

Ano X

N.º 1

Janeiro 1933



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

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

FLUOTHYMINA

Com base de Fluoroformio e Thymina

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

COQUELUCHE E TOSSE REBELDE

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colonias

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

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina, Paris 1889. Prova que a 4 por dia produzem **diurese prompta**, reanimam o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA**, Lesões **MI RAES, GA. DIOPATHIAS** da INFANCIA e dos **VELHOS**, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

Granulos de Catillon a 0,0001 **STROPHANTINE** CRYST.

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

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

3, Boulevard St Martin Paris — PHARMACIAS

DOCTOR:

NO CASO EM QUE PRECISE TONIFICAR UM ORGANISMO DEBILITADO RECORDE O



Phosphorrenal ROBERT!

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

Depositários para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a

240, Rua da Palma,

Sala B

Est. 9

Tab. 2

N.º 1



E-MERCK DARMSTADT

NEO-IODIPINA

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

A NEO-IODIPINA

possibilita uma injeccção rápida e cómoda.

A sua applicação é indolor.

A absorção é muito mais fácil.

A dispersão do óleo nos tecidos é mais rápida.

A seringa limpa-se muito mais facilmente.

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

Embalagens:

NEO-IODIPINA a 20^o /

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

NEO-IODIPINA a 40^o /

Frascos de 25 gr

Peçam amostras e literatura a:
E. MERCK-DARMSTADT
Secção Científica Lisboa
Rua dos Douradores, 7. LISBOA

Representantes:
ESTABELECIMENTOS HERÓLD Lda.,
Rua dos Douradores, 7
LISBOA

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

BISMUTHOIDOL**"ROBIN"**Doenças ocasionadas pelos protozoarios,
Syphilis.OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

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

Nº 4748
3 Julho 1933

Depositários para Portugal e Colónias :

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

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolamincarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso.

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos 806, 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 (XVIIe)DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS**Teixeira Lopes & C.^a, L.^{da}** 45, Rua Santa Justa, 2.^o
LISBOA

Cloreto de Calcio Puro e Estabilizado

30 GOTAS=1 GR. DE CLORETO DE CALCIO

SOLUCALCINE

recomenda-se:

Em todas as Descalcificações

TUBERCULOSE, GRAVIDEZ, TETANIA, ECLAMPSIA

Em casos de Edema e Ascite

Em todas as hemorragias internas

E A TITULO PREVENTIVO ANTES DAS INTERVENÇÕES CIRURGICAS

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

AGENTES GERAIS: GIMENEZ-SALINAS & C.^ª — 240, RUA DA PALMA, 246 — LISBOA

acção

pureza

inalterabilidade

absolutas



eis as características
e os fundamentos

do renome mundial da

marca

INSULINA



para a **DIABETES**

registada

(De ALLEN & HANBURY, 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 — TELEF. 21476
G. DELTA

Agente no PORTO

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



Salvitae

Nas Toxemias da Gravidez

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

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

AMERICAN APOTHECARIES CO.,
New York, N. Y., U. S. A.

Agentes em Portugal:

Jimenez - Salinas & C.^a

240, Rua da Palma, 246 - LISBOA



Para intensificar a acção da Fisioterapia

NO TRATAMENTO DA

*SINUSITE, ERISPELA, BRONQUITE,
OTITES MÉDIA, COLECISTITE,*

e inúmeros outros estados nos quais se indica a aplicação do calor, quer seja de energia radiante fornecida por luz artificial, ou pela diatermia, o uso de um adjuvante para prolongar o efeito desses procedimentos é de valor inestimável. A

Antiphlogistine

é um excelente adjuvante da Fisioterapia

Ela constitui sobre a parte afectada uma cobertura quente, impermeável e protectora, o que agrada sobremaneira ao paciente.

Quarenta anos de exito continuado confirma o valor da *Antiphlogistine*, nos estados em que ha inflamação ou congestão.

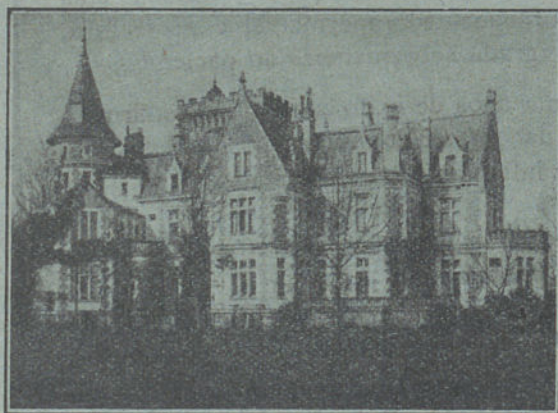
Sob pedido enviaremos gratuitamente amostras e literatura.

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

Robinson, Bardsley & Co., Lda.

Caes do Sodre, 8, 1.

L I S B O N

Bacté-coli-phage*Colibacilurias - Pielonefrites - Cistites***Bacté-rhino-phage***Gripe - Coriza - Rino-faringites***Bacté-intesti-phage***Enterites - Colites - Diarreias infantis***Bacté-pyo-phage***Panarícios - Fleimões - Feridas infectadas***Bacté-staphy-phage***Furunculose - Antraz***Laboratorios Robert & Carrière - Paris****Agente em Portugal: A. G. ALVAN - R. da Madalena, 66, 2.º - Lisboa****CHATEAU DE PREVILLE - ORTHEZ****Próximo de Pau (Baixos Pirineos)****Casa de tratamentos, Repouso e Regimens****T. 52****Dr. Marcel DHERS,**
director

Afeições do Sistema Nervoso, Perturbações orgânicas e funcionais.

Curas de desintoxicações

Convalescenças

Electo - Radiologia
HidroterapiaMecanoterapia
Psicoterapia

Instalações luxuosas e confortáveis, no meio de um parque com doze hectares, nas proximidades de Pau e Biarritz, sob um ceu "bearnais" e um clima reputado.

Dão-se Informações a quem as pedir

PRESCREVA



'PETROLAGAR'

O 'Petrolagar' é uma emulsão palatável de óleo mineral e agar-agar, preparado para satisfazer os pedidos dos médicos que apreciam a importância da substituição dos purgativos no tratamento da prisão de ventre por um preparado suave não irritante que produza umas fezes bem formadas e brandas.



O 'Petrolagar' não é de forma alguma um catártico. Permite ás secreções gástricas de funcionarem como devem, ao mesmo tempo que obriga a prisão de ventre a submeter-se definitivamente.

O 'Petrolagar' é preparado em duas formulas—Simple e com Fenoltaleina. Amostras e literatura serão enviadas gratuitamente aos membros da profissão médica desde que peçam ao:

Representante em Portugal:

RAUL GAMA, 31, RUA DOS DOURADÔRES, 33 — LISBOA.

2 novidades em vacinoterapia

Dupla superioridade

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

colitique

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

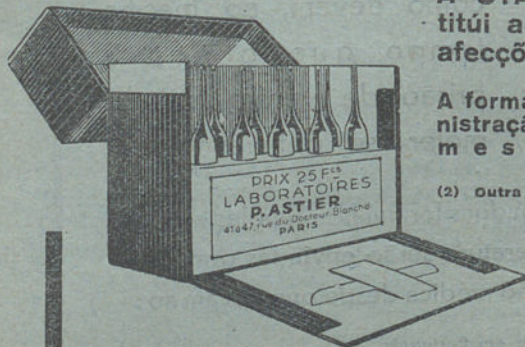
a que melhor realisa
sob a forma bucal,
a vacinação
anti-colibacilar (1)



(1) Outras formas: injectavel e filtrado para applicações locais

stalysine

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



A STALYSINE injectavel constituiu a melhor terapeutica das afecções estafilococicas.

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

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

Colitique e Stalysine

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

Literatura e Amostras

LABORATOIRES ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche — PARIS
ou nos representantes para Portugal e Colónias

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



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Tumor do lobo temporal</i> , por Diogo Furtado.....	Pág.	1
<i>Variações dos leucócitos sanguíneos em função de alguns fenómenos fisiológicos</i> , por M. Santos Silva.....	»	15
<i>Uma indicação formal da electro-coagulação em dermatologia</i> , por Neves Sampaio	»	31
—————		
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	»	38
<i>Notícias & Informações</i>	»	I

*Trabalho da Clinica de Neurologia e Psiquiatria
do Hospital Militar Principal de Lisboa*

TUMOR DO LOBO TEMPORAL

(Estudo clinico e arteriográfico)

POR

DIOGO FURTADO

O diagnóstico de localização dos tumores cerebrais põe, incontestavelmente, ao neurologista, o problema mais interessante, e quasi sempre mais difficil, do seu ramo da ciência médica. E se algumas vezes esse diagnóstico, é clinicamente, possível, forçoso é confessar que no maior número delas a clínica é, só por si, insufficiente para o estabelecer. A evolução da fisiologia e da histopatologia cerebrais, sobre cujos progressos, logicamente, assentarão os da semeiologia, deve talvez, num lapso de tempo mais ou menos breve, vir a permitir à clínica o bastar-se a si própria.

Hoje, porém, em que tal não sucede ainda, os métodos objectivos de diagnóstico, como a encefalografia arterial, a ventriculografia e seus derivados, trazem, incontestavelmente, um precioso socorro à clínica.

O caso que abaixo publicamos é prova indubitável do que pode a clínica falhar nestes diagnósticos de localização e da importância que nêles podem assumir os referidos métodos.

J. J. C. — Soldado da G. F., 47 anos de idade, natural de Campo Maior. Entrado no Serviço em 20-VIII-1932.

Anamnese. — Vem transferido do Hospital Regional de Elvas, onde bai-



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

xou há cêrca de um mês, sobretudo por perturbações psíquicas: esquecia-se do que lhe mandavam, perdia-se nas casas, etc. Estas alterações mentais não se acompanhavam de quaisquer ideias delirantes, e a sua conduta no serviço, à parte as complicações resultantes dos esquecimentos, era correcta. Queixava-se já então muito de cefaleias e dizia ver progressivamente menos.

Naquele Hospital foi-lhe feita uma R. Wassermann, que resultou negativa; atribuído o seu estado a uma demência orgânica, foi transferido para aqui.

Não refere, precisamente, o início dos seus sintomas; sabe-se, porém, por informação da família, que havia já mais de um ano que êle aparentava falta de memória, sintoma êste que, sendo o primeiro em data, foi também o que sempre predominou no rol das suas queixas.

Há cêrca de oito meses que se queixa de cefaleias, que parecem ser, sobretudo, frontais; a deficiência da visão só mais recentemente a notou.

Não refere vertigens, vômitos ou ataques epileptiformes. Interrogado neste sentido, declara ter, de noite, alucinações auditivas: ouve vozes, «tipos» que lhe parece que falam ao pé dêle, mas que êle sabe não estarem lá. Estas alucinações são exclusivamente de ordem verbal e, ao que parece, o seu conteúdo não interessa ao doente, nem desperta nêle quaisquer reacções. Não as localiza no espaço nem as lateraliza a um ouvido.

História progressa. — Sem valor. Nunca tivera qualquer doença digna de menção. Tem vários filhos vivos, todos saudáveis. Não tinha hábitos alcoólicos e fumava moderadamente.

EXAME SOMÁTICO

Regular estado de nutrição, apirético, lúcido.

Tipo morfológico mal definido, em que predominam, porém, certas características pícnicas: pescoço curto, tronco cilindróide, amplo.

Sistema piloso exuberantemente desenvolvido, quer na cabeça, quer no tronco e nos membros. Pêlos na sua maioria já grisalhos.

Caracteres sexuais acentuadamente marcados, tanto os primários como os secundários; sobretudo, a implantação dos cabelos na nuca, a saliência das cartilagens laringeas e o tipo do púbis são marcadamente masculinos.

Cabeça. — Crânio mesaticéfalo, de conformação normal, sem pontos dolorosos. A percussão e a auscultação do crânio não fornecem quaisquer dados patológicos.

A face apresenta uma ligeira assimetria, que abaixo será descrita.

Aparelho respiratório. — Tórax equimóvel e equiresistente. Pulmões normais à palpação, como à percussão e à auscultação.

Aparelho circulatório. — Apex no 5.º espaço, sôbre a linha mamilar. A percussão do precórdio não revela qualquer aumento patológico dos arcos cardíacos. Á auscultação, tons cardíacos puros, bem batidos em todos os focos.

Pulso rítmico, de boa tensão e recorrência, com 80 pulsações por minuto. Tensão arterial (Pachon). Mx. = 15; Mn. = 11; Índice = 6.

Abdômen. — Mole e indolor, não se palpando baço. A lingueta hepática ultrapassa um centímetro o rebôrdo costal, na inspiração profunda.



EXAME NEUROLÓGICO

Motilidade. — A marcha é um pouco hesitante, incerta, mas sem que se possa afirmar decisivamente a existência de ataxia. A falta do *contrôle* visual não agrava esta perturbação. Aguenta-se de pé com os olhos fechados, sem oscilar (Romberg negativo). Não há qualquer desvio permanente na marcha, com os olhos vendados: por vezes hesita, cambaleia, mas sem que os desvios se façam, com constância, para o mesmo lado.

As provas usuais não revelam ataxia.

Há evidente parestia do membro superior direito, que se revela já pela falta do movimento conjugado dêsse braço na marcha. O doente procura executar os movimentos mais delicados com a mão do lado oposto.

A diminuição da fôrça muscular na mão direita é notável; ao dinamómetro, esta mão marca 14 quilog., ao passo que a esquerda marca 26 quilog.

Esta parestia acompanha-se de uma rigidez considerável, que é, porém, nitidamente do tipo plástico: persiste sempre, seja qual fôr o número de movimentos passivos executados, dá evidente sensação de roda dentada, tem tendência para a fixação das atitudes imprimidas e é, sobretudo, nítida no início dos movimentos, no momento da distensão dos músculos. A falta de iniciativa para os movimentos e a pobreza dêstes, permanecendo o membro horas na posição assumida, vem também corroborar a presunção da natureza extrapiramidal desta rigidez.

Há, ainda, na mão direita, durante os movimentos, considerável tremor de tipo claramente intencional, não existindo no repouso e tornando-se muito notável na prova do dedo ao nariz.

Reflexos.

Reflexos profundos	Direito	Esquerdo	
Membro sup. {	Radiais	Vivo	Normal
	Tricipitais	Vivo	Normal
	Olecrânianos	Obtém-se	Não se obtém
Membro inf. {	Patelar	Normal	Normal
	Aquiliano	Idem	Idem
	Aductor	Não se obtém	Não se obtém

Reflexos cutâneos: Abdominais — ligeiramente mais fracos à direita.

Cremasterianos — Abolidos.

Plantares — Extensão do dedo grande, tanto à direita como à esquerda (Babinski bilateral).

Não há fenómenos de clono. À direita obtém-se Rossolimo; não há mais nenhum dos pequenos sinais da série piramidal.

Não se obtém para a perna direita as usuais sincinesias hemiplégicas (Grasset e Gausset, Raimist, Babinski, etc.).

Não há reflexos de postura tibiais, como não se obtém reflexos tónicos do pescoço ou reacções de apoio (Magnus e Klein).

Os reflexos musculares de distensão e fixação estão, como se disse, exaltados no membro paresiado.

Sensibilidades. — A despeito das dificuldades que o estado mental do doente acarreta à sua exploração, parece-nos poder afirmar que não existem quaisquer perturbações da sensibilidade.

Assim, são normais as sensibilidades superficiais (tacto, dor, quente e frio), como as profundas (pressão, posição, movimento, vibração). São também normais o sentido estereognóstico, a distinção de duas sensações simultâneas (compasso) e a associação de vários estímulos superficiais (reconhecimento de números escritos sobre a pele).

Funções cerebelosas. — Referimos já, no parágrafo da motilidade, a incoordenação ligeira, mas global, da marcha, que nos parece ser do tipo cerebeloso. Também o tremor intencional que se observa no membro superior direito, deve ser considerado como manifestação de lesão cerebelosa. De resto, não se encontram quaisquer outros sinais da série cerebelosa, não há hipotonias, as provas da assinergia são negativas, o mesmo sucedendo com o sinal de Holmes Stewart e com os ensaios de Hoff e Schilder.

A adiadococinesia, impossível de apreciar do lado paresiado, não existe do lado oposto.

Não há erros de indicação, na prova do dedo ao nariz: o dedo hesita e pára, um pouco antes de atingir o nariz (braditelecinesia); êste fenómeno, que pode significar lesão cerebelosa, existe, porém, sempre, acompanhando o tremor intencional, e não tem então mais valor do que êle.

Não há nistagmo, como não há alterações da palavra. O doente não refere vertigens. Os erros na apreciação dos pesos não podem ser levados em linha de conta, dada a grande diminuição de força de uma das mãos.

Nervos cranianos. — I par. — Abolição total do olfacto do lado esquerdo; o doente não distingue os cheiros mais violentos e não é mesmo susceptível de dizer se são ou não agradáveis. À direita, o doente sente os cheiros, diz correctamente se são ou não agradáveis, mas tem, por vezes, certa dificuldade em os identificar.

II par. — Ver abaixo os exames oftalmológicos.

III, IV e VI pares. — Motilidade ocular inteiramente normal; não há nistagmo. Reacções pupilares normais, tanto à luz como à acomodação, directa e consensualmente.

V par. — Normal, tanto sensitivo como motor; reflexo massetérico normal.

VII par. — Paresia do facial inferior do lado direito, mais notável nos movimentos mimicos do que nos movimentos forçados; a ruga nasogeniana está, dêste lado, um pouco mais apagada e o canto da boca ligeiramente descaído. O facial superior está livre, sendo normais o enrugar da fronte e o encerramento das fendas oculares.

VIII par. — Audição, várias vezes verificada, normal de ambos os lados. Não lateraliza o Weber e dá um Rinne normal. Não há, também, indícios de alteração vestibular: não há vertigem nem nistagmo, não há Romberg. Não se encontraram, em resumo, quaisquer sinais de alteração central, nuclear ou periférica das fibras do VIII par.

LISBOA MÉDICA

DRYCO

Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

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

DRYCO é o leite IDEAL

Especialmente preparado para a

**alimentação
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

Simenez-Salinas & C.^a

Rua da Palma, 240-246

L i s b o a



O TRATAMENTO DA

Difteria

reclama perentoriamente a aplicação mais rápida possível do sôro antidiftérico. A sérula permite empregar o

Sôro antidiftérico "E. Von Behring"

oficialmente contrastado, sem a mínima perda de tempo. Nada de abrir ampôlas, de esterilisar seringas, nada de proceder a manipulações difíceis de efectuar em quartos mal iluminados de doentes, nada de trabalhos incômodos que aumentam a nervosidade. A Sérula é uma combinação de ampôla e seringa imensamente prática e absolutamente esterilizada, que poupa tempo e trabalho. O seu preço é pouco superior ao das ampôlas.



» *Bayer-Meister-Lucius-Behringwerke* «

LEVERKUSEN (Alemanha).

Representante:

« LUSOPHARMA «

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150, 3.º LISBOA

IX, X, XI e XII pares. — Normais. Não há alteração do gôsto nem da motilidade faríngea. Reflexos do véu do paladar normais. A fala é sensivelmente normal.

EXAME PSÍQUICO

Lúcido, exibindo, porém, uma considerável lentidão das respostas e, por vezes, certo *déficit* da compreensão.

Bem orientado, auto e somático-psiquicamente, mostra-se desorientado no tempo, não sabendo o dia nem, sequer, o mês. No momento da observação encontra-se regularmente orientado no espaço. Considerável deficiência de tôdas as funções intelectuais: atenção, memória, compreensão, associação e crítica. O *déficit* mnésico é o mais saliente, incidindo tanto sôbre a memória de fixação, como sôbre a de conservação e evocação.

Prova dos números:

5 7 2 0: após alguns segundos, tenta repetir e diz: «5 .. 2... 0».

4 1 6 9: «5... 1... 0...» (tendência à perseveração).

Prova dos objectos:

De 5 objectos que se lhe mostram, não logra fixar nenhum; reconhece, entre os que se lhe dizem, alguns que lá não estavam, mostrando certa tendência para a confabulação. Volta a perseverar nalgumas respostas.

Memória de conservação:

— O seu número? — «É o número 12... é... é». (Falso, é número 594).

— Quantos anos tem? — «Tenho 28... ora esta (reflecte) e enviuei com 43...». Acaba por concluir que tem 48. (Falso, tem 47).

Declara-se republicano, mas não consegue recordar a data da proclamação da República.

Nome do 1.º Presidente? — «Ora esta... esqueci-me... E eu falei-lhe tanta vez...». (Provável confabulação).

Não se recorda, igualmente, de factos passados na infância, na sua aldeia. Perdeu tôdas essas reminiscências, e admira-se de as ter perdido.

Identificação correcta: diz o nome dos objectos que se lhe apresentam, compreende e executa as ordens simples que se lhe dão, quando cumpridas imediatamente; após algum tempo, esquece-se. Não mostra quaisquer indícios de afasia sensorial ou motora.

Atenção tipicamente demencial: hipovigil, passando muito difficilmente de um para outro objecto, adere tenazmente ao objecto em que poisa. Daí, frequente perseveração das respostas e das representações.

Fatigabilidade extrema; após algumas perguntas, a sua atenção torna-se ainda mais difficilmente despertável.

Tem uma notável consciência do seu estado patológico, nada vulgar em demências vasculares.

— «Esqueço-me de tudo! Eu não era assim, era outra coisa!»

Debilitação considerável das faculdades associativas: não diz os dias da semana no sentido inverso, e os meses do ano nem mesmo no sentido directo é capaz de os dizer: — «Janeiro... Março... Janeiro...»

Mostra certo *déficit* da crítica e do julgamento, não compreendendo certos absurdos que se lhe dizem; êste *déficit* não é, evidentemente, tão profundo que lhe não permita reconhecer o seu estado patológico.

Na esfera afectiva não há a tendência para o gracejo soez, para a disposição eufórica, que são características das manifestações moriáticas. Há uma certa labilidade afectiva com incontinência emocional, mas quasi exclusivamente no sentido do chôro, que é frequente.

Não mostra ideas delirantes; erros psico-sensoriais, não há outros além das alucinações auditivas referidas na anamnese.

Conduta correcta; há, por vezes, em alguns dos seus actos, um certo grau de apraxia ideatória; esquece-se, como que distraído, dos actos que vai a praticar. Êste fenómeno, porém, é raro.

Exames oftalmológicos. — 22-VIII-1932:

V.: O. D., $\frac{5}{7,5}$; O. E. $\frac{5}{7,5}$. Reflexos oculares normais. Campo visual do O. D., bom; do O. E., tipicamente cerceado para a parte superior.

Nos fundos dos olhos apresenta lesões de neuro-retinite hemorrágica.

a) Medeiros de Almeida.

3-IX-1932:

Foi iniciada nova observação oftalmológica, encontrando-se normais os reflexos iridianos, mas graves lesões de neuro-retinite nos fundos dos olhos, tendo baixado a agudeza visual de $5/7,5$ para $5/10$ em qualquer dos olhos. Foi-lhe aplicado colírio de atropina para completar a observação no próximo dia 5.

a) Mário Moutinho

5-IX-1932:

Pelos exames feitos se verifica a existência de estase venosa acentuada, com hemorragias retinianas ao longo dos vasos e edema da retina, que certamente mascara a elevação da papila que deve existir. Não há abolição do senso cromático, nem são muito sensivelmente apertados os campos visuais, contudo, hoje um pouco mais reduzidos do que na primeira observação feita há quinze dias. Foi determinada a pressão arterial retiniana pelo oftalmodinamómetro de Bailliart, a qual oscila entre uma mínima de 40 Hg e uma máxima de 90 Hg em qualquer dos olhos (cujo desenho oftalmoscópico é idêntico), o que representa uma grande oscilação e elevação da dita pressão.

Conclusão: o exame oftalmológico confirma o diagnóstico de tumor cerebral.

a) Mário Moutinho.

(Clínica de Oftalmologia do H. M. P. L.).

Punção lombar. — Tensão liquídiana elevadíssima, ultrapassando o limite do manómetro de Claude (80) com o doente deitado.

Albumina: 0,25 ‰.

Pandy: negativo.

Contagem na célula de Nageotte : 0,20 p. mmc.
Raríssimos linfócitos.
Reacção de Wassermann : negativa.
Reacção Normo Mastic : curva mostrando apenas ligeira reacção meningea.

(Laboratório do H. M. P. L.).

Radiografia do crânio. — A radiografia lateral mostra ligeiras digitações, características da hipertensão intracraniana. Sela turca de normais dimensões e aspecto.

A radiografia ântero-posterior mostra considerável pneumatose dos seios frontais. Parece notar-se uma certa descalcificação da parte esquerda do frontal, que outras radiografias confirmam depois.

(Serviço de Radiologia do H. M. P. L.).

Resumindo os elementos fornecidos pela anamnese e pelo exame clínico, assentámos em que êste doente sofria, há cêrca de um ano, de um síndrome de hipertensão craniana, manifestando-se por cefaleas e *déficit* da visão. O primeiro sintoma referido, quer pelo doente, quer pelos que o cercavam, era um enorme *déficit* da memória, que depois se tornou extensivo às restantes faculdades intelectuais, originando uma demência que tinha como único característico notável a consciência que dela tinha o doente. Não havia quaisquer manifestações moriáticas. O doente referia, além disso, com bastante lucidez, alucinações auditivas verbais.

Sob o ponto de vista neurológico, os elementos mais notáveis colhidos eram: anosmia à esquerda, paresia do tipo central do VII par à direita, monoparesia braquial direita, com tremor intencional e rigidez do tipo extrapiramidal, marcha levemente cerebelosa e sintomas piramidais bilaterais nos membros inferiores, mais nítidos à direita.

O exame oftalmoscópico mostrava neuroretinite hemorrágica bilateral com estase, e cerceamento de ambos os campos visuais, mais notavelmente, a princípio, da parte superior do esquerdo, depois sem características especiais.

O exame radiológico mostrava um certo aumento de permeabilidade do lado esquerdo do frontal.

Em face dêstes dados, lógico era estabelecer o diagnóstico de tumor do lobo frontal esquerdo. Com efeito, a maioria dos

sintomas observados no nosso doente têm sido descritos no síndrome dos lobos frontais; assim, a paresia facio-braquial contralateral, por lesão da porção inferior da zona motora, os sintomas cerebelosos e a rigidez palidal, por lesão das vias fronto-ponto-cerebelosas, em especial na primeira e segunda circunvoluções frontais (Foerster), a demência, embora não apresentando a característica moria («Wittelsucht» de Oppenheim) e, finalmente, a anosmia total dêsse lado, tudo tendia a corroborar o diagnóstico de tumor do lobo frontal esquerdo.

Procurando, mesmo, entre as sistematizações de sintomas apresentadas pelos vários autores como características das lesões do lobo frontal, nós vemos que o nosso doente tinha todos os sintomas da tríade de Puusepp (anosmia, perturbações mentais, sintomas cerebelosos), e tinha dois dos sintomas da tríade de Vincent (paresia facial central contralateral, perturbações mentais), faltando-lhe o terceiro (afasia motora). Da lista de Choroschko, citada por Kroll, tinha o nosso doente também numerosos sintomas.

Algumas das manifestações consideradas hoje como frequentes nas lesões frontais, tais como fenómenos de denervação (preensão forçada, innervação tónica, etc.), desvio conjugado da cabeça e dos olhos, apraxia, reacções de apoio de Magnus e Kleyn e outras, não se encontravam no nosso doente, sem que por tal devermos excluir a idea de tumor frontal, tão incerta é, afinal, a incidência de tais sintomas.

Pelo contrário, as alucinações auditivas, que bem evidentes se nos deparavam neste caso, constituíam o único óbice sério, encontrado no exame clínico, ao nosso provisório diagnóstico. Com efeito, não encontrámos descritas, em lesões dos lobos frontais, essas alucinações, que são, pelo contrário, bem características das afecções do lobo temporal. É aí, sobretudo, que, quer isoladamente, quer como aura auditiva de crises epilépticas, se encontram essas alucinações.

Revedo, porém, agora, sob este ponto de vista, a sintomatologia do nosso caso, nós constatamos que, se alguns dos seus sintomas eram enquadráveis no síndrome do lobo temporal, já com outros não sucedia o mesmo, mais raramente em tal síndrome tendo sido descritos. Entre os primeiros citaremos, além das alucinações auditivas, a paresia facio-braquial oposta, a ata-

xia pseudo-cerebelosa e a rigidez palidal, que Schwab atribue a pressão sôbre o *globus pallidus*, por um tumor dos dois têrços posteriores do lobo temporal, com crescimento sub-cortical; ainda a anosmia, o cerceamento superior do campo visual do lado do tumor, que existiu, pelo menos a princípio, bastante nítido, e a que Cushing atribue grande valor (1), podem ser considerados também como possíveis sintomas temporais.

Dos sintomas apresentados pelo nosso doente havia, porém, um grupo, pelo menos, que mais difficilmente se enquadrava no syndroma do lobo temporal: eram as perturbações demenciais. Embora Kroll se refira a debilidade da memória como sintoma de *déficit* do lobo temporal, e outros autores tenham citado perturbações mentais em tal caso (2), a verdade é que essas perturbações e particularmente a demência global, não são usualmente consideradas como sintomas iniciais e, depois, dominantes nas lesões temporais.

De resto, tratando-se do lado esquerdo, e embora o lobo temporal seja classicamente uma zona silenciosa, um sintoma há que se apresenta nas lesões dêste lobo com magna freqüência: referimo-nos à afasia sensorial, de que, precisamente, não existiam indícios no nosso.

Assim, o diagnóstico clínico de tumor do lobo frontal esquerdo era o que naturalmente nos parecia que se devia estabelecer, e foi o que nós estabelecemos.

(1) Como se sabe, as investigações anatômicas de Ad. Mayer mostraram que as radiações ópticas, deixando o corpo geniculado, para se dirigirem para os lábios da cissura calcarina, se dividem em dois feixes: um dirige-se para diante e para baixo, contornando o corno temporal do ventrículo lateral, e descreve um longo arco, antes de se dirigir para traz e para cima, para a face interna do polo occipital do cérebro; o outro feixe, destinado ao lábio superior da cissura calcarina, dirige-se, pelo contrário, pelo mais curto caminho, para o seu ponto de terminação, ocupando a parte mais alta e posterior do lobo temporal.

Esta disposição anatômica explica claramente a freqüência do cerceamento do campo visual nos tumores do lobo temporal.

(2) Têm-se descrito em casos de tumores temporais, entre outras manifestações mentais, o syndroma de Korsakoff, alterações do carácter e até (Kolodny, 1932) estados confusionais prolongados. No entanto, como êste último autor refere no seu recente trabalho, estas manifestações são raras e atípicas.

Procurámos então, conhecedores da grande freqüência com que falha a clínica nos diagnósticos de localização cerebral, obter, objectivamente, a confirmação do nosso diagnóstico.

Dirigimo-nos, primeiro, ao método do Prof. Egas Moniz, indiscutivelmente o mais prático, o mais inócuo e dos mais precisos de quantos para tal fim se têm proposto. Surpresos pelo resultado da encefalografia, procurámos confirmá-la por outro método; e, receiosos da prática da grande ventriculografia, num doente com uma formidável hipertensão, em mau estado geral, e, além



Fig. 1

disso, num meio onde, em caso de acidente, os recursos cirúrgicos não podiam ser imediatos, resolvemos usar o método de «répérage» ventricular proposto recentemente por Laruelle.

Encefalografia arterial (método de Egas Moniz) :

6-IX-932. — Lado esquerdo. Injecção de 12 cc. de «thorotrast» na carótida interna, previamente desnudada (operador Dr. Bastos Gonçalves).

10-IX-932. — Lado direito. Mesma intervenção.

Não sobrevieram quaisquer acidentes.

Interpretação das chapas radiográficas. — Há evidente diferença de um para outro lado. À esquerda (fig. 1) o sifão carotideo encontra-se primeiro de-

primido contra a superfície óssea, depois estirado, sensivelmente desfeitas as curvaturas normais e desviada para a frente a sua parte terminal. O grupo silvico encontra-se deslocado em massa para cima, mantendo-se até à sua parte posterior nesta situação; da sua parte média sai um pequeno vaso, que se dirige, obliquamente, para traz e para baixo, e que nós interpretamos como sendo a temporal anterior.

À direita (fig. 2) o sifão conserva a sua forma normal; o grupo silvico encontra-se dirigido um pouco obliquamente para cima, fornecendo uma imagem de dilatação ventricular, pouco intensa. De ambos os lados é muito visível a artéria oftálmica (consequência da intensa retinite hemorrágica?).

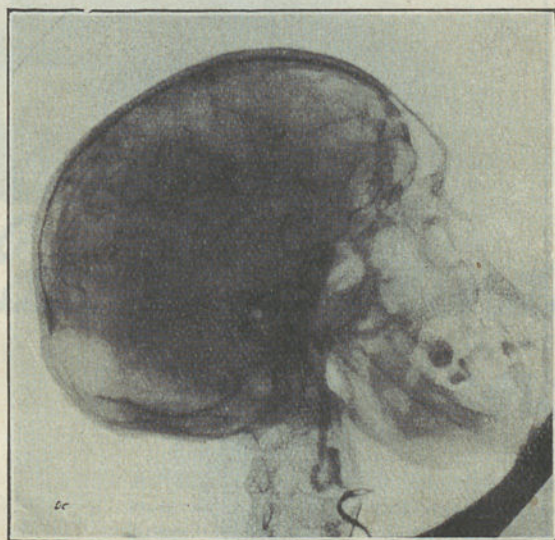


Fig. 2

Conclusão provável. — Cingindo-nos às conclusões do ilustre autor do método, tais como êle as exprimia no seu «rapport» ao Congresso Neurológico de Berne (1931), julgámos tratar-se de um tumor do lobo temporal esquerdo.

«Répérage» ventricular pelo ar (método de L. Laruelle (1)) :

18-IX-932. — Extração, por punção lombar, de 30 cc. de líquido céfalo-raquidiano, seguida de injeção, sob regular pressão, de 20 cc. de ar. Radio-

(1) O método de Laruelle (*Presse Médicale*, Maio de 1931), quasi análogo a um outro método proposto mais recentemente na América (L. Davidoff., *Bull. Neurol. Inst. New-York*, March 1932), pretende, injectando uma pequena porção de ar, evitar os inconvenientes da grande ventriculografia, auferindo algumas das suas vantagens.

grafia ântero-posterior com o doente de pé, após alguns minutos; radiografias laterais após permanência de 10 minutos em decúbito lateral para cada lado.

Interpretação. — Verifica-se facilmente que com o doente de pé (fig. 3), só o ventrículo direito contém ar, dando uma característica imagem. Após decúbito lateral durante 10 minutos, sôbre o lado direito, verifica-se que o ar passou realmente para o ventrículo esquerdo, mas que, em lugar de se dirigir para os cornos anteriores, frontal e esfenoidal, como é de uso, se acumu-

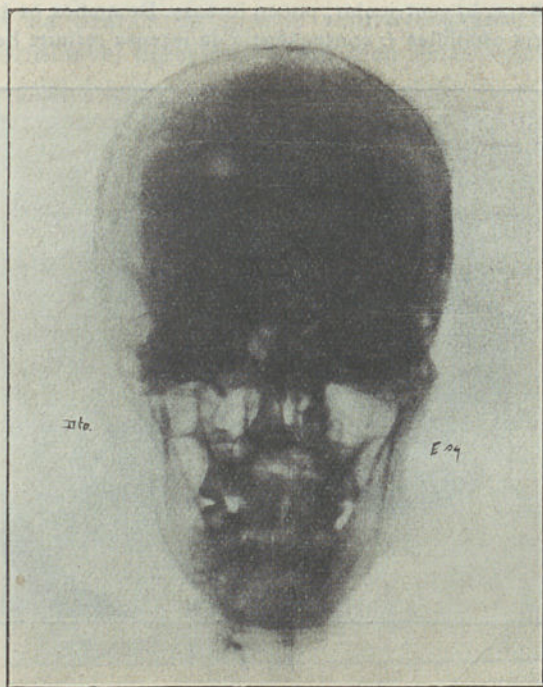


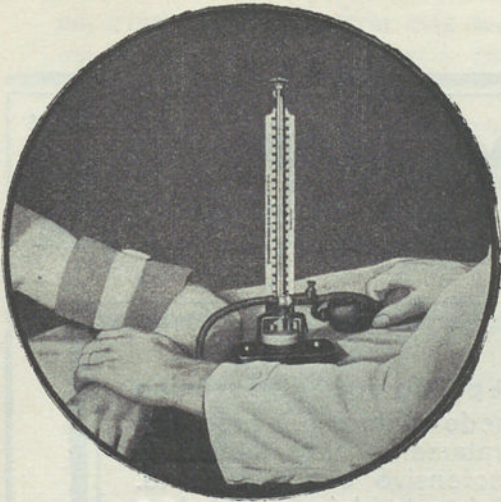
Fig. 3

lou no conflúente ventricular, no corno occipital e na parte mais posterior do corno frontal.

Conclusão. — Provável tumor da fossa cerebral média esquerda, comprimindo o corno esfenoidal do ventrículo dêsse lado, e dificultando o acesso ao corno frontal.

Como se vê, os métodos objectivos, mais uma vez haviam pôsto em cheque uma certeza clínica. Contra o que tudo parecia indicar, o tumor devia afinal residir na fossa cerebral média, provavelmente no lobo temporal.

LISBOA MÉDICA

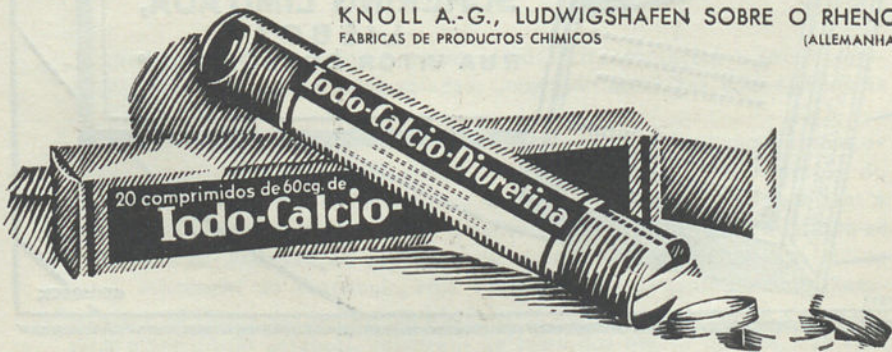


Iodo-Calcio-Diuretina «Knoll» na *Hypertensão*

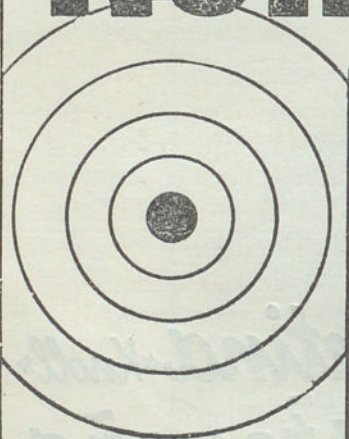
Asthma cardiaca • asthma bronchica • angina de peito •
dyspneia cardiaca chronica • esclerose dos vasos cere-
braes • aortite syphilitica • prophylactico contra os
achques do homem de idade superior a 40 annos.

Doses: 1—2 comprimidos, 3 vezes ao dia, depois das refeições.
Embalamentos originaes: Tubos de 20 comprimidos.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN SOBRE O RHENO
FABRICAS DE PRODUCTOS CHIMICOS (ALLEMANHA)



NORMACOL



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

NORMACOL

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

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

Decidira-se a intervenção; o estado do doente, porém, se encarregou de nos frustrar esta decisão. Começou apresentando, em 16-IX-932, crises sincopais, com aritmia cardíaca e respiratória, não acompanhadas de movimentos convulsivos e ligadas, provavelmente, a hipertensão paroxística intracraniana.

Em 21-IX-932 morreu, súbitamente, numa destas crises sincopais.

Nos últimos dias apresentara com maior nitidez a marcha cerebelosa que lhe fôra já notada.

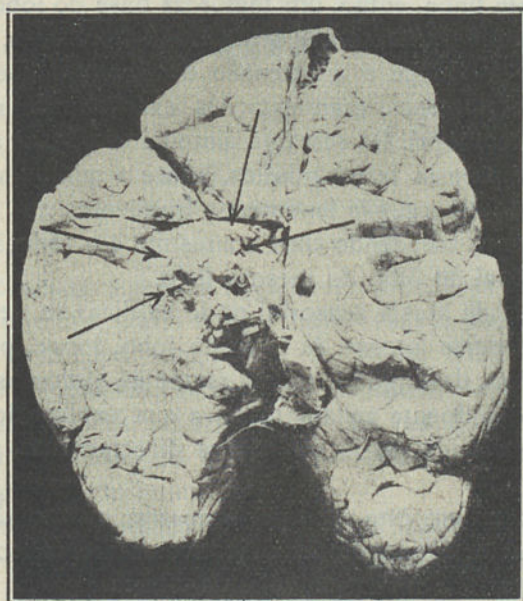


Fig. 4

Autópsia. — Considerável apagamento das circunvoluções e sulcos cerebrais, que se apresentam edemaciadas. Congestão meníngea, com aderências na calote.

Na base do lobo temporal esquerdo encontra-se um volumoso tumor de coloração levemente avermelhada, cujo centro ocupa a circunvolução do hipocampo, estendendo-se para diante até ao uncus, invadindo para traz a lobo lingual e para fora a primeira têmporo-occipital. Este tumor continua-se sem linha de demarcação precisa com a substância cerebral; vai até ao corno esfenoidal do ventrículo, cujo lume obstrue, destruindo, simultaneamente, a estrutura normal da parede inferior desse corno. O tumor comprime atrás o pendúculo cerebral, adiante o quiasma dos nervos ópticos, que apa-

rece nitidamente desviado para o lado oposto. Á sua volta há uma ligeira reacção meníngea. Sela túrcica intacta, bem como as restantes porções do neuro eixo. Cavidades ventriculares moderadamente dilatadas.

Exame histopatológico.— «Gliome astrocytaire, par places très fibrillaire».

a) Prof. Ch. Oberling (Paris).

CONCLUSÃO

Contrariamente ao que se poderia concluir do exame clínico, o nosso doente tinha, então, um tumor da base do lobo temporal.

A sintomatologia aberrante desta lesão merece ser salientada; sobretudo, a gravidade e a extensão das perturbações mentais, constituem, certamente, manifestações excepcionais nos syndromas do lobo temporal. Da restante sintomatologia, as alucinações auditivas e a parestesia facial mímica, sobre a qual ainda recentemente insistia Elsberg, são fenómenos frequentes nas lesões temporais, o mesmo sucedendo com a anosmia e a redução superior do campo visual do olho do mesmo lado.

A ausência de afasia sensorial pode explicar-se pela situação do tumor, na parte interna da base do lobo, longe, portanto, da presumida zona da linguagem. Os restantes sintomas que apresentava o nosso doente acham todos a sua explicação em acção da pressão exercida, mais ou menos directamente, pela massa tumoral.

Serve ainda bem este caso para mostrar quanto são úteis, na localização tumoral, os métodos objectivos radiográficos, cobrindo as lacunas, por-ora incontestáveis, da clínica.

*Patologia Médica e Laboratório de Física-Química e Química Biológica
da Universidade de Coimbra*

(Director : Prof. Dr. A. de Morais Sarmiento)

VARIAÇÕES DOS LEUCÓCITOS SANGUÍNEOS
EM FUNÇÃO
DE ALGUNS FENÓMENOS FISIOLÓGICOS (1)

POR

M. SANTOS SILVA

Assistente de Patologia Médica

É a leucocitose digestiva noção correntemente aceite — e daí o exigir-se o jejum, como tempo indispensável duma boa numeração dos leucócitos sanguíneos. A cliente que, mal avisado, solicite, *post-prandium*, semelhante pesquisa semiológica, responderão os técnicos laboratoriais — na sua grande maioria — «requeira em termos», o que, no nosso caso, o mesmo é que dizer: compareça em jejum.

Por outro lado, admite-se geralmente que certos factores, a que poderemos chamar fisiológicos (esforço, menstruação, etc.) interferem por igual sobre a riqueza leucocítica do sangue, gerando oscilações para mais ou para menos, oscilações que importa conhecer para interpretação duma análise hematológica.

¿ Traduzirão estes factos verdades incontrovertidas? Não, por certo. Os protestantes logram fazer ouvir-se, tal a sua quantidade e qualidade. ¿ Haverá porém uma base experimental segura que os imponha como a expressão duma lei, senão constante, pelo menos freqüente?

Uma digressão através dos tratados e revistas da especialidade, não nos fornece elementos para responder categoricamente.

(1) Recebido na Redacção a 3 de Novembro de 1932.

Ainda há pouco, Georg Rosenow — o hematologista de autoridade indiscutida — dizia: «não tem sido possível averiguar, com segurança, se existe leucocitose após a ingestão de alimentos».

Porque o esclarecimento dêste assunto é de capital importância para o *modus vivendi* de laboratórios da natureza do nosso e ainda, duma maneira geral, para a melhor compreensão de certos resultados hematológicos, nos sugeriu o Ex.^{mo} Prof. Dr. A. de Moraes Sarmiento procedessemos à recolha de factos que nos habilitassem a tomar posição bem definida no debate — que, a bem dizer, data de 1768 a 1770, com os trabalhos de Spallanzani e Hewson.

Eis a razão de ser e o fim dêste trabalho.

*

* *

Pacientemente, afastando possíveis causas de erro, como adiante se verá, pesquisámos numas dezenas de doentes, e por várias vezes em cada um dêstes, a curva gerada pelos leucócitos no decurso da tarefa digestiva de refeições diferentes (leite simples, pão e leite, carne com massa, hortaliça e peixe, pão com manteiga, batatas e carne, carne com arroz, pão e queijo, etc.). — Procedemos ainda a inquérito idêntico, tendo em linha de conta as diferentes horas do dia, a época menstrual, os exercícios moderados e fadiga. Os resultados constam de quadros que logo apresentaremos e discutiremos.

Antes, porém, vamos procurar focar a questão fazendo uma breve resenha de algumas opiniões emitidas sôbre o assunto.

Influência da digestão. — Feinblatt, Brodin, Saint-Girous e tantos outros afirmam a existência de leucocitose digestiva e esta é a noção aceite pela maioria dos tratadistas.

Sergius Arquin admite que a capacidade dos capilares periféricos vive em íntima harmonia com o tónus do estômago; e, implicitamente, afirma a existência de leucocitose em função dum tónus gástrico mais acentuado.

Storm Van Leuwen, Bien, Variekanp e outros experimenta-

NEO=PLASTINA

SEIXAS=PALMA



Emulsão aseptica de lecitina e luteinas em soro fisiológico



Este preparado não provoca reacção

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

NEO=PLASTINA

SEIXAS=PALMA

Emulsão aseptica de lecitina e luteínas em sôro fisiológico

Este preparado não provoca reacção

Receitae a

NEO=PLASTINA

SEIXAS=PALMA

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

» » » 6 » » 5 » »

Porque é

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

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

dores, inquirindo da conduta leucocitária nos períodos post-prandiais, dizem existir redução no número dos leucócitos imediatamente após as refeições, ligeiro aumento nos dez a vinte minutos seguintes, nova baixa dos trinta aos cinquenta minutos, baixa finalmente seguida da clássica e franca leucocitose digestiva.

Dorlencourt e Banu afirmam a leucocitose digestiva nos amamentados, acentuando, todavia, que nas crianças surgem mais rapidamente as diferentes fases da leucocitose e que estas desaparecem por igual mais rapidamente, sendo estes factos a consequência da facilidade com que é digerido o leite materno.

Para Paul Kouchakoff o aumento dos leucócitos depois da alimentação, é um fenómeno patológico que êle attribue ao uso de alimentos modificados por temperaturas elevadas e por bactérias, ou ainda por certas operações a que a indústria submete por vezes os produtos alimentares. Quando as refeições não tiverem sido confeccionadas com produtos frescos e crus, só dá, pois, valor às análises realizadas em jejum.

A natureza das refeições, que para uns (Brodin e Sangerous) tem influência directa nos valores numéricos dos glóbulos brancos da circulação periférica, não é para outros susceptível de originar quaisquer modificações.

Por outro lado, Cuningham, Doan, Sabin, Kindwall, Shaw e ainda outros, como Mauriac e Cabonat, Srvantie, Panzat, Monod e Kobryner, constataam, em diferentes trabalhos e experiências, que o número de leucócitos não aumenta com a digestão e segue antes uma curva irregular em determinado período de tempo, sem ser influenciada pelos fenómenos fisiológicos.

Não existe sequer acôrdo perfeito entre os diferentes autores na explicação a fornecer da leucocitose digestiva.

F. Müller admite que a medula óssea se torna hiperactiva quando da introdução parenteral de substâncias proteicas heterogéneas que actuam como antigénio. Como corolário, conclue que os produtos elaborados pelas células parenquimatosas exercem por igual uma acção excitante sobre a medula óssea. Como resultante dessa excitação funcional dar-se-ia a passagem em excesso de leucócitos na corrente circulatória.

Pohl, Erdely e Hofmeister relacionam o aumento dos glóbulos brancos no decurso da digestão, com as glândulas linfáticas do intestino.

QUADRO I

Número	Diagnóstico	Jejum e repouso	Tempo após a primeira refeição						Segunda refeição e hora respectiva	Tempo após a segunda refeição				
			20'	40'	60'	80'	100'	120'		3/	1 h.	2 h.	3 h.	4 h.
			1	Normal	11.000	8.200	6.400	7.800		9.000	13 h. 30'	3/	7.000	8.000
1 a	"	9.800	8.400	9.000	7.800	10.000	13 h. 30'		8.800	10.600	8.400	11.200		
2	Reumatismo sifilítico	11.000	7.800	5.800	6.400	8.800	13 h. 30'		7.600	9.000	6.400	8.800		
2 a	"	5.800	5.000	5.000	5.000	8.800	13 h. 30'		6.600	7.400	8.800	5.000		
3	Dispepsia hipersténica	6.400	4.200	6.400	6.800	3.600	13 h. 30'		7.800	8.200	6.800			
3 a	"	5.800	3.900	6.800	5.400	10.200	"		5.600	4.600	7.000			
4	Cirrose subaguda	5.600	5.400	5.200	6.000	10.200	"		5.400	7.000	7.800			
5	Tuberculose pulmonar	7.200	5.200	7.800	6.000	4.000	13 h. 30'		15.600	8.800	14.000	5.600		
6	Normal	8.200	10.400	12.200	10.200	5.400	"		5.600	4.600	7.000			
6 a	"	7.800	8.200	6.200	5.600	4.000	"		5.400	7.000	7.800			
7	Úlcera duodenal	4.400	6.800	6.600	5.600	4.000	13 h. 30'		15.600	8.800	14.000	5.600		
8	Paludismo crónico	8.800	11.800	14.400	6.400	5.400	"		15.600	8.800	14.000	5.600		
9	Normal	6.400	7.800	7.800	6.400	5.400	"		15.600	8.800	14.000	5.600		
9 a	"	6.000	4.400	6.600	6.200	7.800	"		15.600	8.800	14.000	5.600		
10	Colite crónica	7.200	6.800	7.000	5.600	4.400	"		15.600	8.800	14.000	5.600		
10 a	"	7.200	7.000	7.000	5.600	4.400	"		15.600	8.800	14.000	5.600		
10 b	"	8.400	5.200	7.400	5.200	5.200	13 h. 30'		15.600	8.800	14.000	5.600		
11	Pleurisia seca	4.400	5.800	4.800	5.200	5.200	13 h. 30'		15.600	8.800	14.000	5.600		
11 a	"	6.200	4.600	3.800	5.600	5.400	19 h.		15.600	8.800	14.000	5.600		
11 b	"	6.800	4.800	6.400	5.400	5.200	13 h. 30'		15.600	8.800	14.000	5.600		
12	Paludismo crónico	11.200	7.800	7.800	7.800	6.200	"		15.600	8.800	14.000	5.600		
12 a	"	11.200	9.800	9.800	9.800	6.200	"		15.600	8.800	14.000	5.600		
13	Alcoolismo crónico	5.200	5.600	5.000	7.800	4.400	19 h.		15.600	8.800	14.000	5.600		
13 a	"	4.800	3.400	3.400	4.800	4.200	13 h. 30'		15.600	8.800	14.000	5.600		
13 b	"	6.200	3.600	5.400	4.600	4.200	"		15.600	8.800	14.000	5.600		

Froin admite apenas um transporte mecânico para a periferia, sem uma concomitante elevação no organismo.

O aumento de cloro sanguíneo — para alguns autores a causa primordial da leucocitose — é ainda outra, no meio de tantas teorias incapazes de explicar satisfatoriamente um fenómeno que nem por todos é aceite.

*

*

*

Utilizámos para êste trabalho, indivíduos normais e doentes. Para afastar possíveis causas de êrro, fizemos nós próprios todos os exames, usando em todos êles os mesmos pormenores de técnica. O sangue foi colhido por picada na polpa digital e sem compressão. Servimo-nos do hematímetro de Thoma.

Os resultados que constam do quadro I, foram por nós recolhidos com o fim de inquirir o que se passa nos leucócitos sanguíneos, *post-prandium*.

Fizemos variadas vezes êste estudo em trinta indivíduos e, se verificámos, num ou outro caso, aumento dos glóbulos brancos, o conjunto das observações leva-nos a não admitir a leucocitose digestiva. Com efeito, no decurso do nosso trabalho, a cada passo se nos depararam resultados quási antagónicos; à leucocitose de certos instantes sucediam-se, noutros, oscilações contrárias e mesmo até a leucopenia, e no entretanto a técnica adoptada fôra a mesma e as condições da experiência absolutamente similares.

Procedendo à leitura do quadro I e tendo em linha de conta os resultados observados uma hora após a ingestão de alimentos, verificámos que no fim daquele espaço de tempo existia diminuição no número dos leucócitos em 72,5 % dos casos. Em 25 % houve aumento, conservando-se invariável o seu número em 2,5 %.

Se analisarmos a evolução das diferentes curvas neste lapso de tempo, logo se nota a frequência de bruscas oscilações, verificando-se mesmo que esta é a sua característica dominante. Com efeito, as baixas e subidas registadas não eram necessariamente precedidas ou seguidas de variações com idêntica tendência (vide gráfico I). Assim, dos 72,5 % dos casos já apontados, só em 30 % se verificou uma descida gradual desde o início da curva até ao momento escolhido como ponto de referência (60 minu-

ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

Solução com a concentração de 26.13%
de "3 acetylaminio 4 oxyphenylarsinato de diethylaminoethanol"
Um centimetro cubico corresponde a 0 gr. 05 de arsenico.

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

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

SIPHILIS :- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilisação terapeutica)

PIAN — TRYPANOSOMIASES — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

Modo de usar : em "*doses fortes*", injectar 5 cc. duas vezes por semana (apòz verificação da ausencia de intolerancia arsenical).

em "*doses fraccionadas repetidas*", injectar 3 cc. todos os dias por series de 12 a 16 injectções.

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

LABORATORIOS CLIN COMAR & C^{ie} — PARIS

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

D. P. 158

CINNOZYL

Methodo de immunisação artificial do organismo tuberculoso

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

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

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

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

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

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

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

1877

LISBOA MÉDICA

**PROFILAXIA
E TRATAMENTO
"PER OS"
DE TODAS AS
ESPIROQUETOSSES
DISENTERIA
AMIBIANA
PALUDISMO**

PELO

Stovarsol

**TRATAMENTO
ARSENICAL
DOS ESTADOS
D'ANEMIA
& D'ASTENIA**

APRESENTAÇÃO

FRASCOS DE 28
COMPRIMIDOS A 0 gr. 25
FRASCOS DE 10
COMPRIMIDOS A 0 gr. 05
FRASCOS DE 200
COMPRIMIDOS A 0 gr. 01

**O EMPREGO DO
STOVAR SOL
DEVE ESTAR
SEMPRE SOB A
VIGILANCIA DO
MÉDICO**

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
— Specia —

MARQUES DOUBINE Frères & "USINES du RHONE"
86.rue Vieille du Temple, PARIS 3^e

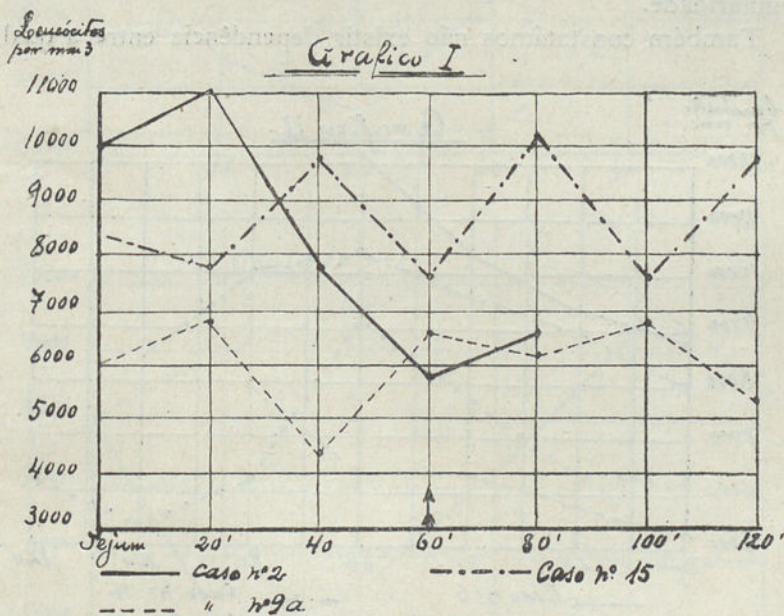
REVUE

tos). Em 70 % havia oscilações, isto é, aumentos e diminuições sucessivas durante este espaço de tempo.

Depois das baixas registadas no fim de uma hora (72,5 %), as curvas continuavam ainda a descer em 42 % dos casos, subiram em 37 % e oscilaram em 21 %.

Nos individuos em que houve aumento numérico dos glóbulos brancos (25 %), só em 40 % se notou a ascensão progressiva da curva desde o início (vide gráfico II).

Depois do espaço duma hora os valores subiram ainda em 22 % dos casos, desceram em 44 % e oscilaram em 33 %.



Nos 2,5 % dos casos em que não houve alteração numérica no fim do tempo indicado, registaram-se também oscilações.

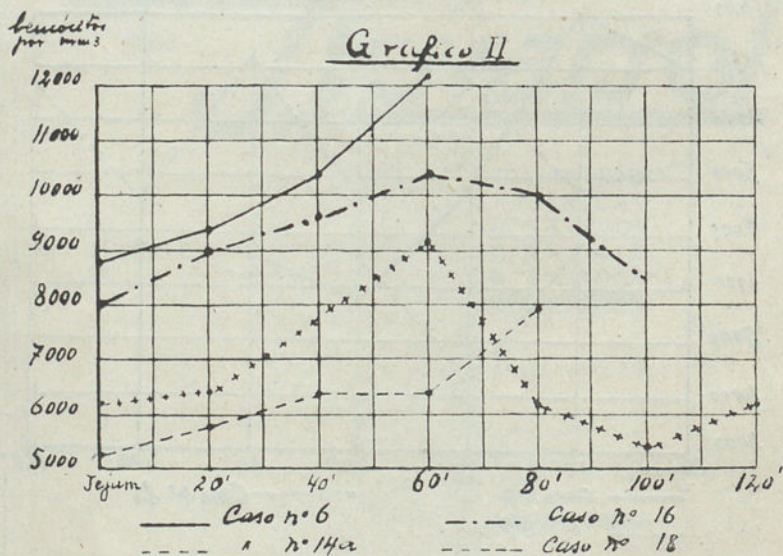
As curvas conduziram-se, duma maneira geral (70 %), irregular e caprichosamente.

As curvas obtidas nos individuos doentes não se distanciaram sensivelmente das registadas nos normais. Podemos exemplificar esta afirmação com o que se observa no n.º 9 (individuo normal) e no n.º 15 (ulcerado duodenal), depois da ingestão de 500 cc. de leite.

Na maioria dos nossos casos, as oscilações das curvas leucocitárias eram tão pronunciadas durante o jejum, como após uma refeição. Documentamos êste facto pondo em relêvo os resultados obtidos nos doentes 13 e 16, doentes entre outros que observámos repetidas vezes, umas em jejum, outras consecutivamente a refeições diferentes (vide gráfico III).

Registámos indistintamente quer leucocitose, quer leucopenia, quer números em volta do normal; e estes resultados assim dissemelhantes e num ou outro caso até contraditórios, sucediam-se, nas múltiplas análises por nós realizadas, sem qualquer regularidade.

Também constatámos não existir dependência entre a quali-



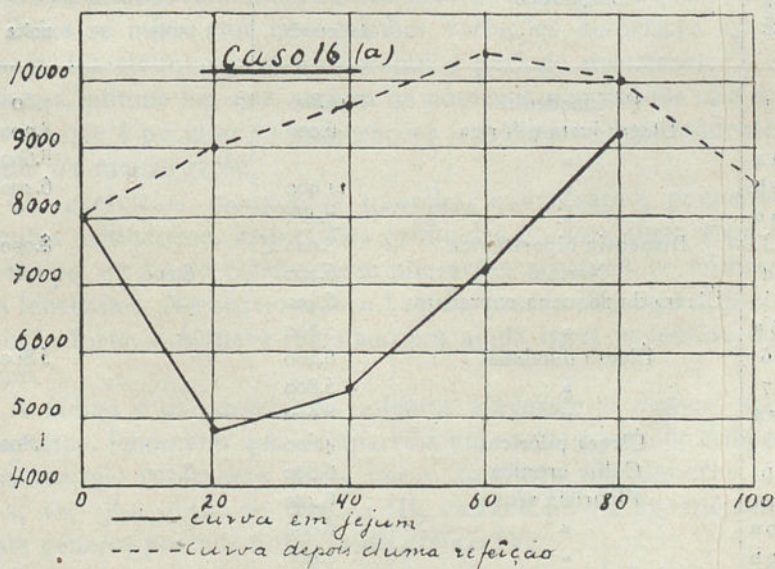
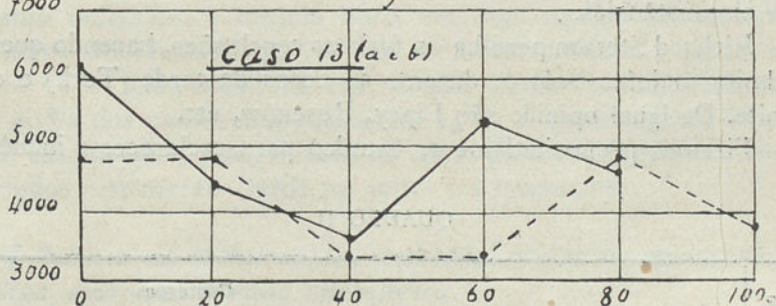
dade dos alimentos ingeridos e o número de leucócitos. Freqüentes vezes a mesma refeição era seguida, no mesmo indivíduo e nas mesmas condições, de resultados inteiramente diferentes.

Tivemos também ensejo de estudar alguns indivíduos com insuficiência hepática, como o provara o estudo funcional nêles realizado (índice biliar plasmático, reacção de Hijmans Van Den Bergh, acção da galactose sôbre a glicemia, índice de desaminação e rosa bengala). Os números 4 e 16 do quadro I referem-se a doentes nessas condições.

Quer nesses, quer ainda noutros, se o acaso não foi arteiro a ponto de nos oferecer apenas individuos em que se verificassem crises dissociadas (ao lado da queda da pressão arterial, modificações da coagulação sanguínea, do índice refractométrico

Leucócitos
por mm³
7000

Grafico III



do sôro, etc., a existência concomitante de leucitose ou alternativas de aumento e diminuição dos glóbulos brancos) — o que seria bem estranho — devemos concluir pela inexistência de leucopenia, mesmo em individuos com acentuada insuficiência hepática.

*

* *

Influência dos diferentes períodos nictemerais. — Emquanto alguns autores (Heintz, Welker, etc.), consideram o número de glóbulos brancos fixos para as mesmas horas do dia, constataam outros (Spiethoff, Michailow) diferenças apreciáveis em igualdade de circunstâncias.

Richard Stetson perfilha as últimas conclusões, havendo quem admita maiores valores durante as horas da tarde (Turk) e da noite. De igual opinião são Piney, Rosenow, etc.

Fizemos propositadamente estudos para esclarecer a influên-

QUADRO II

Número	Diagnóstico	Contagens		
		de manhã	à tarde	à noite
1	Periduodenite	10.800		7.600
2	Úlcera justa-pilórica	6.000		8.200
2 a	»			8.600
2 b	»	11.000		6.400
2 c	»	7.400		
3	Dispepsia hipersténica	8.000		8.000
4	Normal	6.200	6.000	
5	Úlcera da pequena curvatura	6.400		
5 a	»	5.800		
6	Úlcera duodenal	6.200		5.800
7	»	5.800		
7 a	»	8.600		
8	Úlcera pilórica	4.800		3.800
9	Colite crónica	6.800	8.200	
10	Pleurisia sêca	6.400		
10 a	»	8.000		
10 b	»	9.000		
11	Anexite	6.200	10.000	9.200
12	Apendicite crónica	4.400		
13	Normal	6.000		
14	Peritonite tuberculosa	9.200	8.000	10.600
15	Metrite	7.000		
15 a	»	7.400		

cia das diferentes horas do dia no valor numérico dos leucócitos. Os resultados obtidos constam do quadro II.

Certas observações contidas nos quadros I e III podem ainda ser por nós utilizadas, pois dizem respeito a exames feitos no mesmo doente de manhã e de tarde. Ora, os resultados lá consignados são concordes com os que se encontram no quadro II.

Vê-se, por este quadro, que as numerações realizadas no mesmo indivíduo, à mesma hora, em dias sucessivos, acusam números diferentes e que as que o foram durante a tarde, a noite ou o sono, mostram, em relação às da manhã, aumento em 40 0/0 dos casos, diminuição em 54 0/0 e igualdade em 6 0/0. Não encontramos, pois, relação de causa para efeito, entre certos períodos nictemerais (tarde ou noite) e a leucocitose.

Influência da menstruação, exercícios violentos, moderados, fadiga, emoções e pressão atmosférica.

Os resultados referentes a estes factores constam do quadro III.

Dêles se infere que não existem variações numéricas apreciáveis dos glóbulos brancos durante o período menstrual. Com efeito, a latitude em que variam os números observados não difere da que é peculiar às numerações leucocitárias independentemente da menstruação.

Os exercícios moderados (marcha, conversação, pequenos cálculos aritméticos, inspirações profundas durante curto espaço de tempo, etc.), não condicionam alterações sensíveis no número dos leucócitos. Na observação n.º 17 do quadro III, depois duma emoção forte, o número registado era ainda igual ao obtido em jejum.

A fadiga e os exercícios violentos elevaram o número dos leucócitos, fenómeno que desaparecia em curto espaço de tempo, uma vez que cessasse a causa que o suscitara. Os números 11, 11-a, 12, 13-a e 15, do quadro III, esclarecem as experiências dêste género, por nós feitas (vide gráfico IV).

Procurámos ainda relacionar, na maior parte dos casos estudados, o número dos glóbulos brancos com os valores da pressão atmosférica. Para isso a maioria das numerações por nós obtidas, foi acompanhada da leitura da pressão barométrica, não encontrando qualquer relação entre os valores desta e o número dos leucócitos.

QUADRO III

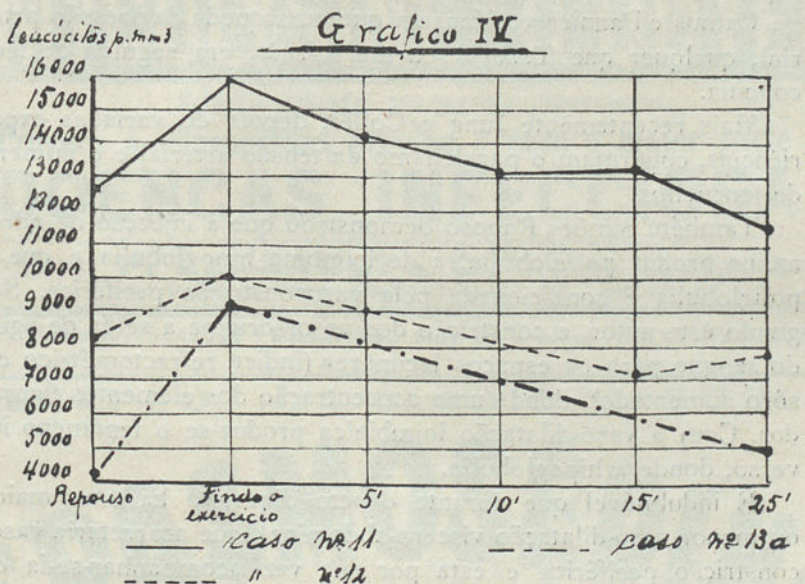
Número	Diagnóstico	Durante o período mensal	Fora do período mensal	Número	Diagnóstico	Repouso	Tempo depois de um exercício				
							Fim do exerc.º	5 /	10 /	15 /	25 /
1	Colite crónica	6.800	6.600	11	Paludismo	12.600	15.800	13.200	13.200	15.200	11.400
2	Úlcera duodenal	7.000	5.000	11 a	»		18.400			15.400	
2 a	»	7.400	7.000	12	Normal	8.200	10.000			7.200	7.800
3	Normal	5.400	7.200	13	Paludismo crónico	8.800	10.000				
4	Ptose gástrica	8.200	6.800	13 a	»	4.200	9.200				5.000
5	Normal	7.000	7.200	13 b	»	8.800	8.400				
6	Anexite	8.000	6.600	13 c	»		13.800				
7	Normal	7.400	7.600	14	Úlcera duodenal	8.000	13.600				
8	Dispepsia hipersténica	8.600	7.800	14 a	»	8.600	10.600				
9	Hipotiroidismo	6.200	6.000	14 b	»	10.800	11.000				10.800
10	Normal	8.000	8.400	15	Tuberculose pulmonar	8.600	13.200				
				16	Hemicránia	7.400	4.400				
				17	Normal	9.400	9.400				

*
* *
* *

Senhores dos dados acima mencionados, é-nos agora possível responder à pergunta formulada no início dèste trabalho.

A leucocitose digestiva não é noção que possa ser por nós aceite, e logicamente, não se nos afigura defensável o hábito de exigir o jejum como condição necessária para a numeração dos leucócitos.

Mas perguntar-se-á: como justificar opiniões tão diferentes



neste capítulo da hematologia? Se atendermos à variabilidade do número de leucócitos no mesmo indivíduo em função do acto digestivo, da menstruação, do esforço, das horas do dia e por vezes sem causa apreciada e ainda a falta de equiparação no sentido e na quantidade da oscilação numérica leucocitária em função do mesmo agente em indivíduos diferentes, somos levados a colocar-nos ao lado dos que admitem a existência de um factor sensível, de reacção constante e caracteristicamente individual — o sistema neuro-vegetativo — como elemento patogénico das modificações numéricas dos glóbulos brancos.

Sabe-se que Filinski, Czubalski e outros, demonstraram a relação entre a excitação do vago-simpático e o número dos glóbulos brancos, no sentido da diminuição com vagotonia e aumento com hipersimpaticotonia.

A ilações semelhantes chegaram H. Monteiro, E. Morais, A. Rodrigues e S. Pereira, após a secção do vago e do simpático em animais.

A. Borysiewicz constata o aumento de leucócitos depois duma injeção de adrenalina.

Benhamou e Nucloy injectam a mesma substância em animais esplenectomizados e igualmente constataam leucocitose.

Camus e Pagnier verificaram que uma queda da pressão arterial, qualquer que fôsse o seu mecanismo, era seguida de leucopenia.

Mais recentemente Jung e Collet, depois de variadas experiências, confirmam o paralelismo da tensão arterial e o número de leucócitos.

Também Simões Raposo demonstrou que a injeção de adrenalina produz poliglobulia, a de ioimbina hipoglobulia e que a poliglobulia é condicionada pela vasoconstricção periférica. Segundo este autor, a constricção dos vasos origina a saída de água do sangue para os espaços lacunares (índice refractométrico do sôro aumentado), donde uma concentração dos elementos figurados. Com a vaso-dilatação ioimbínica produz-se o fenómeno inverso, donde a hipoglobulia.

É indubitável que durante o acto digestivo há uma maior ou menor vaso-dilatação viscerο-abdominal, que acarretaria vasoconstricção periférica e esta por sua vez acompanhar-se-ia de leucocitose, pelo mecanismo acima apontado. Mas, porque os fenómenos de dilatação e constricção vasculares e capilares são regulados complexamente pelo sistema nervoso central, por factores humorais e tónus do vago e do simpático, e o tónus destes dois sistemas se manifesta em cada órgão sob um regime de balança, as oscilações desta repercutem-se por uma variabilidade da capacidade capilar, a qual, só por si, pelo estado de diluição e concentração sanguínea periférica que produz, é responsável da diversidade de números leucocitários encontrados, isto é, vasoconstricção → concentração do sangue periférico → leucocitose, e vaso-dilatação → diluição do sangue periférico → leucopenia.

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 coloidal 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

Gripe

Profilaxia

PASTILHAS DE **PANFLAVINA**

(Antiséptico quimioterapêutico a base de Trypaflavina)
Para a desinfecção profilática da cavidade bucal nos casos de perigo de infecção (anginas, catarro agudo das mucosas, gripe, etc.)

Frascos de 30 pastilhas. Embalagem original

Tratamento

Aos primeiros sinais da enfermidade

GARDAN

para combater rapidamente a febre e as dores de cabeça e membros

Tubos de 10 comprimidos a 0 gr. 50. Embalagem original

CRESIVAL

O acreditado e suave expetorante em forma de xarope. Antiflogístico e calmante por liquefação das secreções viscosas

Frascos de 125 gr. Embalagem original

«Bayer-Meister-Lucius»



LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante:

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

As oscilações do sistema de balança do tónus vago-simpático existem normalmente no homem e tanto mais acentuadas quanto maior fôr a sua excitabilidade neuro-vegetativa. Ora, esta é susceptível de ser exaltada, mercê dos fenómenos fisiológicos acima apontados.

Aceite êste mecanismo patogénico, compreende-se a oscilação das curvas leucocitárias, no espaço e no tempo, quer durante o acto digestivo, quer no decurso da menstruação ou mesmo em função da temperatura, exercícios, ou enfim, de tóda a causa capaz de influenciar o tónus do sistema vago e simpático.

Também só esta patogenia, aparentemente simples (vasoconstrição periférica → leucocitose, vaso-dilatação periférica → leucopenia) é a única que nos pode explicar que um indivíduo acuse variações nos leucócitos em função dos períodos nictemerais e que o mesmo indivíduo, ao mesmo agente, reaja de modo diverso em matéria do número leucocitário, consoante o dia.

Deduz-se destas considerações que as variações do número leucocitário nada têm, nestes casos, com qualquer disfunção medular, ganglionar ou esplénica, e são apenas consequência da desigual repartição dos glóbulos brancos no sangue. De resto, que nos conste, ninguém encontrou glóbulos brancos imaturos em leucocitoses desta modalidade — e essa seria uma consequência obrigatória da hiperactividade funcional dos respectivos órgãos hematopoiéticos.

Compreende-se finalmente que os fenómenos fisiológicos gerem reacções vagosimpáticas diferentes de indivíduo para indivíduo, de molde a orientar caprichosamente a curva leucocitária, podendo induzir-nos a leis falsas e juízos indevidos se pretendermos esquematizá-la.

CONCLUSÕES

- 1.^a — A leucocitose digestiva não existe.
- 2.^a — As oscilações numéricas leucocitárias post-prandiais, não permitem que as integremos num esquema de características definidas.
- 3.^a — A menstruação, os exercícios moderados e os períodos nictemerais, não influem sensivelmente no número dos leucócitos sanguíneos.

4.^a — Os esforços e a fadiga provocam leucocitose, habitualmente ligeira.

BIBLIOGRAFIA

- E. F. MULLER. — Presse Méd. Setembro de 1920. Pág. 684.
 W. FILINSKI. — C. R. Soc. Biol. 1924. Pág. 968.
 CZUBALSKI. — Idem.
 H. DORLENCOURT e G. BANU. — P. Méd. Junho de 1920.
 SERGIUS ARQUIN. — Arch. of. Inter Med. Junho de 1928. Pág. 913.
 FEINBLATT. — Journ. Amer. Med. Assoc. Março de 1930.
 BIEN e VARIEKAMP. — Journ. Exp. Med. 1924.
 GOODALL e PATON. — Journ. Physiol. 1905.
 FROIN. — C. R. Soc. Biol. 1907.
 PETERSEN e MULLER. — Arch. Int. Med. Novembro de 1927.
 — Idem. Fevereiro de 1926.
 PAUL KOUCHAKOFF. — C. R. Soc. Biol. Outubro de 1930.
 M^{lle} G. CORDIER. — C. R. Soc. Biol. Outubro de 1930.
 H. MONTEIRO, A. RODRIGUES, S. PEREIRA e E. MORAIS. — Soc. Biol. Janeiro de 1931.
 FEINBLATT. — Arc. Int. Med. Fevereiro de 1927.
 BRODIN e SANGEROUS. — P. M. 1918.
 SEZARY e ROBERT WORMES. — C. R. Soc. Biol. Dezembro de 1928.
 G. VIALE e A. BRUNO. — Idem. Junho de 1927.
 JUNG e COLLET. — Idem. 1930. Pág. 79, 203 e 581.
 ZEHNTER. — Paris Méd. Setembro de 1922.
 AGASSE LAFONT. — App. Prat. du Lab. à la Clinique.
 A. BORYSIEWICZ. — C. R. Soc. Biol. Junho de 1929.
 UCHOCKA. — C. R. Soc. Biol. Junho de 1929.
 RAOUL TRICOIRE. — Idem. Fevereiro de 1930.
 WIDAL, ABRAMI e JANCOVESCO. — P. Méd. Dezembro de 1920.
 — Idem. Fevereiro de 1931.
 GEORGES PIERAERTS. — C. R. Soc. Biol. Julho de 1928.
 SENOIR, RICHET e JACQUELIN. — P. Méd. Fevereiro de 1931.
 TINEL e SANTENOISE. — C. R. Soc. Biol. 1921.
 DIMOLESCO e BADENSKI. — Idem. Novembro de 1929.
 RICHARD STETSON. — Arch. of Int. Med. Outubro de 1927.
 MAURIAC e CABONAT. — Paris Méd. Maio de 1921.
 SMITH e Mc. DOWELL. — Arch. of Int. Med. Janeiro de 1929.
 NOVAK e TE LINDE. — Journ. Amer. Med. Assoc. Setembro de 1924.
 HEINTZ e WELKER. — Arch. Int. Med. Abril de 1925.
 M. LOEPER. — Leç. Pat. Dig. XX.
 SIMÕES RAPOSO, A. FEVEREIRO e SALAZAR LEITE. — C. R. Soc. Biol. 1932.

UMA INDICAÇÃO FORMAL DA ELECTRO-COAGULAÇÃO EM DERMATOLOGIA

POR

NEVES SAMPAIO

A dermatologia, que é considerada uma especialidade exigente, mantém estes créditos até nos apêlos que a sua terapêutica faz à fisioterapia. A electricidade, sob diferentes modalidades, as radiações (rádio, raios X, luz), o calor, o frio, devem ser familiares ao dermatologista nas suas indicações e na técnica de aplicação.

São agentes que se utilizam a cada momento; não se pode hoje organizar nem manter um serviço da especialidade sem elles (1).

É, depois da roentgenerapia, a diatermia cirúrgica um dos mais úteis, «c'est une méthode remarquable qui, bien maniée, peut être utilisée dans une foule d'affections cutanées... La diathermo-coagulation est l'une des armes les plus puissantes que l'on puisse utiliser dans certaines lésions intéressant le dermatologiste...» (*Ravaut*).

Com o presente trabalho queremos falar da sua principal indicação, a do tratamento do nevo-carcinoma, de tão alta malignidade e para o qual, ainda até há bem pouco tempo, não havia recurso algum da terapêutica, pois todo o indivíduo atingido de melanose verdadeira era considerado como votado a uma morte certa e próxima.

Vamos apresentar um caso pessoal com outros que gentilmente nos foram cedidos pelo nosso Mestre, o Dr. Ravaut.

É por todos conhecida a sua obra para se tornar descabido

(1) Assim o compreendeu e bem, a direcção de um dos nossos hospitais, que, em medidas recentes, sacrificou alguns escudos a êste bom critério.

falar dela neste momento, mas o que, talvez, muita gente ignore (menos os frequentadores de S. Luis) é que o sábio eminente é também o dermatologista, em França, de maior autoridade em assuntos desta natureza.

A diatermo-coagulação utiliza os efeitos caloríficos produzidos por correntes eléctricas especiais, chamadas de alta frequên-



Fig. 1. — Doente do Dr. Ravaut
Fotografia de Schaller (Hosp. de S. Luis — Paris)

cia, na intimidade dos tecidos; é uma acção sem reacções farádicas nem efeitos químicos.

Se se produz entre duas grandes placas, obtêm-se efeitos caloríficos moderados na zona compreendida entre elas: é a conhecida diatermia médica.

Mas se uma das grandes placas fôr substituída por outra muito pequena, um pequeno disco ou bola, uma faca, uma agulha, a distribuição do calor far-se-á segundo uma pirâmide tendo por base a grande placa (electrodo indifferente) e vértice a pe-

quena (electrodo activo). A densidade calorífica aumentará, pois, na razão inversa da superfície de secção normal da pirâmide, mínima na base, máxima no vértice, temperatura máxima esta que coagulará as albuminas numa maior ou menor extensão, conforme a intensidade da corrente.

Êste é o processo de diatermo-coagulação bipolar, com um electrodo activo, a montagem mais vulgarmente usada.



Fig. 2. — Doente do Dr. Ravaut
Fotografia de Schaller

Colocado o electrodo activo em contacto com a lesão a tratar, em alguns segundos os tecidos ficarão coagulados, destruídos, vindo a produzir-se uma escara asséptica, que é aconselhável proteger cuidadosamente. Obtêm-se magnificas cicatrizes, moles, planas, não retrácteis, que tendem a atenuar-se com o tempo.

Na 2.^a edição do livro de Bordier já se fala de dois casos de tumor melânico da pele tratados com sucesso pela d'arsonvalização; no entanto o método só entrou decididamente na prática depois das comunicações, em Fevereiro de 1927, dos Drs. Ravaut

e o seu assistente, M. Ferrand, às sociedades francesas de Dermatologia e de Cirurgia. A indicação é hoje clássica e se alguém a discute é em casos de lesões muito limitadas, em que a electrólise poderá dar resultados estéticos mais perfeitos (1).

Em trinta casos tratados pelos Drs. Ravaut e Ferrand apenas quatro doentes tinham morrido à data das suas comunicações e destes, apenas um muito provavelmente de generalização (a inter-



Fig. 3. — Doente do Dr. Ravaut
Fotografia de Schaller

venção foi feita havendo já gânglios regionais e com o doente em estado de caquexia, não lhe foi feita a autópsia).

Estes autores continuam obtendo os mesmos resultados, estando nós convencidos de que não faltarão a apresentar-nos um

(1) Ravaut objecta o seguinte: a ausência ou existência de cicatriz não depende do método, mas da lesão a tratar; para lesões equivalentes, a electro-coagulação não deixa maior cicatriz do que a electrlólise.

dia a sua nova estatística, que deve já ter um número imponente de casos; posteriores à comunicação a que fazemos referência são os dois interessantíssimos que publicamos.

O primeiro é relativo a uma doente de 80 anos, operada em 3 de Novembro de 1926. Teve uma recidiva local, fora da cicatriz.

Foi operada novamente em 29 de Janeiro de 1930, revista em 28 de Janeiro de 1931, em bom estado.



Fig. 4. — Doente do Dr. Ravaut
Fotografia de Schaller

As fotografias representam-na, respectivamente, na véspera da operação e 4 $\frac{1}{2}$ meses depois (fig. 1 e 2).

O segundo caso diz respeito também a uma mulher, com um nevo-carcinoma do pé, operada em Junho de 1929 e revista, em bom estado, em Maio de 1932 (fig. 3 e 4).

A segunda fotografia foi feita 6 meses depois da intervenção.

O nosso caso é menos demonstrativo; não poderemos falar de nevo-carcinoma, mas de nevo em via de degenerescência: aumento de volume rápido do tumor, sensações subjectivas de

prurido e picadas, ligeiro liserado congestivo da base (dados clínicos que permitem afirmar, segundo o critério de Darier, a degenerescência). A pele do contorno era normal quanto a eritema ou infiltração dos tecidos, mas com ligeira pigmentação para o lado do nariz. Não se observavam gânglios parotidianos, preauriculares ou submaxilares. Eis o caso, com mais detalhes:

M. S., de 68 anos, oficial de marinha, sempre se conheceu com um pequeno *sinial* junto da pálpebra inferior esquerda, do tamanho da cabeça de um pequeno alfinete, pouco saliente, não pigmentado. De há quatro anos a esta parte notou que tem aumentado de volume e se pigmentou; últimamente pigmentação e aumento de volume acentuaram-se e sente prurido e

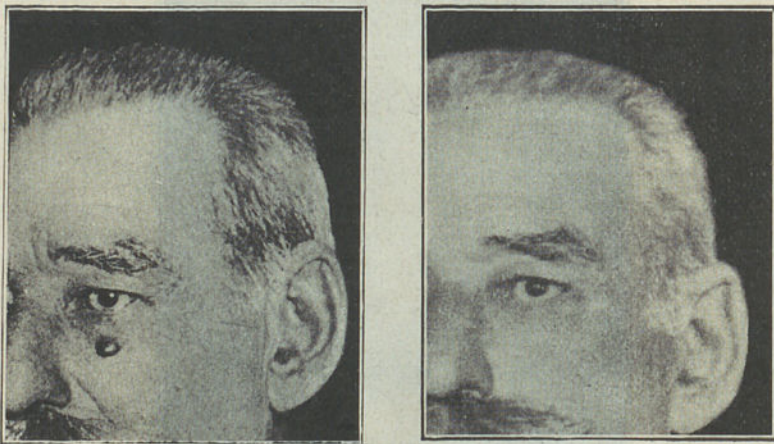


Fig. 5 e 6. — Caso pessoal
Fotografias do 1.º tenente F. David

pequenas agulhadas, que lhe prenderam a atenção, pois seu pai faleceu em consequência de um cancro enxertado, coisa curiosa, numa lesão semelhante como aspecto e localização, após a irritação produzida pela cauterização involuntária com um fósforo e, mais tarde, por um traumatismo.

O nevo, situado na parte superior da região geniana esquerda, a meio do rebordo orbitário, tem já o volume de uma pequena avelã, saliente, hemisférico, com o polo superior fortemente pigmentado, côr de ardósia, pigmentação que se esbate para a base de implantação. Aconselhei a electro-coagulação, que não me dava absoluto à-vontade pela necessidade de uma destruição profunda, além dos limites aparentes da lesão, pela contingência (?) de uma retracção da pálpebra, de efeito estético detestável, e, finalmente, o receio de tocar o ósso, imediatamente subjacente. Electro-coagulação a 12 de Março de 1931, tendo previamente congelado a região com neve

IODALOSE GALBRUN

IDO FISIOLÓGICO, SOLÚVEL, ASSIMILÁVEL

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

DESCOBERTA EM 1896 POR E. GALBRUN, DOUTOR EM FARMACIA
Comunicação ao XIIIº Congresso Internacional de Medicina, Paris 1900.

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

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

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

TUBERCULOSE MEDICAÇÃO BRONCHITES

CREOSO - PHOSPHATADA

Perfeita Tolerancia da creósote. Assimilação completa do phosphato de cal.



SOLUÇÃO PAUTAUBERGE



de Chlorhydro-phosphato de cal creosotado.

Anticarrhal e Antiseptico

Eupeptico e Reconstituente.

Todas as Affecções dos Pulmões e dos Bronchios.

L. PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople

GRIPPE

PARIS (8º)

RACHITISMO

PILULAS OPOBYL PILULAS

TRATAMENTO FISIOLÓGICO

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

Prisões de ventre chronicas, Estados hemorrhoideos.

COMPOSIÇÃO

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

**INSUFFICIÊNCIAS
Hepatica e Biliar**

PHARMACODYNAMIA

Cholagogo, Reeducador das
funções entero-hepaticas.
Descongestivo do fígado
e dos intestinos

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

Amostras gratuitas, a um simples pedido endereçado aos

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

SENHOR DOUTOR :

Nos casos em que falharem os iódicos comuns,
mesmo quando ministrados em doses altas,

EXPERIMENTE O

Iodazone «Zambeletti»

Em injeções e comprimidos.

Iodo orgânico sintético de composição química constante, essencialmente ideado para a terapia iódica activa e intensiva.

No tratamento das artrites, pleurisias, poliserosite das glândulas, adenites, linfatismo grave, sífilis (em tratamento combinado com os remédios específicos), bronquites, asma bronquial, auto-intoxicações, etc., etc.

CADA COMPRIMIDO OU CC. CONTÉM 2,54 CTG. DE IODO ACTIVO

Nos gargarejos, colutórios, lavagens do nariz e ouvidos, das feridas e chagas scepticas, das cavidades de abscessos, nas lavagenos vaginais e endo-uterinas e ainda no tratamento das afecções agudas sub-agudas e crónicas da vagina, do colo do utero e do endométrio,

está sobremaneira indicado o

Iodosan «Zambeletti»

Solução a 70 0 de iodo metáloide coloide, desdobrável por diluição em água ordinária ou pelo contacto com secreções orgânicas, em iodo atómico (vermelho-violeta).

Amostras à disposição dos srs. Médicos

L. Lepori — Rua Victor Cordon, 1-E — Apartado 214 — **Lisboa**

carbónica, como vimos fazer a Vinhat (sabe-se que é imprudente a anestesia local por via hipodérmica).

Devido à reacção conjuntival do olho vizinho, a seguir à intervenção e supuração concomitante, a lesão operatória supurou, por sua vez. Pomada de colargol, pensos com gaze vaselinada. Em pouco mais de um mês, obtivemos a cicatrização e, quatro a cinco meses depois, os resultados estéticos são perfeitos, como se vê na segunda fotografia, mal se adivinhando o lugar da cicatriz (fig. 5 e 6). É decorrido ano e meio sem o menor contratempo.

Se o tratamento do nevo-carcinoma é a principal indicação do método, êle tem ainda outras indicações e peremptórias também: no cancro «raté» pelas irradiações, no cancro dos radiologistas, como primeiro tempo para aplanar uma neoplasia exuberante destinada ao rádio ou raios X (melhor sob a modalidade bisturi diatérmico), vários tipos de tuberculose cutânea, etc.

Vantagens, mesmo de ordem geral, sôbre todos os outros processos lhe têm sido reconhecidas e que se salientam bem pelas desvantagens dêstes. Assim, a cirurgia limita a sua acção à superfície de secção dos tecidos, abre vasos, provoca metástases, não esteriliza a célula neoplásica nem a região infectada; o rádio e raios X não têm acção sôbre o microbio, são perigosos pela complicação possível de rádio-dermite, as sessões não podem repetir-se além de um determinado número, a célula cancerosa pode tornar-se insensível a elas, produzem intoxicação pelos produtos dos tecidos desintegrados, a técnica é delicada e ainda mal assente; o termo ou galvano-cautério, o ar quente, a crioterapia, limitam a sua acção à zona de contacto, quando muito a 2 ou 3 milímetros além, e, em caso de neoplasia maligna, as células subtraídas à sua acção podem ser excitadas.

A diatermo-coagulação seria um método quasi universal, quotidiano, se as aplicações não fôsem dolorosas, se a cicatrização se obtivesse por primeira intenção, se não exigisse certos cuidados de técnica pela profundidade da sua acção; no entanto, tem aplicações vastas em dermatologia, a algumas das quais contamos ainda voltar.

Revista dos Jornais de Medicina

Função da vesícula biliar. (*Gaubladder function*), por I. S. RAVDIN. — *Int. Dig.* Vol. XIV. N.º 3. 1932.

Dos diferentes estudos referidos neste trabalho, conclue-se que as funções da vesícula biliar normal são de grande importância para a economia e que, nas condições normais, a vesícula altera a composição da bilis que recebe do fígado, modificando a concentração de alguns dos seus componentes.

Por outro lado, vesícula doente, com ou sem calcos, revela uma tendência para a perversão da função normal, de uma maneira quasi constante e directamente proporcional ao grau da lesão.

Uma vesícula em tais condições constitue um perigo permanente para o individuo.

A simples colecistotomia, com esvaziamento do seu conteúdo, permite a permanência de uma membrana alterada e que, por isso, oferece de novo óptimas condições para a formação de novos calcos.

A infecção das paredes da vesícula é outra alteração vulgar nos casos de colecistite e os micro organismos desta infecção, em que particularmente abundam os estreptococos, são tantas vezes causadores de lesões inflamatórias a distância: no fígado, pâncreas, miocárdio, duodeno, etc. As vesículas infectadas, porque não estão aptas a desempenhar o papel importante da sua actividade normal e porque também são focos sépticos permanentes e altamente nocivos, devem ser estirpadas tôdas as vezes em que isso se torna viável.

MORAIS DAVID.

Carcinoma do esófago. Uma análise de 61 casos. (*Carcinoma of the esophagus. An analysis of sixty one cases*), por L. GAETAN e E. EMERY. — *The New Eng. Jour. of Med.* 8 de Dezembro de 1932.

Da análise de 61 casos de cancro do esófago, que já na sua primeira observação médica se apresentavam em avançada evolução, não se apura qualquer elemento capaz de fazer reconhecer a doença nos seus primórdios. Em face da ausência de sintomas característicos há que recorrer aos exames radiológicos e à esofagoscopia, na esperança de que estes possam com maior precocidade identificar a lesão.

Todos os tratamentos empregados nos casos clínicos desta série foram simplesmente paliativos.

Em 40 fêz-se a gastrostomia, cujo resultado pôde ser seguido em 31 doen-

tes. A longevidade média post-operatória foi de quatro meses. Em 3 fêz-se o tratamento pelos raios X e em outros 3 tratamento pelo rádio. Os resultados obtidos com estes dois processos terapêuticos foram bastante precários e 2 dêstes mesmos doentes foram, mais tarde, submetidos a intervenção operatória. 2 doentes sofreram o tratamento pelas dilatações, com benefícios muito reduzidos. Em 15 doentes que não receberam tratamento houve oportunidade de seguir a evolução em 7, que tiveram uma sobrevivência entre seis a sete meses, depois da primeira observação.

MORAIS DAVID.

Hemorragias graves e repetidas por úlcera gástrica. Sucesso do tratamento paratiroideo. (*Hémorragies graves et répétées par ulcère gastrique. Succès du traitement parathyroïdien*), por TEAN PERVÈS. — *Bul. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*. 19 de Dezembro de 1932

A comunicação refere-se a um caso de gastrorragias rebeldes ao tratamento médico usado de princípio e no qual figuravam as transfusões, acompanhado de profundíssima anemia secundária, que invalidava tôda a tentativa de intervenção sangrenta e em que o uso da hormona paratiroidea coincidiu com a paragem das hemorragias.

Cita-se ainda, de passagem, um outro caso clínico de úlcera gástrica, gastro-enterostomizado, que a certa altura apresentava graves hematêmexes. O emprêgo diário da paratormona produziu a paragem rápida das hemorragias. O modo de acção da hormona, nestes casos, é de difficil explicação.

MORAIS DAVID.

Acêrca do tratamento da tetania paratiroidea com o cloreto de cálcio, o extracto paratiroideo e a vitamina D. Uma investigação experimental e clinica. (*On the treatment of parathyroid tetany with calcium chloride, parathyroid extract and vitamin D*), por POUL SCHULTZER. — *Acta Med. Scand.* Vol. LXXIX. Fasc. 1-2. 1932.

O A., depois de historiar os sintomas clínicos e a terapêutica da tetania paratiroepriiva, relata os trabalhos experimentais conseguidos com o uso simultâneo do cloreto de cálcio, do extracto paratiroideo e da vitamina D em cães paratiroidectomizados e conclue:

A terapêutica combinada com cloreto de cálcio e vitamina D, associada, de comêço, com as injeções de extracto paratiroideo, deve ser preferida no tratamento da tetania paratiroidea.

O cloreto de cálcio só por si não demonstra qualquer actividade nas doses médias, em que é preferentemente utilizado nos tratamentos permanentes.

O cloreto de cálcio em doses médias e a vitamina D determinam um aumento vagaroso e pouco acentuado do cálcio sanguíneo. Nos casos de calcémia que chegam quási ao normal, êste nível pode ser mantido com êste tratamento associado. A paragem do cloreto de cálcio e da vitamina D im-

plica o abaixamento rápido da calcémia. Êste abaixamento é de evolução mais arrastada quando se suspende a vitamina D e se administra apenas o cloreto de cálcio. Destas mesmas averiguações experimentais se deduz que a eficiência do extracto paratiroideo vai diminuindo à medida que o tratamento se prolonga.

No tratamento da tetania paratiroidea post-operatória podem fazer-se as seguintes recomendações, em face dos aludidos trabalhos.

As injeções de extracto paratiroideo, feitas em combinação com o cloreto de cálcio e a vitamina D por via gástrica, constituem o tratamento inicial. Logo que o nível da calcémia é trazido ao normal pára-se com a opoterapia paratiroidea e consegue manter-se êste nível com o uso exclusivo do cloreto de cálcio e da vitamina D.

MORAIS DAVID.

Acção anti-hemorrágica do soluto hipertónico de glucose. (*The arrest of haemorrhage by hypertonic glucose solution*), por JOHN EASON. — *The Lancet*. 10 de Dezembro de 1932.

Schänbauer, em 1928, recomendou o emprêgo do soluto aquoso de dextrose a 50 0/0, como estíptico.

A aplicação de compressas imbebidas no soluto em superficies sangrenhas provoca uma paragem das hemorragias e ao mesmo tempo um efeito benéfico na evolução dos processos de cicatrização.

O A. alargou a esfera de indicação do processo e, assim, usou, com bons resultados, os pensos húmidos locais nos casos de hemorragia nasal e dentária. Mesmo nos casos de hemorragia gástrica o método dá os melhores resultados:

Doses de 15 grs. de hora a hora, durante dia e noite, mantêm uma acção estíptica temporária e permitem, por outro lado, o aproveitamento de cerca de 500 calorías, em um período em que habitualmente se impõe ao doente um jejum completo.

MORAIS DAVID.

O tratamento conservador na eclâmpsia. (*The conservative treatment of eclampsia*), por C. B. UPSHAW. — *Jour. of Am. Med. Ass.* 17 de Dezembro de 1932.

As deduições do artigo assentam no estudo de 91 casos com convulsões eclâmpticas e por elas se pretendem tornar bem patentes os resultados animadores obtidos com o tratamento conservador, com o mínimo de interferência nos processos do trabalho de parto.

A rotina é, em resumo, a seguinte :

A doente que na admissão se apresenta com convulsões recebe uma injeção de 15 mgrs. de sulfato de morfina e depois injeções de 20 cc. de soluto de sulfato de magnésio a 10 0/0, a intervalos de uma hora, até ao total de 4 ou 5 injeções, a primeira por via intravenosa e as seguintes, se se quiser, por via intramuscular.

Nas doentes em que esta medicação não produziu ainda a extinção dos

fenômenos convulsivos, segue-se, depois, o tratamento pelas injeções intravenosas de soluto recente de dextrose a 25 0/0, na dose de 300 cc. Esta injeção repete-se a intervalos de 8 horas até ao parto e de 12 em 12 horas, após o parto, durante dois dias.

Conclusões :

Os melhores resultados conseguem-se pelo tratamento das convulsões antes de qualquer tentativa na precipitação do parto.

O parto espontâneo é o melhor para a vida da mãe. Os opiados dão-se, se é preciso atenuar as dores. A anestesia só em casos excepcionais se deve empregar e em tais condições a anestesia superficial pelo éter é talvez a menos perigosa. Nas doentes em estado estuporoso ou em cômá não se devem administrar anestésicos.

MORAIS DAVID.

A relação da diabetes açucarada e da colelitíase. (*The relation of diabetes mellitus and cholelithiasis*), por H. HUNT e J. FRATES.— *The New Eng. Jour. of Med.* 11 de Agosto de 1932.

Discutem-se as possíveis relações entre a diabetes açucarada e a colelitíase.

O ligeiro excesso de colesterol dos calcos dos diabéticos em confronto com os calcos dos doentes não diabéticos não permite tirar quaisquer conclusões de interesse clínico.

MORAIS DAVID.

Convulsões da infância na sua relação com a epilepsia. (*Convulsions de l'enfance dans leur rapport avec l'épilepsie*), por G. HENYER e J. DUBLI-NEAU (Paris). — *Archives de Médecine des Enfants*. Tômó XXXV. N.º 11. Págs. 646-651. Novembro de 1932.

Entre as crianças observadas na Clínica anexa de Neuro-Psiquiatria infantil da Faculdade de Medicina de Paris, os AA. pesquisaram e classificaram as observações de epiléticos e de tôdas as crianças que, tornadas ou não em epiléticas, tinham apresentado crises convulsivas na sua infância. Estas pesquisas referem-se a uma estatística de vinte e sete meses e tendia a precisar o prognóstico tardio das convulsões da infância, reservando-se o termo de «convulsões» para as crises convulsivas aparecidas antes dos três anos de idade e as relações das diferentes variedades de convulsões da infância com a epilepsia.

As suas conclusões foram as que vamos resumir.

As convulsões da primeira infância complicam-se de epilepsia convulsiva em 29,1 0/0 dos casos e epileptoidia em 30,6 0/0. Com as reservas que implica a especialização do Serviço em que êste estudo foi realizado, os AA. não encontraram senão um número ínfimo (13 em 334) de antigos convulsivos absolutamente normais.

Quando as crises convulsivas aparecem pela primeira vez entre os três e os sete anos, são seguidas de epilepsia motriz ou psíquica em 85 0/0 dos casos.

Convém reter que 61 % dos epilépticos tiveram, na estatística dos AA., convulsões da infância; êste número dá indicações bastantes sôbre o valor prognóstico desastroso destas últimas.

Sob determinadas reservas, qualquer que seja a variedade das convulsões em causa (convulsões hiperpiréticas, espasmofílicas, espasmos do soluço), a observação duma crise convulsiva com perda dos sentidos é um facto que deve pôr reservas para de futuro. Com efeito, a falta de epilepsia ulterior, o rendimento psíquico do adolescente ou do adulto é, muitas vezes, deficiente.

Praticamente, é necessário considerar como tendo o valor duma crise epiléptica tôda a crise convulsiva tónico-clónica da primeira ou da segunda infância que se acompanhe de perda dos sentidos, com insensibilidade ou revulsão dos olhos.

A crise convulsiva epiléptica é um modo freqüente de reacção do cérebro infantil a tôda a agressão traumática, infecciosa ou tóxica; o prognóstico depende da lesão, que deixa o cérebro mais frágil a tôda a agressão ulterior infecciosa ou tóxica.

MENESES.

Sôbre o tratamento das fistulas ósseas. (*Du traitement des fistules osseuses*), por CHIAROLANZA (Nápoles). — XIV Reünião Anual da Sociedade Francesa de Ortopedia. *Revue d'Orthopedie et de Chirurgie de l'Appareil moteur*. Ano XXXIX. Tômo XIX. N.º 6. Págs. 708-710. 1932.

Nesta comunicação, o A. ocupa-se exclusivamente do tratamento das fistulas ósseas consecutivas a processos inflamatórios devidos aos piogéneos comuns e põe de lado as fistulas tuberculosas a cuja cura cuida, de facto, que se podem aplicar muitas das ideas que aqui expõe.

As fistulas ósseas são uma das conseqüências mais freqüentes das osteomielites agudas, e há muitas, provenientes de fracturas expostas e infectadas, e que tratadas pelo método habitual da raspagem, mais ou menos larga, se curam com extrema dificuldade ou não se curam.

O A., estudando estes doentes, verificou que as fistulas ósseas nem sempre eram mantidas por corpos estranhos (esquirolas, projecteis, sequestros, etc.), cuja extracção era quasi sempre bastante para suprimir a fistula.

Em muitos casos a fistula ia dar a um tecido ósseo-esclerótico marfinizado, através de anfractuosidades revestidas de granulações flácidas, incapazes de organização.

Algumas vezes, o calo ósseo inteiro era sede de osteítes crônicas supuradas que se estendiam até as extremidades dos fragmentos. Freqüentemente, o corpo estranho estava envolvido, englobado num tecido ósseo patológico, de modo que a supressão do corpo estranho era insufficiente para trazer a cura.

Dêste modo o A. foi levado à convicção de que só a ablação em bloco ósseo do tecido doente poderia constituir o meio adequado para a eliminação de semelhantes fistulas, e elaborou uma técnica que, por um lado, visava a abolição de todo o factor de supuração óssea e, por outro lado, permitia o revestimento rápido e fácil das partes moles do ósso.

Como as lesões mais frequentes interessavam os ossos longos dos membros, excisava, afastando-se das regiões dos vasos importantes, com o trajecto fistuloso, tôdas as cicatrizes das partes moles até o esqueleto. Descoberto o osso, destacava o periósteo até encontrar osso são e extraía em bloco, com o canivete, o osso doente.

A tíbia, o fémur, o húmero, etc., ficavam transformados em goteiras, sobre as quais adaptava retalhos músculo-cutâneos resultantes da incisão cirúrgica.

Algumas vezes, do osso não restava mais do que o justamente preciso para manter a continuidade.

O A. nunca observou caso algum de fractura patológica do osso, cuja espessura ficava assim reduzida. Pelo contrário, muitos casos revistos mais tarde pelo A. podiam ser considerados como perfeitamente curados.

Depois, applicou a sua técnica também aos casos de fístulas ósseas consecutivas a osteomielites agudas ou crônicas, com resultados igualmente satisfatórios.

O A. faz o seguinte: Determina previamente, pelo exame radiológico, a extensão e as modalidades anátomo-patológicas do osso doente. Excisa o conduto fistuloso das partes moles até o osso. Extirpa também, nos limites do possível, as cicatrizes coexistentes; liberta os tecidos moles das aderências, de modo a dispor, nos bordos da ferida operatória, retalhos cutâneo-musculares abundantes. Destaca em seguida o periósteo em todo o osso doente, pondo êste último bem a descoberto. Não abre o trajecto ósseo da fístula, destaca em massa o osso doente, fazendo incidir a secção em pleno osso são. Sobre o osso restante, rebate os retalhos cutâneo-musculares já preparados.

Penso directo, sem suturas. Em geral, não emprega antisépticos, limitando-se unicamente a limpar as superfícies que sangram, com soro fisiológico quente.

Este processo, que não abre o foco infectado, mas procede à sua ablação como se fôsse um tumor maligno, também foi applicado pelo A. no tratamento de numerosas osteites tuberculosas, com curas rápidas e completas, impossíveis de obter doutro modo.

Conseguiu, assim, evitar amputações e desarticulações em casos que pareciam absolutamente impróprios para um tratamento conservador.

E, na verdade, o método é simples.

MENESES.

Uma nova reacção cutânea nos doentes do figado. (*Eine neue Hautreaktion von Leberkranken*), por SCHOCH. — *Klin. Woch.* N.º 50. 1932.

Os doentes do figado têm muito maior sensibilidade cutânea à histamina que os individuos normais. A pápula nítida que se obtém nestes, no fim de 4 ou 5 minutos com uma concentração de histamina de 1:30.000, forma-se nos hepáticos, já com solutos de histamina de 1:3.000.000.

OLIVEIRA MACHADO.

Acérca da influência da diiodotirosina sôbre a actividade da tiroideia. (*Über den einfluss des Dijodtyrosins auf die Schilddrüsenaktivität*), por I. ABELIN e C. WEGELIN. — *Klin. Woch. N.º 51*. 1932.

A diiodotirosina, composto iodado isolado da tiroideia por Harington e Randall, não é um produto de divisão artificial, mas uma substância normalmente existente nela.

Não está assente ainda qual o papel fisiológico que lhe compete, embora tudo leve a crer que pertence às substâncias da tiroideia, funcionalmente importantes. Parece ser capaz de modificar a acção exagerada da tiroxina.

Os AA. estudaram a acção da diiodotirosina sôbre o quadro histológico da tiroideia, excitando esta pela injeccção de extractos do lobo anterior da hipófise. Com estes extractos consegue-se observar na cobaia sintomas histológicos nítidos de hiperactividade tiroideia com hiperemia, modificações do epitélio e desaparecimento da substância colóide.

A administração simultânea, *per os*, de diiodotirosina impede ou diminue acentuadamente o aparecimento daqueles sintomas.

Os AA. discutem se esta acção da diiodotirosina é devida apenas ao conteúdo em iodo ou a uma acção molecular. Talvez que pela diiodotirosina se administre um produto directamente utilizável pela tiroideia.

OLIVEIRA MACHADO.

Exames pulmonares clinicos e radiológicos em crianças com sarampo. (*Klinische und Röntgenologische Lungenuntersuchungen Masernkranker Kinder*), por H. N. BRINNITZER. — *Klin. Woch. N.º 51*. 1932.

Ultimamente tem sido afirmado em vários trabalhos, a grande freqüência de infiltrações pulmonares no comêço do período eruptivo do sarampo, com a particularidade de contraste entre os sinais radiológicos e a escassez de sintomas clinicos, que lembra o infiltrado tuberculoso.

O A. estudou, sob o ponto de vista clínico e radiográfico, 47 crianças com sarampo, observadas a maioria nas primeiras 24 horas do exantema, e as restantes no segundo dia, excluindo do estudo aquelas em que se podia afirmar um processo pneumónico.

Os achados radiográficos condiziam com a bronquite clínica do sarampo, sem aspecto infiltrativo pulmonar, que tem sido descrito.

OLIVEIRA MACHADO.

Mais observações sôbre o síndrome ocular semelhante ao Basedow na encefalite. (*Weitere Beobachtungen über das Basedowähnliche Augensyndrom bei Encephalitis*), por K. VELHAGEN JUN. — *Klin. Woch. N.º 51*. 1932.

Resumo do artigo :

Baseado numa série de novas observações em encefalites fica demons-

LISBOA MÉDICA

MAGNESIA S. PELLEGRINO

*Purga,
refresca,
desinfecta*



LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO MODERNO - Via Castelvetro, 17 - MILANO

Representantes e depositários para Portugal e Colonias:

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

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

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

LISBOA MÉDICA

Para estimular a função ovariana
e activar o menstruo

AGOMENSINA

CIBA

Substancia hidrosolúvel
do ovario

Amenorréa funcional,
menstruos retardados,
oligomenorréa, hipoplasias,
esterilidade, vomitos incoer-
cíveis da gravidez etc.

Drageas

Ampolas

Amostras e litteratura:

CATULLO GADDA, RUA DA MADALENA 128, LISBOA,
unico representante dos Productos "Ciba" no Portugal



trado que os sintomas oculares do Basedow podem aparecer em doenças não tireotóxicas. É possível que tenham origem central, na região do aqueduto de Sylvius. O aparecimento na encefalite dá uma indicação sobre a sede da lesão causadora dos sintomas oculares no Basedow e depõe a favor duma participação muito freqüente do sistema nervoso central naquela doença.

OLIVEIRA MACHADO.

Investigações experimentais para a produção de gangrena e suas relações com a tromboangeite obliterante. (*Experimentelle Untersuchungen zur erzeugung von Gangrän und ihre Beziehungen zur Thrombosis Obliterans*), por P. S. WEYLAND. — *Klin. Woch.* N.º 52 e 53. 1932.

Marcus conseguiu produzir gangrena experimental na orelha, injectada subcutâneamente com adrenalina durante algum tempo, infectando os animais com estreptococos. Nos animais a que injectava somente adrenalina não se produziu gangrena.

O A. repetiu as experiências de Marcus, empregando vários agentes (estreptococos de vária virulência, bacilo de Koch humano e bovino, emulsão de sementes de licopódio, colibacilo).

Dos 67 animais de ensaio, em 21 apareceu gangrena da orelha. O quadro histológico caracterizava-se por trombos nos capilares e nas veias, mais raramente nas artérias, encontrando-se nos mais antigos, organização dos trombos.

Oito animais de *contrôle* a que só injectou adrenalina não apresentaram gangrena.

Marcus comparou a gangrena experimental por êle obtida à doença de Raynaud. Para o A. deve antes comparar-se com a doença de Burger, de quadro histológico semelhante ao da gangrena experimental, ao contrário da doença de Raynaud caracterizada pela integridade histológica das artérias.

OLIVEIRA MACHADO.

Acêrca da acção do soluto de lugol sobre o efeito da adrenalina no Basedow e Beriberi. (*Über den einfluss der Lugollösung auf den Adrenalineffekt bei Basedow und Beriberi*), por W. C. AALSMEER. — *Klin. Woch.* N.º 51. 1932.

É conhecida a influência benéfica do tratamento iodado pré-operatório nos doentes de Basedow. A vantagem desta terapêutica é atribuída à melhoria da situação circulatória que com ela se obtém.

O A. estudou as variações de freqüência de pulso, tensão arterial máxima e mínima pela injeccção subcutânea de 0,5 mgrs. de adrenalina nos hipertiroideos, antes e depois do tratamento pelo lugol, constatando, em grande número de casos, que a descida da tensão mínima determinada pela adrenalina desaparece pelo lugol.

Tal melhoria das condições circulatórias pelo soluto de lugol encontrou-a também em três casos de Beriberi, que teve ocasião de estudar.

Em face da identidade dos resultados terapêuticos, altamente benéficos, obtidos por aquele preparado de iodo naquelas duas doenças, o A. pensa que o Beriberi consiste numa disfunção tiroideia, porque, doutro modo, difficilmente se explica a utilidade das pequenas doses de iodo.

Êste conceito tem apoio experimental já conhecido: A tiroxina dificulta a produção da avitaminose B experimental.

Esta idea, derivada de resultados clínicos, é susceptível de fazer desaparecer as diferenças entre a clinica do Beriberi e a patologia experimental. Esta última conhece há muito a acção sôbre o crescimento da vitamina B, mas não explica o chamado factor anti-neurítico.

O A. compreende os sintomas nervosos do Beriberi como secundários às alterações celulares e metabólicas, causadas por alteração das glândulas de secreção interna.

As variadas formas da avitaminose B compreendem-se pela diversidade da espécie animal e idade.

A relação entre vitaminas e hormonas tem na clinica do Beriberi uma base poderosa.

OLIVEIRA MACHADO.

Acêrca do comportamento da reserva alcalina na diurese pelo salirgan. (*Über das Verhalten der Alkalireserve bei der Salyrgandiurese*), por A. BÜGER e M. NOTHMANN. — *Klin. Woch.* N.º 52 e 53. 1932.

O salirgan influe poderosamente sôbre o metabolismo mineral, determinando grande eliminação de cloreto de sódio, descida passageira da clorémia e da calcémia. O aumento da excitabilidade nervosa, que se manifesta pelo aparecimento freqüente de fenómenos de Chvostek e Thousseau, e até, de vez em quando, de convulsões tetânicas, é uma prova das perturbações do metabolismo mineral causadas por aquele diurético.

Os AA. estudaram, em 11 doentes, as variações da reserva alcalina determinadas pela injeccção intramuscular de 2 cc. de salirgan, tendo o cuidado de instituir dieta fixa e constante administração de sal. Constataram em todos os casos uma subida da reserva alcalina, sobretudo nítida entre as 8 e 12 horas após a injeccção, ocasião em que a diurese é maior. Muitas vezes, 24 horas após a injeccção, ainda não tinha sido atingido o valor anterior à experiência.

Pela administração de cloreto de amónio os AA. procuraram impedir a acção do salirgan sôbre a reserva alcalina, estudando nos doentes submetidos à acção simultânea das duas drogas, as variações daquela, da concentração hidrogeniônica da urina, da eliminação da água e de cloreto de sódio.

Constataram:

A subida da reserva alcalina, que se observa pelo salirgan, desaparece, tendendo aquela a descer quando se administra simultaneamente o cloreto de amónio;

O valor do PH da urina, depois de ligeira descida, subiu, num doente,

após injeccção de salirgan, mas, pela associaçào cloreto de amónio + salirgan, desceu nitidamente;

As quantidades de água e Cl Na eliminadas após administraçào de salirgan + cloreto de amónio eram consideravelmente mais altas que as eliminadas pela injeccção salirgan sem cloreto de amónio (respectivamente 2,3 e 3,5 l. de água e 18,02 e 26,05 grs. de Cl Na).

OLIVEIRA MACHADO.

A-propósito de um caso de linfogramulomatose primitiva da amigdala, por H. PARREIRA e M. B. de SOUSA. — Sep. do *Arg. de Pat* Vol. IV. N.º 1. 1932.

Resumo dos AA.

Os AA. descrevem a história clínica e os resultados dos exames histológicos efectuados.

Insistem na dificuldade em estabelecer um diagnóstico precoce da doença, especialmente quando se trata de um órgão em que a localizaçào primitiva é rara.

Tendo feito investigaçào bibliográfica, consideram o seu caso como o quarto da literatura médica.

Os AA. acentuam a relaçào entre os factos observados e as descriçõe's clássicas, e terminam, dizendo:

No início das lesõe's, o diagnóstico é sempre difícil, quer sob o ponto de vista clínico, hematológico, e mesmo histológico.

Quando se observa um tumor primitivo da amigdala que pareça clinicamente um linfosarcoma, não se deve deixar de fazer o diagnóstico diferencial com a linfogramulomatose.

O meio mais seguro de diagnóstico ainda é o exame histológico.

As lesõe's histológicas iniciais, neste caso, foram a proliferaçào de tecido linfóide, com muitas mitoses, a reacçào reticular pouco acentuada, a infiltraçào difusa de plasmócitos e a presença de escassos eosinófilos.

OLIVEIRA MACHADO.

Fototerapia em «damier» nos lúpus tuberculosos extensos. (*Phototherapie en damier dans les lupus tuberculeux étendus*), por JEAN MEYER (Paris). — Comunicaçào apresentada ao II Congresso Internacional da Luz. Agosto de 1932.

Os R. U. V., em doses elevadas e sem compressão, produzem melhoras apreciáveis em determinados casos de lúpus tuberculoso, sem contudo, por si só, conduzirem a uma cura duradoira. Facilitam a acçào de outros agentes terapêuticos.

As doses eficazes provocam o aparecimento de flictenas que, sendo numerosas, se tornam confluentes e muito dolorosas, infectando-se secundariamente com facilidade.

A-fim-de evitar êste inconveniente, o A. irradia os seus doentes através

dum papel ou tecido opaco em que abre orifícios quadrados com um centímetro de lado e distanciados uns dos outros também um centímetro. Uma vez quasi desaparecidos os fenómenos de epidermite actínica, procede à irradiação das superfícies respeitadas, evitando dêste modo a confluência das flictenas produzidas.

É sobretudo útil no tratamento dos lúpus planos extensos da face.

As origens actínicas empregadas são, conforme os casos, a lâmpada de mercúrio ou o arco polimetálico.

Nos casos em que existem vegetações exuberantes associa a êste tratamento as escarificações e a finsenterapia clássica com compressão.

F. FORMIGAL LUZES.

Asma, cinesiterapia, actinoterapia. (*Asthme, cinésithérapie, actinothérapie*), pelo Dr. RENÉ LEDENT (Liège). — *Revue d'Actniologie et de Physiothérapie*. Agosto de 1932.

O A. apresenta o resumo de dez observações de doentes asmáticos tratados com êxito pelos exercícios gymnásticos, sobretudo os respiratórios, e radiações associadas a certos cuidados climatéricos e de regime alimentar.

Emprega uma ou outra modalidade fisioterápica, ou ainda as duas simultaneamente, conforme os casos, depois de ter estudado convenientemente os doentes e precisado a causa determinante da sua asma:

- 1.^a Espinha respiratória.
- 2.^a Choque coloidoclosico.
- 3.^a Perturbações endocrínicas.
- 4.^a Desequilíbrio do sistema neurovegetativo.

F. FORMIGAL LUZES.

Aumento ponderal de animais novos submetidos ao U. V. e pêso á nascença de recém-nascidos de fêmeas igualmente submetidas a estas irradiações durante a gravidez. (*Acroissement pondéral des jeunes animaux soumis aux U. V. et poids à la naissance des nouveaux-nés de femelles également soumises à ces irradiations pendant la grossesse*), por M. FLORIS. — *Raggi Ultra-violette*. Ano VII. N.^{os} 11-12 de Novembro de 1931. Pág. 175.

O A. concluiu das suas experiências a acção favorável dos U. V. sobre o aumento de pêso dos animais novos irradiados, dos amamentados por amas irradiadas e dos recém-nascidos de mãis irradiadas durante a gravidez. Dêstes resultados se depreende a vantagem da exposição à luz solar e da vida ao ar livre para as mulheres grávidas, para as amas e recém-nascidos logo após os primeiros dias de vida.

F. FORMIGAL LUZES.

“**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 estomago.

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 — INFECÇÕES DAS VIAS BILIARES

PERTURBAÇÕES NEURO-MUSCULARES — ASTENIA NERVOSA

PERTURBAÇÕES CARDÍACAS POR HIPERVAGOTONIA

PRURIDOS E DERMATOSSES — LESÕES DE TIPO PRECANCEROSO

PERTURBAÇÕES DAS VIAS URINÁRIAS DE ORIGEM PROSTÁTICA

PROFILAXIA DO CANCRO

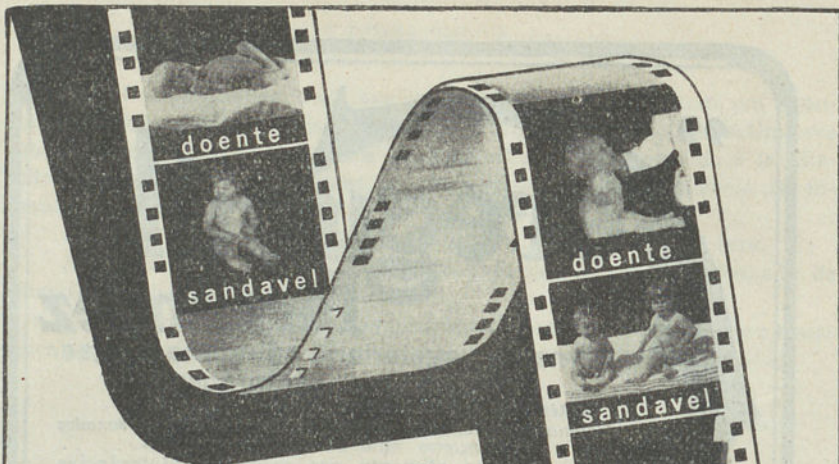
DOSE : 2 a 4 comprimidos, todas as manhãs, em meio copo de agua.

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE

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

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

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



VIGANTOL

no raquitismo e outras perturbações do metabolismo ósseo, 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);
 Frascos conta-gotas de 10 cc.
 Drageas de Vigantol (1 dragea contem 10 unid. clinicas): Caixa de 50 drageas

VIDALON

(Oleo de fígado de bacalhau estandarizado com Vigantol)

de conteúdo 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

A diatermia nas cirroses do figado. (*La diathermie dans les cirrheses du foie*), por DENIER. — *Bull. Soc. Franc. Electroth. et Radiologie*. Ano XLI. N.º 1. Janeiro de 1932. Pág. 17.

O A. publica mais três observações semelhantes a outras já publicadas sobre êste método de tratamento e, assim como Huet, é de opinião de que os resultados são mais brilhantes nos casos de hipertrofia do que nos de atrofia hepática.

Lembra que se empregue nestes casos a diatermo-ionização com iodo ou cálcio.

F. FORMIGAL LUZES.

A diatermia no tratamento da pneumonia. (*La diathermie dans le traitement de la pneumonie*), por G. SIMON. — *Brit. Jour. of Radiol.* TÔMO IV. N.º 41. Maio de 1931.

O A. diz que a diatermia não só devido à sua acção térmica, mas também provavelmente por uma acção própria (alta frequência?) exerce uma acção nitidamente benéfica sobre a sintomatologia da pneumonia.

F. FORMIGAL LUZES.

O tratamento do vitiligo pelos U. V. depois de sensibilização pela essência de bergamota. (*Le traitement du vitiligo par les U. V. après sensibilisation au moyen de l'essence de bergamotte*), por G. TESTAMAR-TA. — *Raggi Ultra-Violetti*. Ano VIII. N.ºs 1 e 2. Janeiro-Fevereiro de 1932. Pág. 1.

Tendo tratado muitos casos de vitiligo por êste processo (U. V. em dose eritematosa após fricções com essência de bergamota), observou que, geralmente, após cinco a seis semanas, se notava uma coloração rosada clara das placas acrómicas, sem contudo poder dizer se a leve pigmentação assim obtida se mantinha.

F. FORMIGAL LUZES.

¿É a demência precoce de etiologia tuberculosa? por F. D'HOLLANDER e ROUVROY. — *Annales Médico-psychologiques*. Novembro de 1932.

Por inoculação, em cobaias, de líquido céfalo-raquidiano de doze doentes affectos de demência precoce (tipo Morel), dos quais apenas dois tinham lesões bacilares clinicamente demonstráveis, obtiveram os AA., em onze casos, resultados positivos, encontrando na autópsia lesões viscerais tuberculosas histologicamente comprovadas, inoculáveis em série e algumas com b. de Koch; deve-se notar a ausência de lesões ganglionares e de cancro de inoculação.

As culturas, pelo método de Loewenstein do sangue de trinta doentes foram também positivas, em dez casos, para o bacilo de Koch do tipo humano.

A presença dum vírus tuberculoso no l. c. r. de certos dementes precoces é, segundo os AA., uma prova da origem tuberculosa desta doença. Contestam à objecção que o considera como um mero vírus de saída de uma tuberculose epifenómeno, afirmando ser dificilmente explicável a sua presença no l. c. r. sem causar lesões do sistema nervoso, lembrando a meningo-encefalite crónica generalizada, semelhante às formas atípicas da tuberculose meningea não folicular, por êles descrita na D. P., e mostrando que o resultado positivo da inoculação da substância cerebral, prova a existência do vírus no próprio cérebro.

BARAHONA FERNANDES.

Tuberculose e demência precoce: pesquisas experimentais. Epilepsia, catatonia experimental e úlceras locais (fenómeno de Koch?) após a injeção, em cobaias alérgicas, de liquido céfalo-raquidiano de dementes precoces, por HENRI BARUK, MAX BIDERMAN e ALBANE. — Sessão de 28-X-932 da *Société Médico-Psychologique de Paris*.

As úlceras locais assim obtidas são idênticas às provocadas pela injeção de tuberculina em animais sensibilizados.

As reacções nervosas são tardias e compreendem: alterações da conduta (tendência ao isolamento); alterações respiratórias (dispneia, polipneia); catalepsia transitória (imobilização, fixação das atitudes); hiperquinesias (impulsos, movimentos estereotipados de fuga); crises epilépticas convulsivas; paralisias da parte posterior do corpo e perturbações esfinterianas.

Estes sintomas, ao envés da catatonia experimental e epilepsia provocadas pela bulbo-capnina, aparecem tardiamente nos animais injectados e constituem uma verdadeira doença com paroxismos espontâneos e intermitentes mais semelhantes à catatonia humana.

BARAHONA FERNANDES.

Psicose encefalítica e síndrome ciclotímico, por LAIGNEL-LAVASTINE e PIERRE KAHN. — Sessão de 27-VI-932 da *Société Médico-Psychologique de Paris*.

Como um novo e característico exemplo do polimorfismo e sucessão desordenada e caprichosa dos síndromas neuro-psíquicos na encefalite epidémica, relatam os AA. a observação dum doente que, nove anos volvidos sobre o episódio agudo de letargia, apresentou sucessivamente: alterações de carácter, dúvidas obsessivas, delírio alucinatório com grande ansiedade e agitação, síndrome catatónico, síndrome letárgico com hipersecreção sebácea e hemi-rigidez muscular; espasmos respiratórios e choro espasmódico; ciclotimia com oscilações extremamente rápidas da tonalidade afectiva, predominando os acessos nocturnos de excitação maniforme.

BARAHONA FERNANDES.

O liquido céfalo-raquidiano depois da malarioterapia, por WALDEMIRO PIRES e CERQUEIRA L. UZ (Rio de Janeiro). — *L'Encéphale*. N.º 8. 1932.

O exame do *liquor*, praticado logo após a malarioterapia, não pode dar elementos definitivos para avaliar da sua eficácia, porquanto a remissão humoral demora alguns meses.

Um doente curado clinicamente pode ter reacções positivas, ainda que atenuadas, especialmente a R. de Wassermann.

Á distância de um ano é mais freqüente o paralelismo entre a remissão clínica e a humoral, sendo, no entanto, rara a integridade completa do l. c. r.

A irredutibilidade do síndrome humoral é de mau prognóstico e comanda novo tratamento malárico.

A melhoria das reacções do l. c. r. sem remissão clínica é transitória; a concordância dos dois resultados favoráveis, persistente.

BARAHONA FERNANDES.

O hiposulfito de magnésio em psiquiatria, por A. LEONET. — (Comunicação à XXXVI sessão do Congresso dos médicos alienistas e neurologistas de França e países de língua francesa (Limoges, 25-30 de Julho de 1932).

O hiposulfito de magnésio tem uma acção triplíce: dessensibilizante, digestiva e neurovegetativa; foi usada com vantagem em injecções intravenosas na mania, ansiedade e epilepsia.

BARAHONA FERNANDES.

A fadiga do neurasténico, por H. MONTASSUT. — *L'Évolution Psychiatrique*, N.º 2. 1931.

A fadiga do neurasténico, ao contrário da que depende de causas fisiológicas, é estática, agrava-se com a inactividade e tem um ritmo quotidiano paradoxal: menor pela manhã, atenua-se com o trabalho, excepto se êste fôr intenso; a digestão, hiperventilação pulmonar, emoções deprimentes, accentuam-na.

Também, ao contrário da fadiga dinâmica, fisiológica, acidificante do meio interior, a fadiga patológica do neurasténico é acompanhada e possivelmente dependente da alcalose; assim, o Ph do sangue sobe a 7,55 e mesmo 7,70 e a reserva alcalina a 65 e até 75; na fase de melhoria vespéral dependente da actividade diurna, estes números descem a valores próximos do normal: ph = 7,40 e R. A. = 56.

Como corolário terapêutico, à parte a psicoterapia e o tratamecto dos outros factores patogénicos que porventura se possam apurar (hipo-ovarismo, insuficiência hepática, colibacilose, sífilis latente, etc.), aconselha o A. os exercícios físicos, e outros meios de acção acidificante, como a restrição de vegetais e hidratos de carbono, purgantes salinos, diuréticos e, como fárma-

cos acidogénios, o ácido fosfórico, fosfato ácido de sódio, ácido clorídrico e cloridrato de amónio.

BARAHONA FERNANDES.

Um «test» manométrico novo e simplificado, para o diagnóstico do bloqueamento subaracnoideo espinal, utilizando a inalação de nitrito de amilo. (*A new and simplified manometric test for the determination of spinal subarachnoid block by means of the inhalation of nitrite of amyl*), por C. ELSEBERG e C. HARE. — *Bull. of the Neurolog. Inst. of New-York*. Vol. II. N.º 3. Novembro de 1932.

O método preconizado pelos AA. baseia-se nas variações, provocadas pela inalação de nitrito de amilo, na pressão do líquido céfalo-raquidiano. Estas variações são apreciadas por meio de um manómetro em conexão com os espaços subaracnoideos espinais através de uma agulha introduzida como usualmente para a punção lombar.

O nitrito de amilo, provocando uma vaso-dilatação dos vasos endocranianos, determina a expulsão de líquido céfalo-raquidiano da cavidade craniana para os espaços subdurais espinais, onde a pressão aumenta consideravelmente.

Quando haja qualquer obstáculo que dificulte a livre circulação do líquido céfalo-raquidiano nos espaços subaracnoideos espinais, o manómetro não acusa o aumento de tensão ou acusa-o em menor grau.

Como se vê, esta prova utiliza o mesmo fenómeno que a já conhecida de Queckenstedt-Stookey, mas, segundo os AA., é mais exacta e menos sujeita a certas causas de êrro.

As principais conclusões do trabalho dos AA. são as seguintes :

1.ª — Nos doentes suspeitos de tumor medular ou outra doença capaz de produzir um bloqueio dos espaços subaracnoideos espinais, o «test» manométrico de nitrito de amilo é um método delicado e sensível para o reconhecimento da presença ou ausência de obstrução dos espaços subaracnoideos, e para a determinação da maior ou menor importância do obstáculo à livre circulação do líquido céfalo-raquidiano nos espaços subdurais espinais.

2.ª — O «test» pelo nitrito de amilo mostra-se mais sensível que o «test» manométrico por compressão das jugulares.

Em cinco casos de bloqueio completo, evidenciado pelo nitrito de amilo, a prova da compressão das jugulares indicava bloqueio incompleto em um caso, sendo noutro muito duvidoso.

Em cinco casos de bloqueio parcial, demonstrado pela prova do nitrito de amilo, o «test» por compressão das jugulares era negativo em três, e deixava grandes dúvidas noutro caso. Em todos os casos em que a compressão jugular mostrava bloqueio a prova do nitrito de amilo foi sempre também positiva.

3.ª — A prova do nitrito de amilo é fácil de executar, não necessitando nem conhecimentos nem manipulações especiais.

Os AA. julgam que o seu método, dado o seu valor e simplicidade, se

deva executar em todos os casos suspeitos de tumor medular ou de outras atecções que determinem o bloqueio dos espaços subaracnoideos espinais.

ALMEIDA LIMA.

Nevrite intersticial hipertrófica de Déjérine-Sottas. (*Interstitial Hypertrophic neuritis of Déjérine and Sottas*), por A. WOLF, A. RUBINOWITZ e S. BURCHELL. — *Bull. of the Neurolog. Inst. of New-York*. Vol. II. N.º 3. Novembro de 1932.

Os AA. fazem uma revista dos casos publicados de nevrite intersticial hipertrófica, juntando 40 casos. Dêstes, 13 eram clinicamente típicos e histologicamente comprovados; 4 histologicamente característicos, mas mostravam aspectos clínicos que se afastavam do quadro habitual; 12 clinicamente típicos, mas a que falta a comprovação histológica, e 11 com exames anatomo-patológicos incompletos e com aspectos clínicos atípicos ou duvidosos.

As características clínicas essenciais da doença são: 1) sintomas de lesão dos nervos periféricos; 2) troncos nervosos engrossados e palpáveis; 3) evolução progressiva.

Os aspectos clínicos, inconstantes mas freqüentes, são: 1) tipo familiar; 2) início na infância; 3) perturbações motoras com ou sem perturbações da sensibilidade; 4) sinal de Argyll-Robertson; 5) tremor intencional; 6) ataxia; 7) nistagmo; 8) voz escândida; 9) cifoescoliose e outras deformidades do esqueleto.

Em 29 casos bem confirmados, 13 apresentavam o tipo familiar. O início da doença foi na primeira década da vida em 7 casos, durante a segunda em 6, na terceira em 5, e depois da quarta, nos restantes casos.

As características anatomo-patológicas essenciais da doença são: 1) engrossamento uniforme dos troncos nervosos, sendo sempre grande o número de nervos atingidos; 2) característica hipertrofia da bainha de Schwann, produzindo uma série de formações lamelares concêntricas, tendo o aspecto chamado «em cebola».

Indicam outros aspectos histológicos, de importância secundária, encontrados no quadro anatomo-patológico desta enfermidade.

Os AA. apresentam três casos pessoais da doença. Dois rapazes e uma mulher, nos quais a doença se iniciou, respectivamente, aos 12, 13 e 26 anos. Nenhum apresenta o carácter familiar. O aspecto clínico, em todos, era o de uma grave polinevrite lentamente progressiva, atrofia muscular, e engrossamento palpável dos nervos peritéricos. Tanto os membros superiores como os inferiores estavam afectados, mas estes mais do que os primeiros. Foram observadas, nos três casos, dores lancinantes e cáibras musculares. Dois mostraram perturbações de sensibilidade do tipo neurítico. As pupilas reagiam fracamente à luz em dois casos e perfeitamente bem no terceiro. Foram observadas contracções fibrilares em dois dos doentes. Nenhum dêles tinha voz escândida nem nistagmo, não sendo também observado em qualquer dêles cifoescoliose.

ALMEIDA LIMA.

A reacção de Lange na neuro-sifilis. (*La reazione di Lange nella neurosifilide*), por L. CABITTO. — *Rivista di Patologia Nervosa e Mentale*. 1932. Vol. XXXIX. Fasc. 1.

Segundo o A., a reacção de Lange é positiva em 100 % dos casos de paralisia geral ou de sifilis nervosa, o que a torna extremamente importante, sob o ponto de vista diagnóstico, quando a de Wassermann é negativa. A sensibilidade da reacção é superior à do mastique, e é ainda aumentada quando se emprega para a preparação do reagente uma solução de cloreto de ouro a 2 %.

ALMEIDA LIMA.

Contribuição para o estudo da permeabilidade meníngea e da barreira hemato-encefálica (transmissão do parasita da malária por via lombar). (*Contributo allo studio della permeabilita meningea e della cosiddetta barriera ematoencefalica (transmissione del parassita della malaria per via endo-lombare)*), por O. ROSSI. — *Rivista di Patologia Nervosa e Mentale*. Vol. XXXIX. Fasc. 1. 1932.

Os esquistosomas do *plasmodium vivax*, introduzidos no líquido céfalo-raquidiano, podem atravessar o filtro neuro-hemático, mesmo em doentes sem qualquer suspeita de lesão dos elementos que o constituem. A infecção malárica, provocada deste modo, apresenta os habituais caracteres da malária transmitida de homem para homem. Disto não se pode deduzir qualquer indicação para a malarioterapia por via lombar. A introdução de sangue de doente malarizado no sacco dural, nas quantidades indicadas pelo A., mostrou-se sem inconvenientes.

ALMEIDA LIMA.

Investigações sobre o ponto em que se faz a passagem da glucose do sangue para o líquido céfalo-raquidiano, por O. JACOBSEN. — *Acta Psychiatrica et Neurologica*. Vol. VII. Fasc. 1-2. 1932.

Está estabelecido que a percentagem de glucose no líquido céfalo-raquidiano é aproximadamente 60 % do conteúdo de glucose no sangue. As variações da glucose liquidiana seguem paralelamente as variações da glucose sanguínea, se estas são suficientemente duradoiras para ter tempo de se repercutirem no líquido, o que necessita um certo prazo. As investigações empreendidas pelo A. têm por objectivo saber se a passagem da glucose do sangue para o líquido se faz em toda a superfície da barreira hemato-meníngea ou se tem algum ponto de predilecção. Para isso fêz uma série de punções raquidianas, simultaneamente ao nível atloido-occipital e lombar. Prática primeiro punções, com o doente em jejum, e, em seguida, após o doente ter ingerido 50 grs. de glucose e de lhe ter dado uma injeção subcutânea de 0,5 cc. de uma solução milésimal de adrenalina.

Determina, em seguida, as percentagens de glucose no sangue e no líquido, antes e depois destas provas. Constatou o A. que a hiperglicemia determina

um aumento maior da percentagem de glucose no líquido colhido por punção cisternal do que no recolhido por punção lombar. Partindo desta observação, o A. conclue a existência, próximo da cisterna magna, de células com a propriedade de serem especialmente permeáveis, julgando dever tratar-se das células dos plexos coroídeos.

ALMEIDA LIMA.

A vacina local em afecções gonocócicas. (*Die lokale Vakzination bei gonorrhoeischen Erkrankungen*), por E. LANGER e A. PRÖPPER. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 47. 1932.

Empregaram os AA. o *compligon* em injeção local para o tratamento da gonorreia feminina, com os melhores resultados. Nos casos crónicos fizeram a injeção principiando pelas doses mais fracas: 0,1-0,2, na espessura do colo uterino, a qual provoca quasi sempre uma grande reacção não só local como geral, e por isso o tratamento que deve fazer-se com a doente hospitalizada é com 4-5 dias de injeção para injeção. O caracter purulento do exudato modifica-se rapidamente, ao mesmo tempo que os gonococos desaparecem.

Nas bartolinites pode principiar-se este tratamento mesmo no estado agudo, devendo fazer-se a injeção junto da glândula inflamada, no tecido que a circunda. A reacção, neste caso, é muitas vezes fraca, podendo por isso fazer-se o tratamento ambulatorio.

J. ROCHETA.

O papel do figado no metabolismo da colesteroína. (*Über die Rolle der Leber im cholesterinstoffwechsel*), por A. L. MJASSNIKOW. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 46. 1932.

Um certo número de observações clínicas que têm mostrado variações da colesteroemia nas afecções hepáticas levou o A. a procurar, por experiências em cães e coelhos, a relação entre estes dois factos. Empregou o fósforo e o salvarsan como tóxicos hepáticos, tendo chegado às seguintes conclusões:

1) Uma colesteroemia baixa em doentes do figado é a favor dum estado lesional avançado do parênquima hepático; numa ictericia mecânica raras vezes se observa hipocolesteroemia (só nos casos em que, por falta de bile, esteja perturbada no intestino a reabsorção das gorduras).

2) A hipocolesteroemia nos ictericos deve-se a: a) ictericia mecânica; b) aos graus ligeiros de lesão hepática; c) coelitiase.

J. ROCHETA.

Resultados terapêuticos obtidos nos sanatórios com o ácido silicico-cloroflín. (*Erfahrungen mit der Kieselsäure-chlorophyllin. Therapie in der Lungenheilstätte*), por REICHEL. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. — N.º 48. 1932.

A acção que o ácido silicico provoca no organismo humano, conforme se verifica dos trabalhos efectuados por Kobert e os seus alunos, é essencial-

mente cicatrizante e neoformadora de glóbulos brancos. Além disso, êste ácido tem uma afinidade especial para o tecido pulmonar. Administrado no organismo em doses nocivas, produz no pulmão nódulos patológicos, os chamados granulomas silícicos pulmonares. Por outro lado, é sabido que o indivíduo tuberculoso é pobre neste ácido. Por isso, o A. resolveu empregar esta substância na terapêutica antituberculosa com o produto *mutosan*, que se diferencia da maioria dos outros medicamentos com a mesma base, pela sua riqueza em componentes de clorofilina.

Tem ainda *mutosan* um conteúdo de saponina suficiente para fluidificar as mucosidades brônquicas e com isto exercer uma acção calmante da tosse.

Reichelt empregou êste fármaco em um total de cinqüenta e oito doentes e num período que oscilou de oito a vinte semanas. Os resultados favoráveis caracterizaram-se por uma rápida deminuição da tosse, com maior facilidade de expectoração, maior tendência para a cicatrização das lesões pulmonares, melhora acentuada do estado geral, com aumento de apetite. O *mutosan* foi administrado durante muitos meses, sem provocar nunca perturbações gástricas.

J. ROCHETA.

Catequinas. (*Über katechine*), por F. BLUM. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 48. 1932.

Blum entende por catequinas as substâncias que no organismo desempenham um papel de frenadoras em relação às hormonas, quando estas, por desequilíbrio celular, tendem para o exagêro da sua função. Depois de investigações aturadas, chegou o A. a isolar do sangue a catequina anti-tiroidínica, no comércio o *tyronoman*, que é capaz de neutralizar no coelho a acção elevadora do metabolismo basal, que neste animal pode ser produzida pelo *Elityran*.

Outra catequina conhecida é a insulina, como substância capaz de neutralizar a hormona mobilizadora do açúcar e que, por experiências feitas, demonstra o A. existir também no pâncreas.

J. ROCHETA.

Uremia hipoclorémica. (*Über hypochlorämische Urämie*), por F. HOFF. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 48. 1932.

É sabido que durante a produção do ácido clorídrico gástrico se dá uma deminuição do cloro sanguíneo, deminuição que provoca, por seu turno, uma retenção de bicarbonatos e, portanto, dum aumento da reserva alcalina. Além disso, para que a concentração hidrogeniônica do sangue permaneça constante, verifica-se um aumento da tensão do anidrido carbônico sanguíneo e alveolar. Estas modificações fisiológicas, quando excedem um certo grau, dão origem a fenómenos patológicos.

E assim é quando o ácido clorídrico segregado não é reabsorvido ao nível do intestino, como normalmente.

Descreve o A. a história clínica de um homem de 49 anos, com uma este-

nose do piloro e vômitos frequentes, que, depois duma lavagem do estômago, caiu em cômá, com todos os sinais clínicos do cômá urémico.

As análises feitas revelaram a ausência quasi completa de cloretos na urina, deminuição muito acentuada d'êstes mesmos sais no sangue, aumento da ureia sanguínea, com refôrço de *indican* e do ácido úrico, aumento da reserva alcalina e pressão arterial normal. Todos estes elementos constituem prova para classificar êste caso no quadro da uremia hipoclorémica, que depois a autópsia confirmou, não revelando a existência de lesões renais.

A retenção da ureia e do *indican* deve considerar-se como devida à insuficiência renal causada pela deminuição da sua função, em virtude do grande abaixamento do cloro sanguíneo e não, como o quere Blum, por uma defesa orgânica para o equilibrio da concentração molecular do sangue; não se trata, nestas circunstâncias, duma perturbação na isotonia, mas sim da isoionia. Por outro lado, dá-se também um aumento na destruição das substâncias albuminóides em relação com êsse desequilíbrio mineral e que, por acumulação no organismo, dão origem ao cômá.

Um segundo caso, referido por Hoff, mostra a combinação de hipocloremia com uremia, ocasionada por insuficiência renal orgânica, motivada pelas lesões próprias causadas pela intoxicação pelo sublimado. A injeção intravenosa dum soluto a 10% de cloreto de sódio melhorou, transitòriamente, o estado do doente, que sucumbiu depois à extensão das lesões causadas pelo mercúrio. Apresenta o A. mais três casos de hipocloremia pouco acentuada e faz uma resenha das doenças que podem originar êsse estado, terminando por dizer que, especialmente nos vômitos prolongados e nas diarreias rebeldes, está-se quasi sempre na iminência da hipocloremia. Se o diagnóstico se verificar (análises laboratoriais), a administração de cloreto de sódio antes do estado de cômá é muitas vezes o remédio heróico. No caso especial da estenose do piloro, a melhor indicação é a gastroenterostomia.

J. ROCHETA.

A predisposição para as doenças causadas pelo arrefecimento. (*Werkstoff zur Erkältung disponiert*), por P. SCHMIDT. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 49. 1932.

As pesquisas experimentais do autor, realizadas com medidas termo-eléctricas de temperatura, provaram que um determinado número de indivíduos, 10% aproximadamente, quando submetidos à acção do frio, não conseguem que a isquemia provocada nas mucosas pela contracção dos vasos desapareça dentro dum prazo de vinte minutos, e por isso a temperatura dessas regiões fica abaixo da normal por um periodo de tempo que permite aos agentes patogénicos aí existentes exercerem a sua acção. Tais pessoas pertencem principalmente ao tipo asténico de Kretschmer: são nervosas, de constituição sensível (dermografismo), arrepiam-se com facilidade e suam abundantemente após qualquer esforço corporal. Muitas apresentam no passado anginas de repetição e dores reumáticas.

Além desta predisposição, que pode ser congénita ou adquirida, para o catarro provocado pelo frio, um outro factor a considerar é a infecção cró-

nica das mucosas pelos seus hóspedes habituais: pneumococos, estreptococos, bacilos da *influenza*, etc.

Por sua vez, o aumento da virulência adquirida por estas bactérias em passagens sucessivas e numerosas nas fortes acumulações humanas (dentro das quais, naturalmente, se encontram muitos predispostos), pode dar um carácter epidémico às doenças provocadas pelo frio. Nestas circunstâncias, trata-se apenas dum problema puramente infeccioso, como acontece com a epidémica e pandémica gripe.

Julga o A. que o estudo experimental desta questão não tem só um interesse puramente teórico, mas uma grande importância prática. É sabido que o reumatismo pode assentar num catarro crónico, especialmente nas amigdalites crónicas. Além das outras complicações, como sinusites, afecções renais, doenças do coração, etc.

J. ROCHETA.

Inalações de sublimado na terapêutica da gangrena pulmonar. (*Sublimationen in der Therapie der Lungengangrän*), por R. v. ENGEL.—*Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 49. 1932.

Desde Skoda que as inalações de diferentes antisépticos têm desempenhado um papel importante na terapêutica da gangrena pulmonar. No serviço clínico do A., além do salvarsan, são também empregadas as inalações de sublimado, não só nesta doença como ainda na bronquite pútrida.

As inalações devem fazer-se duas a três vezes por dia e empregando um soluto de sublimado a 1 : 1.000 em quantidade de 25 cc. de cada vez. Nunca se observaram sintomas de intoxicação mercurial, a-pesar-de nalguns casos o tratamento se fazer sem interrupção durante cinco a seis semanas. Uma albuminúria ligeira não constitue contra-indicação.

É conveniente, porém, proteger os olhos do doente, pois podem as inalações provocar conjuntivites. Os bons efeitos manifestam-se pela diminuição na fetidez do hálito e na quantidade da expectoração, assim como um abaixamento da temperatura.

Por isso, o A. chama a atenção para êste processo terapêutico introduzido na clínica por Koranyi e hoje quasi completamente esquecido.

J. ROCHETA.

Cálculos renais de estafilococos. (*Staphylokokensteinen der Niere*), por K. BOSHAMER.—*Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 49. 1932.

Os cálculos de estafilococos, observados pela primeira vez por Rovsing, só foram perfeitamente descritos por Hellström, em 1925, que lhes deu êste nome em virtude da sua especial estrutura.

As pedras são pequenas, na sua maioria bastante duras, de superfície branca, e com uma estrutura que se caracteriza nitidamente pela sua disposição em camadas. Quimicamente, compõem-se de fosfato e carbonato de cálcio; a sua porção central consiste numa mistura de cocos e de uma

substância amorfa, que num ou noutro ponto apresenta uma estrutura fibrilar. A sua origem, na opinião do A., deve explicar-se pela precipitação das substâncias albuminóides, que constituem o exsudato provocado ao nível do rim e do bassinete pelas bactérias causadoras da inflamação nesse ponto, precipitado que, por sua vez, arrastaria uma quantidade maior ou menor dessas bactérias. Constituído o núcleo, depositar-se-iam as sucessivas camadas de estafilococos, albuminóides e sais.

Apresenta o A. cinco histórias clínicas com cálculos dêsta natureza, acentuando que casos desta ordem não são raros, como vulgarmente se crê.

J. ROCHETA.

A patogenia da intoxicação dos lactantes. (*Die Pathogenese der Säuglingsintoxikation*), por S. ROSENBAUM. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 50. 1932.

Do quadro clínico da intoxicação dos lactantes, surgem três questões fundamentais:

a) A importância das diarreias nasce do facto de estas produzirem uma grande perda de água, constituindo esta exsiccção rápida a causa patogénica essencial da intoxicação. Os casos, mais raros, que se não iniciam com diarreias, começam com vômitos frequentes, que conduzem, mais ou menos rapidamente, a um grande empobrecimento de água do organismo.

b) A intoxicação dos lactantes é provocada pela endotoxina do coli.

c) O órgão que pela privação de água mais intensamente perde o seu poder de resistência em face do tóxico é o sistema nervoso central; daí os sintomas próprios: intranquilidade delirante com côma consecutivo, alternância de temperaturas altas e baixas, perturbações circulatórias e respiração profunda, de tipo torácico, por vezes, semelhante à respiração de Kussmaul.

¿Que conclusões terapêuticas tirar do exposto? Não havendo possibilidade de invalidar a acção tóxica nem de aumentar a resistência do sistema nervoso em face dela, resta compensar a excessiva desidratação por administração de água e, quando possível, mas cautelosamente, a administração de leite materno.

J. ROCHETA.

A influência do vigantol na cura das fracturas. (*Zur Beeinflussung der Frakturheilung durch Vigantol*), por D. HACHENBURG. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 50. 1932.

Refere o A. duas histórias clínicas que dizem respeito, uma, a uma doente com fractura do fêmur, mas com insuficiente desenvolvimento do sistema ósseo (pouco espessamento da porção compacta e rarefação da porção esponjosa), e que pelos processos usuais de tratamento de fracturas não apresentava, ao fim da quarta semana, início de calo, e a outra relata uma fractura do mesmo osso num indivíduo com regular desenvolvimento dos ossos.



Em ambos foi administrado vigantol e cloreto de cálcio *per os* (2×5 gotas de vingatol e 1 de gr. cl. Ca. por dia), tendo verificado que ao primeiro só começou a formação do calo depois da administração destes medicamentos e ao segundo pôde ser dada alta ao fim de vinte e quatro dias. Conclue, por isso, que com esta terapêutica é diminuída a duração da cura nos caso normais e muito favoravelmente influenciada essa cura nos casos patológicos.

J. ROCHETA.

Sintomas gastro-cardíacos passageiros e duradouros, depois da frenicectomia esquerda. (*Über gastrokardiale Erscheinungen als Folgen und Dauerzustand nach linkseitiger Phrenikusexaisere*), por H. JAHNKE. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 50. 1932.

Têm sido publicados alguns casos nos quais, após a exeresse do frénico esquerdo, mais raramente do direito, quer a seguir, quer passados alguns meses, aparecem sintomas imputados ao relaxamento diafragmático e que foram descritos primeiramente por Roembeld.

As formas ligeiras, classificadas como nervosas, são passageiras; as mais graves caracterizam-se por perturbações cardíacas, dores no esterno e nas costas, sensação de enfartamento e compressão ao nível do estômago, eructações, mal-estar geral, cólicas, etc.

Das 232 frenicectomias realizadas pelo A. (106 esquerdas e 126 direitas), e nalgumas com alteração pronunciada do diafragma correspondente e desvios pronunciados do estômago, nem um único caso apresentou qualquer perturbação do lado do coração ou do estômago. Só nos indivíduos obesos fica, por vezes, um certo grau de insuficiência circulatória e tendência para dispneia e palpitações, depois dum esforço, mesmo ligeiro.

J. ROCHETA.

A terapêutica das doenças pulmonares inflamatórias. (*Zur Therapie entzündlicher Lungenerkrankungen*), por C. SCHAFER. — *Fortschritte der Therapie*. Heft. 22. 1932.

Resume o A. o artigo, dizendo: Nos casos graves de bronquites crónicas, bronco-pneumonias, bronquietasias e abcessos pulmonares, tem dado o melhor resultado o emprêgo do novo preparado «Guphen». A acção principal manifesta-se na facilidade da expectoração, na deminuição rápida dos fenómenos inflamatórios, na desodorização da fetidez dos escarros e no abaixamento da temperatura.

Os resultados melhores obtêm-se por intermédio da injeccção intramuscular diária de 5 cc. ou de 10 cc. de 2 em 2 dias.

J. ROCHETA.

Salvitae

Como Conserver a Reserva Alcalina . . .

SALVITAE, o alcalizador do sistema de fama mundial, acompanhado de meios dietéticos apropriados, constitue um valioso auxiliar na manutenção do equilíbrio ácido-básico — e por conseguinte da boa saúde. Em sua composição serão encontrados sais de bases como estas: sódio, cálcio, potássio e magnésio, com elementos cítricos para fazê-lo mais agradável, ao paladar e dar-lhe maior alcalinidade, assim como outros componentes que incentivam a diurese, a diaforese e uma fácil evacuação dos intestinos.

Enviem-se amostras de *SALVITAE* e literatura descritiva mediante pedido aos seus fabricantes, American Apothecaries Company, 299, Ely Avenue, Long Island City, New-York, ou a seus representantes, srs. Gimenez-Salinas & C.^a, Rua da Palma, N.º 240 a 246, Lisboa.

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PAGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes:

Colónias e estrangeiro:

Ano, 60,000

Ano, 80,000

NÚMERO AVULSO: 8,000 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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



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

Glefina e Lasa

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 convalescência

Laboratorios Andrómaco

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

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdades de Medicina

Do Pôrto

O corpo docente da Faculdade de Medicina do Pôrto entregou ao chefe do distrito daquela cidade uma representação, dirigida ao sr. Presidente do Ministério, acêrca da hospitalização de doentes no Pôrto.

Para o ensino médico, esta Faculdade dispõe apenas de 200 camas e de uma dotação exígua. Urge, portanto, conforme se diz na representação, a construção de um hospital escolar que simultâneamente melhore as condições de assistência aos doentes e as de ensino aos alunos.

De Lisboa

A Faculdade de Medicina contratará no ano lectivo corrente três assistentes extraordinários.

— O Dr. Manuel Dâmaso Prates foi nomeado assistente de anatomia patológica e patologia geral da Faculdade de Medicina, precedendo concurso de provas públicas.

— Afixou-se já a ordem por que decorrerão as provas de concurso para o lugar de professor auxiliar de clinica cirúrgica.

Os candidatos admitidos a concurso são os Drs. Amândio Pinto, Jorge Monjardino, Luís Adão, Manuel Macedo, Mário Carmona e Vergílio Moraes.

Hospitais

Civis de Lisboa

Nos Hospitais Civis de Lisboa criou-se um quadro de clínicos auxiliares que será constituído por médicos aprovados em mérito absoluto nos concursos para assistente daqueles hospitais, ou que ali tenham concluído o seu internato, ou ainda, excepcionalmente, por outros médicos quando convenha aos interesses hospitalares.

Os serviços destes clínicos serão gratuitos.

— No Hospital de Santo António dos Capuchos inaugurou-se uma nova secção do Auxílio Maternal do Pessoal dos Hospitais.

— O Dr. José da Cunha Paredes, assistente de serviços clínicos dos Hospitais Cívicos de Lisboa, foi nomeado sub-director do Banco e serviços de urgência dos hospitais, lugar que ocupara o actual director, Dr. Manuel de Vasconcelos.

— O *Diário do Governo* publicou uma rectificação do decreto que diz respeito à instituição denominada «Auxílio Maternal do Pessoal Feminino dos Hospitais Cívicos de Lisboa».

Escolar

Abriu-se concurso de provas públicas para o lugar de analista chefe do laboratório da 1.^a Clínica Médica do Hospital Escolar.

Escola de Medicina Tropical

O Prof. Aires Kopke, director da Escola de Medicina Tropical, foi convidado a tomar parte na comemoração do 25.^o aniversário da Sociedade de Patologia Exótica de Paris, que deve realizar-se em Fevereiro, no Instituto Pasteur.

Academia das Ciências

O Prof. Egas Moniz fez uma comunicação, na Academia das Ciências, no dia 15 de Dezembro findo, sobre o aspecto flebográfico de um meningioma, trabalho efectuado com a colaboração do Dr. Almeida Lima.

Sociedade das Ciências Médicas

Na sessão de 17 de Dezembro, presidida pelo Prof. Salazar de Sousa, o Prof. Silva Carvalho fez a história da homeopatia.

— A Sociedade reuniu-se novamente no dia 7 de Janeiro.

Nesta sessão, o Dr. Forte de Lemos expôs os seus pontos de vista sobre o tratamento da tuberculose e apresentou o agente terapêutico por êle empregado e a que deu o nome de ultralinfa. Sobre esta comunicação falaram o Dr. Raúl de Faria e o Prof. Salazar de Sousa.

O Prof. Egas Moniz, em seu nome e no dos Drs. Almeida Lima e Pereira Caldas, apresentou um trabalho sobre a filmagem da circulação cerebral e indicou os ensinamentos e as aplicações deste método.

O Prof. Reinaldo dos Santos e Drs. Augusto Lamas e Pereira Caldas fizeram uma comunicação sôbre a circulação dos membros.

*
*
*

Associação Médica Lusitana

A votação dos novos corpos gerentes da Associação Médica Lusitana do Pôrto deu o seguinte resultado:

Assemblea geral: Drs. Manuel Correia de Barros, Adolfo Pinto Leite, Gaspar de Melo Pestana e Manuel Joaquim Ferreira.

Direcção: Drs. Carteadado Mêna, Carlos Alberto da Rocha, Fernando dos Santos Fernandes, António Veloso de Pinho, Eurico Ferreira Alves, António de Araújo, João Mendes, Fernando de Azeredo, Veiga Pires, António Ferreira, Venâncio Ribeiro de Araújo e José Nazaré.

Comissão económica: Drs. Vasco de Oliveira, Veiga Pires, Angelo das Neves, Aloisio dos Santos, Vergilio Marques, Camilo de Figueiredo e Paulo Gonçalves.

Comissão científica: Drs. J. Pires de Lima, Alberto Saavedra, José Guimarães, João Mendes, Manuel Leal, Armando Leão e Adriano Marinho.

Comissão deontológica: Drs. Armando Pereira, António de Araújo, Vítor Ramos, Francisco Coimbra, António Gomes, Manuel Cardoso e Marcelo Fernandes.

— Na última sessão do ano findo desta Associação, o Dr. Luis Bastos Viegas apresentou dois casos de micose fungóide.

O Dr. Vergílio Marques Guedes falou sôbre o novo regulamento de educação física.

O Prof. Almeida Garrett apresentou o parecer da Comissão científica sôbre a organização da luta anti-venérea.

Conferiu-se o prémio «Dr. José Domingos de Oliveira» ao Dr. Gomes da Costa, assistente do Instituto do Cancro, pelo seu trabalho sôbre o tratamento das úlceras cancerosas da pele.

*
*
*

Sociedade Portuguesa de Estomatologia

Iniciaram-se os trabalhos do presente ano académico da Sociedade Portuguesa de Estomatologia.

O Dr. Ferreira da Costa apresenta dois casos de osteomielite crónica do ramo montante do maxilar inferior não fistulizada, mas com sequestros na espessura do osso. Discutiram esta comunicação os Drs. Tiago Marques e Marques Manaças.

O Dr. Pereira Varela falou sôbre um caso de septicemia crónica de origem dentária.

O Dr. Tiago Marques expôs o tratamento dos canais radiculares e infecções focais.

Instituto de Hidrologia

Por ter sido atingido pelo limite de idade, o Dr. Francisco de Oliveira Luzes abandonou o cargo de director do Instituto de Hidrologia e foi nomeado director honorário do mesmo estabelecimento.

O novo director será o Prof. Atias.

«Comité» Internacional da Luz

Sessão de 18 de Agosto de 1932, em Copenhague.

Por proposta de M. Brody, e após viva discussão, foram adoptados os seguintes termos:

Fototerapia — termo geral.

Helioterapia — terapia solar.

Finsenterapia — terapia por luz produzida artificialmente.

O «Comité» aconselha a estandardização das origens de ultravioleta utilizadas em medicina, dividindo o espectro ultravioleta em três faixas, definidas, provisoriamente, pelos seguintes filtros propostos por M. Coblentz:

Noviol flint de baryo (U. V. de grande comprimento de onda ou U. V. A., dando aproximadamente 4.000-3.150 A.).

Flint de baryo corex (Ultravioleta de comprimento de onda médio ou U. V. B., dando aproximadamente 3.150-2.800 A.).

Corex quartzo (U. V. de curto comprimento de onda ou U. V. C., dando aproximadamente raios abaixo de 2 800 A.).

Estes filtros poderão ser fornecidos aos construtores e aos médicos pelos seguintes Institutos:

Bureau of Standards of Washington, Comitato Nazionale delle Ricuche de Roma, Institut d'Actmiologie de Paris, Institut Finsen de Copenhague, Institut für Strahlenforschung de Berlim, National Physical Laboratory, Teddington Londres.

Os fabricantes terão que indicar as características das lâmpadas por elles fornecidas em U. V. A., U. V. B. e U. V. C.

O «Comité» aconselha os médicos a empregarem métodos simples de mensuração (biológicos, fotoquímicos ou fotoeléctricos) para constatarem a constância das lâmpadas que utilizam.

Recorda, além disso, que com estes métodos a comparação não é possível senão para a mesma lâmpada e não para duas lâmpadas diferentes.

A fixação de uma unidade de medida dos R. U. V. utilizados em medicina ainda continua sem poder ter sido feita, dada a complexidade dos problemas biológicos que lhe andam ligados.

* * *

Sociedade Portuguesa de Cirurgia

Publicou-se uma portaria que aprova os estatutos da Sociedade Portuguesa de Cirurgia.

* * *

Liga Portuguesa de Proflaxia Social

Esta agremiação tornou público o relatório dos trabalhos efectuados durante o último semestre do ano findo.

* * *

Sôro antimeningocócico do Instituto Câmara Pestana

Com leve restrição no fabrico de sôro antidiférico e em todo o caso sem prejuízo do seu fornecimento gratuito aos indigentes, o Instituto Câmara Pestana conseguiu iniciar a preparação de sôro polivalente contra a meningite cérebro-espinal.

O sôro antimeningocócico do Instituto Câmara Pestana é preparado com estirpes autoctones e freqüentemente renovadas de *Neisseria intracellularis* e, além da verificação pelos métodos consagrados de laboratório, tem sido submetido a ensalo clínico no Hospital Curry Cabral.

* * *

Serviços de Saúde

Aos inspectores de saúde de Lisboa e Pôrto cabe escolher, de entre os delegados de saúde efectivos ou substitutos, aquele que deve exercer as funções de seu adjunto, escolha que será aprovada por despacho ministerial.

Os delegados de saúde de Lisboa e Pôrto deverão, além do serviço permanente, assumir imediatamente, sempre que lhes fôr determinado, as substituições do serviço terrestre e marítimo e ainda o desempenho de todos os serviços de que haja necessidade.



Luta contra a lepra

A Associação Profissional dos Estudantes de Medicina do Pôrto organizou algumas conferências sôbre higiene e profilaxia da lepra.

A primeira foi pronunciada pelo Prof. Rocha Brito e intitulou-se «Guerra à lepra, paz ao leproso».

Medicina naval

Os Drs. Manuel Almeida Amaral e Nuno Sacadura Côrte Real, primeiros tenentes-médicos, foram exonerados dos cargos de chefes de serviço de saúde dos departamentos marítimos do norte e sul, respectivamente.

Medicina Militar

A fim de fazer parte da Junta especial que inspecionará os refractários, foi nomeado o Dr. Carlos Pereira da Silva Tavares, tenente-médico.

Asilo D. Maria Pia

Criou-se, neste estabelecimento, o cargo de facultativo incumbido da aplicação da biotipologia no estudo dos menores internados nos asilos dependentes da direcção geral da Assistência.

Necrologia

Faleceram : em Lisboa, os Drs. Astolfo Gouveia Pinto, capitão-médico miliciano, e Corvinel Moreira, médico da Misericórdia de Lisboa.



Tratamento completo das doenças do fígado e dos síndromas derivativos

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



Opoterapias hepática e biliar
associadas aos colagogos
2 a 12 pílulas por dia
ou 1 a 6 colheres de sobremesa de **Solução**

PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos científicos

Lavagem
de **Extracto de Bilis**
glicerinado
e de **Panbiline**



1 a 3 colheres em 160 gr.
de água fervida
quente
Crianças : $\frac{1}{2}$ dose

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

A MUSCULOSINA BYLA, VITAMINADA

SUCO MUSCULAR DO BOI, CONCENTRADO, INALTERÁVEL

FORÇA,

DA

SAÚDE

AGENTES PARA PORTUGAL: GIMÉNEZ-SALINAS & C.^a

RUA DA PALMA, 240-246 — LISBOA

ALCACYL

Acetilsalicilato de cal com Alucol
Analgésico, anti-infeccioso, anti-térmico
1 a 2 comprimidos dissolvidos num pouco
de água assucarada; 4 a 6 vezes por dia

Sem acção nociva sobre o estomago,
rins e coração

DR. A. WANDER, S. A., FERRE
vende em todas as farmácias e drogarias e Esc. 145/0

UNICOS CONCESSIONARIOS PARA PORTUGAL
ALVES & C. A IRMAOS

RUA DOS CORREIROS, 41, 2.ª - LISBOA



ALCACYL WANDER