenha um papel de assimiladora, provocando assim um aumento nas reservas dos depósitos alimentares. Partindo desta verificação, procuraram os AA. saber se a acção da insulina era idêntica para as gorduras. Para isso procuraram, em primeiro lugar, averiguar se as gorduras administradas nas refeições se depositavam no fígado. De facto assim sucedeu, consistindo principalmente em gorduras neutras a esteatose hepática observada; o máximo da infiltração gorda dava-se em média passadas 6 horas, para sucessivamente ir decrescendo. Em estado de inanição dá-se igualmente um aumento acompanhado ao mesmo tempo duma hiperlipemia. Em seguida submetteram os animais, que recebiam a mesma dieta, à acção da insulina, obtendo como resultado uma diminuição na sobrecarga da gordura hepática. Êste facto levou-os a considerar a acção da insulina em relação com as gorduras como essencial-

mente anabólica, por aumento dos depósitos gordos da reserva, e por a insulina ser uma substância que na economia animal desempenha essencialmente êsse papel; a intoxicação provocada por ela explica-se pelo aniquilamento que pode provocar nos processos catabólicos.

J. ROCHETA.

A influência do trabalho da diurese sobre o coração insuficiente. (*Ueber den Einfluss der Diuresearbeit auf der Geschädigte Herz*), por F. DONATH. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 14. 1932.

O A. refere algumas histórias clínicas de doentes com insuficiência cardíaca e nos quais, para a remoção dos edemas, empregou o salirgan como diurético. Nalguns casos, passadas 2 ou 3 injeções, o coração, já em vias de suficiência, mostrou súbitamente sintomas duma recaída acentuada que só desapareceram com o uso da estrofantina. Noutros, empregando concomitantemente o salirgan e o clorato de amónio, com cuja combinação obteve diureses enormes (10 litros num caso), obteve como resultado a morte dos doentes. Como hipótese mais aceitável para a explicação destes acidentes admite o excessivo trabalho que o coração foi obrigado a fornecer para realizar a diurese. Por isso conclue, como ensinamento do que fica exposto, por aconselhar o seguinte: antes de intentar provocar a diurese, tonificar o coração com a dedaleira ou empregar o diurético juntamente com a estrofantina. Durante o trabalho da diurese evitar tanto quanto possível qualquer esforço físico e mesmo psíquico; (se possível, 24 horas de cama). Quando possível, aliviar o coração do trabalho da diurese: punção do hidrotórax, da ascite ou drenagem de Curschmann.

J. ROCHETA.

Sobre o complexo sintomático post-operatório. (*Über den postoperativen Symptomenkomplex*), por H. EPPINGER. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 14. 1932.

Começa o A. — um dos nomes que mais se têm evidenciado no assunto — por fazer a distinção entre a insuficiência circulatória por lesão do coração e a que resulta da paralisia dos vasos-motores periféricos com a conseqüente estase capilar e venosa a seu nível. Embora haja alguns sinais comuns às duas modalidades, é sempre possível clinicamente encontrar sintomas que os diferenciem. E assim o que distingue o colapso venoso ou choque post-operatório (Eppinger, como outros, não estabelecem diferença entre os dois termos) da assistolia é: diminuição do volume-minuto, diminuição da quantidade de sangue circulante e queda da pressão venosa; além disso diminui, no primeiro caso, a área cardíaca que se encontra aumentada no segundo.

As graves perturbações circulatórias que se observam depois das operações, e que se apresentam com o quadro sintomático do colapso venoso, têm uma causa dupla: ou são a conseqüência da intoxicação provocada pela narcose ou resultam do trauma operatório. Êste actua pela histamina ou substâncias afins libertadas ao nível do foco operatório, e que entram na cir-

culação dão origem não só à vaso-dilatação de grandes territórios orgânicos, como ainda à transudação do plasma. O que ainda não está absolutamente resolvido é a região onde actua o tóxico: extremidades vasculares dos condutores nervosos ou centros dos vaso-motores.

Como complicação post-operatória também freqüente, aponta o A. a pneumonia. A causa desta afecção pode ser uma modificação da imunidade individual provocada pela intervenção cirúrgica ou então alterações no mecanismo fisiológico que regula as trocas respiratórias. Entre outros, Klotz e Straaten, provaram que se encontra sempre nos operados uma maior elevação das cúpulas diafragmáticas, uma diminuição da elasticidade torácica e por isso da capacidade vital. A hipoventilação pulmonar provocada conduz naturalmente a zonas de atelectasia onde facilmente se produzem fenómenos inflamatórios. Por factos experimentais sabe-se que é essencialmente a anestesia que concorre para que se dê este resultado, e daí surge naturalmente a indicação duma narcose rápida e mesmo inalações duma mistura oxigénio-anidrido carbónico que, excitando a respiração, provoquem uma mais rápida expulsão do anestésico absorvido.

J. ROCHETA.

Um caso de panmielotísica, refractário à terapêutica. (*Ueber einen therapeutische völlig unbeeinflussbaren Fall von Panmyelophthise*), por F. LASCH. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 14. 1932.

Com o nome de panmielotísica (panmyelophthise) descreveu Frank um quadro mórbido, característico duma lesão grave de todo o sistema hemopoiético, e no qual está compreendido, segundo Nageli, a aleukia e a agranulocitose. Trata-se duma afecção rara quer na sua forma idiopática, quer na forma sintomática.

O A. refere um caso clínico desta doença numa mulher de 74 anos, de início insidioso e evolução e sintomatologia pouco assustadoras, mas que terminou por *exitus letalis* ao fim dum mês, a-pesar-do tratamento intensivo — roentgenerapia, transfusão de sangue, administração de extractos hepáticos — começado logo após os primeiros sinais. Também não foi possível estabelecer uma etiologia segura.

J. ROCHETA.

O tratamento da linfadenite tuberculosa cervical, na infância. (*Die Behandlung der Lymphadenitis tuberculosa colli im Kindesalter*), por K. OCHSEMIN. — *Fortschritte der Therapie*. Heft. 10. 1932.

De todos os órgãos que a tuberculose costuma atacar na infância, os que mais largo contingente apresentam na percentagem são os gânglios linfáticos; e, destes, os mais freqüentemente atacados, abstraindos dos hilares, são os cervicais: face anterior do pescoço, submaxilares, submentais e paralaríngeos. Praticamente, os mais importantes destes grupos são os submaxilares. A sua infecção dá-se pela bôca através do trajecto linfático, a maioria das

vezes directamente, isto é, sem que pelo menos macroscòpicamente se torne objectiva a lesão primária.

O tratamento que o A. recomenda como o mais apropriado consiste na helioterapia do organismo *in toto*, cálcio e legumes em abundância, além de fricções com *Ektebin* no peito e costas em dias alternos. Esta substância, que é uma preparação de tuberculina, deve empregar-se sistematicamente em todos os casos, menos nos gânglios fistulizados. O seu primeiro e mais rápido efeito consiste na diminuição da tumefacção paralinfática.

As aplicações de *Ektebin*, que provocam em geral uma certa irritação cutânea, devem fazer-se sempre depois do banho de sol e suspender-se logo que essa irritação se torne mais intensa.

J. ROCHETA.

As supra-renais e a pressão arterial. (*Nebennieren und Blutdruck*), por S. RUSSNYAK. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 15. 1932.

Como de todos é conhecido, inúmeros são os trabalhos sôbre a tensão arterial e muito se tem discutido sôbre a presumível acção que a adrenalina exercerá na etiologia e patogenia da hipertonia. Os trabalhos de Volhard, sobretudo, admitiam que esta substância devia ser factor de importância na regulação do tónus arterial, mas negam-lhe qualquer participação na hipertensão. Últimamente, porém, de novo surgiu a idea da relação entre a adrenalina e a tensão arterial, provocada pelas investigações de Szent-Györgyi, que provam que a adrenalina deve considerar-se como uma *étape* na destruição duma substância que é em si muito mais eficaz. Esta substância por êle chamada novadrenalina é sob o ponto de vista químico muito semelhante à adrenalina e deve admitir-se que se trata dum éster de adrenalina.

As investigações clínicas feitas pelo A. com a novadrelina apresentam dois resultados importantes: o primeiro prova que esta substância é 10 a 20 vezes mais eficaz que a adrenalina, e o segundo que é muito mais facilmente oxidável. Uma injeccção subcutânea de 0,10 mg. eleva a pressão arterial em muitos casos de 120 a 180 e provoca perturbações objectivas e subjectivas.

A tensão assim elevada mantém-se de 30 a 60 minutos. Nestas circunstâncias pode pensar-se que o regime do tónus arterial seja essencialmente condicionado pela velocidade de destruição da novadrenalina, e como é possível que em certas circunstâncias se dê na própria corrente circulatória uma esterificação da adrenalina, talvez neste mecanismo resida a sensibilidade registada no sistema arterial, em face do sôro dos hipertensos.

J. ROCHETA.

A farmacologia do prominal. (*Zur Pharmakologie de Prominal*), por H. WEESE. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 18. 1932.

O prominal é uma substância inodora e insípida, difficilmente solúvel na água. Devido à sua constituição química, é um derivado barbiturico, a sua acção é essencialmente anti-epiléptica, mas possui em relação com o luminal

a vantagem duma eficácia mais duradoura, além de que é bastante maior a margem entre a acção anti-epiléptica e a acção hipnótica. A-pesar-da sua persistência de acção, o prominal é rápida e quasi totalmente destruído no organismo e por isso, praticamente, é quasi atóxico.

J. ROCHETA.

Sobre uma forma de peri-arterite nodosa subcutânea, de evolução lenta. (*Über eine subkutane Form der Periarteriitis nodosa mit langwierigem Verlauf*), por K. LINDBERG. — *Acta Medica Scandinavica*. Fasc. v-vi, 1932.

O A. refere um caso de peri-arterite nodosa subcutânea num individuo que tinha contraído a sífilis há 30 anos, e que há 9 anos appareceu com nódulos no tecido celular dos membros inferiores, que desapareceram sem tratamento específico, para mais tarde reaparecerem com períodos variáveis de aparição e reaparição. Êste caso e outro que o A. já tinha descrito apresentam as mesmas características de se localizarem no tecido celular subcutâneo e pouparem de alterações importantes os órgãos internos; ambos tiveram uma evolução lenta.

Em qualquer dêles não pôde estabelecer-se a etiologia segura, mas Lindberg admite que a sífilis pode em determinados casos constituir a causa. Em sua opinião, casos como estes, relativamente benignos, não são tão raros como se julga, e se não se faz com mais freqüência o seu diagnóstico, é porque êste exige a extirpação e a análise histológica de um dos nódulos.

J. ROCHETA.

Bibliografia

Ergebnisse der gesamten Tuberkuloseforschung, Heransgegeben von H. ASSMANN, H. BEITZKE, H. BRAEUNING, ST. ENGEL. — Band IV. 494 págs. G. Thieme Verlag, Leipzig, 1932.

Os autores mantêm, no 4.º volume dêste magnífico tratado de tuberculose, as qualidades que aqui apontámos e apreciámos nos volumes anteriores. Estes *Ergebnisse*, publicados que sejam mais alguns volumes, constituirão o melhor tratado de patologia de tuberculose. Por isso os indicamos ao prático.

No volume que temos presente estudam-se desenvolvidamente diferentes capítulos de tuberculologia.

Arborelius trata da *Tuberculose nas populações pouco infectadas*; Kalbfleisch da *Anatomia patológica da tuberculose do velho*; Schröder da *Terapêutica específica e não específica da tuberculose, da quimioterapia e da farmacoterapia*; Kremer do *Oleotórax*; Luedke da *Destruição das aderências no pneumotórax terapêutico*; Nüssel do *Contraste radiográfico da cura da tuberculose pulmonar infantil*; Beutel da *Topografia e morfologia da calcificação intrapulmonar e intraganglionar*.

Arborelius occupa-se sobretudo da propagação da infecção tuberculosa e dos métodos para a sua determinação. A técnica da tuberculina como processo de diagnóstico é demonstrado com extensa casuística pessoal.

Kalbfleisch, ao estudar a anatomia patológica da tuberculose, expõe as ideas modernas sôbre a imunologia da tuberculose, percorrendo as diferentes fases de evolução desta doença: a tuberculose primária (o acidente primário e os componentes ganglionários do complexo primário); a reinfeccção (a reinfeccção linfoganglionar endógena de Ghon, a reinfeccção de Puhl ou superinfeccção, a reinfeccção pura); a tuberculose das serosas; a tuberculose miliar e meníngea; a tuberculose hematógena, extrapulmonar crónica.

A clínica da tuberculose do velho é pormenorizada por Kayser-Petersen. A sintomatologia, a evolução, as formas clínicas e o tratamento da tuberculose são devidamente compendiados. Todavia, em capítulo à parte, G. Schröder faz a crítica das diferentes terapêuticas da tuberculose, incluindo a tuberculinoterapia e a quimioterapia, e marca as indicações e contra-indica-

ções de cada um dos processos terapêuticos. Dos preparados de ouro, o autor tem preferência pelo krisolgan e pelo solganal, aconselhando o seu emprêgo, especialmente nos estádios secundários e nas formas exsudativas da tuberculose pulmonar terciária.

Kremer dá-nos as indicações e contra-indicações do oleotórax, aconselhando-o, sobretudo, no empiema tuberculoso, no empiema do pneumotórax terapêutico, no empiema agudo e ainda para as compressões pulmonares, depois de feito o pneumotórax.

O estudo da destruição das aderências pulmonares a tórax aberto e a tórax fechado (op. de Jacobaeus) é desenvolvido por Luedke. O autor expõe-nos a técnica, as indicações, contra-indicações e complicações do processo.

A cura das diferentes formas da tuberculose pulmonar infantil sob o contraste da radiografia é exposta por Nüssel com magníficas provas radiográficas.

Beutel, na topografia e na morfologia das calcificações intraganglionares e intrapulmonares, dá-nos um apanhado geral dos nossos conhecimentos actuais nesta matéria e expõe-nos ainda os seus trabalhos pessoais.

Resumida a matéria dêste volume, e para fechar a resenha aqui traçada, notamos apenas, como defeito, que alguns dos capítulos se repetem — sobretudo na imunologia da tuberculose — o que torna, por vezes, a leitura um tanto maçadora.

E. GOELHO.

O Kindergarten — Jardim da Infância, pelo Dr. MANUEL SALVAT ESPA-SA. — 1 volume de 174 págs. Salvat edit. Barcelona. 1932.

Um elegante e interessante fascículo ilustrado com 16 gravuras representando diversos jardins da infância de França, Alemanha, Inglaterra e Áustria, acaba de ser publicado pelo Dr. M. S., de Barcelona.

A obra utilíssima dos jardins da infância, em que a cultura física, intelectual e moral das crianças se faz nas melhores condições de higiene e mesmo de conforto, foi criada há dezenas de anos por êsses povos para garantir a saúde dos filhos cujos pais trabalham fora de casa.

O livrinho do Dr. Salvat lê-se com agrado, estimulando as boas vontades, mostrando o caminho a seguir, descrevendo os modelos para quem queira inspirar-se. Apresenta um estudo sôbre a mortalidade infantil (causas de ordem social, causas de ordem patológica) e a séguir à mortalidade seguem-se os capítulos sôbre a assistência higiênica, social e educativa, sôbre o educador, o médico e a enfermeira, sôbre o ensino dos professores e directores dos jardins da infância.

Foi com agrado que deparei com as numerosas referências acêrca dos jardins da infância da Alemanha, França e Viena, que eu visitara há pouco tempo.

Em Barcelona foi criada em 1905 a Escola dos Professores.

Também nos apresenta a escola maternal ao ar livre criada por Mme David-Weill em Paris; escola maternal de verão ao ar livre de Dugny; *nursery* de dia, colónias maternais e creche na Rússia e a obra protectora dos sovietes em favor dos filhos dos proletários, etc, etc. Pode-se afirmar que o jardim da infância é um dos melhores meios de protecção da idade pre-escolar.

É digno de louvor o Dr. Salvat por ter demonstrado todas as vantagens dêste género de instituição ainda tão pouco espalhada entre nós.

O seu livrinho é uma boa arma de propaganda em favor dêste meio incomparável de puericultura.

SARA BENOLIEL.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

A Clínica Neurológica da Universidade de Amsterdam

NOTA

No artigo *Lições de clínica cirúrgica*, pelo Prof. Custódio Cabeça, publicado no n.º 4 da *Lisboa Médica*, pág. 317, as fig. das págs. 338, 339, 340, 341 não mostram todos os pormenores que se encontram nos originais.

os trabalhos de Ariens Kappers, que dirige actualmente um grande instituto em Amsterdam destinado a êsse fim (Holland Zentral Institutes of Hirnforschung).

As entidades oficiais souberam reconhecer o alto mérito desses investigadores, fornecendo ao Prof. Brouwer os meios materiais necessários à criação da sua clínica que se pode considerar modelar dentro da sua orientação.

Existem na Holanda quatro universidades: Groninque, Utrecht, Leyde e Amsterdam. São as três primeiras pertença do Estado e a de Amsterdam, mais moderna, mais bem apetrechada e organizada, é obra da cidade de Amsterdam, cuja municipalidade totalmente sustentou a sua organização.

A clínica neurológica do Prof. Brouwer faz parte do hospital

Também nos apresenta a escola maternal ao ar livre criada por Mme David-Weill em Paris; escola maternal de verão ao ar livre de Dugny; *nursery* de dia, colónias maternais e creche na Rússia e a obra protectora dos sovietes em favor dos filhos dos proletários, etc, etc. Pode-se afirmar que o jardim da infância é um dos melhores meios de protecção da idade pre-escolar.

É digno de louvor o Dr. Salvat por ter demonstrado todas as vantagens dêste género de instituição ainda tão pouco espalhada entre nós.

O seu livrinho é uma boa arma de propaganda em favor dêste meio incomparável de puericultura.

SARA BENOLIEL.

NOTA

No artigo *Ligues deslinhas cirurgica* pelo Prof. Custódio Cabeça, publico
 ção no n.º 4 da *Lisboa Médica*, pag. 317, as sig. das pag. 317, 320, 340, 341
 não mostram todos os pontos que se encontram nos originaes.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

A Clínica Neurológica da Universidade de Amsterdam

POR

ALMEIDA LIMA

Tendo tido ocasião de visitar a Neurologische Klinik da Universidade de Amsterdam, onde o seu director Prof. Brouwer teve a gentileza de me fornecer indicações sôbre a organização e orientação da clínica que dirige, julguei ser útil registrar algumas impressões e factos, cheios de ensinamentos, que ali pude colhêr.

Os estudos neurológicos têm longa e elevada tradição na Holanda, tendo a anatomia comparada do cérebro recebido grandes subsídios dos investigadores holandeses, principalmente com os trabalhos de Ariens Kappers, que dirige actualmente um grande instituto em Amsterdam destinado a êsse fim (Holland Zentral Institutes of Hirnforschung).

As entidades oficiais souberam reconhecer o alto mérito desses investigadores, fornecendo ao Prof. Brouwer os meios materiais necessários à criação da sua clínica que se pode considerar modelar dentro da sua orientação.

Existem na Holanda quatro universidades: Groninque, Utrecht, Leyde e Amsterdam. São as três primeiras pertença do Estado e a de Amsterdam, mais moderna, mais bem apetrechada e organizada, é obra da cidade de Amsterdam, cuja municipalidade totalmente sustentou a sua organização.

A clínica neurológica do Prof. Brouwer faz parte do hospital

universitário (Wilhelmine Gastuis), onde está situada entre os edificios destinados à clinica médica e psiquiatria.

Esta situação topográfica ideal auxilia a colaboração, cada vez mais estreita, entre a clinica geral, a psiquiatria e a neurologia, colaboração efectiva e constante, não só entre os vários serviços clínicos dêste moderno hospital, mas também com o esplêndido instituto de anatomia patológica dirigido pelo Prof. de Vries.

É ainda a *colaboração* a característica orgânica da Neurologische Klinik. Direcção uma só, a do Prof. Brouwer, coordenando e unificando o trabalho das várias secções da sua clinica: a fisiologia experimental, a histologia, a clinica e a cirurgia.

Entende o Prof. Brouwer que o moderno estudo de um caso neurológico deve ser sempre encarado sob êsses vários pontos de vista: anatómico, fisiológico, clínico e, quando possível, cirúrgico. O progresso da neurologia não se pode fazer sem o trabalho em conjunto e estreita colaboração dêstes vários ramos.

O Prof. Brouwer estimula os seus discípulos, entre os quais se contam numerosos estrangeiros, no estudo sucessivo das técnicas, da fisiologia experimental, da histologia e da clinica; não permitindo a orientação exclusiva num determinado sentido.

Outra característica extremamente interessante da escola de Brouwer é a reunião da cirurgia à neurologia formando um bloco que êle considera indispensável.

Avalia-se a importância concedida à cirurgia do sistema nervoso pelo número de casos existentes na clinica, onde mais de 20 % dos doentes internados são casos cirúrgicos.

A neuro-cirurgia tem nos últimos anos oscilado entre várias fórmulas todas susceptíveis de justas críticas; o método de trabalho seguido na clinica de Brouwer pareceu-nos a fórmula ideal no estado actual dos nossos conhecimentos. Os doentes são observados pelo neurologista e, quando êste entende tratar-se de um caso do fôro cirúrgico, envia-o ao neuro-cirurgião que o interna na enfermaria de cirurgia, o estuda de novo e lhe põe o seu diagnóstico e indicação terapêutica. Qualquer dúvida suscitada entre a opinião do neurologista e a do neuro-cirurgião é discutida em conjunto. O importante desta prática é que a-pesar-de o Prof. Brouwer ser o director e portanto responsável do que se passa no seu serviço, é o cirurgião que faz o diagnóstico do seu doente e opera com o seu *próprio* diagnóstico e indicação terapêutica.

É ainda aqui a colaboração que vem trazer grande utilidade ao neuro-cirurgião e ao neurologista, somando os conhecimentos e experiência especiais de um e de outro, não se opondo mas conjugando-se os dois para melhor esclarecimento do caso e proveito do doente.

A neuro-cirurgia está na Neurologische Klinick a cargo do Dr. Oljenick, discípulo de Cushing com quem trabalhou dois anos, após quatro de prática anatómica e clínica ao lado do Prof. Brouwer.

Os resultados obtidos em neuro-cirurgia são óptimos, a ponto de o Prof. Brouwer, que, como tanto neurologista, passou por um período de descrença nos resultados da cirurgia do sistema nervoso quando entregava os seus doentes aos cirurgiões gerais, dedicar agora grande parte do seu tempo ao estudo dos problemas que com ela se relacionam.

Tanto o Prof. Brouwer como o Dr. Oljenick não fazem clínica fora do seu instituto, tendo no próprio instituto instalações para doentes particulares. Esta prática apresenta uma quádrupla vantagem científica, pois as histórias dos casos são todas feitas segundo o mesmo paradigma e os doentes, quer particulares quer do hospital, sujeitos aos mesmos estudos e regras; vantagem para o doente pois tem a sua disposição aparelhos, laboratórios, instalações e assistência, impossíveis de encontrar noutra local; vantagem para o instituto pois os doentes particulares pagam o suficiente para dar lucro ao serviço; e, finalmente, vantagem para o médico que, tendo todos os seus doentes reunidos, tem muito mais tempo disponível para se dedicar a trabalhos de investigação.

*

* *

Como dissemos, a Neurologische Klinick dirigida pelo Prof. Brouwer faz parte de um grande conjunto hospitalar, o Wilhelmine Gastuis, que pertence à cidade de Amsterdam e onde estão instaladas as clínicas universitárias.

O edifício da clínica, exteriormente com as linhas arquitectónicas de uma construção holandesa do século xvii, está interiormente fornecido de tudo quanto as mais severas regras do conforto, da higiene e da técnica moderna exigem.

A clínica, inaugurada em Setembro de 1929, consta de quatro pavimentos com capacidade para mais de 120 camas, muito à larga em cómodas salas. Existem, além destas, mais 7 camas em elegantes quartos destinados aos doentes particulares do director da clínica e do neuro-cirurgião.

No primeiro pavimento estão situadas as enfermarias para homens ligadas por uma vasta varanda envidraçada, que serve para recreio dos doentes e sala de fumo. Neste pavimento acha-se instalada também a consulta externa e os laboratórios clínicos (químico e bacteriológico), destinados só às necessidades diárias da clínica, mas não à investigação científica. Em pequenas salas anexas estão as instalações para o estudo do campo visual e fundo do olho, funções labirínticas, etc. Além disto encontram-se neste pavimento o gabinete da enfermeira chefe (a enfermagem é feminina), a cozinha para dietas especiais, casas de banho, etc.

A planta do segundo pavimento é a reprodução da do primeiro, mas no lugar dos laboratórios tem uma pequena enfermaria para crianças, quartos para os operados e o arquivo da clínica.

O terceiro pavimento tem à direita: um grande laboratório anatómico ao qual estão apensos dois mais pequenos para o estudo da histologia fina do sistema nervoso, o gabinete do Prof. Brouwer, e um gabinete espaçoso destinado aos assistentes.

Encontra-se nesta secção o arquivo das peças anatómicas, em que um engenhoso sistema de dupla classificação torna muito fácil encontrar a peça ou preparação desejada. O número de cérebros não seccionados é muito pequeno, pois todos, após o exame macroscópico e tomadas as necessárias fotografias, são cortados. Existe assim neste arquivo uma colecção de mais de 500 cérebros patológicos, das mais diversas enfermidades, todos minuciosamente cortados e corados por várias técnicas.

Tem assim, quem queira estudar a patologia ou a anatomia normal, a facilidade de compulsar esta riquíssima colecção de cortes de todas as regiões cerebrais, coradas por processos padrões.

Concorre para facilitar o trabalho de quem estuda na clínica de Brouwer uma riquíssima biblioteca, existente nesta mesma secção, onde se encontram, segundo me disseram, todas as revistas de neurologia que se publicam.

Ao centro deste pavimento estão as instalações de cirurgia.

que constam de uma moderníssima sala de operações para intervenções assépticas, outra mais pequena para as sépticas (abscessos cerebrais, etc.), sala de anestesia, sala de ferros, etc. Próximo da sala de operações encontra-se a instalação para a roentgeniagnóstico especial (encefalografia, ventriculografia, lipiodol, etc.). Uma mesa especial e a disposição dos aparelhos de raios X, com os componentes mais volumosos no andar superior e não existindo na sala senão a ampôla, facilitam muito a prática da ventriculografia e dos outros métodos empregados pelo Dr. Oljenick.

Próximo da secção cirúrgica encontram-se as instalações para os doentes particulares, constantes de sete elegantes quartos, uma luxuosa sala de estar e um gabinete de mecanoterapia. Encontram-se aqui também as salas de terapêutica pelos agentes físicos: diatermia, electroterapia, raios ultravioletas, etc.

À esquerda acha-se a secção de fisiologia experimental, dirigida pelo investigador de nomeada De Iong. Os trabalhos saídos dêste laboratório, principalmente sôbre a catotonia experimental, os movimentos involuntários, a bulbo-capnina, a fisiologia do sistema piramidal, são conhecidos e apreciados por todos quantos se dedicam ao estudo da fisiologia e da clínica do sistema nervoso. Esta secção, esplendidamente apetrechada, está dotada com material completo de inscrição gráfica (quimógrafos de vários tipos, tambores de Marey, etc.), mesa de cronaxia de Bourguignon, galvanómetro de corda, etc.

Possue também numerosos aparelhos inventados pelo próprio De Iong e seus colaboradores, e outros do grande mestre holandês, falecido não há muito, Wertheim Salomonson, como por exemplo o quimógrafo de rotação helicoidal, que permite traçados extremamente longos, e um aparelho para fotografia do fundo do olho.

No quarto e último andar encontram-se as instalações para os animais de experiência e as secções de fotografia, cinematografia, microfotografia, desenho, etc.

* * *

Sendo esta clínica uma clínica universitária, é freqüentada pelos estudantes que aí fazem um internato de três semanas, permanecendo no serviço todo o dia, trabalhando nas histórias clí-

nicas e nas análises e assistindo às demonstrações anátomo-patológicas. Todos os dias, às 4 horas da tarde, o chefe da clínica mostra os casos interessantes do dia e discute-os perante os assistentes e estudantes.

Faculdade de Medicina do Pôrto

Os professores e assistentes da Faculdade distribuíram entre si os trabalhos científicos de estudo e revisão seguintes, destinados ao Curso de Semiótica Laboratorial que deve realizar-se no próximo ano lectivo de 1932-33: «Novas relações urológicas», pelo Prof. Alberto de Aguiar; «Semiótica laboratorial do cancro», pelo Prof. Armando Tavares; «Acidose renal (semiótica analítica)», pelo Prof. Elísio Milheiro; «O sangue dos sífilíticos, leucemias e o seu tratamento», pela Dr.^a Adelaide Estrada; «Granulações linfocitárias», pelo Dr. Álvaro de Aguiar; «Reserva alcalina e pH sanguíneos», pelo Dr. Maçãs Fernandes; «Equilíbrio cloro-azotémico normal e patológico», pelo Dr. Acácio Tavares.

Hospitais Cívicos de Lisboa

A fim de solicitar que o enfermeiro-mor dos hospitais não possa assalariar empregados e funcionários de várias categorias, que só poderão ser recrutados por concurso, um grupo de médicos com o diploma de internato completo nos Hospitais Cívicos apresentou ao sr. Ministro da Instrução uma exposição detalhada.

Academia das Ciências

Na sessão do dia 2 de Junho, a que presidiu o Prof. Egas Moniz, o Prof. Sabino Coelho falou sobre «Operadores nacionais e estrangeiros».

O Prof. Egas Moniz apresentou uma comunicação em seu nome e no dos Drs. Abel Alves e Fernando de Almeida, sobre a «Visibilidade das veias profundas do cérebro».

Sociedade das Ciências Médicas

Presidiu o Prof. Reinaldo dos Santos à sessão de 14 de Maio.

A ordem da noite foi a seguinte: «Os seios venosos da dura-máter, sua

visibilidade aos raios X», pelos Srs. Prof. Egas Moniz e Drs. Abel Alves e Fernando de Almeida; «Vômito moldado dum hipersténico alcoólico», pelo Dr. Adriano Burguette; «Aneurisma arterial ileo-femural, operação de Matas, cura», pelo Prof. Reinaldo dos Santos; «Indicações e contra-indicações da cura hidromineral do Gerez», pelo Dr. Soeiro de Almeida.

Sociedade Portuguesa de Estomatologia

No dia 12 de Maio, reuniu-se a Sociedade Portuguesa de Estomatologia, sob a presidência do Dr. Tiago Marques.

O Dr. Armando Lima apresentou um caso de anestesia completa dos nervos dentários que permitiu a trepanação dos dentes e a pulpectomia indolor.

O Dr. Pereira Varela falou sobre «Estomatites úlcero-membranosas fusiformes de Vincent» e sobre «Um caso de herpes Zoster».

Congresso internacional de litíase biliar

Vichy, 19-22 de Setembro de 1932

O Congresso internacional de litíase biliar que terá lugar em Vichy, de 19 a 22 de Setembro próximo, sob o alto patrocínio do sr. Ministro da Saúde Pública, sob a presidência do Sr. Prof. Carnot, membro da Academia de Medicina, e sob a presidência de honra dos Srs. Profs. Von Bergmann (Berlim), J. Cantacuzenê (Bucarest), Chas. Gordon Heyd (New-York), Hijmans van den Bergh (Utrecht), Marañón (Madrid), Lord Moynians of Leeds (Londres), A. Navarro (Montevideu), Rousseau (Quebec), Sanarelli (Roma), R. Verhoogen (Bruxelas), membros da Academia de Medicina.

Além dos relatórios cuja lista foi indicada precedentemente, as comunicações apresentadas pelos membros do Congresso serão repartidas entre as quatro secções do mesmo: «Medicina», «Cirurgia, terapêutica e hidrologia», «Electro-radiologia» e «Fisioterapia».

Visto o importante número de comunicações já anunciadas, cada congressista apenas terá direito a uma só comunicação de três páginas de quarenta linhas de cinquenta e quatro letras. Os congressistas podem fazer a sua comunicação na língua que escolherem; as que sejam apresentadas em língua estrangeira deverão ser acompanhadas de um pequeno resumo escrito em francês.

O título das comunicações deverá ser anunciado por escrito, ao Secretariado Geral do Congresso, antes do dia 1.º de Julho de 1932.

São admitidos como membros titulares do Congresso os médicos francezes e estrangeiros.

O direito de inscrição no Congresso é fixado na soma de 50 francos francezes para os membros titulares e 25 francos francezes para os membros associados (mulher e filhos não casados), assim como para os internos dos hospitais e os estudantes de medicina francezes e estrangeiros.

Condições particulares de estadia estão previstas para os congressistas num certo número de hotéis durante os quatro dias do Congresso.

As grandes linhas de caminho de ferro francêses concedem uma redução de 50 % sob a forma de bônus individuais. Estes bônus serão válidos à ida, do local da residência (ou do ponto de entrada em França) a Vichy e, à volta, de Vichy à residência (ou ao ponto de saída de França) com passagem facultativa por Paris.

A validade dêstes bônus, que devia ser de 15 dias, acaba de ser prolongada e poderão ser utilizados de 1 a 30 de Setembro, isto com fim de permitir, particularmente, aos médicos estrangeiros que assistirão ao Congresso, permanecerem mais tempo em França, se desejarem.

Todos os pedidos de informações, adesões, cotizações devem ser dirigidos ao Dr. J. Aimard, secretário geral do Congresso internacional da litíase biliar, 24, Boulevard des Capucines, Paris (9^{ème}).

O limite das inscrições no Congresso foi fixado para 1 de Agosto.

Congresso Luso-Espanhol

Realizado êste ano em Lisboa, o Congresso Luso-Espanhol teve uma secção de ciências médicas a que presidiu o Prof. Silva Carvalho.

Foram apresentados trabalhos dos Drs. Cristiano de Moraes, Álvaro Rodrigues, Sousa Pereira e Ernani Monteiro.

Bolsas de estudo para o Instituto «Benito Mussolini» em Roma

Lembramos aos Governos e às Sociedades Nacionais membros da União que a Federação Nacional Italiana Fascista da luta contra a Tuberculose põe a disposição da União Internacional contra a Tuberculose duas Bolsas de estudo para o Instituto «Benito Mussolini» em Roma.

As condições oferecidas são as seguintes :

As bôlsas postas a concurso no valor de 6.000 liras cada, além da alimentação e residência, servem para facilitar o estágio dos médicos estrangeiros no Instituto «Benito Mussolini» em Roma.

Esta permanência será durante o ano universitário (de 15 de Novembro a 15 de Julho), isto é, 8 meses interrompidos pelas férias usuais.

Os possuidores de bôlsas são obrigados a habitar no Instituto.

As bôlsas serão concedidas de preferência a médicos novos, já familiarizados com os problemas da tuberculose, e que desejem aperfeiçoar-se nesta especialidade.

Os trabalhos a fazer no Instituto serão determinados de acôrdo com o director do Instituto e o candidato.

As publicações que resultem dêstes trabalhos poderão ser pagas parcial ou totalmente pelo Instituto.

A concessão destas bôlsas tem lugar regularmente na sessão de verão do *Comité* Executivo, ou seja êste ano, a 5 de Setembro, às 16 horas.

Os nomes dos candidatos, acompanhados das informações sôbre a sua idade, aptidões, experiência profissional, etc., devem ser enviados à sede do Secretariado, 66, Boulevard Saint Michel, antes de 15 de Julho de 1932.

Não será tido em conta nenhum acto de candidatura que não seja transmitido ao *Comité* Executivo pelo Govêrno ou Associação que faça parte da União Internacional.

Viagem médica na Itália (Norte-Sul)

De 5 a 21 de Setembro de 1932, realizar-se-á em Itália a 9.^a viagem médica (Norte-Sul) organizada pelo Office Nacional de Turismo Italiano (E. N. I. T.). Iniciar-se-á em Turim e terminará em Viareggio. Visitar-se-ão as seguintes localidades: Gressoney, Lourmayeur, Logne, estações climatéricas de Vale d'Aoste e S. Vicente, estações hidro-minerais da mesma região; Stresa, Motarone, Pallanza e Baveno no Lago Maior; Bognanco, estação termal próximo de Domodossola; Lago d'Orta; Termas de d'Acqui; Nervi, S. Margarida, Portofino, Rapallo, Sestri Levante, Praias balneares da Riviera e finalmente Viareggio banhada pelo mar da Toscana.

A viagem será feita em 1.^a classe sob a direcção do Prof. Guido Ruata. Em todas as localidades os excursionistas serão hospedados nos principais hotéis. O preço da inscrição é de 1.500 liras no qual estão incluídas as despesas da viagem.

Cada pessoa inscrita receberá um bilhete de metade da tarifa para ir da fronteira a Turim e outros dois bilhetes também de metade da tarifa válidos por um período longo, para duas viagens, à sua escolha, depois de terminar a de Norte-Sul. Os médicos que quiserem poderão ir com um membro da sua família observando as mesmas condições.

Para qualquer informação para a inscrição, é favor dirigirem-se à E. N. I. T., Via Marghesa, 2. Roma.

Semana da tuberculose

De 15 a 21 de Maio realizou-se por iniciativa da Assistência Nacional aos Tuberculosos, como no ano anterior, a Semana da tuberculose, destinada a angariar donativos e a promover a instrução do povo no sentido da luta contra a tuberculose.

O programa da semana foi o seguinte :

Domingo, 15. — Dia da propaganda. Em todos os jornais se publicou uma secção dedicada à luta anti-tuberculosa. Os párocos de todas as freguezias do continente e ilhas leram um folheto «O perigo da tuberculose». As estações radiofónicas portuguesas fizeram emissões de propaganda. Nas casas de espectáculo foram lidas breves noções de profilaxia da tuberculose.

Segunda-feira, 16. — Dia do emblema. Venda em toda a cidade do emblema da A. N. T. por 1.200 senhas.

Terça-feira, 17. — Dia das escolas. Os professores primários fizeram aos alunos a leitura de preceitos profiláticos da tuberculose.

Quarta-feira, 18. — Dia dos convites. Os chefes de família convidaram para almoçar ou jantar em sua casa pessoas das suas relações, cobrando-lhes, em beneficio da A. N. T. a importância dessa refeição.

Quinta-feira, 19. — Dia dos artistas teatrais. Os artistas teatrais venderam, no Chiado e nas ruas da baixa, balões com o emblema da A. N. T.

Sexta-feira, 20. — Dia da viação. Serviço de praça feito pelos automóveis particulares, revertendo toda a receita recolhida a favor da A. N. T.

Sábado, 21. — Dia do comércio e da indústria. Aposição do sêlo anti-tuberculoso nos artigos vendidos nesse dia.

Domingo, 22. — Pedirório à porta das igrejas.

O Prof. Lopo de Carvalho pronunciou uma conferência sobre «O problema da tuberculose» na Casa da Imprensa. Também proferiram conferências o Prof. Ferreira de Mira e os Drs. : Alberto de Carvalho, Leça da Veiga, António de Meneses, Rui de Eça, Francisco Seia, Matos Cid, Rui Canas, Pedro Dias, Raúl Faria, Azevedo Rua, Martins Carneiro, Álvaro Negrão, António Batoreo, Pacheco de Miranda, Formosinho Sanches, Carlos Vidal, João Valente, C. Salazar de Sousa, J. C. Belo Morais, J. R. Belo Morais, Armando Cancela de Abreu e Armando Narciso.

Maternidade Alfredo Costa

Inaugurou-se solenemente, no dia 31 de Maio findo, a Maternidade Alfredo Costa, com a assistência do sr. Presidente da República e de muitos professores da Faculdade de Medicina.

Durante a sessão falaram o Prof. A. Monjardino, o sr. Ministro do Interior e o Prof. Costa Sacadura.

No *Diário do Governo* publicou-se o regulamento orgânico da nova Maternidade, de que é director o Prof. A. Monjardino e subdirector o Prof. Costa Sacadura.

Prof. Gama Pinto

Na Escola Médica de Goa vai instituir-se uma medalha de ouro de homenagem ao Prof. Gama Pinto, para ser conferida anualmente ao aluno mais distinto. A medalha será adquirida por subscrição aberta no concelho de Bardez, de onde é natural aquele professor.

Saúde pública

Consoante a proposta do governador de Macau, vai ser contratado como médico daquela colónia o Dr. Eduardo Alves dos Reis. O Dr. Aragão Lacerda regressará ao quadro de Timor.

— Em volta de Macau estabeleceu-se um cordão sanitário para obstar ao progresso da epidemia de meningite cérebo-espinhal que atingiu proporções graves.

— O Dr. Jorge António de Carvalho assumiu as funções de subdelegado de saúde em Arruda dos Vinhos.

Conferências

No Instituto Clinico da Junta Geral do Distrito realizaram-se as seguintes conferências da série de divulgação científica: «O analista auxiliar do médico», pela Dr.^a Judite Gonçalves; «A dor em neurologia», pelo Dr. Luiz Pacheco; «Terapêutica pelos raios ultravioleta», pelo Dr. Castelo Branco Saraiva; e «Hereditária», pelo Dr. Dias Costa.

A Dr.^a Palmira Lindo pronunciou uma conferência sobre «Doenças usuais nas crianças», na sede da Cruzada das Mulheres Portuguesas.



Combate à doença do sono

Inscreeveu-se no orçamento de Angola para o futuro ano económico a quantia de 2.700 contos destinados à continuação do combate à doença do sono.

Partidos médicos

A Câmara Municipal de Moita aposentou o médico do partido, Dr. José Baleiras Proença, e nomeou interinamente para o substituir o Dr. António de Macedo Faria.

— Criou-se um partido médico em Vila Fernando (Guarda) e outro em Sabóia (Odemira).

— O Dr. José C. Rocha da Trindade tomou posse do lugar de médico municipal de Mira (Pôrto de Mós).

Médicos militares

Foram promovidos, a coronel médico o tenente-coronel médico do quadro de saúde de Macau, Dr. Antonio do Nascimento Leitão, e a major médico o capitão Dr. António Caetano Xavier de Faria.

Necrologia

Faleceram, em Lisboa o Dr. Marcelo de Castro, capitão médico miliciano, e no Pôrto o Dr. António Ribeiro Seixas.





Tratamento completo das doenças do fígado e dos síndromas derivativos

Litíase biliar. insuficiência hepática. colemia amiliar,
doenças dos países quentes,
prisão de ventre, enterite, intoxicações, infecções



Opoterapias hepática e biliar
associadas aos colagogos

2 a 12 pilulas 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.ª Rua da Palma, 240 - 246 — LISBOA

Tratamento específico do Hipofuncionamento ovarico

HORMOVARINE BYLA

FOLICULINA FISIOLÓGICAMENTE TITULADA

Dismenorreia, Amenorreia, Menopausa, Castração cirurgica, Esterilidade.

Em caixas de 6 empôlas de 1 c. c. tituladas a 10 unidades de foliculina

ETABLISSEMENTS BYLA — 26, Avenue de l'Observatoire — PARIS

PEDIR LITERATURAS AOS AGENTES PARA PORTUGAL :

GIMENEZ-SALINAS & C.ª, 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 efello irritante do mesmo e consequentes dôres de estomago. O organismo não se acostuma a este remedio, o que quer dizer que não perde o seu efello com o uso habitual, nem tão pouco afecta a digestão.

Em pó



Em comprimidos



Vende-se em todas as farmacias e boas drogarías

**Dr. A. WANDER
S. A. BERNE**

Unicos concessionarios para Portugal:
ALVES & C.^a (Irmãos)
Rua dos Correeiros, 41, 2.^o
LISBOA