

Ano X

N.º 3

Março 1933



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECCÃO

PROFESSORES

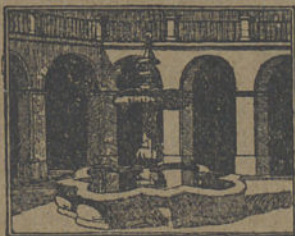
*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,
Lopo de Carvalho, Pulido Valente, Adelino Padesca,
Henrique Parreira, Carlos de Melo,
Reynaldo dos Santos e António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

KALOGEN

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

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

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

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

Muitos Strophantus são inertes, as tinturas são 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 — e PHARMACIAS.

DOUTOR:
NÃO CAÍD/ EM
QUE PRECISE TONI-
FICAR UM ORGA-
NI/MO DEBILITADO
RECORDE O

Phosphorrendal

ROBERT!

NA/SUA/ TRES FORMAS:
GRANULADO-ELIXIR
INJECTAVEL
LABORATORIO
ROBERT!



Sala B

Est. 7

Tab. 2

N.º 3

Depositários para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a 240, Rua da Palma, 246



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

STYPTICINA (Cloridrato de cotarina) MERCK

Principalmente as hemorragias uterinas são sustadas pela

STYPTICINA
com extrema rapidez.

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

Peçam amostras e literatura a:

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

Representantes:

Estabelecimentos Herold Lda.,
Rua dos Douradores, 7
LISBOA

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 606, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de **BIOQUÍMICA MÉDICA**

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI^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, ECLAMPسيا

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

STANNOXYL

Tratamento da furunculose e de todas as doenças com estaphylococcus

antraz, Iercol abscessos do seio e berbulhagem

Produto com base de zinco e óxido de zinco, preparado de harmonia com os trabalhos sientíficos de A. Frouni.

Laboratorios Robert & Carrière—Paris

Agente em Portugal: A. G. ALVAN-R. da Madalena, 66, 2.^o-Lisboa

Salvitae

Na sub-infecção intestinal

SALVITAE é o processo que permite ao medico contrastar eliminação e alcalisação, actuando de maneira fundamental e eficiente na protecção do organismo contra a Sub-infecção intestinal, Toxemia, Acidose, Uricacidemia, Prisão de ventre

e num grande numero de enfermidades caracterizadas por um metabolismo imperfecto, eliminação deficiente e desarranjos no equilibrio acido-basico do corpo.

AMERICAN APOTHECARIES CO.

Agentes em Portugal:

Jimenez - Salinas & C.^a

240, Rua da Palma, 246 LISBOA



"O tempo é curto e é perigoso experimentar; decida-se prontamente e aplique um remédio efectivo, o que evitará um tratamento incerto."—

HIPOCRATES

Antiphlogistine

é um grande auxiliar quando usado como aplicação tópica no tratamento das

DORES REUMATICAS

A variedade de classificações e tipos de reumatismo, provavelmente, não são mais que degraus no processo da mesma doença, e todos respondem favoravelmente ás applicações continuadas de calor húmido

A *Antiphlogistine*, aplicada quente, em camada espessa, sobre a area afectada,

ALIVIA OS ESPASMOS MUSCULARÈS E DIMINUE A DOR E A INCHAÇÃO

A *Antiphlogistine* é o penso ideal, suave e antiséptico, para os estados associados com a inflamação ou congestão



The Denver Chemical Mfg. Co.,
163 Varick Street, New York, N. Y.

Robinson, Bardsley & Co., Lda.

Caes do Sodré, 8, 1.º

L I S B O N

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. 21476
 G. DELTA

Agente no PORTO

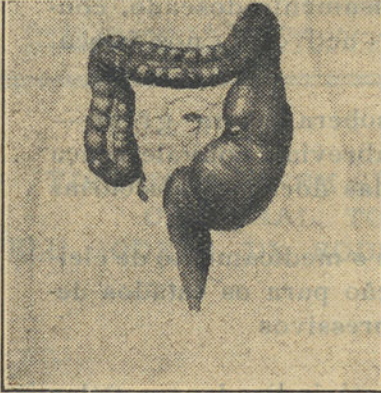
M. PEREIRA DA SILVA, L. LOIOS, 36. Telefone 701

PÕ
 DE **ABYSSINIA**
EXIBARD
Sem Opio nem Morphina.
 Muito eficaz contra a
ASTHMA
 Catarrho — Oppressão
 e todas affecções espasmodicas
 das vias respiratorias.
 25 Anos de Bom Exito. Medalhas Ouros e Prata.

H. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C^o
 8, Rue Dombasle, 8
 PARIS

E BOAS PHARMACIAS

CORRECÇÃO DO INTESTINO HABITUADO A LAXATIVOS



O emprego constante de laxativos, sem consentimento médico é a causa comum da auto-intoxicação intestinal. Liquefazendo o conteúdo intestinal, produzem um meio de cultura muito

próprio para o desenvolvimento de bactérias.

Os produtos que se formam desta putrefacção e fermentação, são geralmente de carácter tóxico, e sendo absorvidos em excesso, resulta uma auto-intoxicação.

Em tais condições, é da maior importância modificar a consistência das fezes, e para se conseguir êste fim, recorrer ao 'Petrolagar'.

O 'Petrolagar' auxilia o intestino a funcionar por uma fôrma normal e salutar, produzindo no trajecto intestinal uma massa bem moldada, movida facilmente, podendo considerar-se de natureza inteiramente mecânica.

'Petrolagar'

(Marca Registada)

PETROLAGAR LABORATORIES LIMITED,
BRAYDON ROAD, LONDRES, N. 16, INGLATERRA.

Representante em Portugal:

RAUL GAMA, R. DOS DOURADORES, 31, LISBOA.

KOLA ASTIER

Extrato completo, rigorosamente doseado, contendo todos os princípios activos da noz fresca.

A Kola Astier soberana na gripe — abrevia a convalescência das doenças infecciosas

A Kola Astier é o medicamento de eleição para os estados depressivos

A Kola Astier está indicada em todas as afecções agudas ou crónicas do aparelho respiratório

A Kola Astier estimula o sistema nervoso, desperta as faculdades intellectuais, combate o *surmenage*

A Kola Astier tonifica a energia, regularisa o ritmo cardiaco

DOSE MÉDIA: 2 COLHERES DE CAFÉ POR DIA

LABORATOIRES P. ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche
PARIS

Literatura e Amostras:

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



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Visibilidade, em série, da circulação cerebral, tornada visível pelo iodeto de sódio e pelo torotraste</i> , por Egas Moniz, Abel Alves, Pereira Caldas e Diogo Furtado.....	Pág.	111
<i>Interpretação das opacidades nas séries angiográficas da cabeça</i> , por Egas Moniz, Abel Alves e Pereira Caldas.....	»	122
<i>Tuberculose do rim e da cápsula supra-renal direita — nefrectomia e supra-renalectomia direita há 19 anos — calculose do rim único — nefrolitomia. Cura.</i> por Alberto Gomes.....	»	144
<i>Meningite puriforme asséptica</i> , por Carlos Salazar de Sousa.....	»	149
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	»	159
<i>Notícias & Informações</i>	»	XIII

VISIBILIDADE, EM SÉRIE, DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL, TORNADA VISÍVEL PELO IODETO DE SÓDIO E PELO TOROTRASTE

POR

EGAS MONIZ, ABEL ALVES, PEREIRA CALDAS E DIOGO FURTADO

O torotraste é inteiramente inofensivo na prova angiográfica do cérebro. A solução de iodeto de sódio a 25 0/0 produz um ligeiro incómodo; por isso, não nos julgamos autorizados a empregar sistematicamente este soluto para investigações fisiológicas. Só o empregamos em casos especiais, quando o iodeto de sódio pode ser utilizado com fins terapêuticos.

Em dois casos de epilêpticos novos empregámos, últimamente, o iodeto que, algumas vezes, nos pareceu trazer benefícios a estes doentes. Num dêles, uma rapariga de onze anos, foi experimentado o torotraste de um dos lados, para exploração da circulação cerebral, sem vantagem terapêutica. Tentámos, do outro lado, a injeccção com o iodeto de sódio e, em seguida e na mesma sessão, fizemos uma segunda injeccção de torotraste.

Foram-lhe injectados, na carótida primitiva, e exactamente nas mesmas condições de velocidade, 9 cc. de soluto de iodeto de sódio a 25 0/0 e, quinze minutos depois, 9 cc. de torotraste, sem inconveniente algum para a doente. Como se tratava de uma criança irrequieta, foi-lhe feita anestesia geral pelo éter. Deveremos acrescentar que os resultados terapêuticos, se os houve, foram passageiros, voltando a doente a ser acometida pelos aces-



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMARA

sos, como anteriormente. As arteriografias mostraram que não existia neoplasia que produzisse desvios arteriais.

Apreciemos as duas séries, que as figs. 1 e 2 reproduzem, mostrando, quanto é possível em reduções, a sucessão das opacidades encontradas.

SÉRIE ANGIOGRÁFICA OBTIDA PELO IODETO DE SÓDIO

Na arteriografia I da fig. 1, tirada no final da injeção de 9 cc. de soluto de iodeto de sódio, nota-se a rede arterial. Não é muito nítida, mas podem identificar-se, quer as artérias que constituem o grupo sílvico, quer a cerebral anterior e a artéria pericalosa em posição normal.

Comparando este filme com o II da mesma figura, vê-se que é mais opaco, tanto no crânio como na face. Em outro artigo, apreciaremos as opacidades dos filmes obtidos em série. Por agora, basta dizer que essa opacidade deve resultar da passagem de uma parte do soluto opaco pelos capilares dependentes da circulação da carótida externa. Devido à velocidade da injeção, que força esta circulação, a mistura sangue-torotraste é levada aos capilares, que imediatamente se esvaziam.

O filme II apresenta-se claro. A mancha que ensombra a angiografia I desapareceu. Devemos notar que as radiografias são sempre feitas nas mesmas condições, em instantâneos de 2/100 de segundo. O II filme mostra ainda uma arteriografia e sem mudanças apreciáveis da que se observa em I. Apenas o sifão carotídeo se apresenta um pouco esvaziado do líquido opaco.

Na III angiografia, dois segundos depois da injeção, desapareceu o sifão. Ainda se vêem as artérias na sua parte terminal e algumas veias ascendentes a lançar-se na metade posterior do seio longitudinal superior. Este filme é um pouco mais opaco do que o anterior (II), mas só na sua porção intracraniana. Começa a fazer-se neste momento a passagem — sempre rápida — pelos capilares cerebrais.

No filme IV, com três segundos da circulação sangue-iodeto de sódio, as veias são muito abundantes e a opacidade capilar é mais forte do que no filme anterior. Esta opacidade é ainda devida aos capilares cerebrais, pois a opacidade mantém-se dentro do crânio e não invade a face.

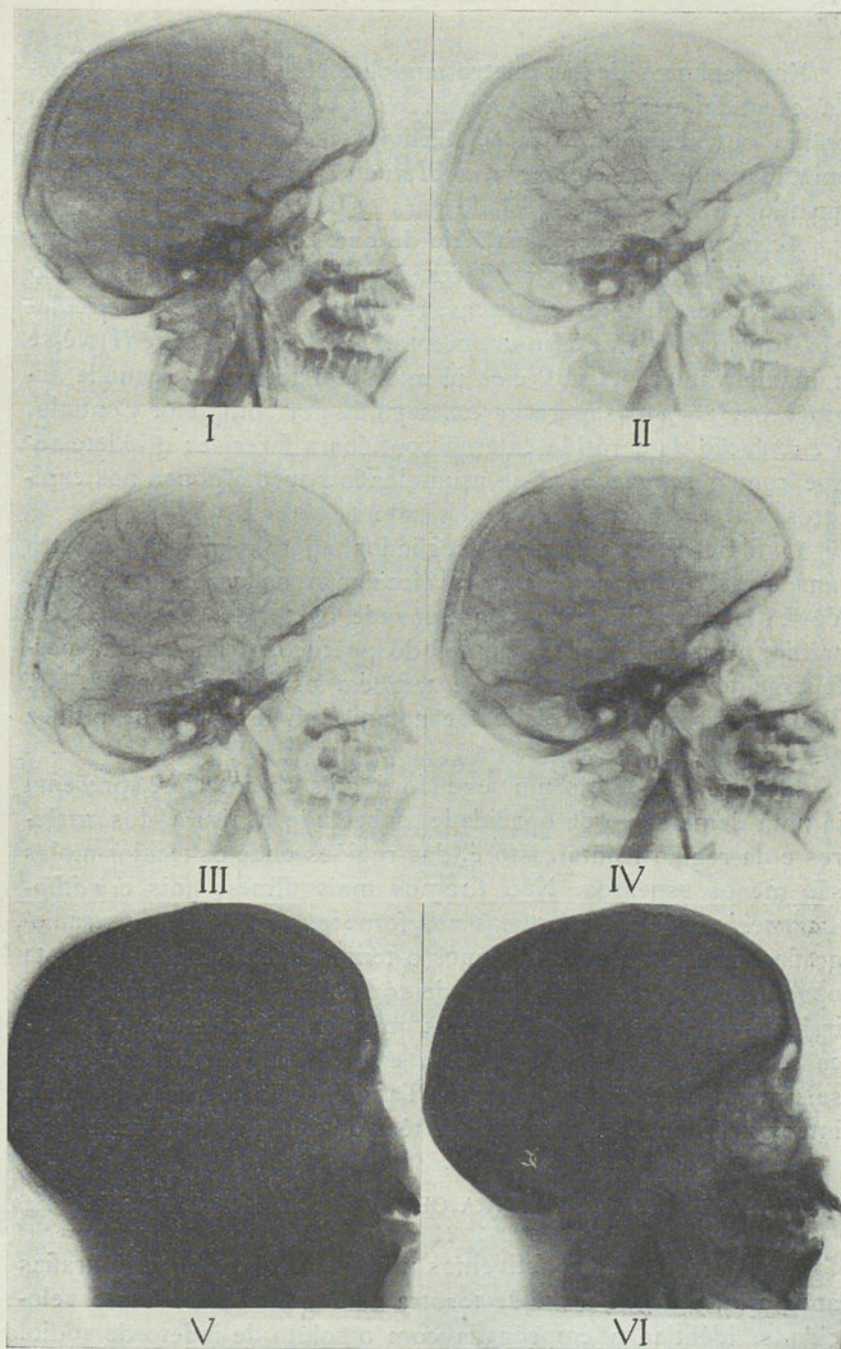


Fig. 1

Em nenhuma destas quatro angiografias se divisam os vasos da carótida externa que seguem para a face, partes moles do crânio ou meninges. Não se vêem estes vasos devido talvez à exigüidade do seu calibre e, sobretudo, por não ser suficiente a quantidade de líquido injectado para os tornar opacos.

Acresce ainda a circunstância de que, depois da injeção que atrai o iodeto para os capilares, êste passa a ser impulsionado apenas pelas sístoles cardíacas, retardando se, assim, a circulação forçada do primeiro momento. No primeiro filme (I) vê-se a maxilar interna, mas esta já mal se distingue na segunda angiografia, para desaparecer em seguida por completo. Contudo, a circulação da carótida externa continua a fazer-se; o iodeto segue com o sangue e vai-se acumulando pouco a pouco nos capilares.

O filme V, tirado cinco segundos após a injeção, mostra uma invasão capilar de tôda a circulação da carótida externa. Vê-se uma mancha escura, que invade os tecidos exteriores do crânio, a face e os tecidos moles do pescoço. A língua está perfeitamente delineada, vendo-se também os lábios, o nariz, etc. Tôdas estas particularidades se notam com uma grande nitidez nos negativos.

O filme VI, obtido um segundo depois do anterior, apresenta já uma diminuição de opacidade, sobretudo à altura dos malares e da região frontal, isto é, das regiões onde os tecidos moles são menos espessos. Não tirámos mais filmes, pois o *rádio-carrocel de Caldas* apenas nos fornece, por agora, seis radiografias sucessivas. Não sabemos o tempo que leva a passar esta opacidade do soluto de iodeto de sódio pelos capilares das zonas irrigadas pela carótida externa; mas observámo-la num outro caso, embora bastante reduzida, em radiografias tiradas três e seis minutos depois da injeção. Também não podemos avaliar a intervenção que nesta opacidade têm os capilares das meninges.

SÉRIE ARTERIOGRÁFICA OBTIDA PELO TOROTRASTE

Na mesma doente obtivemos uma nova série de angiografias após a injeção de 9 cc. de torotraste dados com bastante velocidade, idêntica à empregada com o soluto de iodeto de sódio. Uma e outra injeção foram dadas em pouco mais de um segundo.

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

Lisboa





VIGANTOL

no raquitismo e outras perturbações do metabolismo osseo, para melhorar a formação e a saída dos dentes, para evitar a carie dental na gravidez.

EMBALAGENS ORIGINAES:
Oleo de Vigantol (1 cc. contem 50 unid. clinicas);
Fracos conta-gotas de 10 cc.
Drageas de Vigantol (1 dragea contem 10 unid. clinicas): Caixa de 50 drageas

VIDALON

(Oleo de fígado de bacalhau estandardizado com Vigantol)

de conteudo constante e elevado em vitaminas A e D.

Indispensavel para a aceleração do desenvolvimento do organismo e a augmentação da resistencia nas crianças atrasadas e doentias.

EMBALAGEM ORIGINAL:
Frasco de 125 cc.

» *Bayer-Meister-Lucius* «
Leverkusen (Alemanha)

Representante:
» LUSOPHARMA «
AUGUSTO S. NATIVIDADE
Rua dos Douradores, 150, 3.^o
LISBOA

E. MERCK
Darmstadt (Alemanha)

Depositário:
Estabelecimentos HEROLD. Ltd.
Rua dos Douradores, 7
LISBOA

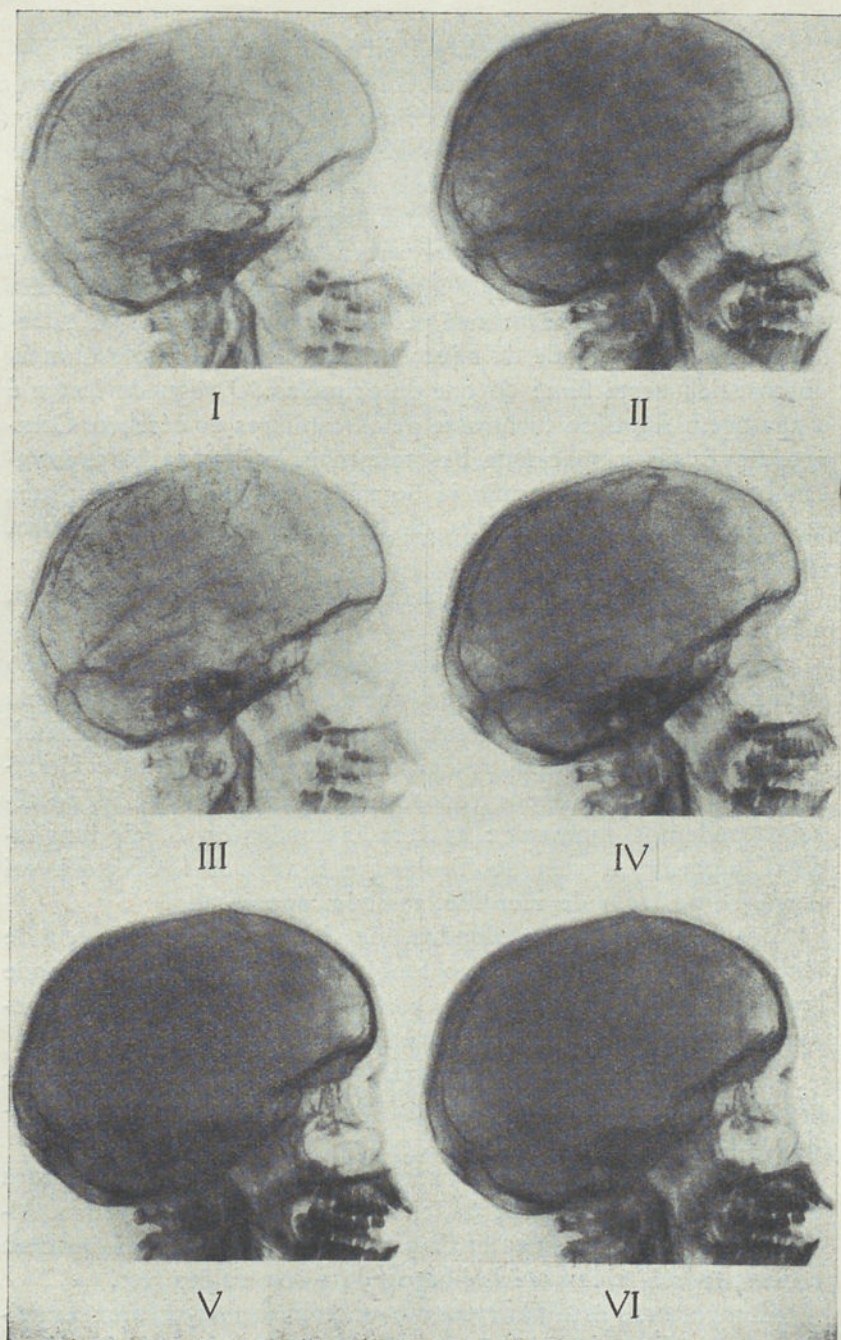


Fig. 2

No filme I (fig. 2), tirado no final da injeção, vê-se, nitidamente, a circulação arterial do cérebro. O seu aspecto é inteiramente idêntico ao observado no filme da fig. 1; mas o torotraste deu, neste caso, uma melhor imagem. Não se nota neste filme uma opacidade apreciável. Vê-se a maxilar interna.

Na angiografia (II), obtida um segundo depois da primeira, nota-se uma opacidade bastante acentuada, que deve ser determinada por dois factores que aqui se congregaram. Um deles é a passagem rápida do torotraste pelos capilares da carótida externa, devido à velocidade da injeção. Com efeito, a face está mais obscurecida neste filme do que no primeiro. O segundo factor é a passagem fugaz do torotraste pelos capilares do cérebro. Comprova-o o ser a opacidade bastante mais intensa na parte intracraniana. Nesta angiografia já se não distinguem artérias; mas as veias abundam, derivadas da circulação capilar do cérebro, prestes a terminar.

Não se vê, em II, a maxilar interna, ou as suas derivadas, nem a temporal superficial.

No filme III, tirado dois segundos após a injeção, já se não notam as circulações capilares a que nos referimos; a angiografia mostra-se clara. Vê-se a circulação venosa na sua fase terminal. A rede venosa cerebral desapareceu, mas desenham-se nitidamente os grossos troncos venosos. Das veias superficiais do cérebro podemos enumerar: as veias ascendentes, o seio longitudinal superior, a veia de Trolard e a veia de Labbé, que vai lançar-se no lagar de Herófilo, também opacificado.

Dos vasos venosos profundos, são visíveis a empôla e veia de Galeno, o seio recto e o seio longitudinal inferior. Uma grande parte do sangue, carregado de torotraste, já seguiu, neste momento, pela jugular interna, para o coração.

No negativo desta III angiografia vê-se um esboço de circulação meníngea e do ramo anterior da temporal superficial (carótida externa).

O filme IV, obtido três segundos após o primeiro, mostra uma fase mais avançada da circulação venosa do cérebro. Algumas das veias ascendentes da parte posterior do crânio tendem a desaparecer, a veia de Labbé perde a sua nitidez, etc.

Comparando este filme com o anterior, nota-se uma opacidade maior. É o início da que se intensifica na angiografia imediata.

Êste V filme, tirado cinco segundos após a injeção, mostra-se opaco em tôda a distribuição da carótida externa: pescoço, face e crânio. São os capilares, cheios de torotraste, que provocam a mancha que se estende a todo o filme.

O VI filme, tirado seis segundos depois da injeção, mostra uma opacidade pouco menos intensa do que a anterior. Os capilares pertencentes à rêde da carótida externa estão ainda cheios de torotraste.

*
* *
*

Do confronto destas duas séries podemos tirar algumas ilações:

1) A arteriografia inicial é mais nítida obtida pelo torotraste do que pelo soluto de iodeto de sódio. Mais um título a recomendar a preferência, que hoje damos, à suspensão coloidal do tório na prova angiográfica do cérebro.

2) Comparando os filmes II e III das duas séries, podemos afirmar que o torotraste se integra mais facilmente na corrente sanguínea do cérebro do que o soluto de iodeto de sódio.

¿ A solução iodetada provocará, adentro da rêde arterial do cérebro, pela sua acção sôbre a íntima, um forte desequilíbrio na progressão do sangue? Incliamo-nos mais para esta hipótese. Um de nós já a formulou e documentou em trabalho anterior (1).

O iodeto de sódio demora-se mais na circulação cerebral do que o torotraste.

Nas circulações da face, partes moles do crânio e dos membros, parece dar-se fenómeno inverso. Sôbre esta discordância de conduta pouco poderemos dizer, por agora; mas é possível que propriedades especiais das células endoteliais da íntima e dos capilares cerebrais e a sua innervação particular sejam a causa das diferenças encontradas.

(1) Egas Moniz. — L'action spasmodique de l'iode libre dans l'arbre artériel de la carotide interne. *Revue Oto-neuro-ophtalmologique*, 1928, pág. 655-659.

No caso citado (fig. 2), o torotraste passou em dois segundos das artérias às veias, enquanto que a mistura sangue iodeto de sódio levou três a quatro segundos a fazer a mesma travessia (fig. 1).

3) A primeira opacidade, correspondente à circulação forçada nos capilares da carótida externa pela velocidade da injeção, surge logo no primeiro filme da série iodetada e no segundo da série de torotraste. Por vezes, com o torotraste também se nota a opacidade no primeiro filme.

4) A opacidade máxima é, em nosso entender, devida à circulação normal dos capilares da carótida externa. Dá-se, nas duas séries, aos quatro segundos. Chamamos-lhe *normal* por nos parecer menos provável que se produza uma sucessão de espasmos e dilatações da rede arterio-capilar, hipótese que pode, contudo, ser invocada para decifrar o enigma desta dupla opacidade encontrada no I ou II filme e, depois, nos V e VI.

*

*

*

Num segundo caso, um epilético de 22 anos, executámos a prova injectando 9 cc. de iodeto de sódio na carótida primitiva, à direita. A injeção foi feita sem anestesia geral. Pudemos assim verificar que a anestesia efectuada pelo éter, no primeiro caso, não teve influência apreciável na sucessão dos fenómenos averiguados. O doente, como não estava anestesiado, mexeu a cabeça, com o que já contávamos, devido ao incómodo suscitado pelo iodeto, no lapso dos seis a sete segundos, isto é, do tempo que levam a passar, no *rádio-carrocel de Caldas*, os seis *châssis* por sob a cabeça do doente. Como, porém, as radiografias foram tiradas em $2/100$ de segundo, conseguimos surpreender três delas em boas condições. As figs. 3 e 4 mostram as angiografias IV e V, isto é, tiradas, respectivamente, três a quatro e a cinco segundos depois da injeção. Só em V começa a fazer-se a passagem do iodeto das artérias através dos capilares para as veias, reconhecendo-se algumas das veias ascendentes e notando-se o apagamento do desenho arterial. Em VI (radiografia tremida) nota-se, nitidamente, a grande opacidade.

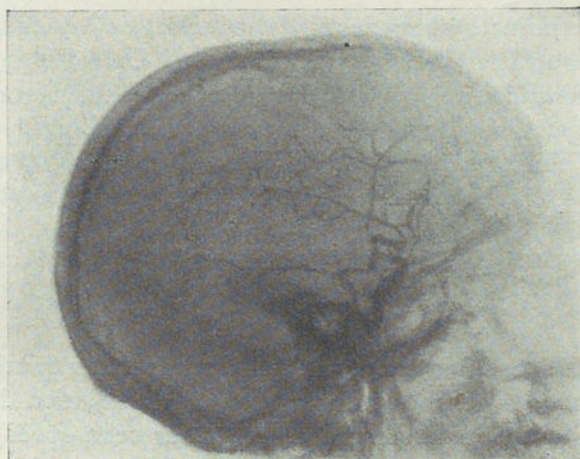


Fig. 3

A circulação periférica da face é visível em IV e V. Por esta circunstância, e pela opacidade que verificámos no filme imediato (um segundo depois), somos levados a crer que a relatividade das diferenças de velocidade de circulações averiguadas pelo próprio iodeto, mostram igualmente que a circulação cerebral é mais rápida do que a das outras regiões da cabeça.

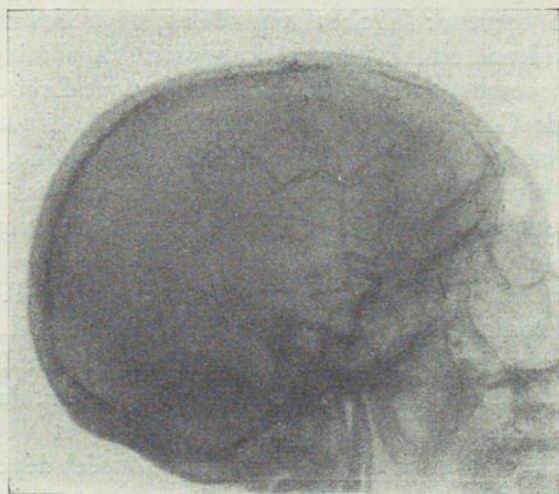


Fig. 4

Em resumo : na apreciação da velocidade do sangue no cérebro, o torotraste diminui uma causa de erro que o iodeto de sódio determina, seja qual for o mecanismo que faça com que ele se demore na circulação arterial do cérebro.

Deve, ainda, o torotraste retardar a circulação cerebral ; mas o atraso que lhe causa é muito inferior ao provocado pelo iodeto.

RÉSUMÉ

Les AA. ont fait une étude comparative des opacités déterminées dans les vaisseaux du cerveau par la solution d'iodure de sodium à 25 % et par le thorotrast. Pour cela, après l'injection de 9 cc. de liquide opaque dans la carotide primitive dans une seconde, ils ont fait six angiographies successives grâce au *radio-carrousel de Caldas*. Elles ont été tirées dans six secondes.

Le thorotrast passe plus rapidement de la circulation artérielle du cerveau aux capillaires et aux veines que la solution iodurée. Le thorotrast a fait le tour de la circulation artérielle-veineuse chez cette malade (une jeune fille d'onze ans) en moins de deux secondes. Dans la fig. 2 (I) on note la visibilité de la circulation artérielle obtenue par le thorotrast. En II on voit la circulation capillaire (tache assez forte dans le crâne) et le réseau veineux du cerveau ; la circulation des gros troncs veineux est mise en évidence en III. La tache capillaire disparaît dans cette phase. Les veines superficielles de Trolard et Labbé, la veine profonde de Galien et l'ampoule de Galien, le sinus droit, le sinus longitudinal inférieur, le pressoir d'Hérophile, etc., sont également visibles. En IV, V et VI de la même fig. 2, on voit la tache de la circulation capillaire de la carotide externe. Cette tache est plus forte en V.

Dans le filmage angiographique du cerveau, après l'injection de l'iodure de sodium dans la carotide primitive, on voit la circulation cérébrale (fig. 1) en I, II, III. En III on ne voit déjà plus le siphon carotidien. En IV on note la tache de la circulation capillaire et le réseau veineux du cerveau. En V et VI paraît une très forte circulation capillaire (tache très foncée) dépendante de la carotide externe. La langue et les lèvres y sont très bien dessinées. Le thorotrast semble suivre de très près la marche du

sang dans la *circulation cérébrale*, tandis que l'iodure de sodium paraît être retardé. Il provoque, en effet, une certaine irritation de la tunique interne, ce qui amène très probablement des spasmes des vaisseaux cérébraux.

En ce qui concerne la circulation de la carotide externe, bien plus ralentie que la circulation cérébrale, les deux substances se conduisent à peu près de la même manière. La grande opacité capillaire du réseau de la carotide externe apparaît en V et VI des figures 1 et 2, c'est-à-dire cinq et six secondes après l'injection.

INTERPRETAÇÃO DAS OPACIDADES NAS SÉRIES ANGIOGRÁFICAS DA CABEÇA

POR

EGAS MONIZ, ABEL ALVES e PEREIRA CALDAS

Temos notado opacidades mais ou menos intensas em alguns dos filmes obtidos no *rádio-carrocel de Caldas*. Podem tirar-se, neste aparelho, seis radiografias sucessivas, com intervalos de pouco mais de um segundo. Por vezes temos alongado estes intervalos, em casos destinados ao estudo da velocidade das diversas circulações da cabeça, problema já resolvido, nas suas linhas gerais, por um de nós e agora mais precisamente estudado através das angiografias seriadas, que mostram, no mesmo indivíduo, a marcha da circulação do cérebro, da face, das partes moles da cabeça e das meninges. A circulação é tornada visível pela introdução, na carótida primitiva, do torotraste ou do iodeto de sódio. Estas duas substâncias de contraste não se comportam de idêntica maneira, como já mostrámos em outro artigo. As diferenças encontradas não invalidam, antes confirmam as conclusões sobre a diferente velocidade com que o sangue atravessa o cérebro, a face, as partes moles da cabeça e as meninges. O torotraste apresenta, porém, vantagens sobre o iodeto de sódio a 25 0/0 para o estudo da dinâmica circulatória.

Em tôdas as séries de filmes surgem, por vezes, opacidades cuja interpretação a princípio nos intrigou, por surgirem em momentos diversos daqueles que se poderiam prever.

Estas opacidades são devidas à passagem do líquido opaco através de capilares. Sobre esta interpretação não pode haver dúvidas. Quando a mistura do sangue com o líquido opaco deixa as artérias para passar às arteríolas, capilares e vénulas, atravessa uma rede embrincada de pequeníssimos vasos, todos êles, independentemente, invisíveis aos raios X, mas dando no con-

LISBOA MÉDICA



JUNO

KLIMAKTON



contra os
distúrbios do climacterio

COMPOSIÇÃO:

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

Tubos com 20 e frascos com 50 drageas.

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

PROGYNON

Hormona sexual feminina
(Hormona folicular) para o tratamento das
perturbações hipoovaricas.

- Concentração elevada
estandardisação exacta
- Amplamente experimentada em
animais (inclusivamente em macacos)
- Eficaz por via bucal em virtude
da adição de lipoides especiais

A experiencia clinica confirma a
sua eficacia nas perturbações da menopausa
e na amenorreia secundaria.

EMBALAGENS

ORIGINALIS:



Frascos de 15
dragêas de 150 U. R.
Caixas de 6 ampolas de
100 U. R. por 1 cc.

SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN

Os nossos concessionários

Schering Sociedade Anónima Portuguesa de Responsabilidade Limitada

Largo da Anunciada 9. 2.º

LISBOA

junto uma mancha mais ou menos intensa, consoante a riqueza destes vasos e a demora que a mistura opaca leva a atravessá-los.

Nas séries de 6 angiografias, tiradas após a injeção na carótida primitiva, observam-se, por vezes, três opacidades distintas: uma inicial, no primeiro filme, radiografado no final da injeção (1), outra um ou dois segundos depois (2.º ou 3.º filme), e, finalmente, a mais forte de tôdas, passados cinco ou seis segundos (5.º ou 6.º filme). Há diferenças individuais, mas estas opacidades aparecem mais ou menos notadas em quási tôdas as angiografias.

A maior ou menor irrigação dos tecidos moles que cobrem o crânio, cuja espessura e importância é bastante variável, e mesmo a maior ou menor irrigação das meninges, podem provocar algumas modificações nas opacidades.

Além destas diferenças, outras há, mais importantes, ligadas às injeções. Assim, a maior ou menor quantidade de líquido introduzido na carótida primitiva, ou nas carótidas interna e externa, isoladamente, e a velocidade com que é dada a injeção, fazem variar, em alguns casos, a maneira como as angiografias se apresentam na sua sucessão. Estas alterações são mais marcadas pelo que respeita à carótida externa, quando a injeção é dada directamente nesta artéria; mas também se notam, quando é dada com velocidade, na carótida primitiva.

A visibilidade da circulação cerebral obtida, quer por injeção na carótida interna, quer por injeção na carótida primitiva, não mostra diferenças apreciáveis.

A velocidade da circulação é diferente nos dois colectores carotídeos, um sem colaterais apreciáveis, a carótida interna, outro com colaterais importantes, a carótida externa.

Neste artigo desejamos apenas focar o estudo das opacidades apresentadas nas angiografias obtidas em série, deixando de parte outros problemas, que serão estudados em trabalhos que trazemos entre mãos.

A interpretação, a que chegámos, das opacidades observadas, resultou de um aturado exame das séries, obtidas após injeção de líquidos opacos nas carótidas primitiva, interna e externa, com

(1) Às vezes, esta primeira opacidade aparece no segundo filme, por vezes prolonga-se até ao terceiro, raríssimas vezes não aparecendo de maneira evidente.

o fim de averiguar a responsabilidade a atribuir às rêdes capilares de um e outro sistema arterial. Procurámos executar essas injecções ora empregando igual dose e idêntica velocidade, ora com doses e velocidade diversas, de sorte a verificar as alterações observadas nos dois grupos de séries angiográficas.

As radiografias são tiradas, sucessivamente, na maior parte dos casos com intervalos iguais de 1 a 1,2 segundos que, por comodidade de exposição, citaremos como sendo de 1 segundo. Em outros casos alongámos, como dissemos, êsses períodos de tempo intervalares na sucessão das imagens radiográficas, para melhor pôr em relêvo alguns fenómenos.

Conseguimos a opacificação dos vasos da cabeça nos mesmos indivíduos pelo soluto de iodeto de sódio a 25 % e pelo torotraste.

É do conjunto dêste material angiográfico (1) que tirámos as ilações que vamos apresentar em resumo, na impossibilidade de mostrar gràficamente tôda a documentação sôbre que elas as sentam. Procuraremos, no entanto, documentar os nossos asser tos com a reprodução de algumas séries angiográficas. Podíamos, em relação a outras, transcrever os protocolos das nossas observações; mas, além de constituírem leitura fastidiosa, pouco esclareceriam. Em trabalhos desta ordem, só as angiografias, apreciadas em série, constituem documentação importante. Devemos ainda notar que estas modalidades de manchas angiográficas só são verdadeiramente demonstrativas quando apreciadas nos originais negativos. As provas positivas alteram um pouco o seu contraste; as reduções das nossas gravuras fazem perder ainda mais o valor das diferenças encontradas. É uma dificuldade com que lutamos desde que quisemos passar a escrito o resultado dos confrontos e das conclusões a que chegámos.

PRIMEIRA OPACIDADE

No doente que corresponde à figura 1 (caso VII da nossa colecção), foram injectados 16 cc. de torotraste, com muita velocidade, à razão de 12 cc., por segundo, na *carótida externa*.

(1) Êste estudo é feito apoiando-nos em trinta séries angiográficas.

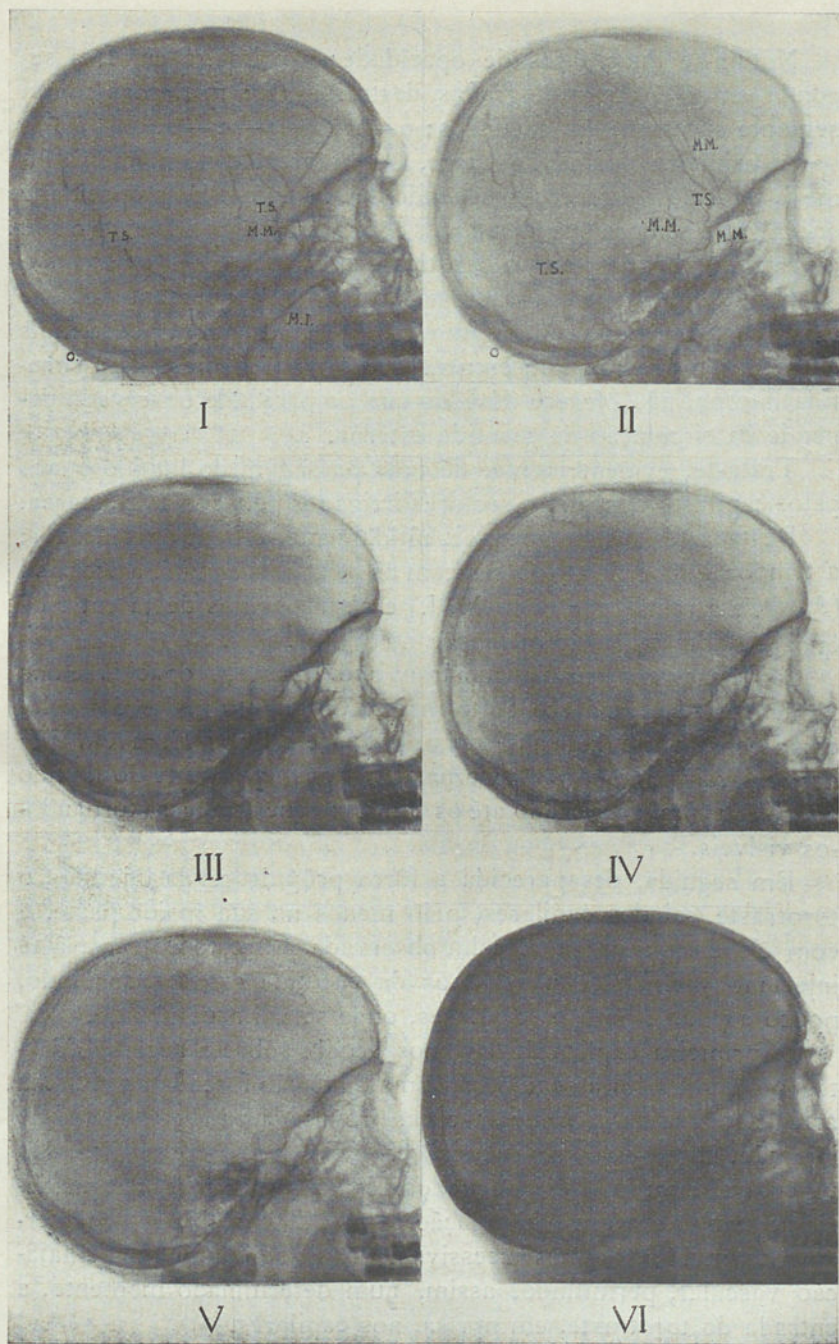


Fig. 1

Notam-se duas fases de opacidade: a primeira em I, a segunda em VI. As radiografias desta série foram tiradas com a seguinte sucessão, em segundos: 0—1—1—1—2—2.

A primeira opacidade surge, bem marcada, no primeiro filme I, para desaparecer um segundo depois em II. Esta opacidade encontra-se sempre que injectamos com fôrça a carótida externa ou a primitiva (donde passa à carótida externa).

Nesta opacidade da radiografia I nota-se que tanto a face como os tecidos que contornam o crânio, apresentam, pouco mais ou menos, o mesmo tom escuro. Como não foi injectada a carótida interna, não oferece dúvidas que a opacidade observada depende da circulação da carótida externa.

Trata-se, evidentemente, de uma passagem do líquido opaco pelos capilares dos vários sectores irrigados pela carótida externa.

Desta artéria distinguem-se, nitidamente, e bem opacificadas: a temporal superficial (T. S.) com os seus dois ramos, a occipital (A. O.), a maxilar interna (M. I.) e alguns ramos desta entre os quais se nota a artéria meníngea média (M. M.).

As nossas experiências mostram que a primeira opacidade dos filmes seriados, aparece tanto mais cedo quanto maior é a velocidade com que é dada a injeccção. Esta acelera consideravelmente a circulação na carótida externa. Uma primeira parte do líquido opaco é, assim, projectado até os capilares que atravessa tornando-os visíveis.

Em seguida, desaparecida a fôrça propulsora da injeccção, o torotraste sai dos capilares, pelo menos na sua maior parte, e com êle desaparece a mancha observada. O resto do torotraste injectado permanece nos ramos da carótida externa, seguindo, pouco a pouco, para os capilares, onde se vai acumulando.

A primeira explicação que nos acudiu sôbre a sucessão destas opacidades foi a seguinte: a uma dilatação forçada do sistema artério-capilar da carótida externa, provocada pela velocidade da injeccção, seguir-se-ia uma reacção constrictiva, espasmódica, dos vasos, que duraria alguns segundos. Esta constricção corresponderia ao tempo em que a circulação capilar da carótida externa permanece muda nos filmes sucessivos. Seguir-se-ia uma nova dilatação vascular, permitindo, assim, num determinado momento, a entrada do torotraste, em massa, nos capilares.

Estamos, porém, convencidos de que êste mecanismo se não

produz. O torotraste não é irritante. Ao contrário do soluto de iodeto de sódio, atravessa os vasos cerebrais sem que os doentes disso se apercebam. É, portanto, mais provável que a dilatação inicial, provocada pela força da injeção na rede vascular da carótida externa, não tenha conseqüências reflexas na contractilidade dos seus ramos e dos seus capilares.

Também nos parece que a opacidade observada, em geral, nos filmes V e VI das diversas séries, é o resultado da concentração do torotraste nos capilares da carótida externa, onde as células endoteliais retêm o tório em suspensão coloidal, que nelas se vai acumulando, até dar a mancha encontrada. Esta última opacidade, que se torna nítida em VI, neste caso sete a oito segundos após a injeção, leva tempo a desaparecer.

*

*

*

Num segundo doente (caso V da nossa colecção), adulto, como o do filme anterior, foram injectados na *carótida externa* 12 cc. em segundo e meio, isto é, menor quantidade de torotraste e menor velocidade de injeção do que no caso da série da fig. 1.

As angiografias sucessivas foram tiradas, neste doente, de segundo em segundo (fig. 2).

No primeiro filme (fig. 2-I) não se nota opacidade apreciável. Aparece, porém, muito intensa um segundo depois, em II, e desaparece por completo em III (1). Neste caso, em que se empregou menor velocidade, dá-se o retardamento de um segundo na primeira opacidade. O torotraste chegou mais tarde à rede capilar. Isto vem mostrar a influência da velocidade no aparecimento e intensidade da primeira opacidade por injeção directa na carótida externa.

A segunda opacidade aparece, neste doente, mais cedo do que no primeiro caso. Esta segunda opacidade manifesta-se 4 a 5 segundos após a injeção. Este facto será uma conseqüência

(1) Na angiografia IV reproduzimos a III, por aquela se ter inutilizado. Fazêmo-lo para se não perder a noção de tempo na sucessão dos filmes e por se tratar de uma fase de menor importância no estudo das opacidades da série.

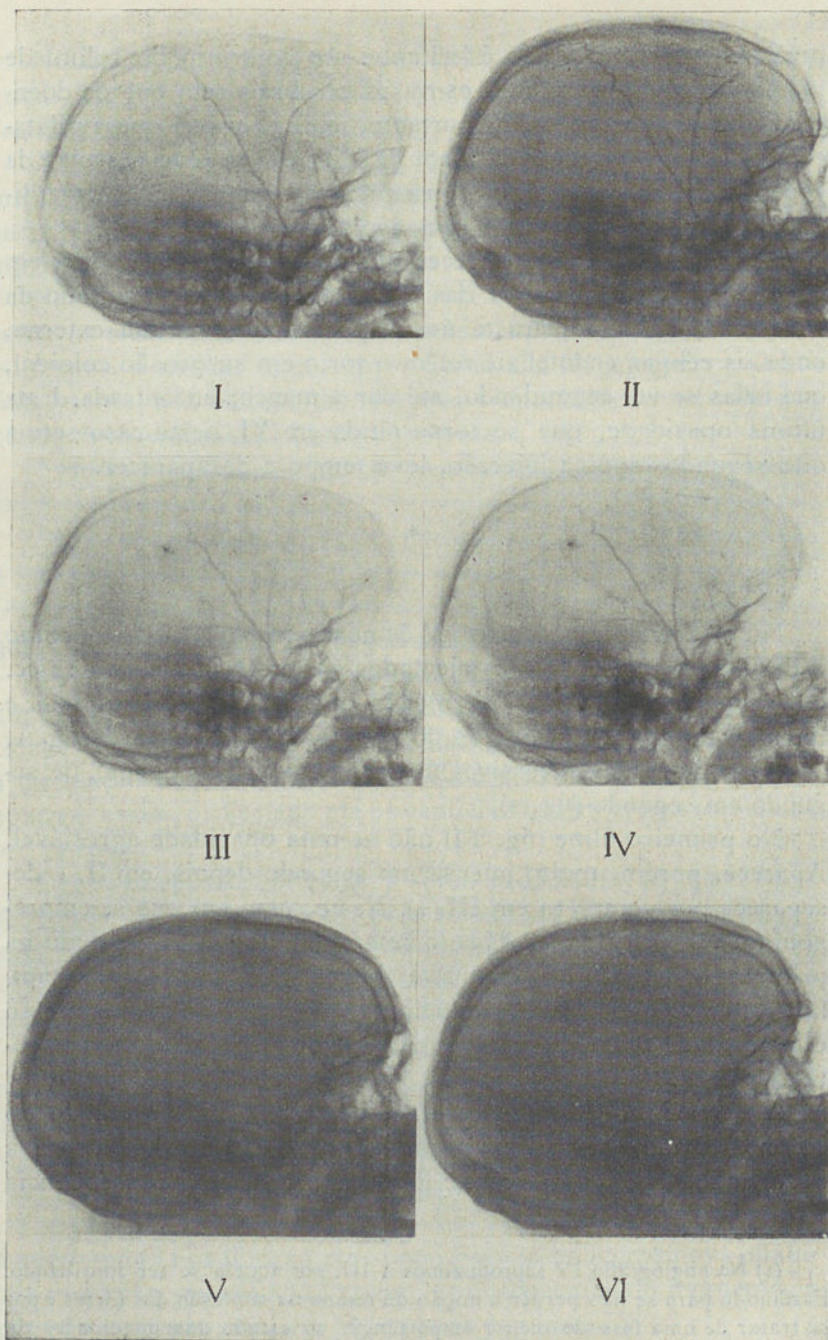


Fig. 2

da menor velocidade da injeção, de sorte a permitir que se estabeleça mais cedo o equilíbrio circulatório normal? É provável.

Há ainda outros factos a notar nas duas séries que, por serem obtidas em condições diferentes de quantidade de torotraste injectado, de tempos intervalares diversos na seriação dos filmes e da velocidade imprimida ao líquido opaco, os tornam mais salientes.

Tanto na primeira angiografia da primeira série (fig. 1-I) como na primeira angiografia da segunda série (fig. 2-I), vêem-se desenhadas a artéria temporal superficial e a artéria meníngea média. Na segunda angiografia (II das fig. 1 e 2), notam-se ainda os mesmos vasos.

Na arteriografia III e seguintes da fig. 1, já se não observam estes vasos; ao contrário, na arteriografia III da fig. 2 mostram-se com uma grande nitidez. Em outros casos, vêmo-los nas arteriografias obtidas aos dois, três e mesmo quatro segundos.

O líquido opaco continua a existir dentro da temporal superficial e da meníngea média, em III e IV da fig. 1, mas em quantidade insuficiente para tornar visíveis estes vasos aos raios X. Tanto assim é que, passado pouco tempo, os capilares começam a dar a mancha opaca em V, mais forte em VI.

No caso da fig. 1 a injeção foi dada com mais velocidade e a segunda opacidade surge mais tarde do que na série da fig. 2, em que a injeção foi menos rápida; ao contrário, a segunda opacidade aparece mais cedo na segunda série (fig. 2).

*

* * *

O terceiro caso que vamos citar foi obtido em condições muito diversas. Injeção de 15 cc. de torotraste na *carótida primitiva* (caso IX da nossa colecção) com velocidade de um segundo e meio por 13 cc., continuando a injectar-se mais 2 cc. entre o primeiro e o segundo disparos da empôla. A sucessão dos filmes foi de 0—1—2—2—3—5 segundos (fig. 3).

No primeiro filme, desenha-se a rede arterial do cérebro. Não se nota opacidade apreciável. Vêem-se bem a maxilar interna e a artéria occipital, mas não se notam, pelo menos de maneira a

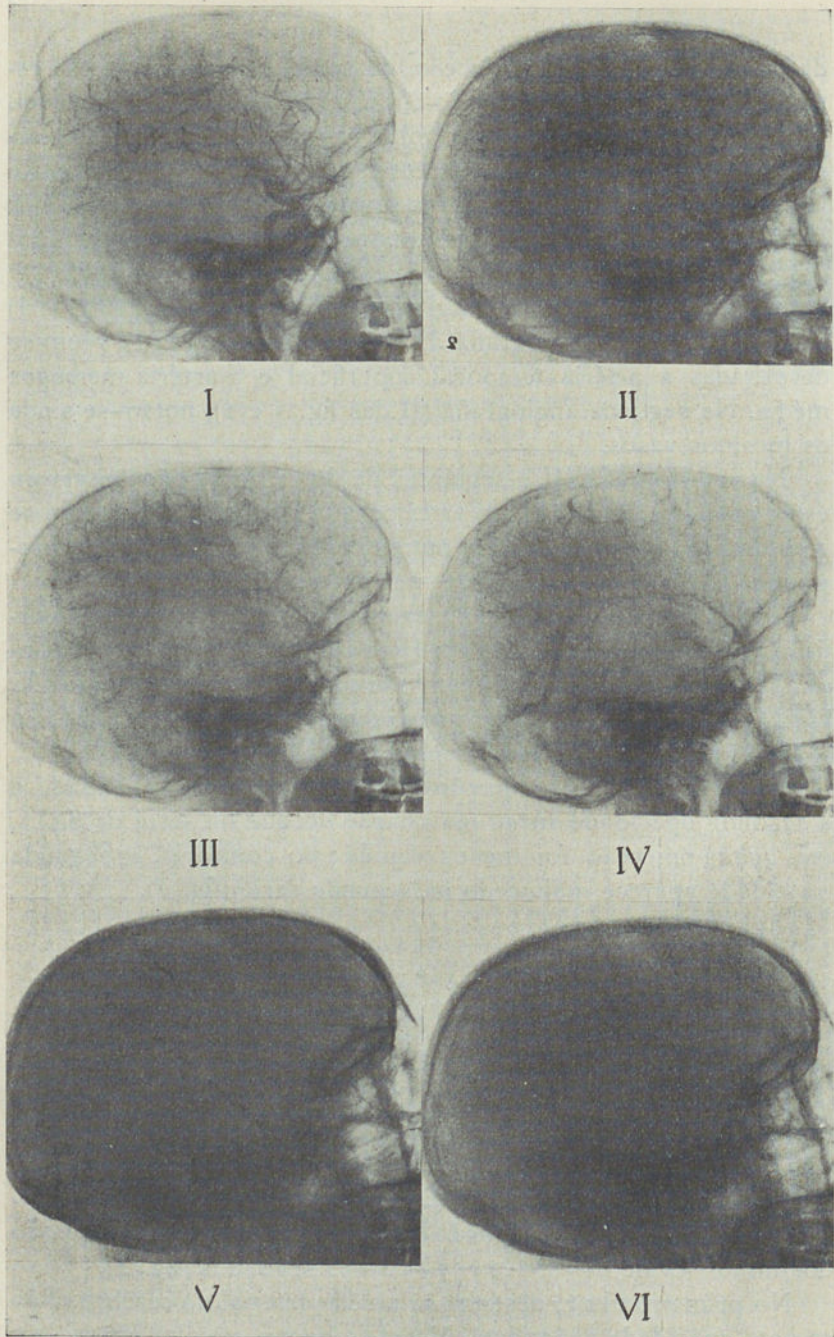


Fig. 3

LISBOA MÉDICA

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

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

SPASMOSÉDINE

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

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

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

LISBOA MÉDICA

NOVARS

SENZOBENZOL

BILLON

CONTINUA
A SER O
MEDICAMENTO DE
ESCOLHA DO
TRATAMENTO DE
ASSALTO
DA
SIFILIS

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

— Spécia —

MARQUES **POULENC FRÈRES** & **"USINES du RHÔNE"**
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3^e

BUJEÇÕES INTRA-VENOSAS

DMELCOS

**Vacina estabilizada para o tratamento do Cancro Mole
e das suas complicações.**

COMPOSIÇÃO : Emulsão estabilizada de bacilos de Ducrey de varias culturas
titrada a 225 milhões de corpos microbianos por centimetro cubico

APRESENTAÇÃO : Caixa de 6 ampolas de capacidade crescente : 1 cc.,
1 cc. 5, 2 cc., 2 cc. 5, 3 cc.

MODO DE USAR : Injecção intravenosa. Injecta-se em doses progressivas
com dois ou trez dias de intervalo entre cada inoculação

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA
marques **"POULENC FRÈRES"** & **"USINES du RHÔNE"**
21 rue Jean Goujon PARIS 8^e

não deixar dúvidas, nem as temporais superficiais nem as meníngeas.

Na segunda angiografia — II —, tirada um segundo depois da primeira, vê-se a rede arterial do cérebro já misturada às primeiras veias. A artéria occipital externa está melhor desenhada. Esta angiografia mostra a primeira opacidade em toda a rede capilar da carótida externa, como nos filmes das figuras 1 e 2.

O terceiro filme (III — fig. 3) mostra uma certa opacidade intracraniana, devida à passagem do resto do torotraste pelos capilares cerebrais, e a circulação venosa do cérebro. Ainda se vê a occipital e desenha-se a meníngea média. Esta radiografia foi tirada dois segundos após a anterior, isto é, três segundos depois da injeção do torotraste.

O quarto filme (IV — fig. 3) mostra o final da circulação venosa do cérebro, sem opacidade marcada. Foi tirado dois segundos depois do anterior, isto é, cinco segundos após a injeção. A maior parte do torotraste já desceu, pelas jugulares, ao coração. Ainda se vêem: a veia de Labbé, a empôla e veia de Galeno, a veia basilar e esboça-se o seio recto.

Três segundos mais tarde (oito segundos após a injeção), foi tirada a radiografia V (fig. 3). Forte opacidade; mas, com certeza, já não foi surpreendida a sua fase mais intensa que deve ter passado um ou dois segundos antes.

O filme VI, tirado cinco segundos depois do anterior, treze segundos após a injeção, mostra ainda uma opacidade considerável.

*

* *

Na fig. 4 reproduzimos uma série angiográfica após a injeção, dada em 1,5 segundo na *carótida interna*, de 12 cc. de torotraste, tendo sido, de segundo em segundo, a sucessão da série radiográfica (caso X da nossa colecção).

Em I vê-se a rede arterial normal do cérebro. Em II desaparece o sifão, vê-se já uma veia (a de Labbé), nítida no filme imediato e nota-se uma certa opacidade. Esta opacidade atenua-se muito em III (2 segundos depois da injeção), em que se vê uma

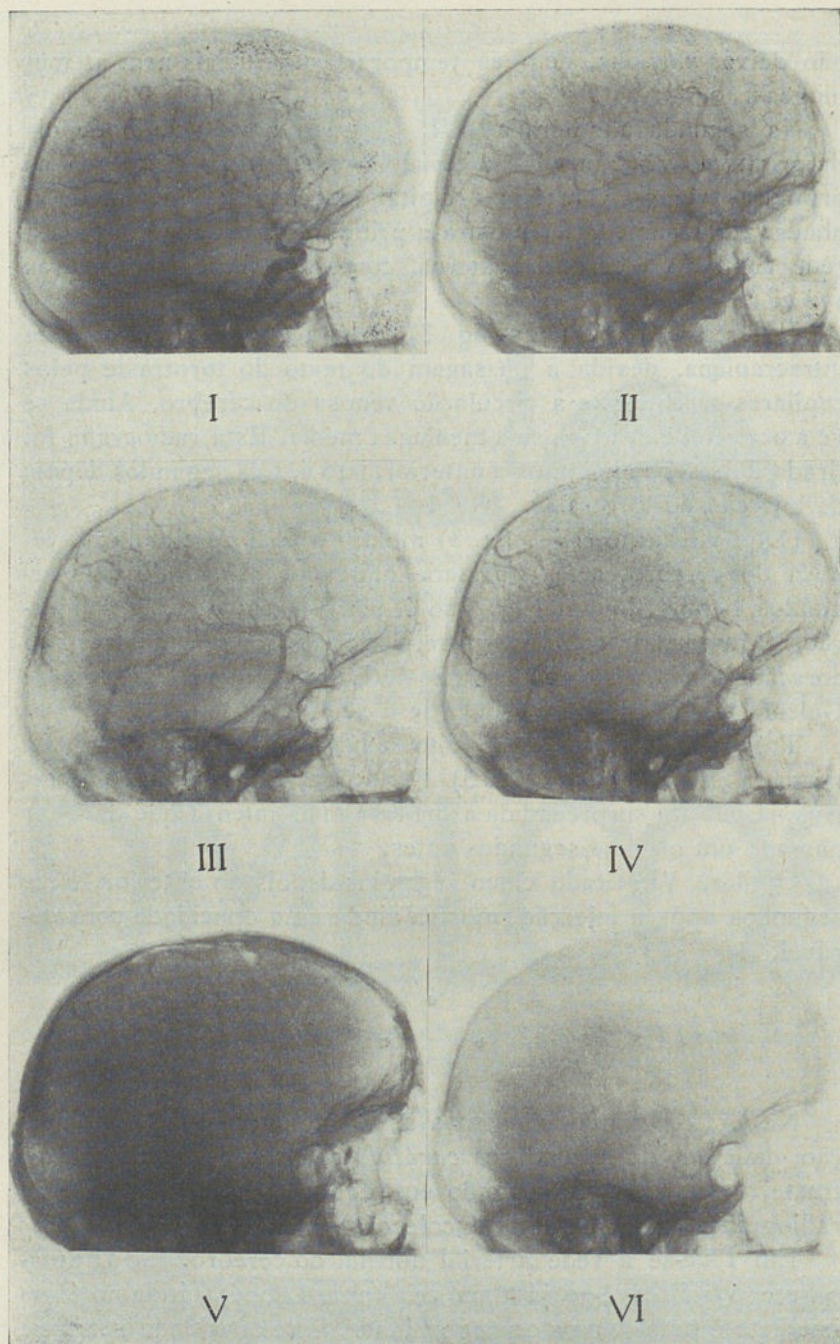


Fig. 4

flebografia em fase avançada, que se segue, de cada vez mais atenuada, nos filmes imediatos, notando-se em VI apenas a empôla de Galeno.

Em V nota-se uma opacidade, que temos observado nestes casos de injeção na carótida interna, opacidade fugaz e muito menos intensa do que quando se injectam a carótida primitiva ou externa. Essa opacidade estende-se à face e aos tecidos que circundam o crânio. É, pois, derivada da carótida externa. A explicação do facto deve ser esta: quando injectamos a carótida interna, fazemos a laqueação temporária da carótida externa com a pinça de Martins, laqueação que não é completa. Como o líquido

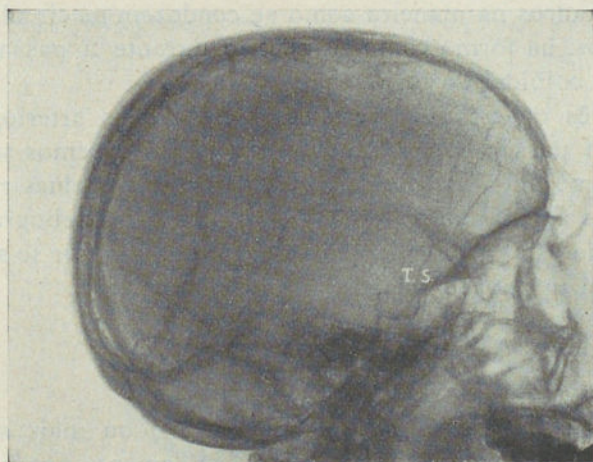


Fig. 5

opaco faz refluxo, devido à velocidade da injeção, passa uma parte à carótida primitiva, donde é arrastada pela corrente sanguínea para a carótida externa, incompletamente laqueada. Passa, assim, à sua rede capilar, produzindo a opacidade observada (V, fig. 4).

Chegamos à certeza desta interpretação repetindo a experiência. Em um dos casos de injeção na carótida interna, com a laqueação da carótida externa pela pinça de Martins, conseguimos surpreender, junto a esta opacidade, a visibilidade do ramo anterior da artéria temporal superficial (T. S., fig. 5), o que comprova a nossa interpretação.

SEGUNDA OPACIDADE

Os capilares do cérebro são rapidamente atravessados pelo torotraste, mas na passagem da circulação arterial à venosa, nota-se, independentemente das opacidades das circulações periféricas a que vimos de nos referir, um ligeiro ensombrado, que se observa no filme III (fig. 3). Temo-lo igualmente surpreendido quando se faz a injeção na *carótida interna* (filme II da fig. 4).

Esta opacidade é discreta e nada comparável às outras, muito mais intensas, nomeadamente a última. Os capilares do cérebro são muito permeáveis ao torotraste, ao contrário dos capilares dependentes da carótida externa. Há uma diferença notável entre uns e outros na maneira como se conduzem na circulação ou, pelo menos, na forma como se portam durante a passagem da suspensão coloidal do tório.

Das três opacidades averiguadas nas séries arteriográficas, esta podia passar despercebida, se a não tivéssemos surpreendido, mesmo antes da seriação angiográfica, nas duas radiografias tiradas após a injeção com o fim de obter a flebografia. Por vezes, pode esta opacidade não se individualizar por se sobrepor à primeira, um pouco retardada ou prolongada.

TERCEIRA OPACIDADE

A opacidade que se vê, em geral, cinco ou mais segundos após a injeção e que se surpreende nitidamente nos casos em que a carótida externa é injectada, quer em separado, quer pela carótida primitiva, é devida à passagem do torotraste pela sua rede capilar. Basta reparar na chapada escura das angiografias apresentadas (figs. 1, 2 e 3—V e VI—), para termos a certeza do que afirmamos. A opacidade apanha todo o campo da irrigação arterial da carótida externa. Sobe do pescoço à face e a todos os tecidos que cercam o crânio.

Os fenómenos observados com o torotraste, na produção das opacidades que acabamos de descrever, notam-se igualmente com o emprêgo do iodeto de sódio. Apenas a mancha é mais intensa e nota-se talvez um pouco mais cedo.

Um outro problema se apresenta: saber por quanto tempo permanece a última opacidade encontrada na seriação angiográfica.

fica. A opacidade que surge no primeiro ou no segundo filme desaparece, inteiramente, no terceiro ou no quarto. Este aspecto é constante em todos os filmes; mas a terceira opacidade, que representa, em nosso entender, a circulação capilar normal dos tecidos moles e das meninges, permanece por algum tempo, embora se esbata sucessivamente. Assim, tirámos, em algumas séries obtidas com o torotraste, uma radiografia, em média, três e dez minutos após a última da série. Ainda se nota uma certa opacidade (fig. 6), mais intensa à altura do crânio do que da face e partes moles, o que se torna mais nítido comparando-a com o filme I da fig. 1. O facto foi observado em diversas séries. Será



Fig. 6

a circulação capilar meníngea que, fazendo-se mais tarde do que a dos tecidos moles da cabeça, mantém essa opacidade relativa, visto mostrar-se mais intensa a altura do crânio?

Algumas das radiografias tiradas uma hora depois ainda se mostram um pouco opacas; mas nos dias imediatos as radiografias do crânio não apresentam opacidade alguma.

*

* *

A fixação do torotraste nos tecidos é assunto que está agora na ordem do dia. A sua retenção é demorada nas duas vísceras

preferidas: fígado e baço. Foi êste facto que levou Oka e Radt, e depois Kadrnka, à hepatoesplenografia. Kadrnka et Rossier (1) obtiveram, em animais, com doses muito elevadas de torotraste, a opacificação não só dêstes órgãos, mas ainda dos rins e da medula óssea. Kadrnka e Junet (2) conseguiram ainda a opacificação dos pulmões, placenta e suprarrenais.

A fixação faz-se nas células do sistema retículo endotelial dêstes órgãos, que os contêm em grande quantidade. Estes elementos existem, porém, em outras partes do organismo. Num artigo ultimamente publicado por A. Rodovici et Meller (3), de Bucarest, escrevem estes autores: «Nos recherches expérimentales, avec contrôle anatomo-pathologique, paraissent démontrer que les granulations colloïdales de thorotrast ont tendance à se fixer dans le système réticulo-endothélial des méninges, de sorte que la radiographie tardive, cinq, dix jours après l'injection sous-arachnoïdienne, donne des images encore plus nettes que la radiographie immédiate. Il est donc possible que de petites doses répétées soient préférables aux doses massives.» Radovici e Meller fazem a injeção do torotraste sub-aracnoídeo.

Diremos, de passagem, que logo que começámos a empregar o torotraste para obter a angiografia cerebral (Dezembro de 1931), um de nós injectou-o em pequena quantidade no canal raquídeo, depois de retirar uma porção de líquido superior à do torotraste introduzido (4).

A doente experimentou uma forte reacção febril e, para a melhorar, tivemos de fazer-lhe durante quatro ou cinco dias, punções lombares repetidas.

Um de nós quis mesmo, em colaboração com os assistentes

(1) Silvije Kadrnka et Jean Rossier. — Hepatosplénographie, accessoirement ostéomyélographie et néphrographie expérimentales. *Acta Radiologica*, Stockolmo. Vol. XII. Fasc. 4.

(2) Kadrnka et R. Junet. — Démonstration de quelques clichés radiologiques et histologiques de lapins ayant été traités par le thorotrast en injections intraveineuses (ostéomyélo-, pulmoalvéolo-, néphro-, placento- et surrénalographie). *Bul. et Mém. de la Soc. de Rad. Méd. de France*. Nov. de 1932.

(3) A. Rodovici et O. Meller. — Encéphalo-myelographie liquidienne. *La Presse Médicale*. 2 de Dez. de 1932.

(4) Êste trabalho foi feito de colaboração com o Dr. Almeida Lima.

Drs. Loff e Pacheco, aproveitar o método para o tratamento pirretoterápico da paralisia geral, não tendo obtido, porém, os resultados previstos. Por isso, abandonámos a injeção intrarraquídea do torotraste e nunca a tentámos com o fim de obter esclarecimentos diagnósticos no domínio cerebral, por nos parecer que seriam sempre insuficientes. Este método, que reputamos perigoso, levou Rodovici e Meller às conclusões que acima transcrevemos.

Pelo método da injeção na carótida primitiva e na carótida externa de doses elevadas de torotraste chegámos a resultados diversos. O torotraste não se fixa permanentemente nas meninges. Atravessa-as morosamente, como aliás não passa com rapidez através da face e das partes moles do crânio. Se a suspensão coloidal do tório mostra uma certa afinidade por elementos celulares destas regiões, permanece pouco tempo em contacto com êles, desprendendo-se em seguida. Esta averiguação está de acôrdo com as conclusões a que chegaram Junet e Kadrnka (1), de Genebra, num trabalho ultimamente publicado sôbre a função do estroma na filtragem do sangue. Estes autores fazem uma distinção entre a função do parênquima e a do estroma. Os filtros do sangue por função do estroma, tais como foram definidos por Askanazy, são o baço, o fígado e a medula óssea. Devido às grandes propriedades físicas do torotraste, que permite combinar os exames radiológicos e histológicos, puderam Junet e Kadrnka seguir as diferentes fases do processo. Chegaram, assim, às seguintes conclusões:

Primeira fase. — O torotraste observa-se no protoplasma das células endoteliais dos capilares, mas não permanece nessas células mais de três a quatro horas.

Segunda fase. — Passagem do torotraste do endotélio às células do retículo. No fígado, a primeira e segunda fases confundem-se nas células de Kupffer.

Terceira fase. — A linfa arrasta o torotraste para os espaços e vasos linfáticos e, em seguida, para os gânglios correspondentes, onde se demora indefinidamente.

(1) R. Junet et S. Kadrnka. — La fonction du stroma dans la filtration du sang. *Actas de la Société Helvétique de Sc. Naturelles*. Pág. 433. 1932.

As conclusões do interessante trabalho de Junet e Kadrnka estão de acôrdo com os resultados das nossas observações, pelo que respeita à circulação capilar ligada à carótida externa. As células endoteliais dos seus capilares seguram o torotraste por algum tempo. A maior parte sêgue o seu caminho; mas outra porção demora-se durante uma hora, pouco mais ou menos (1), presa às células endoteliais.

Há, porém, a registar que os capilares do cérebro são, ao contrário dos outros capilares, inteiramente permeáveis ao torotraste. Êste atravessa-os sem se fixar, ao menos em quantidade que os torne visíveis.

O torotraste conduz-se diferentemente junto das células endoteliais dos capilares do cérebro e das outras regiões da cabeça. A velocidade do sangue, diferente nos dois sistemas carotídeos, deve provavelmente determinar uma conduta diversa dos glóbulos sanguíneos, através das células capilares, junto do tecido cerebral e dos outros tecidos.

A demora dos glóbulos e plasma sanguíneos é muito maior junto das células endoteliais dos capilares derivados da carótida externa do que junto das células endoteliais dos capilares cerebrais. Daí pode deduzir-se que os elementos levados ao cérebro pelo sangue lhe são transmitidos muito rapidamente, ao passo que são fornecidos lentamente a outros tecidos. É sob reserva que apresentamos estas ilações, que se prendem com o complexo problema da nutrição e histoquímica dos tecidos.

*

*

*

Os trabalhos em que andamos empenhados e de que damos, neste artigo, apenas um dos seus aspectos parcelares, mostram um grande interêsse. De um trabalho de Anastasia Rubaschiva, do Instituto de Roentegenologia, Radiologia e Cancro, de Lenigrado, que acabamos de receber, referente à «Arteriografia e

(1) Referimo-nos à quantidade visível nas angiografias. Só alguns filmes, obtidos uma hora depois das injeções, deram a impressão de estar ainda opacos; mas não podemos garantir com absoluta certeza que a opacidade se mantenha por êsse lapso de tempo.

“**Ceregumil**”
Fernández

**Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas**

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

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

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

FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA
Depositários: GIMENEZ-SALINAS & C^a
240, Rua da Palma, 246
LISBOA

MÉTODO CITOFILÁCTICO DO PROFESSOR PIERRE DELBET

*Comunicações feitas ás 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

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

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

Na moderna terapeutica

O Hemobiogeno Serono

«VITAMINADO»

é considerado um energico reconstituente e um poderoso estimulante do metabolismo.

A sua acção fisiológica é devida à união das propriedades catalisadoras das

VITAMINAS

com os elementos minerais e orgânicos que êle contém.

COMPOSIÇÃO: Ácido fórmico, Manganés, Cálcio, Magnésio, Vitaminas A-B-C-D.

Nas manifestações de debilidade geral orgânica, nos transtornos do desenvolvimento infantil, nas convalescências prolongadas, nas formas de atonia gástrica, na astenia muscular e no esgotamento nervoso. Em todos os casos que precisem de ser submetidos por largo tempo a um regime especial insufficiente, pode considerar-se como um auxiliar integrante da alimentação.

DOSES: uma colher das de sopa duas vezes ao dia, 10-15 minutos antes das refeições. Para creanças, metade daquelas doses.

à influência das substâncias de contraste sôbre a parede vascular» (1), transcrevemos êste conceito do resumo francês: «La vasographie présente un grand intérêt pour l'étude expérimentale de la dynamique de la circulation sanguine; toutefois, elle ne pourra être appliquée que lorsque sera résolu le problème de substance de contraste.»

A questão está nitidamente posta; sômente a autora desconhece os progressos que temos realizado, desde que aplicamos o torotraste, substância que, em nosso entender, resolve o problema da «substância de contraste», a que Rubaschiva se refere.

*

*

*

O caminho que começamos a percorrer é de difícil acesso. Apercebemo-nos, a cada passo, das complexas determinantes que nos podem levar a seguir trilhos errados; mas, fundamentando-nos num avantajado número de séries angiográficas da cabeça, julgamos desde já poder apresentar, embora sob reservas, as seguintes conclusões:

1.^a) Pelos líquidos opacos injectáveis nas artérias, e principalmente pelo torotraste, pode surpreender-se a circulação arterial, capilar e venosa da cabeça.

2.^a) As opacidades observadas nas séries angiográficas da cabeça, devidas às circulações capilares, são determinadas por causas diferentes.

3.^a) A primeira opacidade que aparece na angiografia obtida um segundo após a primeira, estende-se ao crânio e à face, e é devida à velocidade da injeção na rede da carótida externa, que força uma parte da mistura sangue-torotraste a invadir rapidamente os capilares. Esta opacidade não se mantém: dura apenas um a dois segundos.

4.^a) A segunda opacidade, fugaz e pouco intensa, em comparação com a primeira e com a terceira, limitada à porção interna

(1) Neste trabalho, que é de 1932, não se ocupa a autora do torotraste, mas sim do iodeto de sódio, brometo de estrôncio, etc., como substâncias opacas a utilizar na angiografia.

do crânio, é devida à passagem rápida da mistura sangue-torotraste pelos capilares cerebrais.

5.^a) A terceira opacidade, a mais intensa das três, aparece, em geral, cinco a seis segundos, algumas vezes mais tarde, após a injeção e produz-se nos capilares da rede arterial da carótida externa, quando são invadidos pela mistura sangue-torotraste.

6.^a) Esta terceira mancha permanece por algum tempo (o máximo uma hora), embora se esbata sucessivamente. Por fim, parece localizar-se especialmente à região intracraniana, o que nos leva a supor que, nesta última fase, a opacidade é principalmente determinada pela circulação nos capilares meníngeos.

7.^a) A demora do torotraste nos capilares derivados da carótida externa deve ser devida a uma fixação temporária no protoplasma das células endoteliais (Junet e Kadrnka). Notaremos, contudo, que esta fixação se dá na circulação que consideramos normal (fases V e VI) e não se observa quando a injeção força a passagem do torotraste, pela circulação capilar derivada da carótida externa (fases I e II).

8.^a) Inclina-mo-nos a supor que a dilatação provocada pela injeção na carótida externa não é seguida de espasmos arterio-capilares, pelo menos, importantes. A última opacidade observada deve derivar da morosidade da circulação normal.

9.^a) A velocidade da circulação, muito rápida no cérebro e relativamente morosa no domínio da carótida externa, explicam, só por si, a diferença de conduta do torotraste nos dois sistemas arteriais.

10.^a) A quantidade de torotraste injectada tem a maior importância na duração da opacidade. Na circulação cerebral as grandes quantidades injectadas não produzem opacidades intensas ou duradouras. Na circulação da carótida externa a duração da última opacidade depende da quantidade injectada.

RÉSUMÉ

Les AA. font la description des opacités rencontrées dans les séries angiographiques de la circulation céphalique.

Les angiographies des fig. 1 et 3 ont été obtenues par injection du thorotrast dans la carotide externe.

Succession des films dans la figure 1 : 0 — 1 — 1 — 1 — 2 — 3

secondes et dans ceux de la figure 2 : 0 — 1 — 1 — 1 — 1 — 1 secondes.

La série de la figure 3 a été obtenue dans le *radio-carrousel de Caldas* après l'injection de 13 c. c. de thorotrast dans 1,5 seconde. Succession des films : 0 — 1 — 2 — 2 — 3 — 5 secondes.

La figure 4 montre une série angiographique après injection de 12 c. c. dans 1,5 seconde dans la carotide interne. Succession des films : 0 — 1 — 1 — 1 — 1 — 1 secondes.

Dans ces séries et dans d'autres semblables, lorsque la carotide externe a été injectée, les AA. ont trouvé deux opacités assez fortes. Une dans le premier ou dans le second film, c'est-à-dire à la fin de l'injection ou une seconde après celle-ci. Il s'agit d'une opacité passagère, mais très nette. Elle est plus forte quand on injecte avec force soit directement dans la carotide externe soit dans la carotide primitive. (I de la fig. 1, II de la fig. 2 et de la fig. 3). La vitesse de l'injection augmente l'intensité et précipite l'apparition de cette première opacité qui couvre la face, le cou et la tête. Elle ne dure qu'une à deux secondes. On ne la retrouve pas en général dans l'angiographie immédiate tirée une seconde après.

Une autre opacité, plus forte que la première, se montre 5 à 8 secondes après l'injection. Cette opacité se maintient, pour un certain temps, diminuant peu à peu d'intensité (VI de la fig. 1, V et VI des figs. 2 et 3).

Les AA. ont constaté aussi une autre opacité, bien moins intense, entre les deux, limitée au crâne, quand on injecte la carotide primitive ou la carotide interne (III de la fig. 3 et II de la fig. 4).

Sur l'interprétation de ces taches angiographiques, les AA. présentent les conclusions suivantes :

1) On peut surprendre la circulation artérielle capillaire et veineuse de la tête grâce aux liquides opaques aux rayons X injectables dans la carotide primitive.

2) Les opacités observées dans les séries angiographiques de la tête, sont dues aux circulations capillaires et déterminées par des causes différentes.

3) L'opacité qu'on trouve dans le premier (fig. 1) ou dans le second film (fig. 2) correspond à la circulation capillaire dans le domaine de la carotide externe (cou, face et crâne). Elle est due

à la force de l'injection qui augmente considérablement la vitesse du mélange sang-thorotrast dans la carotide externe. C'est cette vitesse qui force le passage par les capillaires et produit une opacité passagère.

4) La seconde opacité, peu intense, limitée à la portion interne du crâne, et qu'on voit, en général, une ou deux secondes après l'injection (III de fig. 3, II de la fig. 4) provient du thorotrast dans son passage rapide par les capillaires cérébraux.

5) La troisième opacité, la plus forte des trois, paraît 5 à 8 secondes après l'injection (V de la fig. 1, V. et VI des fig. 2) et correspond à la circulation capillaire dépendant de la carotide externe (cou, face, parties molles du crâne) quand le mélange sang-thorotrast y est naturellement apporté par les systoles cardiaques.

6) Cette opacité dure quelques minutes, mais elle diminue progressivement. Il semble que, vers sa fin, elle est limitée à la partie interne du crâne. Cela fait penser aux AA. que les capillaires méningés sont les derniers à se laisser traverser par le mélange sang-thorotrast.

7) Les AA. s'inclinent à supposer que la dilatation provoquée par l'injection dans la carotide externe ne détermine pas une réaction appréciable de spasmes arterio-capillaires. Les faits observés seraient la conséquence de la dilatation de l'arbre artériocapillaire par la force de l'injection. Cette dilatation serait suivie d'un retardement de la circulation qui reviendrait ensuite à la normale.

8) La vitesse de la circulation très rapide dans le cerveau et relativement lente dans le domaine de la carotide externe, doit expliquer la différence de conduite du thorotrast dans les deux systèmes artériels.

9) La permanence de l'opacité par le thorotrast dans les capillaires de la carotide externe dépend surtout de la quantité injectée.

10) Dans la circulation cérébrale (carotide interne) les grandes quantités de thorotrast passent rapidement par les capillaires et elles ne provoquent pas des opacités fortes ou qui durent plus d'une seconde.

Les AA. font des considérations sur la fixation temporaire du thorotrast dans les cellules endothéliales des capillaires et font

**OPOTERAPIA
FEMININA**

GINECINA **SEIXAS-PALMA**

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

**DE OPTIMO RESULTADO
EM TODOS OS CASOS DE:
IRREGULARIDADES MENSTRAUES
PERTURBAÇÕES DA MENOPAUSA
NEURASTENIA SEXUAL.
HISTERISMO.**

**ACIDENTES CONSECUTIVOS A' OVARIOTOMIA.
NEVROSES CARDIACAS.
ASMA NERVOSA.
NEURASTENIA GERAL.**

**LABORATORIOS
DE**

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

Foi para obviar as perniciosas consequencias derivadas da insuficiencia das glandulas endocrínicas que foi preparada a

GÍNECINA

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

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

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

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

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

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



remarquer la différence existant entre les capillaires cérébraux et ceux dérivés de la carotide externe. Ils rappellent les remarquables travaux de Askanazy sur les filtres du sang et, en ce qui concerne aux capillaires extra-cérébraux, les AA. notent que leurs expériences sont d'accord avec celles de Junet et Kadrnka.

Ils se demandent si la conduite du thorotrast est différente de celle des éléments figurés du sang, ou si les globules se conduisent d'une manière semblable au thorium, soit dans la circulation cérébrale, soit dans la circulation extra-cérébrale. Ces deux circulations se conduisent, en effet, d'une manière tout-à-fait différente. Les globules et le plasma sanguins apportent au cerveau des éléments nutritifs qui lui sont presque instantanément transmis dans son passage rapide. Les globules et le plasma sanguins restent, au contraire, en contact, pendant un certain temps, avec les cellules endothéliales des capillaires des autres tissus de la tête. C'est-à-dire, les échanges nutritifs sont faits en des temps différents dans le cerveau et dans les tissus irrigués par la carotide externe.

**TUBERCULOSE DO RIM E DA CÁPSULA
SUPRA-RENAL DIREITA — NEFRECTOMIA E SUPRA-
RENALECTOMIA DIREITA HÁ 19 ANOS —
CALCULOSE DO RIM ÚNICO — NEFROLITOTOMIA.
CURA (1).**

POR

ALBERTO GOMES

A calculose no rim único, depois de nefrectomia do rim homólogo, é uma afecção relativamente freqüente, mas o número de casos publicados da sua cura cirúrgica é bastante raro.

É uma intervenção difícil e grave, na grande maioria dos casos, pelo que raras vezes é realizada. Mesmo os cálculos localizados no bassinete, de extracção fácil por pielotomia, dão origem a intervenções de uma grande dificuldade e, às vezes, impossíveis de levar a bom termo, pelo enorme volume do rim, sempre aumentado pela hipertrofia compensadora e pela perinefrite extensa e intensa, tantas vezes presente na calculose renal. Nos outros casos, a necessidade da nefrolitotomia, tão ingrata no seu período post-operatório, torna a operação grave e temida.

Assim se tem tornado corrente a opinião de que nos casos de calculose no rim único se deve entregar o doente à sua sorte, sem qualquer intervenção. Será assim nos casos de cálculo do rim único bem tolerado, mas, desde que essa tolerância deixa de existir e aparecem sintomas como as cólicas, as hematúrias, as crises de retenção com febre, as crises de anúria, que ameaçam a vida do doente, julgamos que o cirurgião deve intervir, procurando salvá-lo de uma morte certa a breve trecho.

Foi assim que procedemos no doente cuja observação temos a honra de apresentar a êste Congresso.

(1) Comunicação apresentada ao 3.º Congresso hispano-português de urologia, realizado em Coimbra, em Julho de 1932.

Tratava-se de um caso de calculose no rim único de um doente, operado de supra-renalectomia e nefrectomia por tuberculose, realizada 19 anos antes. Crises prolongadas e sucessivas de anúria obrigaram nos a intervir por nefrolitotomia, para extrair dois cálculos intraparenquimatosos, tendo obtido uma cura que hoje, passados dois anos, ainda se mantém sem ter havido qualquer incidente.

A. A. C., de 62 anos, comerciante. Sífilis aos 19 anos. Várias blenorragias complicadas, por vezes, de prostatite. Febre tifóide aos 34 anos.

Em Agosto de 1907, cólica no ventre, muito intensa, com vômitos e disúria, que passa com a expulsão de cálculo como bago de arroz. Dois meses depois, nova cólica na região lombar, sem poder precisar o lado, com vômitos e febre, estando cinco dias, primeiro em oligúria e depois em anúria. Expeliu um cálculo, como um caroço de azeitona, com hematúria.

Em 1910 e começo de 1911, ano em que foi operado do rim direito, teve várias hematúrias totais, não acompanhadas de dor ou outro sofrimento, durante um ou dois dias, por vezes, com coágulos filiformes.

As micções eram raras, mas as urinas muito turvas, purulentas e em quantidade superior a litro e meio. Foi dilatado até Beniqué 56. Fêz radiografia, que não revelou presença de cálculo (Feio e Castro).

O cateterismo dos ureteres, em 28 de Junho de 1911, dá o seguinte resultado.

Rim direito:

Volume, em duas horas.....	5,9-2,1-4,7-6,4 cc.
Urea por litro.....	4,74 gr.
Urea por centímetro cúbico.....	0,09 "
Cloretos por litro.....	3,4 "
Cloretos por centímetro cúbico....	0,06 "
Serina.....	Bastante.
Sedimento.....	Bast. glób. de pus.

Rim esquerdo:

Volume, em duas horas.....	20,0-10,5-12,0-9,5. cc.
Urea por litro.....	11,05 gr.
Urea por centímetro cúbico....	0,57 "
Cloretos por litro.. ..	12,50 "
Cloretos por centímetro cúbico	0,65 "
Serina.....	Vestígios acentuados.
Sedimento.....	Alguns glóbulos de pus.

Resultados das incubações feitas em 28 de Julho de 1911:

As cobaias inoculadas com urinas do rim direito morreram em 17 de Agosto de 1911; uma delas apresentava uns tubérculos no pulmão direito. Em ambas havia intensa congestão visceral, especialmente pulmonar e intestinal. As cobaias inoculadas com urina do rim esquerdo foram sacrificadas em 18 de Agosto de 1911. Em nenhuma se encontraram lesões tuberculosas nem quaisquer outras (M. Athias).

Análise global da urina em 20 de Agosto de 1911:

Volume das 24 horas: 1850 cc. Aspecto: turvo. Reacção: alcalina. Densi-

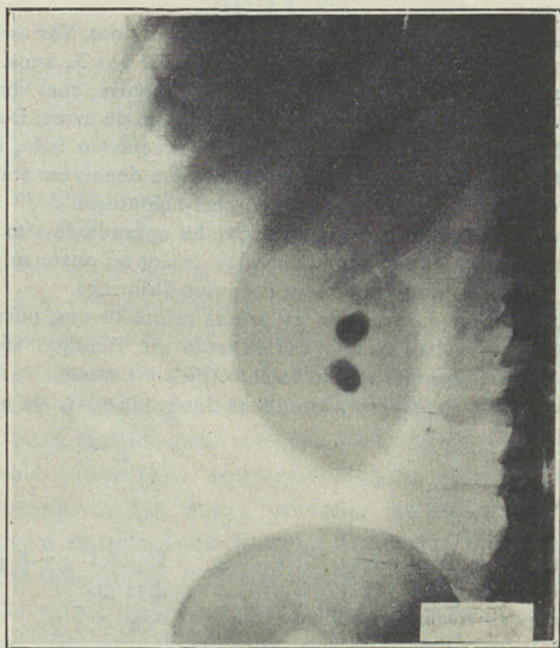


Fig. 1

dade: 1014. Serina: vestígios. Glicose: não tem. Urea por litro: 24,74 gr. Sedimento: células epiteliaes pavimentosas, bastantes glóbulos de pus.

Foi operado de nefrectomia e supra-renalectomia direita em 27 de Agosto de 1911, pelo Prof. Francisco Gentil. Intervenção difficil pela grande perinefrite existente. Ficam dois *clamps* no pedículo renal. Tamponamento de gaze.

Quarenta dias depois de operado, hematúria violenta, acompanhada de pequena hemorragia pela ferida operatória, ainda não completamente cicatrizada, e que depois se não repete.

Curado em fins de Outubro, passa em seguida regularmente, com bom apetite e óptimo estado geral, conservando o estado de adiposidade já existente quando foi operado. Pêso: 80 quilos.

É excessivamente nervoso e vive muito preocupado com o funcionamento do seu único rim. As urinas continuam turvas e purulentas.

Em 1917, com febre e arrepios, mas sem cólica, entra em anúria, que se mantém completa durante oito dias, restabelecendo-se a diurese com o auxílio de diuréticos, ventosas, sôro glucosado isotônico e hipertônico, já quando o doente apresenta hemorragias bucais e nasais, tremores e perda de conhecimento.

Em 1923, cólica lombar esquerda com expulsão de dois pequenos cálculos. Segue-se um largo período em que, por várias vezes, aparecem cólicas lombares com irradiação ao longo do uréter esquerdo, febre alta, arrepios e crises de anúria, que duram algumas horas, mas que por fim cedem ao uso de diuréticos e anti-espasmódicos.

Em 1927, uma radiografia revela a existência de dois cálculos do tamanho de avelãs, no rim esquerdo (fig. 1).

As urinas continuam turvas, purulentas, com uma diurese de dois litros nas vinte e quatro horas.

Continuam as pequenas cólicas até Junho de 1930, em que tem uma có-



Fig. 2

lica violenta, com irradiação ao longo do uréter, arrepios, temperatura de quarenta graus e anúria, que se mantém, a-pesar do tratamento feito, além de vinte e quatro horas.

Cateterizo o uréter esquerdo com sonda número 5, que progride até ao bassinete e fica permanente durante 48 horas. A diurese estabelece-se abundante.

Três dias depois, a cólica torna-se de novo intensa e repete-se de novo a anúria, o que obriga a novo cateterismo. Foi ainda necessário fazer terceiro cateterismo e isso nos levou a propor a intervenção, que foi aceite.

A urea do sangue 0,68 por litro.

Nova radiografia da região renal esquerda, em 25 de Junho de 1930, mos-

tra que as dimensões da sombra renal aumentaram transversalmente e que os cálculos têm dimensões também maiores.

Operámos o doente em 28 de Junho de 1930, dez dias depois da última crise de anúria.

Incisão lombar, rim muito volumoso, intensa perinefrite. Ao pretender-se fazer o isolamento do rim começa a descolar-se a sua cápsula própria o que nos obriga a fazer a nefrolitotomia, sem exteriorizar o rim. Extracção dos dois cálculos. (Fig. 2).

Sutura do rim com catgut. Drenagem do bassinete. Suspensão do rim. Drenagem para-renal.

Ao oitavo dia retira-se o dreno renal.

Quatro dias depois, hematúria violenta e hemorragia abundante pela ferida operatória. Chamado de urgência, abrimos rapidamente a ferida e fizemos um tamponamento em volta do rim, que foi eficaz.

Curado em Agosto de 1930.

Análise global da urina em 10 de Junho de 1932:

Volume de vinte e quatro horas — 2:100 centímetros cúbicos. Aspecto turvo. Reacção anfotérica. Densidade, 1:018. Serina, 1,30 gr. por litro. Glucose não tem. Urea por litro, 10,54 gr. Cloretos por litro, 5,02 gr. Sedimento: células epiteliaes pavimentosas, bastantes glóbulos de pus.

Constante de Ambard, em 10 de Junho de 1932:

Urea da urina, por litro	10,27 gr.
Urea do sangue, por litro.	0,54 »
Constante	0,130 »

Nunca mais teve cólicas, nem acessos febris. Tem passado bem. As urinas continuam turvas, purulentas, por vezes com cheiro fétido. Conserva bom estado geral. Pêso, 78 quilos.

MENINGITE PURIFORME ASSÉPTICA

(Comunicado na Soc. das Ciênc. Méd. de Lisboa, reunião de 18-I-932)

POR

CARLOS SALAZAR DE SOUSA

Assistente de Pediatria da Faculdade de Medicina

A recente observação de um caso de meningite puriforme asséptica, sugeriu-me a idea de vir chamar a atenção para esta forma especial de reacção meningea que, por ser pouco frequente, nem sempre é recordada, mas cujo conhecimento é de-veras importante, não só pela benignidade de prognóstico que nos permite fazer, ao contrário do que sucede com qualquer meningite purulenta, mas ainda, e sobretudo, porque o saber da sua existência nos deve impedir de irmos às cegas empregar uma terapêutica que, indispensável quando esteja indicada, poderia nestes casos ser até possivelmente prejudicial.

O doente cuja observação relato foi visto em conferência com um colega e apresentava um quadro clínico que fazia recear um próximo desenlace fatal. O reconhecimento da sua doença permitiu fazer um prognóstico de benignidade, que a evolução ulterior rapidamente confirmou.

OBSERVAÇÃO. — No dia 21-11-32 fui chamado a ver em conferência um doente cujo diagnóstico era de meningite tuberculosa.

J. F., sexo masculino, de 7 anos de idade.

Antecedentes pessoais e hered. — Nascido de tempo e parto normal. É o 2.º filho; antes dêle nasceu uma rapariga, que tem hoje 12 anos, igualmente de parto normal e de tempo. Entre os dois filhos teve a mãe um abôrto espontâneo de 3 meses. O pai é sifilítico, tendo adquirido o mal ainda solteiro. Tem tido tratamento muito irregular e só depois desta criança nascer. A mãe nunca se tratou.

Não há antecedentes bacilosos; pai fraco, mas não doente, e a mãe a-pesar-de ser igualmente bastante fraca e de se queixar de freqüentes pontadas torácicas, quando examinada por médico nunca lhe foram encontradas lesões pulmonares. A irmã mais velha é escrofulosa e o petiz, que tem sido sempre muito fraco, apresenta micropoliadenia cervical e das virilhas, lesões impetiginosas das narinas e intertrigo retro-auricular. Varicosidades capilares da face, bastante visíveis, e paladar ligeiramente ogival, não havendo outros sinais de H. S. Há dois anos teve sarampo, ficando desde então mais fraco.

Há cêrca de um ano expulsou algumas lombrigas espontaneamente, tomando então um vermifugo, que não provocou a saída de outros vermes. Não há mais nenhum dado patológico no seu passado.

Doença actual. — No dia 18-11, ao chegar da escola, queixou-se duma forte dor nas costas, dizendo também que tinha frio. O termómetro marcava então 39°,5 de temperatura. Pouco tempo depois teve uma convulsão bastante demorada e, passada esta, manteve-se inconsciente durante quatro horas.

Visto então por um colega, foi-lhe prescrita balneoterápia quente e gêlo na cabeça.

No dia 21, isto é, três dias depois, o estado do doente mantinha-se estacionário, e como o colega pensasse numa meningite tuberculosa, fui chamado a ver o doente. O exame objectivo, nessa ocasião, mostrava os seguintes dados: criança deitada em decúbito lateral, em posição de cão de espingarda. Estado de meio torpor, com deficiente conhecimento do que se passava em tórno. Rebelde a deixar-se observar. Rigidez acentuada da nuca, fortemente febril e com o pulso lento, em desacôrdo com a elevada temperatura. Anisocoria, sendo a pupila esquerda mais dilatada e reagindo mal à luz. Estrabismo externo do olho esquerdo. Sinais de Brudzinsky, Koernig e nuco-pupilar de Flatau positivos. Risca de Trousseau nítida. Reflexos de defesa vivos. Ventre deprimido. Obstipação desde o começo da doença.

Em resumo: tratava-se dum evidente síndrome meníngeo instalando-se bruscamente numa criança até aí em plena saúde. Não me inclinei para a etiologia bacilosa, e como me tinham aparecido, por êsse tempo, alguns casos de meningite cérebro-espinal epidémica, pensei na origem meningocócica. Feita imediatamente a punção lombar, obteve-se um líquido francamente turvo, saindo em gota pesada, cuja análise (Dr. C. Teixeira) deu o seguinte:

Albumina	0,4%
Açúcar	0,98%

O exame citológico do sedimento revelou tratar-se quasi exclusivamente de polinucleares, existindo apenas algumas células monocitoides e alguns linfócitos.

Os exames bacteriológicos directos, feitos em muitas lâminas, foram todos negativos. Não se fizeram culturas. Vistas de novo, a meu pedido, as lâminas, notou-se que todos os polinucleares se conservavam intactos com os seus limites de núcleo e protoplasma bem nítidos.

Penso, por esta análise, numa meningite puriforme asséptica, não podendo, todavia, excluir a meningite cérebro-espinal, de resto pouco provável com uma tão elevada glicorraquia, em que, como se sabe, muitas vezes o meningococo apenas se encontra em culturas. Resolvi não injectar desde logo sôro, mantendo o doente em constante vigilância.

23-II-932. — Logo em seguida à punção lombar, a criança melhorou consideravelmente; está absolutamente consciente, apirética, desapareceram os sinais meníngeos, apenas restando de todo o primitivo cortejo uma certa paresia vaso-motora.

Segunda punção lombar deu saída a líquido límpido e com tensão normal. A análise revelou:

Albumina	0,30 %
Açúcar	0,65 »
Elementos celulares.....	223 mmc.

O exame citológico mostrou tratar-se, sobretudo, de linfócitos e apenas alguns polinucleares.

R. de Weichbrodt..	Positiva.
R. de B.-W...	Negativa (no liquor).

Esta análise, mostrando ter-se dado franca melhora, ao mesmo tempo que diminuiu a glicorraquia, leva-me a optar pelo diagnóstico de meningite puriforme asséptica, fazendo, por isso, um bom prognóstico, e a afastar a hipótese de uma meningite cérebro-espinal de germen fracamente virulento que, mesmo a existir, estava em via de cura espontânea.

Faz-se uma injeção de bismuto para reactivação.

28-11-32 (portanto cinco dias depois da última punção). A cura clínica mantém-se. Punção lombar deu líquido cristal de rocha, com tensão normal e contendo:

Albumina	0,4 %
Açúcar.....	0,65 %
Elementos na célula.....	51,2 mmc.

O exame citológico mostrou tratar-se de linfócitos.

Reacção de Weichbrodt	+++
» » Wassermann (no liquor)	---
» » » (no sangue)	++-

5-12-32. A criança faz a sua vida normal.

Punção lombar dá líquido límpido, gota a gota e com:

Albumina	0,3 %
Açúcar	0,7 %
Reacção de Weichbrodt	++++
Elementos na célula	3,2 mmc.

O exame citológico mostrou tratar-se de linfócitos.

6-12-32. Pesquisa de ovos de vermes nas fezes: ovos de oxiurus.

Prescreve-se *Chenopodium*, que faz com que o doente expulse duas lombrigas.

A etiopatogenia das reacções meníngeas ainda tem numerosos pontos obscuros. Assim, ao lado das meningites bem conhecidas, de que é fácil descortinar a causa, é freqüente encontrar numerosas reacções meníngeas em que o exame mais cuidadoso não permite descobrir a origem.

Na literatura portuguesa referiu-se, pela primeira vez, a estes estados meníngeos Vaz Serra, fazendo notar a dificuldade diagnóstica que muitas vezes podem ocasionar por, às vezes, reproduzirem integralmente o síndrome humoral da meningite tuberculosa, e propondo para êles o nome de meningites pseudo-tuberculosas.

Não são excessivamente raras estas reacções meníngeas e, de entre alguns poucos casos que já tenho visto, posso, para exemplo, relatar o seguinte, há pouco tempo observado num doente da minha clínica particular:

S., sexo masculino, 10 anos. Adoeceu súbitamente com tosse, febre elevada e fortes cefaleias a 30-V-932. O exame clínico apenas mostrava uma nasofaringite intensa e uma certa rigidez de nuca, que atribuímos à própria adenoidite. No dia seguinte, a rigidez de nuca era mais pronunciada. Koernig e Brudzinsky positivos. Punção lombar: líquido claro e hipertenso, com albuminorraquia, fortemente aumentada, glicorraquia diminuída, célula de Nagotte, mais de cem linfócitos por mmc. Reacção de Waltner positiva. Pesquisa de bacilo de Koch na rede de fibrina, negativa.

Era, portanto, a-pesar da pesquisa negativa do bacilo de Koch, o síndrome humoral de uma meningite tuberculosa, diagnóstico a que também eram favoráveis a noção de antecedentes e contágio bacilosos, e o próprio hábito físico do doente.

Esta criança, contra a nossa expectativa, curou rapidamente com a terapêutica empregada: banhos quentes e desinfecção da

naso-faringe com colargol. Embora, pela falta de inoculação em cobaia, não possa em absoluto garantir que se não tratava duma meningite tuberculosa, a extrema raridade de cura nesta doença torna esta hipótese pouco plausível.

A-par destas meningites benignas de reacção celular linfocitária, podemos colocar outra forma certamente muito mais rara (pois que enquanto já tivemos ocasião de observar alguns casos do primeiro tipo descrito, é este o primeiro que vimos do segundo tipo), em que a reacção celular é predominantemente de polinucleares e, por vezes, em tal abundância que o liquor toma um aspecto nitidamente puriforme. A etiologia destas reacções meníngeas é, muitas vezes, de impossível elucidação. Sobretudo estudadas por Widal, que se inclinava para a origem sífilítica, o mesmo autor reconheceu, depois, que esta etiologia não era constante.

Assim, os primeiros casos descritos por Widal eram de doentes com lesões sífilíticas dos centros nervosos, mas outros autores publicaram observações em que a infecção luética não existia certamente, e, como dissemos, o próprio Widal apresentou depois igualmente casos em que tal etiologia tinha de ser abandonada (Widal et Philibert, Widal et Brissaud). Mesmo nos seus casos de sífilis nervosa, nunca o autor encontrou espiroquetas no liquor (Widal et Ravaut). A origem verminosa foi também admitida para alguns casos (Guillain et Gardin, Gautier et Chausse-Klink).

Estas reacções meníngeas, devidas a vermes intestinais, que os antigos admitiam cegamente, mas que hoje são olhadas com scepticismo, inclinando-se os autores modernos a atribuir os sintomas encontrados a fenómenos reflexos, histerismo, etc., propondo para estes syndromas o termo de pseudo-meningites (Simonin, G. Railliet), não são para pôr *à priori* de parte.

É efectivamente sabido que os vermes, sobretudo os *ascaris*, mas também as ténias, elaboram produtos tóxicos de afinidade neurotrópa. Brumpt, Monti, Messineo et Calamida, Simonin, Mingazzini, etc., provocaram acidentes nervosos em animais, por injeção de extractos alcoólicos, etéreos e aquosos de diferentes vermes intestinais. Não estão, porém, todos os experimentadores de acôrdo, pois que Cao, Lynch, Allaria e outros negam a acção tóxica das ténias e até mesmo dos *ascaris*, dizendo que as injec-

ções dos extractos são inofensivas desde que se opere com a mais rigorosa assépsia. Outros autores, como Shimamura e H. Fujii, chegaram mesmo a isolar dos *ascaris* uma toxina a que chamaram *askaron* e que, injectada ao cavalo, pode produzir a morte.

Sintomas de intoxicação semelhantes são também descritos, embora em menor grau e com menos frequência, com os oxiuros.

Faz, além disto, notar Brumpt, em apoio da idea da origem tóxica dos fenómenos nervosos, que estes, em geral, só cessam três a quatro dias depois da expulsão dos vermes, o que não seria facilmente compreensível se se quisessem considerar como simples fenómenos reflexos.

Seja como fôr, o facto de se encontrarem fenómenos meníngeos num doente em que a punção lombar mostrou a existência duma evidente reacção meníngea, e de êste se curar depois da expulsão de vermes, não nos deve levar a admitir sem reservas a origem verminosa; não nos devemos esquecer de que os parasitas intestinais são frequentíssimos nas crianças, e de que, por outro lado, estas reacções, por vezes, curam espontaneamente com enorme rapidez.

Haja em vista o nosso doente, que passou de um estado aparentemente de assustadora gravidade, à cura clínica em dois dias.

Várias outras etiologias têm, ainda, sido apontadas para estas meningites, como a gripe (Widal et Philibert), a uremia (Chauffard), a insolação (Lenhardt et Sentis), uma infecção próxima das meninges (do ouvido, cérebro, seios) ou mesmo distante, em qualquer ponto do organismo, etc., mas, de facto, para muitos casos tem que se reconhecer o desconhecimento de qualquer factor etiológico.

Cingindo-nos ao caso por nós relatado: assentemos primeiro em que se não trata duma meningite sifilítica.

Existe, é certo, no nosso doente a noção dos antecedentes luéticos e um Wassermann + + + — no sangue. Mas estamos longe de poder filiar o nosso caso numa daquelas formas de meningite sifilítica aguda, com líquido turvo, grande albuminose de 1 a 3 grs. e R. W positiva (Riser).

No nosso caso a albuminorraquia era pouco elevada, o Wassermann no liquor negativo mesmo com reactivação, e o doente curou sem tratamento específico.

Não queremos deixar de fazer menção do facto da reacção de Weichbrodt se manter positiva durante todo o curso do processo, mesmo quando da última punção, em que o exame cito-químico do líquido céfalo-raquídeo já nos permitia considerá-lo normal.

É, porém, de notar que Riser se nega a atribuir ao aumento das globulinas, revelado por esta reacção, a significação que lhe deram Leredde e Rubinstein para a sífilis.

Não se tratava, evidentemente, pois lhe são contrárias a fraca albuminorraquia e a elevada glicorraquia, e a evolução suficientemente o prova, de uma daquelas formas atípicas de meningite tuberculosa de reacção celular a polinucleares.

A hipótese duma meningite a meningococos ou qualquer outro germe fracamente virulento, não se pode pôr em absoluto de parte, visto que não fizemos culturas, mas é pouco provável, não só pela rapidez da cura espontânea, mas também pela completa integridade de todos os polinucleares, pelo valor elevado da glicorraquia e, ainda, por esta ter diminuído exactamente quando o doente melhorou.

Aceitemos, pois, como mais provável o diagnóstico de meningite puriforme asséptica.

¿ Que etiologia lhe poderemos encontrar?

Não houve traumatismo craniano, a criança não apanhou sol forte na cabeça.

Não se encontraram, no exame geral do doente, sinais de qualquer processo infeccioso.

A pesquisa de vermes nas fezes apenas nos mostrou a existência de ovos de oxiuros e, com a administração de *chenopodium*, o doente deitou duas lombrigas; porém, isto só se deu depois de curado.

Este facto deve-nos sempre pôr de sobre-aviso para a possível interpretação de sindromas meníngeos semelhantes, como ligados a verminose. Efectivamente, o nosso doente apenas expulsou os vermes depois de curado, mas se lhe tivéssemos administrado o *chenopodium* logo de início, e a cura coincidissemos assim com a saída dos vermes, poderíamos lógica, mas erradamente, ir atribuir ao caso uma falsa etiologia de que, estamos convencidos, tem sido exagerada a importância.

De todos os factores que têm sido apontados como origem

dêstes estados, apenas podemos pois encontrar: a existência de *ascaris* (que, pelo que dissemos, não é admissível aqui), a R. B. W. + + + —, e a possibilidade do passageiro estado febril do doente corresponder a um processo gripal.

Melhor será não ir além de mencionar estes factos e confessar a nossa ignorância de qual seja a *verdadeira etiologia*...

Mas ¿ como actuariam os diferentes factores a que atrás nos referimos? Segundo Widal, provocando uma intensa congestão meníngea que leva à passagem dos polinucleares por diapedese através das paredes dos capilares dilatados.

Em apoio da sua teoria, cita êste autor a existência de reacções análogas em congestões meníngeas provocadas por outros processos.

Por exemplo, na raquicocainização, ao usarem-se solutos não isotónicos com o *liquor* (Guinard, Ravaut et Auburg, Reclus), na injeção intra-raquídea de sôro animal (Sicard et Salin).

Êste último facto é de observação corrente, quando se trata uma meningite com sôro, e eu próprio já tive ocasião de o constatar; há uma certa altura em que o doente não melhora clinicamente e em que os polinucleares do *liquor* não deminuem, a-pesar duma seroterapia intensiva.

A supressão do sôro traz, pelo contrário, uma rápida melhoria clínica e humoral, pois que a reacção meníngea então existente era devida ao sôro e não já à infecção meningocócica.

Mas a melhor prova da origem dêstes processos numa congestão intensa das meninges, é que êles não são exclusivos a esta serosa, mas podem-se encontrar noutras cavidades quando se dê nas proximidades qualquer processo que leve a uma forte vaso-dilatação. É o caso dos derrames pleurais assépticos durante as pneumonias, tão freqüentes nas crianças, as congestões pulmonares e até mesmo nos infartos pulmonares superficiais (Barjon et Cade), situação esta em que o papel infeccioso se pode seguramente afastar.

¿ Como reconhecer então estes derrames puriformes assépticos?

Widal insiste sôbre um carácter importante: a integridade dos polinucleares. Estes aparecem no campo do microscópio com os seus limites de núcleo e protoplasma bem nítidos, mui-

tas vezes contendo tôdas as suas granulações e fazendo absolutamente lembrar, pelo seu aspecto, uma preparação de sangue.

Este carácter encontra-se tanto nos casos de meningite (Widal, Boidin et Lemierre), como nos exsudados da pleura (Widal et Gougerot).

Por êle, puderam estes autores, em derrames pleurais durante o curso de pneumonias, fazer um prognóstico de benignidade ou de malignidade, com evolução ulterior para o empiema, por se tratar de derrames assépticos ou sépticos.

É certo que num período avançado, quando se aproxima a cura, aqueles polinucleares que não reentraram na circulação e que se destinam, portanto, a morrer *in loco*, têm o protoplasma vacuolizado, mas os seus contornos são bem nítidos e as lâminas são sempre perfeitamente distintas dos esfregaços de líquidos sépticos em que os contornos celulares se perderam e em que todos ou quasi todos os polinucleares, e não apenas alguns, se encontram destruídos pela luta sustentada contra os agentes infecciosos.

É, pois, êste carácter e o resultado negativo de todos os exames bacteriológicos, quer directos, quer por culturas, que nos permitem fazer o diagnóstico duma meningite asséptica a polinucleares.

Os restantes elementos são pouco característicos: a albumina aumentada, em geral, ligeiramente. Glicorraquia variável, podendo estar baixa, por vezes atingir quasi o zero (Widal, Gautier et Chausse-Klink, Riser).

No nosso caso estava alta, ultrapassando mesmo o número, por nós já considerado patológico, de 0,8⁰/₀, que Riser ainda considera normal.

Devemos declarar, em abôno da verdade, que em várias das observações que lêmos, algumas até de autores como Widal, que estabeleceram a possibilidade da existência de uma baixa glicorraquia, o doseamento do açúcar não figurava no protocolo de análise.

Mas, se ao facto de encontrar um baixo valor de açúcar no *liquor*, não podemos dar, para o caso, importância diagnóstica, o mesmo não sucede quando a glicorraquia é elevada, como no nosso caso, pois é mais um elemento a favor da meningite asséptica, por contrastar com a rápida baixa do açúcar que, geralmente, se constata nas meningites purulentas.

O conhecimento destas reacções meníngeas assépticas de líquidos puriformes é, como de comêço dissemos, importante, por dois motivos: primeiro, pela benignidade de prognóstico que nos permite fazer; segundo, porque deve levar a não assumir a attitude, que muitas vezes tenho visto preconizar, de injectar immediatamente sôro quando uma punção lombar dê líquido turvo.

Realmente, se está provado que a simples injectão de sôro no canal raquidiano pode provocar uma reacção meníngea inteiramente semelhante àquela de que nos ocupamos, é lógico admitir que esta medida terapêutica possa ir agravar o mal, e não devemos nunca esquecer-nos de que a nossa divisa será sempre: *Primum non nocere.*

Nota. — Quando êste caso foi comunicado na Soc. das Sciênc. Méd. de Lisboa, o Dr. Eugénio Mac-Bride concordou que não se devia injectar desde logo sôro, conforme opina o A.; no entanto, se o clínico se encontrasse num meio em que lhe não fôsse fácil a obtenção rápida de uma análise, deveria fazer imediatamente a injectão intra-raquídea de lisol (técnica de Carlos França), colargol ou qualquer outra substância química das que têm sido empregadas no tratamento das meningites purulentas.

Respondendo, o A. declarou que nestas circunstâncias entendia que o sôro antimeningocócico se devia empregar imediatamente, pois que, sendo a meningite cérebro-espinhal epidémica de longe a mais freqüente de tôdas as meningites purulentas, deveríamos desde logo empregar o mais poderoso agente contra a doença que com mais probabilidades estaria em causa, tanto mais que, segundo Sicard et Sallin, a acção do sôro não é apenas específica, mas deve ter grande importância para a cura da meningite a intensa congestão meníngea que êle provoca com a passagem concomitante de abundantes polinucleares para o *liquor*.

São pontos de vista diferentes, que cada qual ajuizará conforme o seu critério!...

Já depois da revisão das primeiras provas dêste artigo, a minha distinta e querida colega Sara Benoliel, contou-me que vira, dias antes, uma criança com uma meningite puriforme asséptica. Absteve-se, como eu, de introduzir qualquer substância no canal raquidiano, e a cura foi rápida, como no meu caso.

Fitina



RECONSTITUENTE
TÔNICO
REMINERALISADOR
fornece ao organismo três ele-
mentos indispensáveis para o
sustento de suas funções vitais:
Fósforo — Magnésio — Cálcio

PRODUTOS "CIBA"

VALE

PARA UM TUBO DE 20 COMPRIMIDOS DE

Fitina

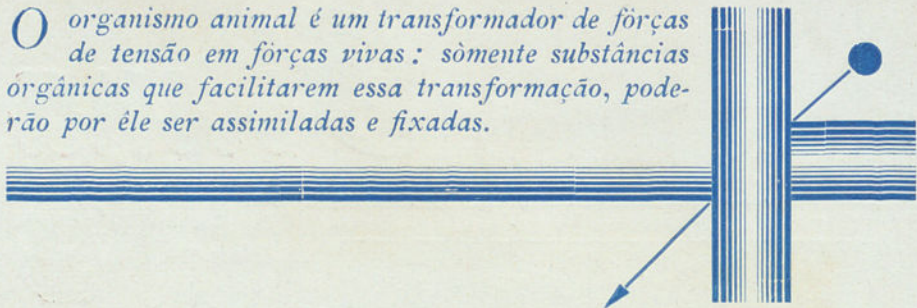
Nome :

Rua : N.º :

Cidade :


(É FAVOR ESCREVER LEGIVELMENTE)

O organismo animal é um transformador de forças de tensão em forças vivas: sòmente substâncias orgânicas que facilitarem essa transformação, poderão por êle ser assimiladas e fixadas.



A **Fitina**

MEDICAMENTO FOSFO-ORGANICO VEGETAL

 é o melhor agente medicamentoso que se possa opor às insuficiências de assimilação do fósforo ou a suas perdas excessivas:

SURMENAGE, em tôdas as suas fórmas
NEURASTENIA e nervosismo
GRAVIDEZ e lactação
CONVALESCENÇA
TUBERCULOSE, etc.
COMPRIMIDOS HÓSTIAS GRANULADO PÓ

REPRESENTANTE-DEPOSITÁRIO PARA PORTUGAL E COLÓNIAS:
128, Rua da Madalena, 1.º Catullo Gadda LISBOA

CORRESPONDÊNCIA

EX.^{MO} SR.

CATULLO GADDA

Produtos «Ciba»

128, RUA DA MADALENA, 1.º

LISBOA

Revista dos Jornais de Medicina

Correlação entre as alterações histológicas e os bacilos tuberculosos vivos nos órgãos de coelhos reinfectedos. (*A correlation between the histological changes and the fate of living tubercle bacilli in the organs of reinfected rabbits*), por MAX B. LURIE. — *The Jour. of Exp. Med.* 1 de Fevereiro de 1933.

Desde que Roberto Koch primeiro observou e descreveu o fenómeno conhecido pelo seu nome, têm-se feito porfiadas tentativas para elucidar as diferenças de reacção para o bacilo da tuberculose dos animais normais e dos tuberculizados, com tôdas as dúvidas que implicam os problemas afins relacionados com a resistência natural e a imunidade adquirida.

De numerosos trabalhos moldados neste *desiderata* conclue-se que a lesão de reinfecção se diferencia da infecção primária pela intensidade e rapidez dos processos inflamatórios imediatos e pela precocidade na formação de nódulos e tubérculos com particular feição abortiva.

A sorte dos bacilos de reinfecção também tem sido estudada por numerosos investigadores. Todavia, não têm aparecido experiências em que se estudem comparativamente, no mesmo animal reinfectedo, as alterações involutivas do bacilo e as alterações histológicas dos tecidos.

Trabalhos recentes do A. demonstraram que nas infecções primárias dos coelhos os monócitos possuem uma particular capacidade destruidora dos bacilos tuberculosos e que, além disso, quando tais elementos celulares não são capazes de produzir a destruição dos bacilos, estes se acumulam no seu citoplasma.

A regeneração de novos monócitos por mitose faz-se em maior ou menor grau, consoante a maior ou menor impregnação bacilar.

Quando os mononucleares são transformados em células epitelióides maduras e os tubérculos têm atingido o seu máximo desenvolvimento, os bacilos, em grande parte, sofreram já larga destruição. Em face destas observações, as células epitelióides da tuberculose podem descrever-se com fagócitos mononucleares, que mataram e incompletamente digeriram bacilos da tuberculose ou os seus produtos.

Um estudo semelhante a êste, mas tomando como organismo de reacção o coelho reinfectedo, foi agora empreendido pelo A., que largamente descreve as suas sucessivas indagações. Conclue:

A imunidade para a reinfecção é função de uma capacidade exacerbada dos fagócitos mononucleares para destruir em os bacilos e esta capacidade varia directamente com a extensão da lesão primária.

A imunidade, contudo, é raramente suficiente para aniquilar por completo a actividade dos micro-organismos.

Em presença de uma imunidade suficiente, tal como acontece com a persistência de uma extensa lesão focal primária, um pequeno número de bacilos são destruídos pelas células mononucleares *in situ*, sem infiltração inflamatória, local ou geral, dos tecidos pelos leucócitos polinucleares ou mononucleares.

Na sua maioria, os bacilos são destruídos rapidamente pela formação acelerada de nódulos de fagócitos mononucleares.

Em condições de uma imunidade de menor grau, como aparece, por exemplo, em presença de uma lesão primária quasi completamente cicatrizada, a reacção inflamatória imediata é mais intensa e difusa, e também de carácter mais persistente.

A destruição dos bacilos é mais lenta e a neoformação de tubérculos é mais extensa. Em relação ao animal normal, estes tubérculos aparecem com maior precocidade e resolvem-se com maior rapidez.

Os bacilos da reinfecção podem ser destruídos mesmo quando a lesão primária do pulmão ou do rim afecta uma modalidade progressiva.

MOAIS DAVID.

Estudos acerca do córtex supra-renal. Insuficiência supra-renal cortical e a acção da hormona cortical sobre o cão normal e sobre o cão supra-renalectomizado. (*Studies on the supra-renal cortex. Cortical supra-renal insufficiency and the action of the cortical hormone upon the normal and supra-renalectomized dog*), por GEORGE A. HARROP e ALBERT WEINSTEIN. — *The Jour. of Exp. Med.* 1 de Fevereiro de 1933.

A investigação do papel fisiológico das glândulas supra-renais apresenta-se cheia de dificuldades, não só pelas directas conseqüências das particularidades anatómicas das glândulas, que dificultam o estudo separado das suas duas partes constituintes, mas também pelas complicações inerentes à própria intervenção operatória, que se juntam às manifestações de carência provocada e servem de grave estôrvo ao reconhecimento do seu verdadeiro significado physio-patológico.

A introdução de extracto cortical, quasi inteiramente livre de adrenalina e lípidos, permite a sobrevivência indefinida de animais supra-renalectomizados e dá hoje uma nova oportunidade para a revisão do problema e das suas relações com a clínica.

A comparação dos fenómenos observados clinicamente durante a crise da doença de Addison e dos da insuficiência supra-renal experimental em cães após a suspensão do extracto hormonal, revela analogias marcadas a-par de diferenças de significado muito particular.

Os pontos de semelhança são a extrema debilidade muscular, a anorexia, o vômito e diarreia, a baixa da actividade corpórea geral, da temperatura, e do metabolismo, o aumento da concentração sangüínea e o aumento característico do nitrogénio não proteico e da ureia do sangue.

O potássio e o fósforo inorgânico do sôro aumentam, ao passo que baixa a reserva alcalina.

Em aparência todos estes fenómenos dependem directa ou indirectamente de uma falta da hormona cortical.

Salvo talvez a astenia muscular extrema, estes sinais são também característicos do «shock» produzido por uma série de causas, tanto no homem como nos animais de experiência.

Por outro lado, a dosagem apropriada do extracto cortical no cão parece apta a manter a nutrição e o pêso do animal e mantê-lo indefinidamente. A pressão sangüínea é normal: não há abaixamento da glicemia, nem pigmentação anormal, nem alteração no metabolismo respiratório basal.

Em contraste, o doente com manifestações de doença de Addison avançada, mesmo quando se empregam largas doses de um preparado hormonal potente, continua com hipotensão inalterável, com hipoglicemia e com a mesma pigmentação peculiar da doença. O efeito sôbre o pêso e nutrição não é constante e é, por vezes, muito pouco notável. Na maioria dos doentes o metabolismo basal é baixo.

É certo que se podem atribuir as diferenças entre a doença humana e os efeitos produzidos experimentalmente no cão pela supra-renalectomia à infecção tuberculosa, que quási sempre se encontra na patogenia da doença de Addison; mas esta idea é rápidamente refutada pelo facto de que os sinais clínicos marcantes da doença são iguais aos que se encontram nos casos de atrofia do córtex supra-renal, em que se não encontra qualquer processo de tuberculose.

Na doença de Addison a deficiência do tecido medular é também muito pronunciada e é um facto notável que justamente os fenómenos clínicos rebeldes ao tratamento pela hormona cortical, nomeadamente a hipotensão, a hipoglicemia e a pigmentação, sejam os que não aparecem no cão como resultado de deficit supra-renal experimental.

Estes sintomas, segundo se deve deprender de largo material de experimentação, relacionam-se com a insuficiência da parte medular da glândula e em especial da adrenalina. A influência da adrenalina sôbre o açúcar do sangue e sôbre a pressão sangüínea é transitória. Segundo trabalhos recêntes, parece provável que não seja a adrenalina, mas um outro composto mais poderoso, o agente farmacológico activo na glândula suprarenal.

MORAIS DAVID.

Um sôro anti-pertussis de alto título. (*Production of an anti-pertussis serum of high titer*), por JOHN HAYS BAILEY. — *The Jour. of Infec. Dis.* Janeiro e Fevereiro de 1933.

Dos diversos animais de experiência estudados as aves são inteiramente imunes aos efeitos tóxicos do bacilo pertussis. Daí a idea de preparar um sôro imune com provável aplicação no tratamento da doença humana. Sumário: Por meio de repetidas injeções intra-peritoneais, em galos, de doses maciças de uma suspensão de *bacili pertussis* vivos e virulentos, conse-

guiu-se um sôro anti-*pertussis* de alto título, que não provoca sintomas de doença sérica, mesmo quando administrado em largas doses e que, nos ensaios efectuados, mostrou evidência de actividade terapêutica no tratamento de tosse convulsa infantil.

O valor do seu papel como agente terapêutico carece de uma maior experimentação.

MORAIS DAVID.

A profilaxia do sarampo pelo sôro de convalescente. (*Prevention of measles by convalescent serum*), por THOMAS M. HUNTER. — *The Brit. Med. Jour.* 11 de Fevereiro de 1933.

Conclusões gerais.

O tipo da doença mostra uma profunda alteração clínica desde que se injectam 5 c. c. de sôro até ao 8.º ou 10.º dia do contágio.

De todos os doentes que sofreram um ataque de sarampo depois da injeção de sôro nem um apresentou sintomas graves de doença e em alguns a doença manifestou-se por sinais tão discretos que quasi passaram despercebidos. De uma maneira geral o melhor método de profilaxia não é o que utiliza grandes doses de sôro, mas o que permite, por uma dosagem conveniente, modificar a intensidade dos sintomas e atenuá-los a ponto de imprimir uma feição altamente benigna a uma doença que algumas vezes se reveste das manifestações da maior gravidade.

Pelos resultados conseguidos não restam dúvidas de que as injeções foram de uma grande vantagem, visto que a protecção foi completa em cerca de 80 % dos casos. Desde que alguns casos escapam a estes bons resultados deve servir de critério o uso da dose conveniente de sôro com a maior precocidade depois do contágio.

MORAIS DAVID.

O prognóstico e tratamento da pneumonia lobar. (*The prognosis and treatment of lobar pneumonia*), por JOHN RYLE. — *The Lancet.* 18 de Fevereiro de 1933.

Presentemente são ainda pouco firmes as normas em que se fixam as indicações do tratamento seroterápico da pneumonia lobar.

A alta percentagem de curas na idade infantil e na adolescência tornam supérfluo, por assim dizer, o emprêgo do sôro nestas idades.

Em idades avançadas, o método guarda as suas melhores oportunidades.

Pode hesitar-se no emprêgo do sôro nos casos de indivíduos sensibilizados. Nos adultos com fraca reacção, sem leucocitose, e nos alcoólicos ainda o sôro pode desempenhar um valioso papel como agente terapêutico. O sôro concentrado é mais enérgico no tipo I que no tipo II.

MORAIS DAVID.

LISBOA MÉDICA

MAGNESIA S. PELLEGRINO

*Purga,
refresca,
desinfecta*



LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO MODERNO - Via Castelvetro, 17 - MILANO

Representantes e depositarios para Portugal e Colonias:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a - 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^o**, 5, Rue Bourg-l'Abbé
A' VENDA NAS PRINCIPAES PHARMACIAS.

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

Glefina e Lasa



GLEFINA

é o único reconstituente a base de Oleo de Fígado de Bacalhau que pode tomar-se em todas as épocas do ano.

Preparado com

Extrato de Oleo de Fígado de Bacalhau,
Hipofosfitos e Extrato de malte

**NÃO PRODUZ TRANS-
TORNOS DIGESTIVOS**

SABOR AGRADAVEL

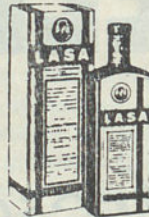


São produtos elaborados em Portugal sob a direcção e responsabilidade de um Farmaceutico Nacional.

Distinguem-se pela pureza absoluta dos seus vários componentes.

LASA

Para as doenças do aparelho respiratório e sua convalescença



Laboratorios Andrômaco

Rua do Arco do Cego, n.º 90

LISBOA

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

O uso de uma reacção intradérmica no diagnóstico da triquinose. (*The use of an intradermal test in the diagnosis of trichiniasis*), por O. R. MCCOY, J. J. MILLER e R. D. FRIEDLANDER. — *The Jour. of Immun.* Janeiro de 1933.

Por meio da infecção provocada em animais com a *trichinella spiralis* verificou-se que existem provas biológicas específicas (sero precipitação e reacção cutânea) nos animais infectados para o antigénio preparado com uma proteína extraída da *trichinella*.

Estes dados foram depois aplicados ao homem. O presente estudo engloba um total de oitenta e oito pessoas. Figuram no artigo os resultados dos exames destes doentes e também os resultados das investigações efectuadas em diferentes indivíduos sem triquinose.

MORAIS DAVID.

Considerações sobre as psicoses tabéticas, por C. T. URECHIA. — *Revue Neurologique*. Novembro de 1932.

Não há propriamente psicoses tabéticas, mas sim variadas psicoses nos tabéticos. Excluindo a tabo-paralisia, simples combinação de tabes com paralisia geral, e diversos syndromas neuróticos funcionais e psico-reactivos, as perturbações mentais mais frequentes nesta doença são: a alucinose, semelhante à alucinação luética de Plaut; psicoses alucinósico-paranóides; alucinações visuais nos casos com atrofia do nervo óptico; syndromas confusionais muitas vezes dependentes de causas exógenas: alcoolismo, morfina, caquexia, inanição, etc.; psicoses afectivas, mais frequentemente a depressão que a agitação maniaca; raramente, o syndroma de Korsacoff.

Em certos casos trata-se de simples coincidências, noutros há um nexo evolutivo com o tabes, e uma base anátomo-patológica cerebral.

As lesões encontradas no cérebro dos tabéticos, alguns sem quaisquer perturbações psíquicas, nada têm de específico: lesões de P. G., comuns ou estacionárias, por vezes atípicas e dispostas em focos; lesões de *lues cerebri*, sobretudo endarterite Nissl e Alzheimer e arterites do tipo Heubner, gomas, infiltração celular e meníngea; lesões de arteriosclerose.

As psicoses dos tabéticos, que em muitos casos lembram os syndromas da P. G. após a malarioterapia, são, muito mais que as lesões medulares, influenciáveis pela terapêutica específica.

BARAHONA FERNANDES.

A posologia e o modo de emprego do estovarsol sódico na paralisia geral, por SESARY e BARBÉ. — *Bull. et Mém. de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. Pág. 388-393. 1932.

A estovarsolterapia na paralisia geral tem o perigo de exaltar a virulência dos treponemas de certos órgãos, até então discretamente invadidos, e provocar lesões viscerais e medulares como, por exemplo, aortites e paralisias espinhais espasmódicas. Pelo contrário, o neosalvarsan, pouco activo na neurosífilis parenquimatosa, reactiva sobretudo as lesões dos centros nervosos.

Para evitar estes accidentes, aconselham os AA. associar ao estovarsol um antisifilitico potente, como o bismuto; o primeiro tratamento deve ser mixto e usados os dois fármacos nas mesmas doses do que se fôsem empregados isolados; as séries medicamentosas seguintes podem ser alternadas de estovarsol e bismuto.

Praticamente, é preciso sempre grande prudência com o uso do estovarsol, devendo-se em todos os casos, e para evitar a temível complicação que constitue a nevríte óptica, examinar o fundo do olho e mesmo, antes de cada injeção, inquirir da acuidade visual e cessar o tratamento à menor alteração da vista ou queixa de fosfenas. É conveniente não usar a via intravenosa nem ultrapassar a dose parcial de 1 gr.; cada série compreende vinte e uma injeções, dadas duas ou três vezes por semana.

BARAHONA FERNANDES.

O tratamento da demência precoce pelo último método de Piloze, por MAERE. — *Journal de Neurologie et de Psychiatrie*. N.º 10. 1932.

Frustrada a tentativa da malarioterapia, mesmo associada à opoterapia genital, ensaia presentemente o A., de acôrdo com a escola de Viena, uma terapêutica mixta da demência precoce — de que ainda nos não dá os resultados — formada pela associação de hormonas (Testosan forte ou Ovosan combinado ao Thyreosan) e tuberculina; esta última é propinada pelo método das microdoses, com aumento progressivo, de modo a evitar reacções febris.

BARAHONA FERNANDES.

Contribuição casuística para o estudo das psicoses gemelares, por SANCHIS BANÚS y D. NIETO. — *Archivos de Neurobiologia*. N.º 4. 1932.

Duas gémeas, provávelmente univitelinas, segundo demonstram a identidade da fórmula dactiloscópica e do grupo sanguíneo, engravidam ao mesmo tempo e ilegitimamente; dão à luz com três dias de diferença e sofram depois, conjuntamente, uma psicose puerperal que reveste claramente o aspecto de uma esquizofrenia hebefreno-catatónica com forte colorido amencial, característico deste tipo de processos.

Crê o A. que este caso é um argumento decisivo a favor da natureza endógena das esquizofrenias *post-partum*, nas quais se deve conceder ao puerpêro o mero papel de causa desencadeante de um mecanismo psicótico preestabelecido pela hereditariedade, como o evidencia a análise da sua árvore genealógica.

Acrescenta ainda nas suas conclusões, que antes de conceder um valor qualquer aos factores causais de uma psicose, é necessário um estudo minucioso do seu modo de acção. Assim, resulta explicável que as *vivências* que, na opinião de Lange e Luxemburger, são os agentes da diferenciação gêmea, constituíram no presente caso um auxiliar poderoso da sua concordância, sendo mesmo o paralelismo e ritmo das biografias e processos psicopa-

tológicos desencadeados pela projecção sobre o ambiente da sua identidade genotípica.

BARAHONA FERNANDES.

Contribuição para o estudo das alterações do metabolismo da creatinina e das suas relações com a reacção do melo e a excitabilidade nos doentes mentais. Tese de B. LOIS ASOREY. — *Archivos de Neurobiologia*. N.º 4. 1932.

Como resultado de 600 observações no sangue e 115 na urina, apurou o A. que a creatininemia está aumentada nos paranóicos, epiléticos e idiotas, havendo nos dois primeiros grupos uma baixa da eliminação da creatinina pela urina não explicável por qualquer lesão renal. Esta alteração do metabolismo da creatinina, mais constante nos estados paranóicos, é sobreponível às perturbações da iónia cálcica e, como estas, dependente e em relação directa do ph sanguíneo e inversa da reserva alcalina; parece igualmente tributária de um funcionamento deficiente das paratiroides.

A guanidina e outras aminas biógenas — adrenalina, colina e histamina — estão em estreita relação com o equilíbrio iónico, especialmente o metabolismo do cálcio; contribuem deste modo para o condicionamento da excitabilidade celular, particularmente a neuro-muscular. Demais, no catabolismo dos prótidos endógenos podem aparecer substâncias quimicamente próximas da creatinina, por exemplo, a guanidinina metilada, que é um tóxico tetanizante.

A uniformidade das vivências sensitivas dos paranóicos seria paralela e dependente da constância desta perturbação do metabolismo das guanidinas; a variabilidade do estado afectivo dos epiléticos de suas oscilações. Nos idiotas apáticos, o aumento da creatinina no sangue sem baixa na urina teria, como a acidose, um nexa com o embotamento afectivo.

BARAHONA FERNANDES.

A enxaqueca. (Migraine), por HENRY ALSUP RILEY. — *Bulletin of the Neurological Institute of New-York*. Págs. 429 a 544. Novembro de 1932.

A hereditariedade e o factor familiar nesta perturbação são, sem dúvida, de grande importância, não oferecendo dúvida a tendência que a enxaqueca tem a transmitir-se de pais para filhos.

Estudos estatísticos provam ser mais freqüente a transmissão da mãe aos filhos do que a hereditariedade paterna.

A tendência para a *migraine* combina-se com a tendência herdada para perturbações convulsivas várias. A transmissão hereditária da *migraine* pode-se combinar com a de certas perturbações cutâneas. A transmissão da enxaqueca parece mais nítida que a das outras perturbações apontadas, por serem estas muito menos freqüentes.

As manifestações clínicas da enxaqueca e de crises convulsivas idiopáti-

cas estão estreitamente ligadas, sendo nítidos os casos de associação ou de substituição desses dois sintomas.

A enxaqueca pode também aparecer associada com outras perturbações; a sua ocorrência na paralisia periódica familiar é digna de nota.

O aparecimento da enxaqueca mostra-se, nalguns indivíduos, estreitamente relacionado com o ciclo menstrual. O intervalo habitual entre os ataques é de duas semanas. Usualmente, a primeira manifestação dá-se entre os dezasseis e trinta e cinco anos. Até há pouco julgava-se a enxaqueca mais freqüente nas mulheres; dados estatísticos mais modernos infirmam, porém, esta opinião. Não se encontra relação alguma entre o aparecimento desta perturbação e a condição social ou ocupação profissional do doente; não se pode estabelecer com certeza quais os factores que determinam o aparecimento do ataque.

Muitos estudos têm aparecido sobre a sintomatologia da enxaqueca. Mais ou menos, tôdas as regiões do sistema nervoso central podem ser envolvidas neste processo patológico. Um zelo excessivo de classificação levou à divisão do «síndrome enxaqueca» num grande número de tipos, alguns deles assaz discutíveis. Muitos factos há que levam o A. a julgar a forma oftalmoplégica dependente de factores estranhos ao conceito basilar da *migraine*, sendo a cefaleia o único factor comum. O tipo que mais se presta a objecções é o chamado «facioplégico», e grandes dúvidas devem ser opostas à realidade desta forma de enxaqueca. Os tipos de enxaqueca chamados viscerais e que afectam órgãos das cavidades torácica ou abdominal foram reconhecidos ultimamente por muitos autores, mas necessitam um mais cuidado estudo. A existência de formas psíquicas da enxaqueca e de equivalentes da enxaqueca tem sido posta em dúvida, mas uma afirmação definitiva não pode ser ainda feita.

O elemento causal da enxaqueca tem sido objecto de numerosas teorias, sem que se possa até hoje indicar qual a verdadeira. A teoria reflexa e a teoria de uma lesão central devem ser postas de parte. A teoria alérgica reúne um grande número de fenómenos clínicos observados na *migraine*, mas não nos explica o seu mecanismo essencial. A alergia de um ou outro tipo pode pôr em marcha várias séries de sintomas, mas a alergia só por si não causa a enxaqueca. A teoria da estase duodenal pode ser tomada como tipo das causas tóxicas.

A absorção de produtos tóxicos endógenos explica-nos facilmente certos sintomas da enxaqueca, mas deixa intacto o nosso conhecimento do núcleo central deste estado mórbido e do seu mecanismo.

A teoria das perturbações glandulares deve merecer mais atenta consideração. A situação anatómica da hipófise e as suas relações com o ciclo menstrual indicam a possível importância desta glândula. A relação directa dos ovários com a menstruação, a interrupção da menstruação pela gravidez e pela lactação com o coincidente desaparecimento dos ataques de enxaqueca, assim como os resultados da medicação ovárica, são factos indiscutíveis. Estas alterações podem ser mais profundamente estudadas pelos processos agora aplicáveis de doseamento, no indivíduo, das hormonas ováricas. A possibilidade de produzir ataques típicos em indivíduos predispostos pela injeção

de hormonas várias, tem sido estudada. Outros estudos nesta direcção devem trazer muitas elucidações para o problema da enxaqueca e, definitivamente identificada a relação causal hormonas-enxaqueca, poderá então o problema do seu mecanismo fundamental ser abordado com possibilidades de êxito.

As alterações das funções vaso-motoras fornecem-nos uma explicação amplamente satisfatória das várias formas até hoje descritas de enxaqueca. Apesar de deminuta, a experiência do tratamento cirúrgico d'êste complexo sintomático traz-nos, embora incompleta, uma muito sugestiva confirmação do papel desempenhado pelos mecanismos vaso-motores. Os vários processos cirúrgicos postos em prática para curar a enxaqueca têm sempre como finalidade ou interromper os impulsos vaso-motores ou remover a corrente centrípeta aferente. Os resultados têm sido quasi sempre positivos, com desaparecimento da dor, mostrando-nos, embora não de um modo absolutamente conclusivo, que as vias vaso-motoras, tanto aferentes como eferentes, estão envolvidas no processo patológico. O factor que, produzindo uma actividade pervertida do sistema nervoso vegetativo, determina um desequilíbrio na função vaso-motriz, é ainda desconhecido. Mas devemos pôr a hipótese como sendo hoje a hipótese de trabalho que se afigura mais fecunda, de que é uma actividade desequilibrada do sistema hormonal o agente promotor das perturbações do sistema nervoso vegetativo, que, por sua vez, por intermédio dos aparelhos vaso-motores, fornece o mecanismo effector do ataque de *migraine* sob os seus polimorfos aspectos.

A hidrodinâmica da circulação do líquido céfalo-raquidiano deve merecer um atento estudo durante os ataques espontâneos ou provocados de enxaqueca.

O estudo da possível innervação dos ventrículos e das formações anexas, assim como a das meninges, torna-se indispensável para a compreensão do problema da enxaqueca.

O estudo das alterações anátomo-patológicas na *migraine* é ainda hoje, praticamente, um campo virgem. A escassez de autópsias é extraordinária e as poucas que existem, muito superficialmente executadas, não têm valor científico. Há uma necessidade imperativa de um cuidadoso estudo das relações da hipófise com as estruturas circunvizinhas e da histologia patológica das áreas do sistema nervoso que se supõe serem responsáveis pelos sintomas clínicos. Enquanto êste trabalho não fôr executado, uma justa apreciação do substracto anatómico da *migraine* é impossível.

O tratamento da enxaqueca apresenta uma grande diversidade de meios terapêuticos. Dado os resultados favoráveis obtidos por meios completamente diferentes, deve-se inferir que o mecanismo patológico da enxaqueca pode ser influenciado por várias vias.

O grande número e diversidade das terapêuticas torna quasi impossível tirar conclusões satisfatórias. A verdadeira terapêutica desta perturbação deve esperar pela solução do problema do mecanismo do ataque. Presentemente, os nossos meios terapêuticos dirigem-se no sentido de aliviar o que se nos afigura ser uma crise vascular e de restabelecer o equilíbrio hormonal perturbado no intervalo das crises.

Lepra de forma siringomiélica. (*Lépre à forme syringomyélique*), por HENRI ROGER. — *Soc. de Médecine et d'hygiène coloniale de Marseille*. Juillet 1931. Sep. *Revue Neurologique*. Nov. 1932.

Observação de um doente de 38 anos, apresentando uma tetraparesia predominante nos membros inferiores, com dois anos de evolução clínica, e perturbações sensitivas dos segmentos distais do tipo de dissociação siringomiélica.

O diagnóstico de siringomielia parecia impor-se. Contudo, o doente, que era um português, apresentava um conjunto de perturbações características, forma típica do nariz, nódulos lenticulares nos supercílios, manchas hiper-crômicas nos membros, e hipertrofia dos nervos cubitais e medianos, que levaram ao diagnóstico de lepra. O diagnóstico clínico foi verificado bacteriológicamente.

ALMEIDA LIMA.

Sobre a existência de uma forma filtrável do bacilo da lepra humana. (*De l'existence d'un ultra-virus chez le bacille de la lépre humaine*), por Y. CANTACUZÈNE e S. LONGLIN. — *Comp. Rend. des seances de la S. de Biologie*. CIX. N.º 11. 1932.

Os autores conseguiram demonstrar, por inoculação aos animais, a existência de um ultra-vírus nos lepromas do homem.

O material patológico recolhido de um leproso com lesões aparentes há 8 anos foi submetido a uma cuidadosa filtração. Os AA. inocularam 6 ratos, usando técnicas que detalhadamente descrevem.

Por êste método puderam tornar evidente a existência de uma forma visível e ácido-resistente de um ultra-vírus leproso, tendo como primeira forma visível o aspecto de grânulos ácido-resistentes, os quais se transformam ulteriormente em bacilos típicos.

ALMEIDA LIMA

O vírus herpético e a esclerose lateral amiotrófica. (*Le virus herpétique et la sclérose latérale amyotrophique*), por D. PAULIAN. — *Bull. de l'Académie de Médecine*. CVII. N.º 13. 1932.

História clínica de um médico que se inoculou com material herpético proveniente de duas fontes diferentes: uma febril outra não febril. A inoculação foi feita no braço esquerdo, em Outubro de 1923; seguiu-se uma evolução normal local e geral. Recidiva todos os anos, no mesmo local e pela mesma época, até 1926, data em que pela primeira vez começa sentindo dores também no braço direito. Em 1929, síndrome meningítico durante 10 dias, seguido dos primeiros sintomas nervosos orgânicos: paralisia do membro superior direito, contractura espasmódica, mão em garra, atrofia das eminências tenar e hipotenar e dos interósseos, e exagêro dos reflexos osteo-tendinosos.

A estes sintomas juntam-se ainda sinais de lesões cerebrais e bulbares:

voz nasalada, palavra lenta, perturbações da deglutição e respiração, atrofia da língua e dos músculos da face, acompanhada de contrações fibrilares. Segue-se a aparição, no braço esquerdo, de perturbações idênticas às do direito: paraplegia espástica em extensão, com estado subfebril contínuo e caquexia progressiva terminando pela morte.

Em resumo: estado mórbido evoluindo como um a esclerose lateral amiotrófica, em seguida a uma inoculação voluntária de herpes.

A punção lombar nada mostrou de anormal, e as experiências realizadas com o conteúdo das vesículas herpéticas não trouxeram nenhum ensinamento especial.

A-pesar da falta de «contrôle» anatomo-patológico, o A. julga haver uma relação de causa a efeito entre a doença descrita e a auto-inoculação do vírus herpético. Recorda que o vírus herpético é ante-inoculável ao homem, em série, até à quinta ou sétima passagem. Nesta altura, a virulência esgota-se para o portador, mas mantém-se para outro indivíduo. É, por excelência, hetero-inoculável, principalmente na criança. A forma recidivante, acompanhada de dores, provoca, quasi sempre, localizações encéfalo-meníngeas. O vírus vegeta no organismo em estado latente, em regra no local da inoculação, mas podendo ser também noutra ponto, sendo capaz de, em dado momento, recuperar a sua actividade. Os nervos periféricos e os linfáticos destes nervos servem de via de propagação do vírus, o que pode explicar a aparição de lesões simétricas, e a disseminação no sistema nervoso.

ALMEIDA LIMA.

Contribuição para o estudo das paraplegias póticas. (*Contribution à l'étude des paraplégies pottiques*), por ETIENNE SORREL e M^{me} SORREL (Dejerine). — *Revue Neurologique*. T. 1. N.º 1. Janeiro de 1933.

Estudo clínico e anatómico, largamente documentado e ilustrado, em que os autores, baseando-se na sua larga experiência do assunto e em numerosos trabalhos por êles anteriormente publicados, chegam às seguintes conclusões, de ordem terapêutica e clínica, únicas que mencionaremos, além de outras interessantes questões anatómicas e etiológicas.

As paraplegias póticas apresentam-se sob dois aspectos clínicos, que diferem tanto na sua evolução como no prognóstico. Assim, nuns doentes, e tanto no adulto como na criança, a paraplegia instala-se bruscamente ou pelo menos com grande rapidez; estes casos, que aparentam de início grande gravidade, são os de melhor prognóstico. A paraplegia é provocada pela compressão medular por abcesso ossifluente. A percentagem de curas vai além de 80%, desaparecendo todos os sinais de paraplegia ou persistindo apenas pequenas alterações, sem qualquer intervenção terapêutica que não seja a imobilização e o tratamento geral tónico e climatérico.

O segundo tipo começa insidiosamente: a paraplegia instala-se progressiva e lentamente e sem sinais alarmantes. São estes casos os de pior prognóstico, pois são, em regra, devidos a compressão por paquimeningite e, portanto, sem possibilidade de regressão.

Os autores acham contra-indicada qualquer intervenção cirúrgica nas paraplegias póticas.

Os próprios autores, antes de terem chegado ao actual conhecimento do assunto, praticaram numerosas intervenções: laminectomas, enxertos, extracção de sequestros, esvaziamento de abscessos, etc., sem resultados apreciáveis.

Nos casos de paraplegia brusca por abscesso, em que se dão 80% de curas sem intervenção cirúrgica, e nas quais o doente necessita de repouso, são evidentemente ilusórios os resultados de qualquer intervenção, principalmente de intervenções como a laminectomia, sempre traumatizante e de certa gravidade.

Nos casos de paraplegia lenta por paquimeningite, a intervenção cirúrgica é de regra importante para libertar a medula do seu estrangulamento por uma meninge atingida por lesões por vezes de grande extensão.

ALMEIDA LIMA.

Contribuição para o estudo das hormonas do liquido céfalo-raquidiano. (*Contribution à l'étude des hormones du liquide céphale-rachidien*), por C. DANIEL, A. CRĂNICIANN e D. MAVRODIN. — *Comptes rendus des séances de la Soc. de Biologie*. CX. N.º 27. 1932.

Dos estudos empreendidos pelos AA., sobre as hormonas ováricas e hipofisárias e das suas relações com o líquido céfalo-raquidiano, parece justificado concluir que êste apenas contém a hormona do lobo posterior da hipófise.

ALMEIDA LIMA.

Receptividade do sistema nervoso central para o vírus sifilítico. (*Réceptivité du système nerveux central à l'égard du virus syphilitique*), por C. LEVADITI, A. VAISMAN e R. SCHOEN. — *Comptes rendus des séances de la Soc. de Biologie*. CX. N.º 21. 1932.

É sabido que a inoculação do vírus sifilítico, no canal raquidiano ou no encéfalo do coelho, espécie animal extremamente receptiva, não provoca nem meningite específica, nem meningite-encefalite como a da paralisia geral do homem.

Quaisquer vestígios da inoculação desaparecem rapidamente do sistema nervoso central, podendo, contudo, encontrar-se lesões específicas nos testículos ou nos gânglios linfáticos periféricos.

Os AA. continuaram estes estudos, dispondo as suas experiências de um modo diferente. Em vez de injectarem o produto virulento sifilítico por via transcraniana ou intraraquidiana, introduziram-no no cérebro do coelho sob a forma de enxerto de sífiloma. No decorrer destas experiências, e de acôrdo com as suas constatações anteriores, puderam verificar que o sistema nervoso normal do coelho, do macaco e muito provavelmente o do homem, opõem uma resistência eficaz e dificilmente redutível, à população «in situ» do tre-

IODALOSE GALBRUN

IDO PHYSIOLOGICO, SOLUVEL, ASSIMILAVEL

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

Substitue Iodo e Ioduretos em todas suas applicações sem Iodismo.

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

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

TUBERCULOSE MEDICAÇÃO BRONCHITES

CREOSO - PHOSPHATADA

Perfeta Tolerancia da créosote. 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.

E. PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople

GRIPPE

PARIS (8^e)

RACHITISMO

PULMOSENUM BAILLY

Regenerador poderoso dos Orgãos Respiratorios
Medicação das Doenças

BRONCHO - PULMONARES

CONSTIPAÇÕES, TOSSE, GRIPPE, CATARRHOS,
LARYNGITES, BRONCHITES, ASTHMA,
CONSEQUENCIAS DA COQUELUCHE E DO SARAMPO.

MODO DE USAL-O: Uma colher das de café de manhã e de noite.

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

CAMPOLON

**Preparado de fígado,
injetável, de grande eficácia**
segundo Prof. Gaensslen de Tuebingen.

Para o tratamento da anemia perniciosa
e todas as anemias de etiologia incerta.
Resultados surpreendentes também nos
insucessos da terapêutica hepática
per-oral e nos sintomas mielíticos
de casos gravíssimos.

EMBALAGEM ORIGINAL:
Caixa de 5 ampolas de 2 cc.

«Bayer-Meister-Luchs»



LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante:

«LUSOPHARMA»
Augusto S. Natividade
Rua dos Douradores, 150, 3.º LISBOA

ponema pallidum. Portanto, se num momento mais ou menos retardado, um indivíduo portador de sífilis apresenta lesões do sistema nervoso central, realizando os quadros clínicos da parasifilis, é porque o vírus adquiriu qualidades neurotropas especiais ou que a reactividade do sistema nervoso não é já a mesma. Os AA. procuram determinar quais os factores capazes de provocar êste neurotropismo e esta modificação da reactividade do sistema nervoso central.

ALMEIDA LIMA.

Endoscopia dos ventriculos cerebrais pelo método de Balado. (*L'endoscopie des ventricules cérébraux par la méthode de Balado*), por J. LHERMITTE e J. TRELLES. — *Encéphale*. XXVII. N.º 6. 1932.

O método de Balado permite a observação visual directa das paredes ventriculares e a investigação do estado dos plexes coróideos sem recorrer a uma intervenção cirúrgica.

O método consiste, fundamentalmente, na introdução directa nos ventriculos laterais de um delgado tubo endoscópico, através de um pequeno orifício de trépano. É necessário, para que êste processo se possa empregar, existir hidrocefalia ventricular. Os AA. descrevem as técnicas empregadas, as precauções a tomar e os resultados obtidos. Segundo êles, é uma técnica muito prometedora e que virá a ter o seu lugar ao lado da ventriculografia e da encefalografia.

ALMEIDA LIMA.

Experiências sôbre a encefalografia, particularmente a-propósito da insuflação de ar por via sub-occipital. (*Experiences ou encephalography with special regard de the insuflation of air by cisternal (sub-occipital) puncture*), por ERIK-ASK-OPMARK. — *Acta Psychiatrica et Neurologica*. VII. Fasc. 1-2. 1932.

Trabalho em que os autores relatam os resultados da encefalografia sub-occipital executadas na clínica médica de Lund. Foram executadas 85 encefalografias e ventriculografias em 76 doentes. O método empregado foi, em 50 casos, a punção sub-occipital, em 18 a punção lombar e a punção ventricular em 15.

Em 41 casos a encefalografia pôs em evidência a lesão, foi duvidosa em 17 e negativa em 27.

O A. discute os diferentes métodos empregados. Conclue que o método a aconselhar é a insuflação de ar por via sub-occipital. É menos perigoso que a ventriculografia ou que a encefalografia lombar e a sua técnica, muito mais simples que a da ventriculografia, é apenas um pouco mais delicada que a da encefalografia lombar.

As imagens radiográficas obtidas são tão nítidas como as da encefalografia lombar, e satisfazem tanto sob o ponto de vista diagnóstico como as obtidas por punção ventricular.

As perturbações subjectivas que provoca são muito menores do que as determinadas por insuflação lombar.

Contudo, a encefalografia não é um método desprovido de riscos, e só se deve recorrer a êle quando as investigações neurológicas e radiológicas habituais não forem suficientes para estabelecer um diagnóstico.

Devem-se tomar precauções especiais ao praticar a encefalografia em casos de hipertensão intracraniana. Nestes casos a insuflação de ar deve ser praticada numa clínica cirúrgica para que seja possível o rápido tratamento das possíveis complicações.

ALMEIDA LIMA.

Novas investigações sobre a patogenia e o tratamento da cefaleia post-raquianestesia. (*Nouvelles recherches sur la pathogénie et le traitement de la céphalée post-rachianesthésique*), por C. ANGELESCO, G. BUZOIANU e D. CARAMZULESCO. — *Comptes rendus des séances de la Soc. de Biologie*. CX. N.º 27. 1932.

Os autores estudaram o tonus do sistema vago-simpático em doentes sofrendo de afecções assépticas e não febris, que tinham sido sujeitos a intervenções várias sob raquianestesia. Empregaram a prova farmacológica da atropina de Daniélopou, tendo obtido os seguintes resultados:

A raquianestesia determina modificações quasi constantes, que consistem em hipo-anfotonia constatada clinicamente e demonstrada pelas provas de exploração do sistema vago-simpático.

A cefaleia depois da raquianestesia coincide sempre com êste estado de hipo-anfotonia vegetativa. A intensidade e a duração da cefaleia estão em relação directa com o grau de hipo-anfotonia e da sua persistência. Além dêstes dois fenómenos—cefaleia e hipo-anfotonia—constata-se sempre um terceiro: a hipotensão arterial. O desvio do tonus vegetativo consiste em hipo-anfotonia de predominância simpática.

É difícil de constatar se a substância anestésiante actua directa ou indirectamente sobre os centros nervosos vegetativos, medulares ou extra-medulares. A noção de hipotonia de predominância simpática sugeriu aos autores a idea de utilizar as substâncias conhecidas como anfotónicas, como a efetonina e a efedrina. A administração de uma destas substâncias, produz, segundo os autores, a sedação do sindroma cefalálgico, manifestando os doentes um bem-estar imediato.

A administração preventiva de efedrina pode, segundo os AA., evitar o aparecimento da cefaleia post-raquianestesia. Ao mesmo tempo que se nota esta acção equilibradora do tonus do vago-simpático, também, depois da administração de efedrina ou efetonina, a tensão arterial volta ao normal ou quasi.

Estas conclusões terapêuticas são, segundo os autores, indiscutíveis no tratamento preventivo ou curativo não só da cefaleia, mas ainda de outros sintomas ligados ao disfuncionamento vegetativo hipo-anfotonisante, determinado pela raquianestesia.

ALMEIDA LIMA.

A transfusão de sangue como tratamento das bronco-pneumonias graves da primeira infância. (*La transfusion sanguine comme traitement des broncho-pneumonies graves de la première enfance*), por G. PHÉLIZOT e B. TASSOVATZ (Estrasburgo).— *Revue Française de Pédiatrie*. Tôm. VIII. N.º 6. 1932. Págs. 695-736.

A transfusão é uma terapêutica recomendável nas bronco-pneumonias, bem como nas outras infecções graves dos lactantes, mas exige do organismo uma energia suficiente para poder suportar sem desfalecimento o choque que ela provoca. Se o organismo, a-pesar da gravidade da doença, possui ainda esta energia, a transfusão dará resultado favorável, durável ou passageiro. Mas se a infecção já esgotou fortemente o aparelho cardio-vascular, a operação torna-se arriscada e o seu resultado muito aleatório.

A ex-sanguino-transfusão intrasinusal é a operação de eleição, indicada na maior parte dos casos. As doses de sangue retiradas variam segundo o estado circulatório. As doses injectadas devem ser importantes e por vezes repetidas.

Os casos em que esteja feito um prognóstico fatal no espaço de 24 horas não beneficiam desta terapêutica senão excepcionalmente. É então que o emprêgo do sangue citratado em alta dose, em injeção intramuscular ou subcutânea está indicado e pode dar bons resultados, mas são raros. É preferível não tardar em fazer a transfusão intra-venosa desde que se diagnostique uma bronco-pneumonia de forma grave.

MENESES.

As hérnias intraesponjosas dos discos intervertebrais. Estudo anatómico e clínico. (*Les hernies intraspongieuses des disques intervertébraux. Étude anatomique et clinique*), por MARCEL MEYER (Estrasburgo).— *Revue Médicale de l'Est*. 15 de Dezembro de 1932. Nancy.

Trabalho da clínica cirúrgica do Prof. Stolz, de Estrasburgo, em separata, executado por Marcel Meyer, encarregado do curso de Ortopédia da Faculdade de Medicina daquela cidade.

Os nódulos cartilagosos intraesponjosos dos corpos vertebrais vêm merecendo a atenção dos fisiologistas e dos fisiopatologistas da coluna vertebral, desde os trabalhos fundamentais de Schmorl, posto-que ainda não esteja definida a sua significação clínica.

No presente trabalho, o A propõe-se contribuir com o fruto das suas investigações anatómicas sobre os nódulos intraesponjosos e relatar as observações clínicas de cinco doentes que ao assunto interessam

Uma hérnia intraesponjosa do disco vertebral pode produzir-se — como em geral tôdas as outras hérnias — mercê duma diminuição da resistência dos tecidos que estão à volta. No caso que nos interessa esta diminuição de resistência incide sobre o tecido esponjoso dos corpos vertebrais.

Pode ser observada em certas osteopatias — osteopatia da fome, osteomalacia generalizada ou localizada, osteoporoses, doença de Paget, osteíte fibrosa de Recklinghausen, raquitismo — e pode também ser consequência de

certas perturbações ou paragens da ossificação cuja origem data do período embrionário.

A persistência do estado cartilaginoso de alguns corpos vertebrais constitue *pontos fracos* no sistema da coluna vertebral.

O A. apresenta as histórias clínicas de cinco casos de doentes que na ocasião dum traumatismo se viu que tinham nódulos intraesponjosos.

Acompanham estas histórias os decalques radiográficos e pena é que estes não permitam distinguir o aspecto radiográfico simples, sem decalque, como nos aparece na clínica. A nossa aprendizagem seria mais fácil.

O A. deixou de parte, propositadamente, um certo número de casos de cifose dos adolescentes e de osteoporoses, nos quais também observou as mesmas lesões do disco intervertebral e do corpo da vértebra.

Os síndromas dolorosos periféricos (membros inferiores) ou viscerais correspondem, dum modo constante, nestas observações, às raízes que emergem das vértebras atingidas.

Para o A. o traumatismo provocou a penetração duma parte do disco intervertebral em cavidades embriologicamente pre-formadas ou pelo menos em zonas dos corpos vertebrais que ofereciam, congénitamente, uma resistência diminuída (perturbações de calcificação). Como numa hérnia inguinal congénita o canal peritónio-vaginal permeável pôde estar muito tempo sem ser invadido pelos elementos da hérnia, também um nódulo intraesponjoso pôde estar silencioso uma vida inteira, até ao dia em que um traumatismo, mesmo leve, realize a hérnia intraesponjosa de partes do disco intravertebral.

O aspecto radiológico das fossetas (nódulos de Schmorl) é sobejamente conhecido.

MENESES.

Um caso de doença de Vaquez tratado, com sucesso, pela cebola crua.

Un cas de maladie de Vaquez traité avec succès par l'oignon cru, por L. BOISSONAS (Genève). — *Revue Française de Pédiatrie*. Tôm. VII. N.º 6. 1932. Págs. 745-747.

O A. apresenta um caso de doença de Vaquez numa criança de 15 anos, tratado, com êxito, pela cebola crua. Esta terapêutica da poliglobulia baseia-se nas experiências de Sebrell, confirmadas por Gruhzt, que obteve, num cão, uma anemia grave alimentando-o com cebolas frescas na razão de 15 gramas por quilo de animal. O sumo de cebolas cruas ou cebola cozida durante 1/2 hora no autoclave a 120° C, deram o mesmo resultado. A destruição dos hematias parece devido a uma hemólise. O resultado máximo obtém-se no 7.º dia, após o que os hematias e a percentagem da hemoglobina sobem progressivamente até ao normal.

Na doente do A. os bons efeitos foram mais duradoiros que os de Gruhzt nos animais. O A. não pode, porém, afirmar que sejam definitivos. A doente continua em observação. Se recair é interessante verificar se uma segunda cura pela cebola ainda terá efeito favorável ou se, como nos cães de Gruhzt, a doença será refractária a essa tentativa, pois parece que aqueles ficaram imunizados e não reagiram a outras tentativas posteriores. Se a cura se man-

tiver termos à nossa disposição, para o tratamento da doença de Vaquez, um tratamento activo, simples e ao alcance de tôdas as bôlsas.

MENESES.

Vias de acesso à articulação da anca. (*Vias de acceso a la articulacion de la cadera*), por GUILLERMO ALLENDE (Cordoba).—*Revista de Ortopedia y Traumatologia* (Buenos-Aires). Año II. N.º 1. Págs. 1-51.

Após uma resumida revista da história da cirurgia da anca e duma recapitulação dos dados da anatomia topográfica da região, o A. cita um a um os vários métodos operatórios cuja importância prática é manifesta nas operações sobre a articulação da côxa. São os seguintes: pela parte anterior, os métodos de Hüter-Putti, Smith-Petersen e Mathieu; pela face lateral, os de Ollier, com as modificações de Gatellier e Merle de Aubigné e Putti; pela parte posterior, os de Ober, Osborne e Langenbeck. Este último presta-se especialmente às artrites agudas com considerável colecção purulenta na cavidade articular e luxação patológica consecutiva, como por exemplo é frequente nas crianças, na coxite pneumocócica. Em dois casos, o A. teve bons resultados com a incisão de Ober. A via anterior, em que o A. prefere a incisão de Hüter, presta-se sobretudo aos casos de osteomielite da extremidade superior do fêmur, porque, por esta via, em caso de necessidade, se pode melhor exteriorizar por completo a cabeça do fêmur.

A via lateral, onde prefere a incisão de Ollier, é mais apropriada às operações plásticas. Para as artrodeses extra-articulares e para a redução sangrenta da luxação congénita da anca é, contudo, preferível a via anterior.

Todos estes métodos são descritos com numerosas gravuras.

MENESES.

Tratamento da paralisia infantil. (*Die Behandlung der spinalen Kinderlähmung*), por H. FINCK (Diesdorf, Kr. Salzwedel).—*Münchener Med. Wochens.* 1932. Ano 79. N.º 46. Pág. 1843.

O A. aconselha um emprêgo precoce da terapêutica pela Omnadina, Aolan, Yatren-Caseina ou leite esterilizado, com a qual obteve bons resultados em 100 casos. A eficácia de qualquer daqueles medicamentos em relação aos outros foi idêntica. Apenas é absolutamente necessário que a injeccção seja dada o mais cedo possível.

Na maior parte dos casos não aparece paralisia alguma, diz.

MENESES.

Raquianestesia e percaina. (*Rachianesthésie et percaine*), por E. LADURON (Namur).—*Lyon Chirurgical.* Tômoo XXX. N.º 1. Janeiro e Fevereiro de 1933. Págs. 37-47.

Posto-que tenha inconvenientes mínimos, o A. entende que a raquianestesia com a percaina apresenta grandes vantagens sobre os antigos métodos.

Primeiro de tudo, a duração notavelmente longa da analgesia permite fazer operações importantes, sem a adjução de outro anestésico.

Depois, se não suprime de todo as dores post-operatórias, evita ao doente os sofrimentos, às vezes cruciantes, das primeiras horas que seguem a operação, e isto seria o bastante para fazer preferir êste produto aos outros. Além disso, a anestesia com a percaína é mais satisfatória em consequência do extraordinário relaxamento dos músculos da parede e do pouco que os vômitos os prejudicam, quando aparecem.

Emfim, a percaína mostra-se menos tóxica do que os outros produtos e, por conseguinte, menos perigosa para o fígado e rins. É um método de anestesia, conclue o A., que merece ser empregado cada vez com maior amplitude e que constitue, incontestavelmente, um progresso na senda do anestésico ideal.

MENESES.

Paralísias tardias durante ou após a espondilite tuberculosa. (*Spätlähmungen bei oder nach Spondylitis tuberculosa*), por A. KÖNIGSWESER (Viena).—*Zeitschrift f. orthopädische Chirurgie*. Bd. 58. H. 2. Págs. 187-192.

Segundo a experiência da escola de Spitzky e a do próprio A., não existe dependência alguma entre o estágio da doença e a aparição das paralísias, na espondilite tuberculosa (Mal de Pott), como em geral se pensa. Há mesmo uma relativamente grande quantidade de casos nos quais na convalescência ou alguns anos depois da cura, e sem que tivesse havido uma recidiva da doença, aparecem, repentinamente, paralísias espásticas periféricas no território correspondente à antiga sede do processo tuberculoso vertebral e sem uma razão que à primeira vista as explique.

A causa destas paralísias está em perturbações da circulação no território do processo tuberculoso local, provocando influências mecânicas e efeitos tóxicos locais.

MENESES.

Condromatose congénita generalizada. (*Angeborene allgemeine Enchondromatose*), por H. FERNBACH (Leipzig).—*Monatschrift für Kinderheilkunde*. Bd. 55. H. I. — Pág. 1-14.

Descrição dum caso de condromas centrais múltiplos de todo o esqueleto numa rapariga de doze anos. Os tumores existem, possivelmente, desde a vida fetal, mas os sintomas clínicos surgiram aos dois anos de idade e desenvolveram-se, progressiva e vagarosamente, no decorrer de dez anos. A combinação com uma tuberculose ganglionar múltipla dificultou o diagnóstico com a tuberculose do esqueleto, e o exame radiológico também tornou difícil a destrição da osteodistrofia fibroquística. A análise histopatológica dum pedaço de tecido extirpado permitiu firmar com segurança o diagnóstico de condroma.

Êste caso mostrou a importância do exame histológico no material exci-

zado, não só para o diagnóstico como para o tratamento, tão diverso nos casos de condroma ou de osteodistrofia fibroquística.

MENESES.

Investigações relativas à tuberculose em três crianças com linfogranulomatose maligna. (*Recherches relatives à la tuberculose chez trois enfants atteints de lymphogranulomatose maligne*), por P. NOBÈCOURT, RENÉ MARTIN e R. LIÈGE (Paris). — *Archives de Médecine des Enfants*. Tôm. 36. N.º 2. Pág. 73-80. Fevereiro de 1933.

Os AA. estudaram, em outros trabalhos, as observações de três crianças com linfogranulomatose maligna, sob o ponto de vista clínico, anatómico e experimental; no trabalho presente pretendem expor o que concluíram, nesses mesmos casos, quanto à tuberculose.

Primeiro verificaram a ausência de tuberculose nos gânglios linfogranulomatosos: ausência de lesões micro-anatómicas, de bacilos de Koch, inoculações negativas.

Depois, encontraram lesões tuberculosas e bacilos de Koch em diversos órgãos, bem como cuti-reacções negativas com a tuberculina, apesar de existirem essas lesões. Daqui tiraram as seguintes conclusões:

- 1.ª — A linfogranulomatose não é de natureza tuberculosa.
- 2.ª — A tuberculose evoluiu, no curso da linfogranulomatose, como complicação.
- 3.ª — As cuti-reacções negativas à tuberculina, apesar de uma tuberculose confirmada, testemunham uma influência anergisante da linfogranulomatose.

MENESES.

A doença de Perthes à luz das modernas determinações metabólicas. (*Die Perthesche Krankheit im Lichte neuer Stoffwechseluntersuchungen*), pelo Dr. HANS WINTER (Frankfurt a. m.). — *Zeitschrift f. orthopädische Chirurgie*. Bd. 52-H. 6. Pág. 592-602. (separata).

O A. doseou o cálcio e a glicerina no sêro sanguíneo de oito doentes da doença de Perthes. Três mostraram uma calcemia normal e um mostrou diminuição. Nos restantes quatro casos viu hipocalcemia, que no curso da doença se transformou em hipercalcemia. A glicemia era quase sempre baixa e mostrava, além disso, um certo antagonismo com o cálcio, pois subia quando êste baixava e vice-versa.

Estas verificações mostram, de acordo com as experiências modernas, que pode ser aceitável para a doença de Perthes — e talvez para as restantes malacias juvenis — a origem endócrina das perturbações metabólicas desses doentes, sobretudo do metabolismo mineral, as quais teriam importância capital na aparição do processo local.

MENESES.

Raios X no esporão do calcâneo. (*Röntgenbestrahlung bei Kalkaneussporn*), por LILLY POKORNY (Komotan, Boémia). — *Medizinische Klinik*. Ano 28. N.º 33. Pág. 1138. 1932.

A. A. refere bons resultados com as aplicações de raios X em dois casos de esporão do calcâneo, nos quais todos os outros métodos terapêuticos conservadores tiveram insucesso e onde não havia, por vários motivos, possibilidade duma intervenção.

A acção dos raios X limita-se apenas ao processo inflamatório à volta do esporão. Técnica da irradiação: Do lado interno e do externo, três vezes, de cada vez, 1 1/2 a 2 H. com 0,5 cobre e 1 mm. alumínio, intervaladas de três a cinco dias.

MENESES.

O valor da prova de Greppi e Villa (contração do baço pela injeção de adrenalina) no diagnóstico das esplenomegalias tromboflebiticas. (*Der Wert...*, etc.), por FIEDRICH KLAGES. — *Klin. Woch.* N.º 5. 1933.

Segundo Greppi e Villa, a injeção subcutânea de 1 mg. de adrenalina ou 5 cg. de efetonina determina, nos casos de trombose, endo ou periflebite dos vasos esplênicos, uma diminuição considerável do volume do baço, apreciável à palpação, e simultânea subida do número dos glóbulos vermelhos e leucócitos no sangue periférico. A diminuição do volume do órgão quando hiperplásticamente endurecido — doença de Banti — é muito menos nítida e escapa ao exame clínico.

O A. teve ocasião de ensaiar a prova em três doentes com trombose esplênica, e, em face dos resultados, concordantes com os que observou no animal de ensaio, concede-lhe valor diagnóstico.

A prova é isenta de perigos.

OLIVEIRA MACHADO.

É a determinação da lipase superior à prova da diástase no diagnóstico das doenças agudas do pâncreas? (*Ist die Lipasebestimmung in der Diagnostik der akuten Pankreaserkrankungen dem Diastasenachweis überlegen?*), por F. BERNHARD — *Klin. Woch.* N.º 6. 1933.

Resumo do artigo :

Foi observado um aumento da lipase resistente ao atoxil — carácter distintivo da lipase pancreática — no sôro sanguíneo de 16 doentes de afecções agudas do pâncreas.

A prova da lipase representa um meio auxiliar valioso para o diagnóstico da necrose aguda do pâncreas, mas nada informa acêrca da sua gravidade.

O exame simultâneo da diástase e da lipase, em várias afecções agudas do pâncreas, mostrou que o aumento da diástase na urina retrocede mais rapidamente que o aumento da lipase no sangue. A demonstração da lipase é, por isso, superior ao método de Wohlgemuth na caracterização das necroses do pâncreas agudas ou subagudas mais antigas.

Em doenças agudas do pâncreas a subida da lipase é quasi tão rápida como a da diástase.

Ocasionalmente observam-se casos em que falham, ao princípio, ambos os métodos de determinação dos fermentos. É descrito um caso em que só a lipase subiu consideravelmente.

Observa-se, por vezes, aumento tanto da diástase como da lipase, em doenças das vias biliares, sobretudo depois de crises graves de litíase. Como então a lipase diminuiu lentamente, este facto implica uma certa diminuição do seu valor diagnóstico numa necrose aguda do pâncreas.

Também na pancreatite crónica há aumento da lipase resistente ao atoxil do sangue; nesta doença merece a prova da lipase ser preferida à da diástase.

O valor do método para diagnóstico das doenças agudas e crónicas do pâncreas é diminuído por se encontrar, frequentemente, aumento da lipase do sangue resistente ao atoxil no bôcio, diabetes mellitus, anemia perniciosa, hipertrofia da próstata e carcinomas.

OLIVEIRA MACHADO.

Demonstração do principio anti-pernicioso, no suco gástrico duma doente, com quadro hemático de anemia perniciosa por estenose do intestino delgado. — Contribuição para a patogenia da anemia perniciosa. (*Nachweis ...*, etc.), por A. SCHLESINGER. — *Klin. Woch.* N.º 8. 1933.

Castle pensa que o suco gástrico normal liberta, pela acção dos albuminóides, um principio termo-labil de acção anti-anémica, que não existiria nos doentes de Biermer. O tratamento eficaz da anemia perniciosa com carne digerida por um individuo normal e o insuccesso da administração isolada de carne ou de suco gástrico de pessoa sã, é o argumento mais poderoso da sua suposição, aceite por muitos AA., que confirmam o resultado das suas experiências.

A presença do factor anti-anémico (F. a. a.) no suco gástrico é independente da do H Cl e pepsina. Se, com efeito, a aquilia é habitual na anemia perniciosa, Castle ainda há pouco comunicou dois casos de quadro hemático anémico-pernicioso — um de sprue, outro de estenoses múltiplas do intestino delgado — em que com H Cl e pepsina normais, faltava o factor anti-anémico.

Dir-se-ia que F. a. a. protege a medula da perturbação funcional que leva ao quadro hemático anémico-pernicioso, a não ser que, formado normalmente, a sua transformação, no figado, em principio termo-estável, se não verifique por perturbação da reabsorpção. É altamente improvável que esta última suposição se verifique na doença de Biermer, em que não há perturbações da reabsorpção, como o atesta a efficácia dos preparados hepáticos e de mucosa gástrica administrados *per os*.

O A. teve occasião de observar um doente com quadro hemático de anemia perniciosa, devido a estenose do intestino delgado, com a dupla particularidade de valores normais de H Cl e pepsina e presença de F. a. a. Este último foi revelado pela efficácia do produto de digestão gástrica da carne

sobre dois doentes, um com anemia de Biermer e outro com quadro anêmico após gastroenterostomia.

Em face desta observação, o A. deduz que nos doentes com apêto do intestino delgado a secreção gástrica normal do F. a. a. nem sempre protege contra o desenvolvimento dum quadro hemático de anemia perniciosa. A hipótese de Castle — da não formação do princípio anti-anêmico termo-lábil em termo-estável no fígado — carece ainda de demonstração, no dizer do A.

OLIVEIRA MACHADO.

Acêrca dos efeitos prejudiciais da vitamina A. (*Über schädigung durch vitamin A.*), por WOLF. v. DRIGALSKI. — *Klin. Woch.* N.º 8. 1933.

A produção de preparados puros de vitamina A permite actualmente o estudo completo da sua acção biológica. As indicações da literatura são, até agora, contraditórias acêrca dos efeitos das grandes doses daquela vitamina, pelo que o autor empreendeu o seu estudo.

A alimentação normal de pão, aveia e água — em ratos com 100 gr. de pêso aproximadamente — adicionou, numa série, 1 c. c. diário do soluto oleoso de vitamina A (Merck) e noutra, 0,5 c. c. Como contrôle serviu-se de substância oleosa do próprio preparado após destruição da vitamina por prolongada exposição aos raios ultra-violeta que, segundo experiências próprias, reduz o conteúdo em vitamina a menos de 1.800, fracção que o autor despreza.

Todos os animais a que foi administrada a vitamina morreram, após pronunciado emmagrecimento e sintomas catarrais de conjuntivite, rinite hemorrágica e diarreia, distinguindo-se aqueles que recebiam metade da dose; pelo mais tardio aparecimento dos sintomas catarrais e da morte (entre o 5.º e 14.º dia para os que ingeriam 1 c. c. do soluto e entre o 7.º e 19.º para aqueles em que se administrava 0,5 c. c.).

Dos animais de contrôle morreu um, espontaneamente, no 11.º dia, e os outros ficaram vivos, sem perdas de pêso, nem sintomas catarrais.

Em face destes resultados fica demonstrada a acção prejudicial, sobre os ratos, das grandes doses de vitamina A, devendo o exame histológico dos animais mortos elucidar sobre a causa destes efeitos. É o que o autor promete para futuro artigo.

OLIVEIRA MACHADO.

Acêrca da reabsorpção do ácido salicílico pela pele humana. (*Über die resorption der Salicylsäure durch die Menschliche Haut*), por M. NOTHMANN e M. WOLFF. — *Klin. Woch.* N. 8. 1933.

Resumo dos AA.:

A reabsorpção do ácido salicílico do salhumin, medida pela quantidade de ácido salicílico eliminada pela urina, é considerável e pode atingir 20 % do ácido salicílico livre contido no salhumin.

As aplicações de salhumin espaçadas de 48 h. tornam maiores as quantidades de ácido salicílico reabsorvidas.

Quanto maior é a superfície de aplicação da salhumin tanto maior é a quantidade de ácido salicílico reabsorvido.

A maior reabsorção foi conseguida quando o salhumin foi aplicado esfregando fortemente a pele, a seguir a um banho quente completo.

OLIVEIRA MACHADO.

Talium e timus. (*Thallium und Thymus*), por A. BUSCHKE, B. PEISER, F. SPANIER, W. PLEGER e H. OLLENDORFF. — *Klin. Woch.* N.º 8. 1933.

Há já tempo que v. Berde notou que a epilação experimental pelo talium é acelerada pela administração de timus, que, ao mesmo tempo, aumenta a resistência dos animais para aquele. Investigações pessoais dos AA. concordam, em grande parte, com as de Berde. Notaram, além disso, que os sintomas de envenenamento em início podiam ser combatidos pela administração de timus.

Concorda com estes factos a maneira como o talium é bem suportado pelas crianças antes da puberdade.

Os AA., tendo em vista estes factos, estudaram, numa pequena epidemia de microsporia, na clínica de Wittenauer, a possibilidade de aumentar a acção do talium pela administração de timus, e evitar os efeitos accsórios.

Os resultados, ainda que não completamente nítidos, são favoráveis a esta maneira de ver.

OLIVEIRA MACHADO.

Eliminação de xilose como indicador das funções renais. (*Ausscheidung von xylose als masstab der Nieren-funktion*), por E. FISHBERG e L. FRIEDFELD. — *Klin. Woch.* N.º 6. 1933.

Resumo do artigo:

A eliminação de xilose foi usada como indicadora da insuficiência renal. Pela ingestão de 50 gr. de xilose, e limitação da de líquidos, o rim normal concentra aquela até 2,5%, em 2 horas, e elimina 25% do total, em 24 horas.

A insuficiência renal revela-se por concentrações mais baixas, até inferiores a 0,1% e eliminações totais de 1 gr. apenas.

Nas pessoas com rins são a curva da xilose no sangue atinge o seu valor normal passadas 5 h, enquanto que nos insuficientes renais a curva alcança valores muito mais elevados, que chegam a 100 mg. % e mais.

É ainda referida a possibilidade do uso da prova para determinação do volume de sangue e rápido diagnóstico da suficiência renal dos rins, em separado, para fins cirúrgicos.

OLIVEIRA MACHADO.

Hemorragia menstrual verdadeira em mulheres castradas, pela administração de hormonas folicular e do corpo luteino. (*Echte menstruelle blutung bei kastrierten Frauen nach Zufuhr von Follikel- und Corpus luteum-Hormon*), por C. KAUFMANN. — *Klin. Woch.* N. 6. 1933.

Em duas mulheres ovariectomizadas alguns anos antes, amenorreicas desde a intervenção e cujas mucosas uterinas estavam atrofiadas, o A. conseguiu, pela injeção sucessiva de foliculina e luteína, o aparecimento duma verdadeira hemorragia menstrual, de três dias de duração, com perda total de cêrca de 40 c. c. de sangue e eliminação de retalhos de mucosa uterina com o aspecto histológico da mucosa pré-grávida.

Um factor parece essencial para a obtenção destes resultados: o emprêgo de doses muito superiores às habituais na terapêutica da insuficiência ovárica. O A. empregou doses totais de 210.000 U. R. de foliculina e 35 U. C. de luteína na primeira doente, e 300.000 U. R., e 60 U. C. na segunda.

OLIVEIRA MACHADO.

Hiperglicemia e glicosúria na trombose das coronárias. (*Hyperglykämie und Glykosurie bei Coronarthrombose*), por D. SCHERF. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 3. 1933.

Em oito casos de trombose das coronárias, além dos sinais clínicos e electrocardiográficos que garantiam o diagnóstico, encontrou o A., em seis, hiperglicemia e glicosúria, que desapareceram ao fim de 24-48 horas depois do ataque. Como Levine, que foi quem primeiro publicou observações neste género, afirma que a percentagem destes casos é mínima, Scherf julga poder afirmar o contrário, embora a sua estatística seja pequena, e por isso chama a atenção dos clínicos para esta circunstância, como auxiliar diagnóstico, visto que, muitas vezes, o infarto do miocárdio dá-se sem dores características ou decorre sob aspectos que simulam outras afecções.

A explicação deste facto é difícil: reabsorção de substâncias albuminóides nascidas ao nível do infarto, aumento da temperatura, as grandes quantidades de fármacos administrados (morfina, cafeína, adrenalina), diminuição do volume-minuto e por isto aumento do Co_2 do sangue?

J. ROCHETA.

A sonda permanente como tratamento ambulatório da úlcera gastro-duodenal. (*Zur ambulanten Dauersondabehandlung des magens und Zwölffingerdarmgeschwürs*), por R. JURGENS e F. GEBHARDT. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 2. 1933.

Baseados nas tentativas feitas primeiro por Einhorn, que procurou alimentar os ulcerados gástricos por intermédio da sua sonda, os AA. resolveram empregar o mesmo processo, apenas com a diferença da oliva atingir o jejuno e o tubo a empregar ser de menor calibre e de paredes mais moles. Evitam assim o reflexo secretor gástrico que se produz quando os alimentos se

depositam no duodeno (Pawlow e outros) e ainda a irritação da mucosa esofágica, sempre de reccar com tubos que não sejam extremamente moles. A sonda é introduzida pelo nariz, até 120 cm., e a sua extremidade é fixada à face com um retalho de adesivo, que pode cobri-la completamente.

Deve ser retirada todos os dias e convenientemente esterilizada. Como alimentos usam os seguintes: leite, farinha, ovos, açúcar e manteiga, administrados por injeccção, de 6 a 8 vezes por dia, e em quantidade que corresponda a 45 calorias por quilo de pêso individual. Além disso, um pouco de água e sumo de limão, de modo a constituirem 2 litros de mistura alimentar, por dia, aproximadamente.

Quando a acidez gástrica é muito acentuada são administrados os alcalinos habituais e beladona.

Imediatamente após a introdução da sonda, mesmo nos casos que se caracterizavam por dores violentas, verifica-se uma melhoria muito acentuada, confirmada depois pela radiografia em 74 0/0, que revela o desaparecimento do nicho ou uma menor deformação do bulbo duodenal. Durante o tratamento faz-se sempre uma diminuição de pêso, que aumenta depois do abandono da sonda.

A duração do tratamento varia conforme os autores, mas em geral deve considerar-se como média um período de seis a oito semanas.

J. ROCHETA.

A determinação da bilirubinúria com o azul da metilena. (*Über quantitative Bilirubinbestimmungen im Harn mit der Methylenblaumethode*), por K. FELLINGER e K. MENKES. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 5. 1933.

A determinação quantitativa da bilirubina urinária pelo método de Frank é como segue: a 5 cm. de urina colhida nas 24 horas, junta-se, gota a gota, um soluto aquoso de azul de metilena a 2 0/00; nas urinas que não contêm bilirubina, uma ou duas gotas bastam para o aparecimento da cor azul intensa; nos ictericos, pelo contrario, aparece primeiramente uma cor verde, que com a continua adição do soluto se vai sucessivamente transformando até atingir a coloração azul. O número de gotas necessárias para essa transformação está em relação directa com a quantidade de bilirubina existente. Como a determinação feita deste modo conduzia frequentemente a resultados muito variáveis, motivados essencialmente pelo critério de cada analista, os AA. procuraram dar uma maior objectividade a esta pesquisa, adoptando um soluto-padrão comparativo. E assim escolheram a cor obtida pela dissolução de 1 mg. de bilirubina em 5 ccm. de líquido alcalino, ao qual se mistura 1 ccm. de azul de metilena a 2 0/00. Numa série de ictericas nas quais se determinou a urobilinuria por este método, comparado ainda para os mesmos doentes com o de Schillings, verificou-se poder ser introduzido na clinica em virtude da sua simplicidade e exactidão.

J. ROCHETA.

A catequina (substância frenadora) da tiroideia e o seu emprêgo terapêutico na doença de Basedow. (*Über das Katechin (Hemmungstoff) der Schilddrüse und dessen therapeutische Verwendung bei Morbus Basedow*), por E. HERZFELD e A. FRIEDER. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 3. 1933.

Foi Blum quem primeiro descreveu e isolou do sangue uma substância, a que deu o nome de catequina (do grego: reter, evitar o excessivo), que tinha propriedades opostas à hormona tiroideia. Esta catequina encontra-se já hoje no comércio com o nome de Tyronorman e foi êste produto que os AA. utilizaram em 18 casos de Basedow. Em todos, excepto em dois, obtiveram os melhores resultados: aumento de pêso, diminuição no número das pulsações, abaixamento do metabolismo basal, etc. A duração do tratamento variou conforme os casos, em média 4 a 6 semanas na obtenção de resultados nítidos e positivos.

Até aqui a administração desta substância tem sido absolutamente empírica; agora procuram os AA. saber se, por analogia com o uso da insulina nos diabéticos, é fácil influenciar o iodo sanguíneo com o emprêgo de Tyronorman.

J. ROCHETA.

¿É a quinina administrada «per os» um preventivo da gripe? (*Ist peroral verabfolgtes chininein Vorbeugungsmittel gegen Grippe?*) por SPITTA. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 3. 1933.

Embora ao A. lhe falte uma grande casuística, julga poder aconselhar a quinina como um preventivo da gripe. Por isso administra 5 centigramas dêste farmaco, por dia, durante os meses de Dezembro, Janeiro, Fevereiro e meados de Março, período durante o qual é mais freqüente a gripe. A quantidade total por pessoa para um mês representa 1,5 grama, quantidade absolutamente inofensiva, como se sabe.

J. ROCHETA.

O tratamento das afecções articulares com a sanocrisina. (*Behandlung von Gelenkleiden mit Sanocrysin*), por K. SECHER. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 3. 1933.

Em vários casos de artrites crónicas progressivas (poliartrite crónica reumática, osteoartrite, poliartrite aguda) empregou o A., com muito sucesso, a sanocrisina, que provoca não só uma reacção geral: aumento de temperatura, eritêmas a albuminúria passageira, como uma reacção focal: dor e tumefacção da articulação afectada; mais fortes a princípio vão, sucessivamente, diminuindo. As doses, que dependem de cada caso — quanto mais extensa e intensa é a doença maior cuidado é necessário ter com as doses — começam, em geral, com 0,25 até atingirem 0,65-0,75 e até 1 grama. É útil associar localmente o tratamento fisioterápico.

J. ROCHETA.

Da frenicectomia à freno-alcoolização. (*De la phrenicectomie à la phreno-alcoolisation*), por L. DE WINTER. — *Revue Belge des Sciences Médicales*. Décembre 1932.

Em virtude da simplicidade de técnica e ainda pelo facto da alcoolização do frénico não arrastar a paralisia irreparável do hemi-diafragma correspondente, o A. já abandonou completamente a frenicectomia, substituindo-a pela freno-alcoolização. Além disso considera que esta substitue com vantagem o pneumotorax :

1) Nas tuberculoses pulmonares unilaterais agudas graves; dêste modo evita-se principalmente o exsudato precoce, bastante freqüente e grave nestes doentes.

2) Nos casos de tuberculose pulmonar fibro-caseosa crónica unilateral pouco extensa e quando o doente, não podendo ser hospitalizado, é obrigado a grandes percursos para as consultas de reinsuflação.

Há tôda a vantagem em completar o pneumotorax com a freno-alcoolização :

1) Nos casos de pneumotorax parcial ou insuficiente, cujas reinsuflações, muitas vezes sob fortes pressões, são mais perigosas que a alcoolização inofensiva do nervo frénico.

2) Em casos de hidro-tórax, sobretudo quando o líquido é abundante e necessita de punções evacuadoras antes da reinsuflação.

3) Nos casos de intolerância da pleura, quando aquela se traduza por elevações térmicas ou derrames depois das insuflações.

4) Quando se tiver de abandonar o pneumotorax, a freno-alcoolização permite prolongar, durante algum tempo ainda, o repouso funcional do pulmão.

J. ROCHETA.

Algumas palavras sôbre o tratamento interno dos doentes operados por úlcera de estômago, com especial atenção às perturbações intestinais. (*Einige Wort über die interne Behandlung nach Ulkusoperationen mit besonderer Berücksichtigung von Darmstörungen*), por H. OHNELL. — *Acta Chirurgica Scandinavica*. Vol. LXXII. 1932.

Se bem que as investigações do A. já em 1919 tenham mostrado que as perturbações dispépticas intestinais, de que se queixam os gastro-enterostomizados, sejam muitas vezes de origem gástrica, não se pode negar que num grande número de casos essas perturbações são puramente intestinais e de tipo fermentativo. Se são devidas à operação ou constituem estados que, existindo antes, pioram com ela, é problema por vezes insolúvel. Seja como fôr, o que é sempre necessário é a análise cuidadosa das fezes depois da refeição de prova de Schmidt-Strassburger. Nalguns casos basta apenas reduzir o pão e as farinhas, mas quando as perturbações são intensas a alimentação deve consistir fundamentalmente em : caldo de carne, manteiga, ovos cozidos ou mexidos, peixe cozido ou assado, carne cozida. O leite é, por vezes, bem to-

lerado é, na impossibilidade de se poder calcular previamente o modo como é recebido em cada caso, é melhor reservá-lo para um período de melhoras.

Quando se trata de perturbações intestinais por subacidez ou aquilia, deve ser-se muito cauteloso com o emprêgo do ácido doridaico, pois pode acontecer dar-se uma reactivação do processo ulcerativo. Quando a isso formos obrigados, não esquecer o exame repetido do suco gástrico.

J. ROCHETA.

Mucino e albuminocolia nas afecções hepáticas das vias biliares. (*Mucino-ed albuminocolia nelle affezioni epatiche e delle vie biliari*), por A. ALLADI e F. QUAGEIA. — *Minerva Medica*. N.º 7. 1933.

Os AA. resumem assim o seu artigo:

Em 47 casos de afecções hepáticas e das vias biliares, aos quais foi feita a tubagem duodenal depois das provas de Meltzer e Katsch, foi feita no suco duodenal obtido a dosagem da mucina e da albumina. Das suas investigações resulta que enquanto um aumento da mucinocolia é a expressão dum estado inflamatório das vias biliares e visícula biliar, um aumento da albumina na bile encontra-se especialmente nas hepatites de diferente natureza e decurso (ainda nas hepatites da colelitíase).

Nas afecções em que existem ao mesmo tempo inflamações dos dois sistemas glandulares, verifica-se um aumento da mucinocolia e da albuminocolia. Por isso a dosagem destas duas substâncias se impôs juntamente com tôdas as outras provas, a-fim-de precisar o diagnóstico.

J. ROCHETA.

A profilaxia da paliomielite anterior aguda. (*La profilassi della paliomielite anteriore acuta*), por C. M. BELLÍ. — *Rinascenza Medica*. N.º 4. 1933.

A descoberta de anti-corpos específicos no sôro de convalescentes e também num grande número de pessoas que vivem nos centros endémicos, embora clinicamente não apresentem qualquer sintoma, levou ao emprêgo do sôro dêstes indivíduos, como meio profiláctico. Esta imunidade passiva, até à data a única empregada, à falta de melhor, apresenta porém dois inconvenientes: efeito transitório e insuficiente garantia desde que se não tenha a certeza de empregar um sôro activo. De aí o esforço na procura duma imunização activa, que ultimamente tem sido dirigido no sentido de atenuação da virulência por passagem sucessiva de macaco a macaco do vírus humano, que é, contrariamente à lei bacteriológica, um vírus que na passagem de animal a animal vai perdendo a virulência, mas conservando as propriedades antigénicas imunizantes.

J. ROCHETA.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdades de Medicina

Do Porto

Publicou-se uma nova redacção ao decreto que aprova o regulamento da Faculdade de Medicina.

De Coimbra

O lugar de assistente da cadeira de Obstetrícia da Faculdade de Medicina foi preenchido pelo Dr. António Alberto Dias Costa.

De Lisboa

Os Drs. Amândio Pinto e Luís Adão, que haviam concorrido ao lugar de professor auxiliar da Faculdade de Medicina, requereram a anulação do referido concurso.

A-fim-de formular o respectivo parecer foi nomeado relator o Dr. João Duarte de Oliveira, reitor da Universidade de Coimbra.

*

* *

Hospitais Civis de Lisboa

Consoante o decreto publicado recentemente, é reintegrado no actual quadro de assistentes do serviço clínico dos Hospitais Civis de Lisboa o Dr. Henrique Weiss de Oliveira.

*

* *

Sociedade Portuguesa de Biologia

Presidida pelo Prof. Ferreira de Mira e secretariada pelo Dr. S. Gomes da Costa, realizou-se mais uma sessão da Sociedade Portuguesa de Biologia.

O Dr. Cascão de Anciães apresentou três trabalhos: um sobre a produção experimental de concrementos biliares pela estase vesicular, outro sobre a existência de funções excretoras do epitélio vesicular, e o terceiro sobre as funções dos acinos glandulares da mucosa da vesícula biliar.

O Prof. Ferreira de Mira fez uma comunicação sobre a administração prolongada de uma hormona ovárica no galo.

O Dr. Alberto de Carvalho apresentou um estudo sobre a acção do óleo de Chaulmoogra no bacilo de Koch.

Os Drs. Kurt Jacobsohn e Belo Pereira relataram dois trabalhos: um acerca da acção de vários metais pesados sobre a fumarose e outro acerca da acção do anilarsinato de sódio sobre a fumarose.

Estes mesmos investigadores e o Dr. João Tapadinhas apresentaram um estudo relativo à influência do ião prata sobre a hidratação enzimática da fumarose.

O Dr. Anselmo da Cruz apresentou os resultados dos seus trabalhos sobre o equilíbrio do sistema da fumarose.

Finalmente, os Drs. Magalhães Ramalho e Fausto Landeiro falaram sobre «Colheitas de água para análise bacteriológica».

*

* *

Sociedade das Ciências Médicas

Na última sessão, presidida pelo Prof. Salazar de Sousa, o Prof. Reinaldo dos Santos referiu-se às comunicações do Dr. Silveira Ramos apresentadas na sessão anterior.

O Dr. João Manuel Bastos falou sobre «Um caso mais de bilharziose em Portugal. Onde e como se terá dado a infestação?»

A Dr.^a Sara Benoiel apresentou uma comunicação acerca do emprêgo dos leites acidificados na dieta dos lactantes.

O Dr. Carlos Salazar de Sousa descreveu um caso de «Meningite puriforme asséptica».

O Dr. Mota Cabral tratou do «Sesonismo».

*

* *

Sociedade Portuguesa de Estomatologia

Na sessão do dia 16 de Fevereiro o Dr. Tolentino da Costa fez uma exposição sobre o tratamento dos granulomas.

Associação Portuguesa de Urologia

Iniciaram-se os trabalhos do presente ano académico da Associação Portuguesa de Urologia com uma conferência do Dr. Henrique Bastos sobre «O cancro da próstata».

1.º Congresso de Terapêutica

O 1.º Congresso Francês de Terapêutica realizar-se-á, em Paris, de segunda-feira 24 a quarta-feira 25 de Outubro de 1933.

Presidirá o Dr. Loeper, Professor de Terapêutica na Faculdade de Medicina de Paris.

Portugal faz-se representar no Comité de Honra Estrangeiro pelo Prof. Egas Moniz.

Os assuntos que fazem o objecto dos relatos são os seguintes:

Tratamento parenteral de Púlcus gastroduodenal. Tratamento dos colibaciloses. Associações medicamentosas. Tratamento de radiodermites. Piréto-terapia eléctrica e química.

Aceitam-se quaisquer comunicações sobre estes assuntos.

Podem desde já pedir-se esclarecimentos referentes ao Congresso ao Bureau du Congrès, 8, Place de l'Odéon — Paris (VI).

Maternidade Alfredo Costa

Realizou-se no dia 16 de Fevereiro a primeira sessão científica na Maternidade Alfredo Costa, presidida pelo Prof. Augusto Monjardino.

Êste professor, depois de agradecer a comparência dos seus colaboradores e a do Prof. Francisco Gentil, fêz uma conferência sobre a cirurgia dos órgãos genitais da mulher.

O Prof. Costa Sacadura relatou o movimento da sua clínica de obstetrícia.

O Dr. Cabral Sacadura apresentou uma comunicação sobre disjunção da sínfise pública durante a aplicação de forceps. Esta comunicação foi discutida pelos Profs. Augusto Monjardino e Costa Sacadura.

O Dr. Costa Felix apresentou algumas histórias clinicas de obstetrícia dignas de interêsse e o Dr. Barroco apresentou também algumas observações.

O Dr. Jorge Monjardino relatou os trabalhos efectuados na clínica a seu cargo.

Os Drs. Fernando de Almeida e Daniel Monteiro fizeram comunicações, respectivamente, sobre um caso de fístula genital post-operatória e sobre um caso de neoplasia com metástases.

O Dr. Gomes de Oliveira falou sobre a anatomia patológica deste último caso.

*

* *

Sociedade de Antropologia

Realizou-se, no Pôrto, no dia 24 de Fevereiro uma sessão da Sociedade de Antropologia e Etnologia.

Apresentaram-se as seguintes comunicações:

«Fórmulas e perfis individuais em Antropologia Criminal», pelo Dr. Mendes Correia.

«Comparação de medidas antropológicas», pelo Dr. Alfredo Ataíde.

*

* *

Associação Médica Lusitana

Na sede da Associação Médica Lusitana, no Pôrto, o Dr. M. da Silva Leal realizou uma conferência sobre «Estenoses rectais e peri-rectais de origem inflamatória».

•

* *

Dispensário Popular de Alcântara

Inaugurou-se solenemente, no dia 3 de Março, um serviço de profilaxia anti-sifilítica no Dispensário Popular de Alcântara, de que é director o Dr. Fernando de Lencastre.

•

* *

Conferências

A convite da Associação dos Estudantes de Medicina, o Prof. Reinaldo dos Santos realizou, no anfiteatro de Farmacologia da Faculdade de Medicina, uma conferência sobre «Os novos horizontes da cirurgia».

—O Dr. Almeida Dias pronunciou, no salão do *Século*, uma conferência sobre a organização da assistência em matéria de psiquiatria e neurologia no nosso país.

—No Centro da Mina de S. Domingos, o Dr. Francisco Valente Rocha fez uma exposição sobre «Sezões e mosquitos».

— A Dr.^a Branca Rumina falou, no Instituto Clínico da Junta Geral do Distrito, sobre «Factores nocivos ao desenvolvimento da criança».

*
* * *

Medicina naval

O capitão de fragata-médico Dr. Raúl do Carmo foi exonerado do cargo de vogal suplente à presidência da Junta de Saúde Naval. Também foram exonerados de vogais efectivos da mesma Junta o capitão-tenente médico Dr. Máximo Prates e 1.^o tenente-médico Dr. Silva Nogueira. Para os substituir, nomearam-se, respectivamente, o capitão de fragata médico Dr. Coelho de Montalvão, o capitão-tenente médico Dr. Mendes Cruz e o 2.^o tenente médico Dr. Almeida Amaral.

— O 1.^o tenente médico Dr. Moraes Sarmento visitará, em missão de estudo, os hospitais da marinha de Inglaterra e estudará o que possa importar aos serviços de saúde em casos de desembarque de forças navais.

— Foi nomeado 2.^o tenente médico de Marinha o Dr. Tito Serras Simões.

*
* * *

Medicina colonial

Criou-se, em Benguela, um laboratório distrital de análises clínicas, anexo ao hospital daquela cidade e sob a direcção do respectivo delegado de saúde.

— O Dr. Lacerda Forjaz foi nomeado médico do posto de Moçambique e director do Laboratório Bacteriológico e clínico da Companhia de Moçambique.

— O Dr. Nunes da Silva ocupa o cargo de adjunto do director do Hospital e delegado de saúde da Beira.

*
* * *

Prof. Egas Moniz

O Prof. Egas Moniz foi eleito membro da Academia de Medicina de Paris, quasi por unanimidade.

De duas vagas de sócios estrangeiros, que existiam naquela Academia, uma foi preenchida, logo no primeiro escrutínio, pelo Prof. Egas Moniz. Em novo escrutínio, elegeu-se o Dr. De Beco, de Liège, que foi ocupar a segunda vaga.

Congratulamo-nos pela honra concedida ao nosso professor de Neurologia.



Saúde pública

Deixou, voluntariamente, o cargo de delegado de saúde de Sernancelhe o Dr. Aurélio Neto Crespo.

Foi nomeado para idêntico lugar, em Alcobaça, o Dr. José do Nascimento e Sousa.

Necrologia

Faleceu, em Lisboa, o Dr. Joaquim Augusto da Costa Martins, major médico reformado do quadro de saúde de Cabo Verde.



Tratamento completo das doenças do fígado e dos síndromas derivativos

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



Opoterapias hepática e biliar
associadas aos colagógos

2 a 12 pílulas por dia
ou 1 a 6 colheres de sobremesa de **Solução**

PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos científicos

Lavagem
de Extracto de Bilis
glicerinado
e de Panbiline



1 a 3 colheres em 160 gr.
de água fervida
quente.
Crianças: 1/2 dose

Depósito Geral, Amostras e Literatura: LABORATORIO da PANBILINE, Annonay (Ardèche) FRANÇA
Representantes para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a Rua da Palma, 240 - 246 — LISBOA

OPOTERAPIA VEGETAL As Energétènes BYLA

TODO O SUCO INALTERAVEL DA PLANTA FRESCA E VIVA

Valériane Byla

Digitale Byla

Colchique, Aubépine, Genêt, Gui, Muguet, Sauge, Cassis, Marrons d'Inde

Agentes para Portugal: Gimenez-Salinas & C.^a

Rua da Palma, 240-246 — LISBOA

ALUCOL

Hidrato de alumínio coloidal

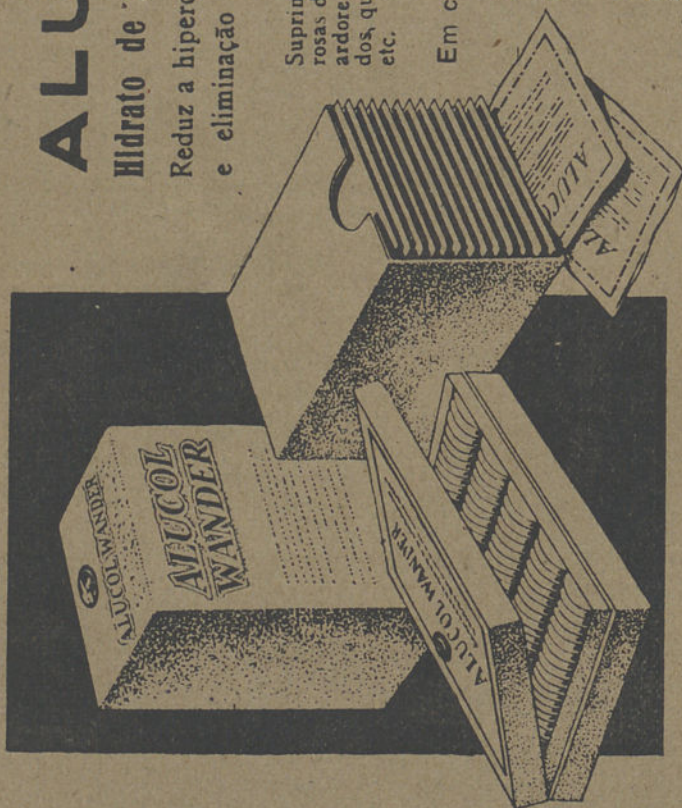
Reduz a hipercloridria pela fixação
e eliminação do ácido clorídrico

Suprime as manifestações dolorosas do estado hiperclorídrico: ardores, regurgitamentos acidos, queimaduras do estomago, etc.

Em comprimidos e em pó

Dr. A. WANDER, S.-A., Boticaria
À VENDA EM TODAS AS FARMACIAS E DROGARIAS A 34800
UNICOS CONCESSIONARIOS
— PARA PORTUGAL —

ALVES & C.ª IRMÃOS
RUA DOS CORREIROS, 41, 2.º
L I S B O A



ALUCOL WANDER