

Ano X

N.º 9

Setembro 1933



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MÉDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

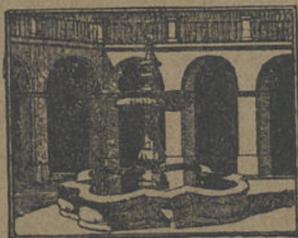
*Custódio Cabeça, Egas Moniz, Lopo de Carvalho,
Pulido Valente, Adelino Padesca, Henrique Parreira,
Reynaldo dos Santos e António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

KALOGEN

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

TONICO RECONSTITUINTE RECALGIFICANTE

Depositarior para Portugal e Colonias

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

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina, Paris 1889. Provam que 2 a 4 por dia produzem diurese prompta, reanimam o coração debilitado, dissipam ASYSTOLIA, DYSYPNEA, OPPRESSAO, EDEMA, Lesões MIIRAES, CARDIOPATHIAS da INFANCIA e dos VELHOS, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

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

3, Boulevard St-Martin Paris — PHARMACIAS.

DOCTOR:

NO CASO EM
QUE PRECISE TONI-
FICAR UM ORGA-
NISMO DEBILITADO
RECORDE O



Phosphorrend

ROBERT!

NA SUAS TRES FORMAS:
GRANULADO - ELIXIR
INJECTAVEL

LABORATORIO
ROBERT!

Sala B

Est. 9

Tab. 2

N.º 9

Depositarior para Portugal e Colonias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a

240, Rua da Palma,

Novos preparados orgânicos.

Os preparados orgânicos Merck, comprovados e preferidos ha dezenas de anos, estão presentemente estandardizados e examinados biologicamente, segundo as mais recentes bases de investigação.

Novarial Merck: substância ovárica aberta para o tratamento de perturbações menstruais, climatéricas, amenorrea ovárica, dismenorrea, infantilismo, etc

estandardizado

1 comprimido contém 10 unidades de rato
Tubos de 20 e
Frascos de 50 e 100 comprimidos

Ferrovarial Merck: Novarial + Fe para o tratamento causal da clorose e anemia agravadas por perturbações menstruais.

estandardizado

1 comprimido contém 10 unidades de rato
Tubos de 20 e
Frascos de 50 e 100 comprimidos

Tiroidina Merck: preparado extremamente activo e obtido da glândula tiroideia total, indicado no tratamento de mixedemas, caquexia tireopriva, obesidade tireogena, etc.

biologicamente fiscalizada

A **Tiroidina Merck** tem, em determinados casos, um grande valor como diurético.

Ovarial Merck: preparado seco de ovários, para o tratamento da insuficiência ovárica (veja-se Novarial).

biologicamente fiscalizado

OVARIAL MERCK em comprimidos
Tubos de 20 e
Frascos de 50 e 100 comprimidos



E. MERCK DARMSTADT

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

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

CHATEAU DE PREVILLE—ORTHEZ

Próximo de Pau (Baixos Pirineos)

Casa de tratamentos, Repouso e Regimens

T. 52



Dr. Marcel DHERS,
director

Afeções do Sistema Nervoso, Perturbações orgânicas e funcionais.

Curas de desintoxicações

Convalescenças

Electo- Radiologia
Hidroterapia

Mecanoterapia
Psicoterapia

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

Dão-se informações a quem as pedir

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos 606, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVIe)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

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

45, Rua Santa Justa, 2.^o
LISBOA

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

els as características
e os fundamentos

do renome mundial da

marca

INSULINA

registada

para a **DIABETES**

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

FOLHETO DE 40 PÁGINAS
GRATIS A MÉDICOS

FRASQUINHOS
de 100, 200, 400 e 500 unidades

Representantes exclusivos deste produto:

COLL TAYLOR, LDA. — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA — TELEF. 21476
G. DELTA

Agente no PORTO

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

SENHOR DOUTOR!

Sirva-se receitar em fumigação

o PÕ EXIBARD*Sem Opio nem Morphina*

o qual allivia sem demora

a **ASTHMA.**

Para evitar as contrafacções
exija-se a assignatura

Exibard

N. FERRÉ, BLOTTIÈRE & Co, 6, Rue Dombasle, Paris, e boas Pharmacias.

Salvitae

Na sub-infecção intestinal

SALVITAE é o processo que permite ao medico contrastar eliminação e alcalisação, actuando de maneira fundamental e eficiente na protecção do organismo contra a Sub-infecção intestinal, Toxemia, Acidose, Uricacidemia, Prisão de ventre e num grande numero de enfermidades caracterizadas por um metabolismo imperfecto, eliminação deficiente e desarranjos no equilibrio acido-basico do corpo.

AMERICAN APOTHECARIES CO.,

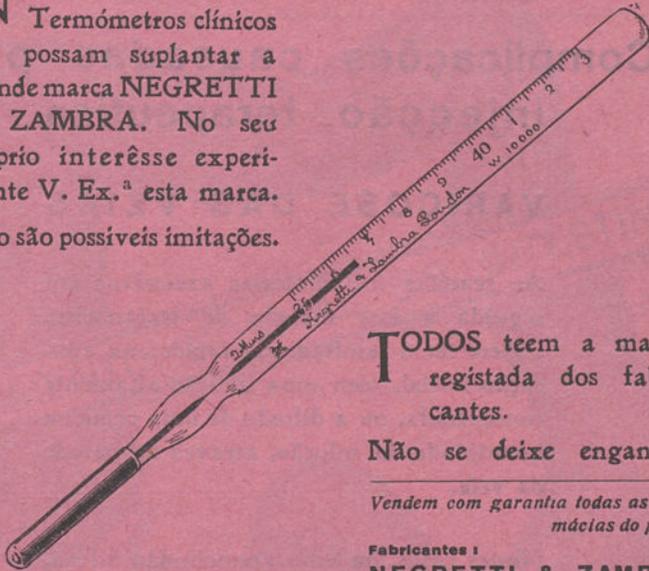
Agentes em Portugal:

Jimenez - Salinas & C.^a

240, Rua da Palma, 246 - LISBOA



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



TODOS teem a marca
registada dos fabri-
cantes.

Não se deixe enganar!

*Vendem com garantia todas as far-
mácias do país.*

Fabricantes :
NEGRETTI & ZAMBRA
38, Holborn Viaduct Londres

COMBINAÇÃO IODO-PEPTONADA
GOTTAS, INJECTAVEL

I O D O N I E

"ROBIN"

Arteriosclerose, Affecções cardiacas,
Obesidade, Rheumatismo, Syphilis

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

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

Nº 832
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

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

Complicações causadas pela injecção terapeutica

VARICOSE DAS VEIAS

As reacções inflamatórias excessivas em seguida a êste método de tratamento, podem ser o resultado da rapidez na aplicação inicial, com uma solução altamente concentrada, ou a difusão de uma pequena quantidade da solução, através da parede da veia.

Nestes casos, ha uma vermelhidão difusa, inchação e inflamação, acompanhadas de dôres e moleza, semelhante a celulite.

A *Antiphlogistine*, aplicada sobre todo o segmento venoso, aliviará rapidamente êsse fenómeno doloroso. O seu uso tem sido advogado por Tournay e Fabre, colaboradores de Sicard, e valiosos exponentes do seu método.

Peçam amostras e literatura à

The Denver Chemical Mfg. Co.,

Nova York

Robinson, Bardsley & Co., Lda.

Casa do Sodré, 8, 1.º

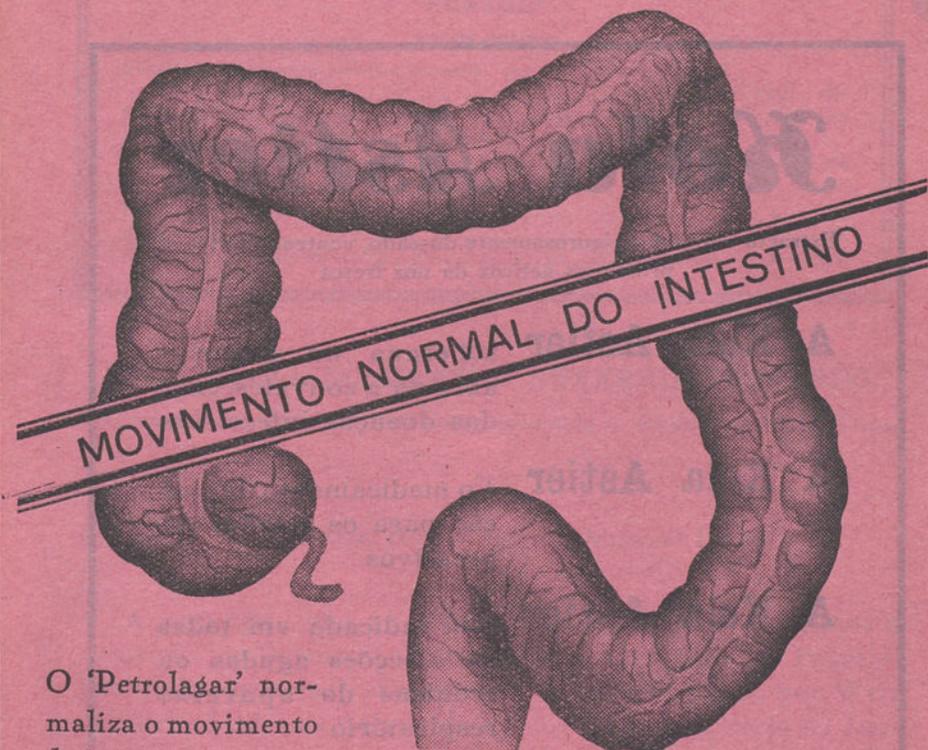
LISBOA

ANALGESICA

CALMANTE

DESCONGESTIVA

ANTIPHLOGISTINE



O 'Petrolagar' normaliza o movimento do intestino, porque:

1. Lubrifica e amolece a massa fecal.
2. Não tem propriedades irritantes, nem implica com a mucosa intestinal.
3. Não vicia o intestino.

O 'Petrolagar' compõe-se de 65% de parafina medicinal pura emulsionada com agar-agar. Póde recetar-se sem receio.

'Petrolagar'
(Marca Registada)

Petrolagar Laboratories Limited, Braydon Road, Londres, N. 16

Representante em Portugal:

RAUL GAMA, R. DOS DOURADORES, 31, LISBOA

Kola Astier

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

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

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

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

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

A Kola Astier tonifica a energia, regularisa o ritmo cardíaco

DOSE MÉDIA: 2 COLHERES DE CAFÉ POR DIA

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

Literatura e Amostras:

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



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Causalgia do membro superior esquerdo</i> , por Egas Moniz, Romão Loff e Amândio Pinto.....	Pág.	509
<i>Notas neuro-cirúrgicas</i> , por Almeida Lima.....	»	518
<i>Algumas considerações sobre a patogenia da ictericia fisiológica do recém-nascido</i> , por Cordeiro Ferreira	»	534
<hr/>		
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	»	567
<i>Bibliografia</i>	»	586
<i>Notícias & Informações</i>	»	LV

CAUSALGIA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Extracção dos gânglios estrelado, primeiro e segundo dorsais. Cura.

POR

EGAS MONIZ, ROMÃO LOFF e AMANDIO PINTO

A causalgia, cujo primeiro estudo remonta a 1813, com a descrição de Denmark, foi, mais tarde, apreciada por Paget e, finalmente, bem individualizada do grupo das algias, por Weir Mitchell. Síndrome vulgar de feridos de guerra, anda na lembrança de todos os que o puderam apreciar durante o grande conflito europeu.

Esquecida no período que mediou entre 1864 e 1914, foram os trabalhos de Marie, Babinski, M^{me} Athanasio Bénesty e, muito particularmente, a interpretação patogénica e o tratamento proposto por Leriche que a transportaram da medicina castrense para a prática corrente, de sorte a não passarem hoje despercebidos os casos que anteriormente entravam no diagnóstico geral das neuralgias. Weir Mitchell compara esta dor terebrante à que seria produzida por uma lima levada ao rubro que aflorasse à pele em constantes movimentos de vai-vem. O contacto ligeiro da pele, seja em que região fôr, é suficiente para exacerbar a crise dolorosa (sinestesalgia de Souques). Os movimentos, a marcha, o menor abalo, as impressões de ordem psíquica que lembrem quedas de objectos, são suficientes estímulos para determinarem a exaltação dolorosa. Já não a provoca, com igual intensidade, uma forte pressão sobre qualquer região do organismo. A dor parece refugiar-se na pele, disse Weir Mitchell;

mas na pele sêca, pois, como veio a verificar-se, quando esta está molhada, já o seu afloramento não provoca a crise. Por isso, os doentes procuram manter a pele molhada e, em particular, a das regiões atingidas.

A causalgia aparece especialmente quando há lesões dos nervos mediano, ciático e poplíteo interno, nervos particularmente sensíveis por serem os que conduzem maior número de fibras simpáticas. Os doentes queixam-se de dores violentas da palma da mão, da planta do pé, irradiando para cima, mais ou menos no trajecto do nervo afectado.

Como sintomas a juntar a esta perturbação subjectiva, que mantém os doentes na maior tortura, enumeremos o enfraquecimento do membro atingido, atrofias musculares, perturbações vaso-motoras e tróficas, bastante acentuadas. Os suores profusos são de regra. A pele acaba por macerar-se na humidade em que o doente conserva o membro atingido. Os dedos adelgaçam-se e tomam um tom amarfinado. As unhas crescem com rapidez e são acompanhadas por um pequeno bordelete dérmico intenso, constante nas irritações neuróticas do membro superior, mas bastante mais espêsso na causalgia.

Esboçado assim o quadro geral da enfermidade, vamos dar conta, antes de outras considerações, da observação que serve de base a êste artigo.

F. D., de 24 anos, vendedor de peixe, da Moita do Ribatejo.

Em 22 de Maio passado sofreu uma agressão a tiro de pistola. A bala penetrou na região dorsal, logo abaixo do ombro esquerdo, e saiu na face anterior do tórax, junto à extremidade superior da prega axilar.

Imediatamente após o traumatismo, notou que os movimentos da mão esquerda e dos dedos ficaram completamente paralisados. Os movimentos do braço não pareciam atingidos. A mão conservava-se fechada.

Ao mesmo tempo começou a sentir fortes dores na mão, principalmente na cabeça dos dedos. A dor revestia o tipo causálgico; sentia a mão como se estivesse mergulhada em água muito quente. As algias eram exacerbadas por certos estímulos externos, como o ruído, o tremor da cama, o arrastar de um objeto pelo chão, etc. A conversa dos circunstantes não o apoquentava. Só os ruídos mais súbitos e secos produziam o paroxismo causálgico.

As dores eram permanentes; obrigavam-no a gemer constantemente e mesmo a dar gritos.

A seguir à agressão, foi internado em S. José, tendo sido operado passados três dias de simpatectomia periarterial na região axilar. Após a operação,

melhorou da motilidade da mão. O síndrome causálgico continuou, pelo contrário, na mesma.

Examinado pelo Prof. Cancela de Abreu, algum tempo depois, foi-lhe aconselhado, como paliativo, conservar a mão doente humedecida com água fria. Desde então notou que as dores também abrandavam humedecendo outras regiões do corpo, especialmente a face e a nuca. O ideal para o doente seria conservar-se sempre em banho geral frio. Quando estava mais aflito, pedia para lhe embrulharem os pés em panos húmidos.

Dois meses depois do início da sua doença, foi novamente operado pelo mesmo cirurgião, que lhe fez a ressecção de uma porção da artéria axilar. Os

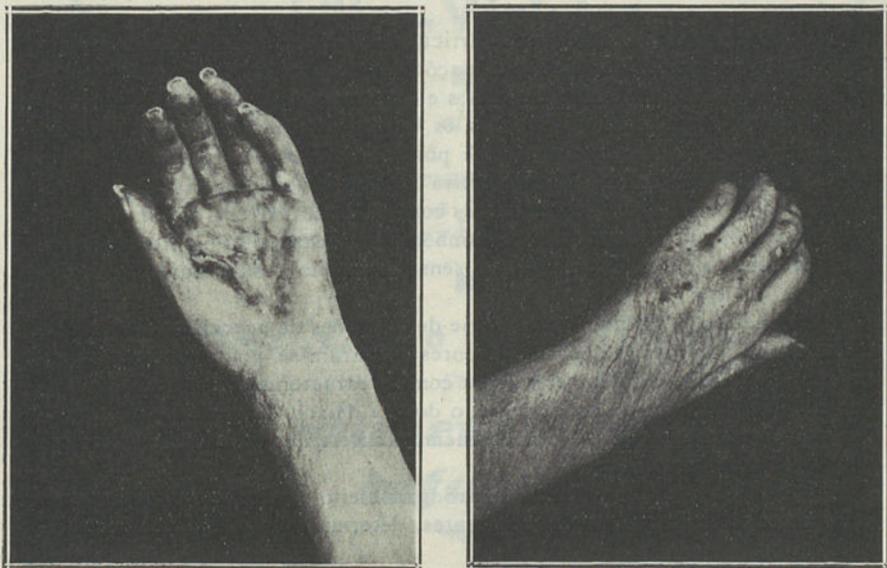


Fig. 1

Aspecto da mão do doente, logo em seguida à operação

resultados foram nulos, quanto ao síndrome doloroso. O síndrome motor piorou, tendo-se tornado mais limitados os movimentos activos dos dedos.

Indivíduo magro. Estado geral satisfatório. *Facies* de sofrimento. Passa o dia a gemer com dores, a-pesar das precauções húmidas a que atrás se faz referência.

O exame neurológico é particularmente difícil, porque o membro superior esquerdo constitue o *noli-me-tangere* do paciente. Pequena cicatriz, correspondente à entrada do projectil, situada na face dorsal do tórax, a dois dedos para dentro da extremidade anterior da prega da axila. Outra pequena cicatriz, correspondente ao orifício de saída da bala, situada a 1 cm. para dentro da extremidade anterior da prega axilar. Nota-se também uma extensa cicatriz operatória longitudinal no *cavum* axilar.

O paciente mantém quasi sempre o antebraço em attitude erecta, flectido em ângulo recto, com o cotovêlo apoiado no leito ou sôbre o tórax. A mão esquerda e o antebraço estão constantemente envolvidos em panos húmidos, para o que precisa ter ao lado uma bacia com água fria. A mão conserva-se em flexão moderada sôbre o antebraço e em pronação, com os dedos também ligeiramente flectidos. As falanges do 4.º e 5.º dedos estão um pouco em extensão, de forma a esboçar uma garra cubital. A pele está macerada pela acção continua da água. Unhas e pêlos desenvolvidos, tendo na parte interna das unhas uma hipertrofia da derme sub-unqueal (fig. 1).

A mão está bastante diminuída de volume. A eminência hipotenar quasi desapareceu. Atrofia menos acentuada da eminência tenar e dos espaços interósseos.

O punho e tôdas as pequenas articulações dos dedos estão bastante anquilosados (principalmente as articulações do polegar) de forma que os movimentos passivos são muito limitados e despertam formidáveis dores.

Esboça espontâneamente todos os movimentos, excepto os do polegar. A fôrça muscular é quasi nula. Não é possível explorar os reflexos. Existem perturbações da sensibilidade objectiva na parte cubital da mão e na extremidade dos dedos. Estas perturbações consistem não só em *deficit* mais ou menos acentuado ao contacto, mas também numa particular hiperestesia, que faz perceber as picadas como uma sensação muito desagradável de formiguiro.

Submetido o doente a uma série de injecções de acecolina, a principio notaram-se algumas melhoras. As dores tornaram-se mais suportáveis, os paroxismos menos violentos, embora com os caracteres do sindroma causalgico. O *facies* tornou-se mais alegre, o doente deixou de gemer e não apresentava aquele desespêro e impaciência manifestados nos primeiros tempos da sua estada neste hospital.

Por fim, a acecolina deixou de produzir efeito e o doente voltou à situação anterior, com queixumes constantes, determinados pelas suas dores intoleráveis.

A causalgia é considerada como uma neurite do simpático (Leriche), o que se justifica à luz de noções anátomo-patológicas, por mais de uma vez postas em relêvo, antes e depois da primeira simpatectomia para tratamento cirúrgico da causalgia, realizada por Leriche em 1916. Com efeito, na causalgia as lesões nervosas são, pelo menos aparentemente, pouco acentuadas. Tudo se reduz, em geral, a um ligeiro espessamento do nervo. Além disso, nestes casos as lesões vasculares acompanham as lesões nervosas. Já Meige fizera notar que as causalgias apparecem nas lesões dos nervos que possuem uma rica irrigação sanguínea, sendo ainda de notar que o mediano e o ciático são seguidos por uma artéria que os acompanha e penetra.

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



Sem azeite- sem parafina- sem petrolato

Livre dos seus inconvenientes

NORMACOL

O tratamento moderno da
prisão de ventre crónica
deve obedecer a dois princípios funda-
mentais: 1.º ser inocuo; 2.º não irritar a
mucosa intestinal. Este objectivo é reali-
zado pelo

NORMACOL

que, sem ser nutritivo, dá aos resíduos ali-
mentares uma composição e
consistencia que facilita a sua
expulsão. Sendo antes um
“correctivo da alimentação”
que um “medicamento”, o
Normacol não tem o menor
inconveniente.

Emballagens originais:
Caixas de 100 e 250 grs.



Schering Sociedade
Anonima Portuguesa de Responsabilidade Limitada
Largo da Anunciada 9-2º, Apartado 279, Lisboa

Hoje supomos que todos atribuem estas crises dolorosas especiais às vias simpáticas, e são, com efeito, inteiramente diversas das que notamos nas outras neurites, limitadas aos territórios que os troncos nervosos atingidos innervam. As causalgias têm, ao contrário, tendência a generalizar-se e são mais ou menos difusas, de localização nem sempre definida e exacerbam-se por excitações a distância, com repercussão mental, formando como que a base de um mal-estar obsediante. São, sob certos aspectos, muito comparáveis a algumas algias viscerais que têm igualmente origem simpática.

Muitos tratamentos e operações têm sido aconselhados nestes casos. Recordemos a laqueação ou ressecção dos nervos atingidos, a injeção intranervosa de alcool (Sicard), a radicotomia posterior (Sicard e Robineau). Pelo que diz respeito ao mediano, a secção dos quatro últimos ramos comunicantes cervicais e do primeiro dorsal (Boyle e Hunter) deram bons resultados a Leriche, em alguns casos. Estes meios operatórios têm sido, porém, mais ou menos abandonados. Hoje são considerados como mais úteis, especialmente para a hipótese do nosso doente, a simpatectomia peri-arterial e peri-nervosa e, em caso de insucesso, a extirpação dos gânglios simpáticos que, por vezes, é o único meio eficaz de debelar as causalgias rebeldes do membro superior.

Tem-se discutido ultimamente os resultados desta intervenção nos anginosos e, de uma maneira geral, sobre o funcionamento cardíaco. Leriche, com a autoridade das suas 62 estelectomias, das quais 14 bilaterais, afirma, no seu relatório sobre a cirurgia dos nervos do coração, apresentado ao XLI Congresso Francês de Cirurgia, de 1932, que nunca notou modificações do funcionamento cardíaco após a extirpação dos estrelados. Alguns dos seus casos datam de alguns anos. Num homem com doença de Raynaud e a quem fez uma estelectomia dupla, não notou Leriche, quatro meses após a intervenção, alteração do seu electrocardiograma.

Não podia haver dúvida, no nosso caso, da origem simpática das crises dolorosas; somente, como argumento a opor a esta interpretação patogénica, havia a circunstância de ter sido feita ao doente, e por cirurgião cuidadoso, primeiro a simpatectomia e depois a ressecção de um segmento arterial, opera-

ção preconizada por Leriche, sem que êle obtivesse o resultado almejado. Devemos, porém, notar que nas lesões altas, como no nosso doente, à altura da sub-clávea, o próprio Leriche descreve dois insucessos.

Dois caminhos podíamos seguir: ou tentar uma simpatectomia peri-mediana, ou fazer a extracção do gânglio estrelado com o primeiro gânglio dorsal, que, em regra, lhe anda associado, e



Fig. 2
Claude-Bernard-Horner, à esquerda

segundo gânglio dorsal da cadeia simpática, técnica ultimamente aconselhada.

A medicação pela acecolina, que trouxe melhoras evidentes ao doente, embora a sua acção não fôsse persistente, deu-nos uma indicação terapêutica. Com efeito, se a acecolina, cujo efeito vaso-dilatador é incontestável, trouxe benefício ao doente, era do lado simpático, em relação com os vasos, que devíamos encontrar a causa determinante do mal. Desconhecidas ainda algumas

particularidades dos fenómenos ligados às perturbações dolorosas simpáticas, mas estribados neste facto, e de acôrdo com resultados alcançados por outros operadores em tais emergências, decidimo-nos pela extirpação dos referidos gânglios simpáticos, operação que foi realizada por um de nós (Amândio Pinto) em 25 de Maio de 1933.

A operação da extirpação do gânglio estrelado ou cervico-dorsal e do segundo dorsal com o cordão interposto é antiga e tem sido realizada com vários fins, especialmente no tratamento

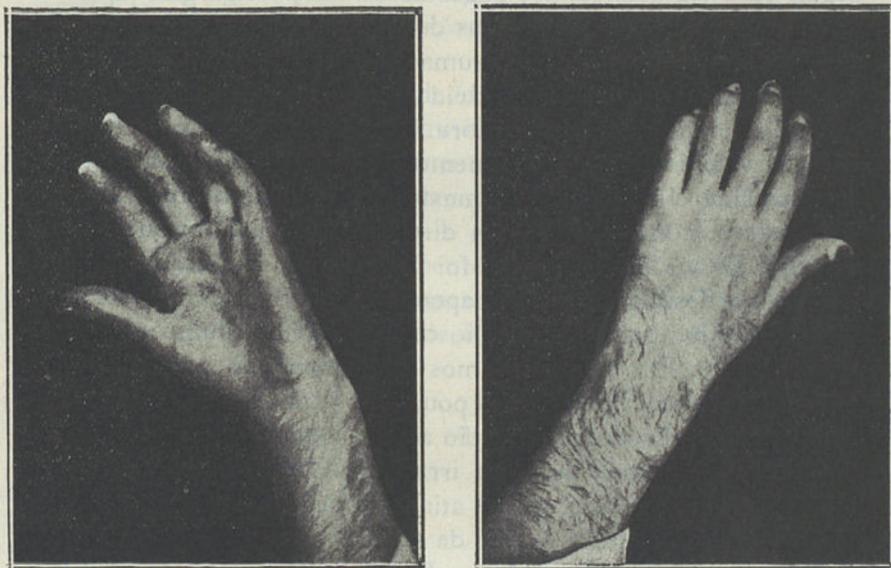


Fig. 3

Aspecto da mão do doente, um mês depois da operação

do *angor-pectoris*. A via operatória mais simples é a anterior; mas devido à profundidade a que se encontra, já no tórax, o gânglio estrelado e, mais particularmente, o segundo gânglio dorsal, não se pode dizer que seja muito fácil o seu acesso. Para tornar a operação mais simples, várias técnicas têm sido indicadas para atingir o objectivo desejado.

Emquanto uns afastam o esterno-cleido-mastoídeo para fora, outros passam através dos seus dois feixes, alguns seguem o bordo posterior, puxando, portanto, o músculo para dentro.

Boyle propôs o rebatimento da inserção clavicular do esterno-cleido-mastoídeo, com secção do tendão do escaleno anterior. Para conseguir um acesso mais fácil, Adson imaginou uma via posterior com a ressecção dum segmento da segunda costela e apófise transversa adjacente. Deslocando então o fundo do saco pleural para fora, pôe-se a descoberto a cadeia do simpático. Vimos executar esta operação ao próprio autor e, contrariamente ao que se deduz da leitura, pareceu-nos intervenção delicada e difícil. No nosso caso, contudo, pensávamos em seguir essa via quando, por sugestão do illustre cirurgião japonês Saïto, que esteve entre nós, nos decidimos pela via anterior.

Para a realizarmos, fizemos uma incisão de três dedos ao longo do bordo anterior do esterno-cleido-mastoídeo e, descoberto êste músculo, foi êle puxado para fora. Seguidamente foi o feixe vasculo-nervoso isolado e igualmente compreendido no afastador que sustinha o esterno-cleido-mastoídeo, enquanto outro afastador puxava, com cuidado, em direcção oposta, a traqueia e o esófago. O cordão simpático foi facilmente identificado a dentro de um desdobraimento da aponevrose pre-vertebral. Isolado, seccionámo-lo abaixo do gânglio cervical médio, muito aparente neste doente. Em seguida fomos acompanhando para baixo o cordão simpático, libertando-o pouco a pouco até chegar ao gânglio estrelado. Procedeu-se então ao seu isolamento, seccionando os numerosos ramos que dêle irradiam. Continuou-se a libertar o cordão do simpático até se atingir o segundo gânglio dorsal, abaixo do qual se fêz a secção da cadeia.

A operação, conquanto delicada, não nos pareceu difícil, bastando, para o atestar, que se completou em 45 minutos. Empregou-se a anestesia geral, o que nos pareceu ter contribuído muito para facilitar a intervenção. Durante esta, o doente não teve a menor perturbação. Para evitar a formação dum hematoma, manteve-se, durante 48 horas, drenagem com um feixe de crinas.

Imediatamente à operação, e logo que o doente saiu do sono anestésico, deixou de ter dores. O doente ficou com um Claude-Bernard-Horner (fig. 2), como era de esperar, visto ter sido cortada a cadeia simpática cervical. Não houve sudação da face após a operação.

Prescrevemos-lhe um tratamento fisioterápico (massagens e diatermia). Foi recuperando lentamente os movimentos dos de-

dos da mão, podendo já fazer uma meia flexão. Na fig. 3, tirada um mês após a operação, vê-se a pele da mão em melhor estado e os dedos em ligeira abdução, impossível ao doente antes da operação.

Os movimentos passivos foram sendo, pouco a pouco, menos dolorosos e o estado geral do doente foi sucessivamente melhorando.

As sensibilidades, à altura da mão, têm-se modificado, mas não podendo dar inteiro crédito às informações do doente, no período causálgico, preferimos não publicar os esquemas de antes e depois da operação, por estarem os primeiros sujeitos a erros graves.

As alterações da sensibilidade objectiva do doente têm, nestes casos, um valor muito relativo.

Na causalgia é, particularmente, o aspecto subjectivo da dor e dos estímulos que a provocam que avultam no quadro sintomatológico.

A cura obtida no nosso doente permite-nos concluir que, em casos de insucesso da simpatectomia peri-arterial, a estelectomia deve ser tentada, pois pode dar resultados brilhantes, como o obtido no nosso doente.

NOTAS NEURO-CIRÚRGICAS

POR

ALMEIDA LIMA

Sem dúvida é a neuro-cirurgia um dos ramos dos conhecimentos médicos que maiores progressos realizou nos últimos anos.

Os aperfeiçoamentos de técnica, devidos a Cushing e à sua escola, o melhor conhecimento da anatomia patológica dos tumores cerebrais, principalmente dos gliomas, e o auxílio diagnóstico trazido pelos métodos radiográficos auxiliares, desde a ventriculografia de Dandy, trouxeram a cirurgia das cavidades craniana e raquidiana para o campo prático da clínica. Oferece hoje esta cirurgia, com a sua mortalidade inferior a 10 0/0, as mesmas garantias de êxito que outros ramos de cirurgia a quem ninguém deixa de recorrer ou aconselhar.

O tratamento das lesões tumorais intracranianas e intra-raquídias constitue o principal campo do que se convencionou chamar neuro-cirurgia. O tratamento da nevralgia do trigêmeo, pela radicotomia retro-gasseriana, o corte do VIII par craniano para tratamento das vertigens de tipo Ménière e o tratamento paliativo das afecções dolorosas pela cordotomia, entram também no domínio desta especialidade. A cirurgia dos nervos periféricos, ou melhor, a cirurgia dos nervos extra-cranianos e extra-raquídios, depende duma técnica nas suas linhas gerais semelhante à da cirurgia geral.

O número de doentes portadores de lesões neoplásicas intracranianas é muito elevado, o que não é para estranhar se considerarmos a presença de numerosas e variadas estruturas e tecidos que existem adentro do crânio, em que, entre outros, há a notar formações de tipo glandular e a existência de um tecido especial ao sistema nervoso, a glia, muito atreito à evolução neoplásica.

A freqüência de neoplasias só é superior na mama e possivelmente no útero, podendo afirmar-se com segurança que as neoplasias intracranianas excedem, em número, no sexo masculino, as de qualquer outra região.

O número de casos tratados nas clínicas neuro-cirúrgicas tem aumentado de ano para ano, à medida que a confiança nos resultados da neuro-cirurgia se vem acentuando e que a atenção do clínico geral tem sido chamada para o diagnóstico dos casos neuro-cirúrgicos.

Tem sido, e será ainda por muito tempo, uma das maiores dificuldades do neuro-cirurgião o conseguir que os doentes lhe cheguem às mãos em boas condições para a intervenção. Se em todos os ramos da cirurgia a colaboração com o médico prático é necessária, na neuro-cirurgia é indispensável, pois o doente, mesmo nos meios da mais elevada cultura, não tem, em regra, os conhecimentos suficientes para directamente procurar o neurologista e o neuro-cirurgião.

Os problemas clínicos relacionados com o diagnóstico dos tumores cerebrais afiguram-se vastos e complexos e o médico prático desanima ao ter de encará-los, tanto mais que as solicitações contínuas da sua vida diária não lhe deixam muito tempo para o fazer. Os resultados da neuro-cirurgia que tiveram ocasião de apreciar durante o seu curso ou mesmo aqueles que, por tradição, conhecem, não lhes parecem encorajantes.

Hoje, porém, as condições mudaram; a neuro-cirurgia fez notáveis progressos e o médico pode, por um diagnóstico tardio ou por um tratamento paliativo despropositado, diminuir as probabilidades da cura cirúrgica do seu doente. Não pode, conseqüentemente, alhear-se dêste assunto.

Os conhecimentos, necessários ao clínico geral para poder, com eficiência, colaborar com o neuro-cirurgião, são limitados e pode facilmente adquiri-los sem se desviar das suas actividades habituais. O neuro-cirurgião não necessita nem espera receber doentes com diagnósticos precisos e localizações exactas; isso é tarefa que lhe pertence e aos neurologistas.

Por mais completos que sejam os conhecimentos do clínico geral ou dos médicos práticos, não podem tentar fazer diagnósticos perfeitos, pois faltam-lhes os meios auxiliares de investigação clínica ou de exame radiográfico, sem os quais,

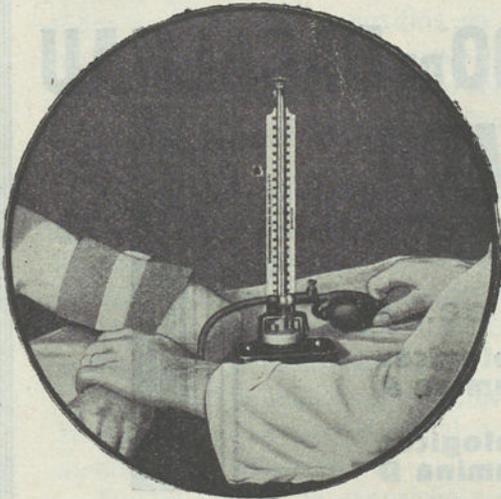
num grande número de casos, o diagnóstico é impossível ou insuficiente.

O clínico geral deve enviar ao clínico especializado os doentes *suspeitos*, e para isto não é preciso grandes conhecimentos neurológicos; basta saber interpretar criteriosamente certos sintomas e sinais. É necessário, principalmente, pensar nesse diagnóstico, nos doentes sofrendo de sintomas neurológicos ou oftalmológicos cujo quadro não seja absolutamente típico e familiar ao clínico. É preciso saber *ver* certos sintomas — «praticam-se muitos erros, muito mais por não ver do que por não saber» — disse-o, não me lembra quem, nem quando, mas disse-o muito bem.

O número de casos de neuro-cirurgia é entre nós proporcionalmente muito menor do que os das clínicas neuro-cirúrgicas que conheço. A única explicação plausível desta diferença é a insuficiência dos diagnósticos. E os diagnósticos são insuficientes porque a atenção não tem sido chamada para êsses casos, e, confessemos-lo francamente, porque o médico, em geral, não tem entre nós confiança nos resultados das intervenções intracranianas.

De há muito interessado pelos problemas relacionados com a neuro-cirurgia, resolvi dedicar-lhe todo o meu esforço e actividade. A frequência de mais de um ano da clínica neuro-cirúrgica do London Hospital de Londres, dirigida pelo grande cirurgião Hugh Cairns, permitiu-me um conhecimento mais íntimo das dificuldades e das esperanças que a moderna neuro-cirurgia nos oferece. Temos hoje a convicção de que a moderna neuro-cirurgia entrou amplamente no domínio da prática corrente e que, mercê dela, muitos doentes, há poucos anos votados a morte certa ou cegueira incurável, podem voltar a ocupar o seu lugar nas suas actividades sociais.

Apontarei, em vários artigos, sem plano sistematizado, alguns dos problemas mais gerais e importantes da neuro-cirurgia, esperando assim contribuir, na medida das minhas fôrças, para o seu melhor conhecimento, e porventura inculcar aos outros um pouco da minha fé, que se não limita apenas ao presente, já muito prometedora, mas mais ainda ao futuro desta cirurgia. Desejo principalmente levar o meu pedido de colaboração junto do clínico geral, sem o auxílio do qual todo o trabalho do neuro-cirurgião será improficuo e inútil.



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

Asthma cardiaca • asthma bronchica • angina de peito •
dyspnea 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.
Empacotamentos originaes: Tubos de 20 comprimidos.

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



OLEO DE FIGADO DE BACALHAU SUPERACTIVADO "RHONE-POULENC"

TITRADO POR CC. A
**500 unidades biológicas
Vitamina A**

**500 unidades biológicas
Vitamina D**

**FACTOR PRECIOSO DO DESENVOLVIMENTO
DO ORGANISMO**

MEDICAMENTO DOS CRESCIMENTOS DIFICEIS

**ALIMENTO DE AUXILIO DURANTE AS
CONVALESCENÇAS**

● POSOLOGIA :

Asua concentração em Vitaminas A e D autorisa a precrição em doses extremamente reduzidas, seis vezes menores que as de oleo de figado bacalhau ordinario.

CREANÇAS, com menos de um ano : XXX gotas a 1/3 colher de café. De 1 a 5 anos : 1/2 colher de café.

ADOLESCENTES E ADULTOS :
1 à 2 colheres de café.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

SPECIA MARQUES "POULENC FRÈRES" ET "USINES DU RHONE"
21, RUE JEAN-GOUJON - PARIS-8^e

A inexcedível amabilidade de Hugh Cairns concedendo-me tôdas as facilidades e auxílios na utilização do seu vastíssimo material clínico; o minucioso cuidado e a perfeita exactidão com que as observações são feitas no seu Serviço, permitem-me publicar, apoiando as minhas afirmações, histórias clínicas completas e instrutivas.

A honrosa confiança de Cairns, tomando-me para seu assistente durante os seis últimos meses, deu-me ocasião a familiarizar-me com as particularidades da técnica neuro-cirúrgica. Delas falarei sempre que interessem aos problemas e assuntos de ordem mais geral, não entrando em minúcias, sempre fastidiosas, que apenas interessem ao especialista.

As histórias médicas que publicamos são tôdas da clínica de H. Cairns, no London Hospital e de doentes por mim directamente observados.

Por exigências de exposição e espaço só apresentaremos resumos, indicando, em regra, só os sinais positivos, a-pesar-de possuirmos o registo completo da observação. Todos os doentes da clínica do Dr. Cairns são sujeitos a um exame neurológico, oftalmológico e radiológico completo no sentido clínico corrente.

I

DA RESPONSABILIDADE DO NEURO-CIRURGIÃO

O neuro-cirurgião deve assumir a responsabilidade de actuar plenamente dentro do seu próprio diagnóstico (1), diz Cushing.

De acôrdo com êste princípio fundamental da moderna neuro-cirurgia na clínica do Dr. Cairns, todos os doentes são observados minuciosa e completamente pelo neuro-cirurgião, independente de qualquer diagnóstico ou observação feitos anteriormente noutra clínica. O cirurgião colhe assim os elementos necessários para, por si só, chegar a uma conclusão diagnóstica e, livremente, pôr a sua indicação terapêutica.

Esta atitude, sem dúvida o principal factor do enorme progresso imprimido pela escola de Cushing à neuro-cirurgia, im-

(1) ...shouldered with the responsibility of acting largely on his own diagnosis.

plica uma larga preparação e uma pesada responsabilidade a quem a queira praticar. Mas sem ela não pode o cirurgião conseguir o pleno aproveitamento que a experiência dos seus casos oferece, nem garantir aos seus doentes as probabilidades de cura que lhes são oferecidas hoje nas clínicas neuro-cirúrgicas bem orientadas.

Ao neuro-cirurgião é pois indispensável possuir uma vasta educação neurológica e conhecer, dos outros departamentos clínicos, as noções necessárias ao estudo dos seus doentes. Assim, da oftalmologia, cujas afinidades com a neuro-cirurgia quasi igualam as da neurologia, tem obrigação de conhecer a técnica dos exames campimétricos, de auxílio inestimável, e até, quando lhe fôr possível, saber examinar o fundo do olho e diagnosticar as lesões que lhe mostra a imagem oftalmológica.

Deve saber utilizar criteriosamente os meios auxiliares de diagnóstico: arteriografia, ventriculografia, encefalografia, avaliação ventricular, lipiodol, provas manométricas, etc., e apreciar as indicações obtidas.

A radiografia simples da cabeça e da coluna, deve ser interpretada com exactidão e minúcia, pois sobre ela assenta, por vezes, todo o diagnóstico.

De anatomia patológica, se mais não puder ser, terá o neuro-cirurgião de possuir a ilustração necessária para conscientemente interpretar a evolução dos seus casos, estabelecer um diagnóstico e propor o tratamento post-operatório, pois, como terei ocasião de mostrar, a natureza histológica de um tumor cerebral pode orientar a atitude do cirurgião perante um determinado caso. Se, impossibilitado por tão grandes exigências de ilustração, o neuro-cirurgião não pode adquirir a prática necessária para, com clareza e consciência, interpretar as preparações anátomo-patológicas dos seus casos, o que seria muito para desejar, tem obrigação estrita de saber avaliar plenamente e em tôdas as suas ilações o diagnóstico que lhe fôr fornecido pelo anátomo-patologista competente.

Não falaremos, por óbvia, na preparação cirúrgica e médico-geral, e da técnica muito especializada da cirurgia intracraniana e intra-raquídia.

Esta atitude do neuro-cirurgião não tende de modo algum a diminuir a importância do neurologista, do oftalmologista ou de

outro qualquer especialista no estudo de um caso de fôro cirúrgico. Antes, pelo contrário, implica uma constante colaboração com os vários ramos de medicina, mas muito especialmente com a neurologia e a oftalmologia e também, embora sem ter para o neuro-cirurgião a importância das duas primeiras, com a oto-rino-laringologia.

A neurologia e a neuro-cirurgia têm tantas afinidades e tantas inter-relações que, só por motivos puramente práticos, se lhes dão designações diferentes e diferentes pessoas delas se ocupam.

O moderno neuro-cirurgião é fundamentalmente um neurologista, mas um neurologista obrigado, pelas imposições do dispêndio de tempo e das técnicas especiais, a não poder dedicar a sua actividade a todo o vasto campo da clínica neurológica, consagrando-se particularmente ao estudo de casos neurológicos de fôro cirúrgico.

É evidentemente perigoso para a conservação dos seus conhecimentos de neurologista, cingir-se o neuro-cirurgião ao estudo exclusivo dos casos cirúrgicos. Para obviar, na medida do possível, a este inconveniente dumha estrita especialização, não deve o neuro-cirurgião perder o contacto com a neurologia geral. É, por isso, da máxima utilidade que os serviços de neuro-cirurgia estejam integrados numa organização neurológica geral, pois não pode dispensar a colaboração e o conselho dos neurologistas nos embaraços e solução dos delicados problemas diagnósticos, apresentados pelos casos neuro-cirúrgicos.

Ao oftalmologista vai também o neuro-cirurgião pedir ensinamento e desfazer dúvidas. Se o neuro-cirurgião tem obrigação de conhecer o bastante de oftalmologia e das suas técnicas, para que as suas observações não sejam incompletas e delas possa ter uma consciente opinião pessoal, o auxílio de um oftalmologista competente é indispensável no exame dos seus casos.

A clínica médica e a cirurgia geral especializada são auxiliares constantes de qualquer ramo da medicina, e a elas frequentemente recorrerá o neuro-cirurgião.

A posição ideal de um serviço de neuro-cirurgia será a de uma secção cirúrgica de um serviço neurológico, por sua vez integrado numa organização hospitalar geral.

Da necessidade de um completo exame do doente para um neuro-cirurgião, da vantagem de conhecer profundamente tôdas

as circunstâncias clínicas relacionadas com o caso, da adição de considerações, meramente cirúrgicas, ao diagnóstico neurológico, e, ainda, a noção da sua completa responsabilidade, falam claramente os casos seguintes, por mim observados e seguidos na clínica de H. Cairns, no London Hospital, e em cujas operações tive ocasião de intervir como ajudante.

Caso I. — John M. Trinta e quatro anos. Meningeoma parassagital (lobo parietal direito). *Retalho osteoplástico parietal direito. Extirpação total do tumor. Cura.*

Anamnese. — Antecedentes hereditários e história familiar sem interesse; nos antecedentes patológicos do doente há a notar um violento traumatismo craniano com perda de consciência, há um ano. Há dez meses, parestesia do lado esquerdo; esta parestesia não era permanente, sobrevinha por ataques, iniciando-se sempre pelo pé esquerdo. Algum tempo depois, apareceram também movimentos convulsivos do pé, perna e coxa, nunca perdendo os sentidos. A direcção da progressão dos movimentos era sempre a mesma (epilepsia jacksoniana sensitiva e motora). Pouco a pouco, foi enfraquecendo do lado esquerdo, primeiro da perna e depois do braço. Desde o início dos ataques que vomita com frequência. Há sete meses que nota ter, de quando em quando, a visão confusa. Diplopia desde há seis meses. Dores de cabeça durante tôda a doença actual; mas, intensas, só há seis meses.

Observação. — Edema papilar bilateral de 3 D. Pequenas hemorragias retinianas. Campos visuais mostram apenas um apêrto concêntrico. Pupila direita maior do que a esquerda e reagindo fracamente à luz. Ligeira paresia facial esquerda. Acentuada hemiparesia flácida esquerda, com paralisia quasi completa dos movimentos do pé. Reflexos abdominais abolidos. Reflexos aquilianos e rotulianos vivos de ambos os lados, mas mais à esquerda. Reflexos plantares ambos em extensão. Clono do pé à esquerda. Leve analgesia relativa do pé e perna esquerdos. Sentido postural abolido no polegar e dedo grande do pé, à esquerda. Astereognosia à esquerda. Radiografia da cabeça mostra um larguíssimo sulco venoso correndo paralelo e por detrás do sulco da meníngea média à direita. Sela turca pequena, mas *dorsum sella* desgastado. Proteína aumentada no líquor (75 cgr. e 90 cgr., respectivamente, em duas punções com intervalo de cinco dias).

Como se vê por êste rápido resumo da história clínica, trata-se de um caso de fácil diagnóstico, um caso clássico de tumor da região rolândica posterior. A sintomatologia geral é típica, os sintomas focais precisos. A consideração da evolução da sintomatologia e dos sinais radiográficos, levam, com grandes probabilidades de certeza, ao diagnóstico de meningeoma. O diagnóstico feito por qualquer neurologista seria, pois: *meningeoma da porção anterior do lobo parietal direito (circunvolução rolândica*

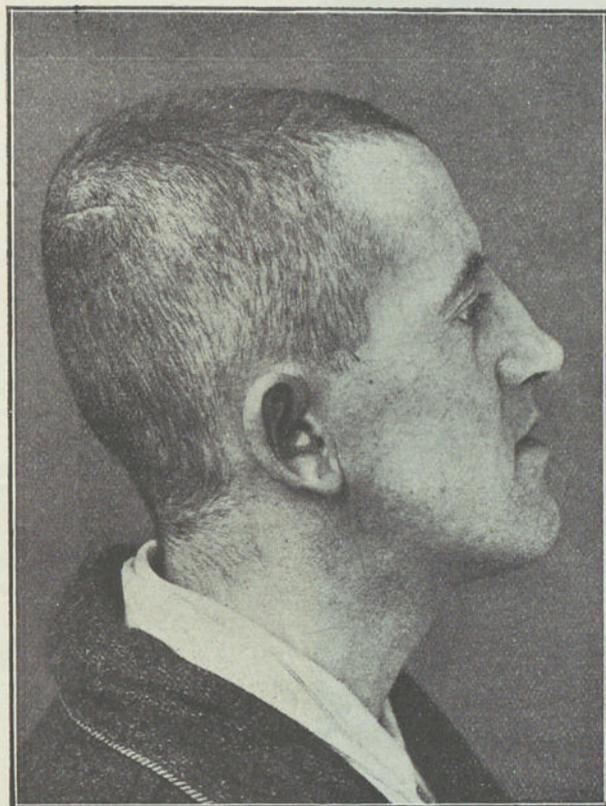
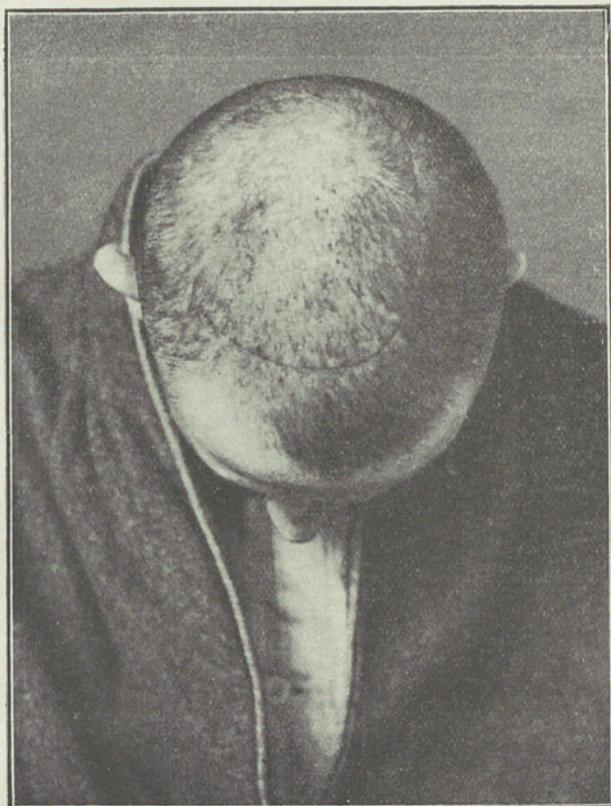


Fig. 1

Caso I. — Doente quinze dias após a intervenção mostrando a forma do retalho osteoplástico



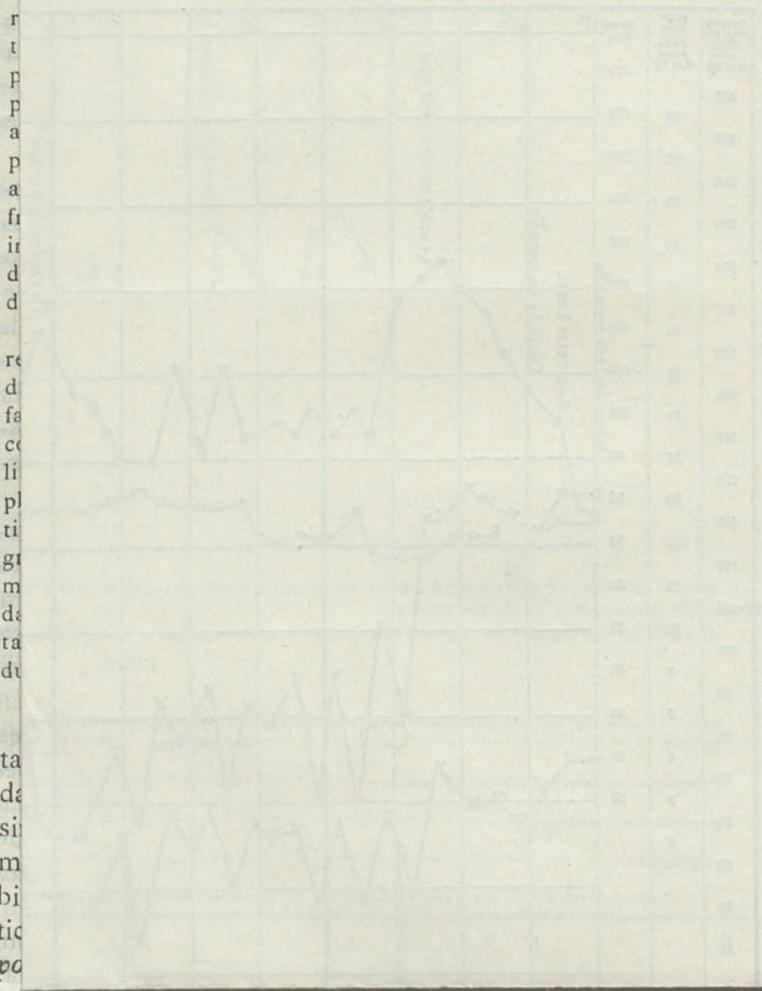
Fig. 2

Caso I. — Tumor extraído

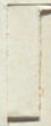
LONDON HOSPITAL

ANESTHESIA CHART

Name: _____
Age: _____
Sex: _____
Date: _____
Operation: _____
Anesthetist: _____
Assistant: _____
Nurse: _____
Specialist: _____
Specialist: _____
Specialist: _____



r
t
P
P
a
P
a
fr
ir
d
d
re
d
fa
co
li
pl
ti
gr
m
de
ra
de
ta
de
si
m
bi
tic
po



posterior) atingindo a linha média ou possivelmente ultrapassando-a. Tratamento cirúrgico.

A este diagnóstico o neuro-cirurgião, estudando cuidadosamente o seu caso, considerando atentamente os sinais radiológicos e a grande probabilidade deste tumor atingir o seio longitudinal superior ou mesmo estar a ele aderente, e conhecendo, da sua prática anterior, a enorme irrigação que estes meningiomas recebem do ôsso, e, portanto, as dificuldades provocadas pela abundante hemorragia ao levantar o retalho ósseo, possivelmente tendo já tido experiência de algum caso fatal devido a essa hemorragia, formulará um diagnóstico pre-operatório um pouco diverso. Juntando as considerações que a sua experiência cirúrgica lhe sugere, aos elementos que os seus conhecimentos neurológicos e médicos lhe forneceram ao observar o doente, diagnosticará: *meningioma do lobo parietal direito, mais da sua porção anterior, atingindo provavelmente o seio longitudinal. A natureza provável do tumor e os sinais radiológicos levam a pensar que se trata de uma neoplasia extremamente irrigada; é, portanto, preferível operar com o doente sentado e, sendo possível sob anestesia local. Tudo deve estar preparado para uma transfusão de sangue precoce, e é preciso ter-se à mão todos os meios de hemóstase usados em casos semelhantes.*

A diferença entre o diagnóstico com que este doente iria do neurologista para a mão de um cirurgião geral e o diagnóstico do neuro cirurgião não é, como se vê, fundamental. Mas desta pequena diferença pode depender a vida do doente.

Operação. — *Retalho osteoplástico parietal direito ultrapassando a linha média* (fig. 1). Tumor extremamente irrigado aderente à dura-máter e ao seio longitudinal superior. A extrema irrigação do tumor obriga a pôr em prática os meios de hemóstase habituais. A aderência ao seio determina a abertura deste, sendo a hemóstase obtida pela aplicação de um pedaço de músculo, que, pela impossibilidade de atingir o temporal, por o retalho ser alto, é colhido num membro do doente. O centro do tumor (fig. 2) é, antes de tentar a extirpação total, removido com a ansa diatérmica (scalped).

Transfusão de 600 cc. Duração da intervenção: sete horas (fig. 3).

Observação post-operatória. — Penso ao segundo dia. Estado geral excelente. Hemiparesia muito melhorada. Movimentos recuperados, embora fracos. Edema papilar esbatido. Alta, aos doze dias, sem sintomas subjectivos. Objectivamente conserva ainda reflexos tendinosos vivos à esquerda e plantar em extensão dêsse lado.

CASO II. — Betty H. Treze anos e 6 meses. *Astrocitoma do cerebello.*

1.^a intervenção. — Exploração transfrontal à esquerda.

2.^a intervenção. — Descompressão posterior. Evacuação de 60 cc. de líquido xantocrômico por punção de um quisto tumoral do lobo lateral esquerdo do cerebello e vermis. Transfusão.

3.^a intervenção. — Re-exploração da fossa posterior. Evacuação de uma grande cavidade quística e remoção subtotal de um tumor sólido (astrocitoma). Transfusão.

4.^a intervenção. — Re-exploração cerebelosa utilizando o retalho de De Martel. Remoção total de um astrocistoma do vermis cerebeloso. Transfusão.

Nas quatro intervenções foi usada anestesia geral pelo protóxido de azoto e oxigénio intratraqueal.

Resumo da história clínica:

Anamnese. — Estrabismo convergente do olho esquerdo desde os três anos. Desde há três anos ataques de mal-estar gástrico, vômitos e prisão de ventre. Bem nos intervalos. Dos dez para os doze anos, desenvolveu-se rapidamente, tendo aumentado muito em altura; no último ano, porém, o desenvolvimento não progrediu, não tendo aumentado nada em estatura. Não é ainda menstruada. Há dezasseis meses, dor súbita na nuca, acompanhada de fobia, vômitos e epistaxis durante quatro dias. Cansada e lânguida, durante uma semana após esta crise. Há dez meses outro ataque semelhante, que dura uma semana. É nessa altura observada por um médico, que suspeita da existência de um edema papilar em início. Há quatro meses começa a apresentar perturbações da marcha e a queixar-se de perturbações da vista, perturbações mal definidas. Diz, por exemplo, que quando na escola jogava a bola, freqüentemente lhe sucedia não a ver, não conseguindo por isso apanhá-la. Um exame oftalmológico feito nessa data revelou acuidade visual normal, apesar do edema da papila ser então já nítido. As cefaleias, a princípio occipitais e intensas, tornaram-se ultimamente frontais e menos severas, mas acompanhadas de vômitos. Vomita, desde há três meses, com raras excepções, todas as manhãs. A visão começa a diminuir nitidamente há quatro meses, há três meses deixa de poder ler, há um mês praticamente cega. Há quatro meses perturbações da marcha, necessitando desde há três meses de se amparar para andar. Nas últimas três semanas nem amparada se consegue deslocar. Desde há seis semanas a família nota-lhe perturbações de carácter. Tornou-se mais infantil, não se preocupa com a sua doença, apresenta-se sonolenta. Incontinência de urinas e fezes há um mês. Alucinações auditivas durante a actual doença (?). Ataques de rigidez em extensão nas últimas três semanas. No início da doença, sentia freqüentemente formigueiros nas pernas.

Observação. — Ligeira obesidade. Sonolência, atenção difícil, mentalidade infantil e eufórica. Inteligência mantida. Cabeça volumosa, dando à percussão som de vaso rachado. Ligeira rigidez da nuca. Anósmia completa. Edema da papila bilateral (quatro dioptrias em ambos os olhos); cegueira completa. Paralisia bilateral dos rectos externos, completa à esquerda, quasi completa à direita. Convergência abolida. Hemiparesia pouco acentuada à direita, incluindo braço, perna e facial inferior. Reflexos tendinosos mais fracos à

esquerda; reflexos abdominais mais fracos à direita; reflexos plantares ambos em extensão, mas mais nitidamente à esquerda. Hipotonia generalizada. Incontinência de fezes e urinas. O número de pulsações varia muito de momento para momento. Durante uma das observações que fizemos, a doente apresentou repentinamente um *rash* eritematoso, que se manteve por quatro minutos. Foi também observado um ataque espasmódico, atingindo os quatro membros. A punção lombar revela um líquido céfalo-raquidiano, sob grande tensão, mas não contendo mais proteína do que a normal. Após a punção lombar, a doente apresenta nítida disartria, agravamento da cefaleia de localização occipital, ataques de rigidez dos membros e acentuada paresia dos movimentos conjugados dos globos oculares para a direita.

A radiografia mostra sinais de grande hipertensão intracraniana com erosão das apófises clinóides posteriores.

Trata-se de um caso de diagnóstico particularmente difícil, apresentando sintomas de localização cuja interpretação deixa grandes dúvidas.

A doente foi enviada com o diagnóstico de quisto supra-selar (tumor da bolsa de Rathke) e a observação da doente concordava em grande parte com este diagnóstico.

O estrabismo convergente, notado desde os três anos, é facilmente explicado por estigmatismo hiperométrico do olho esquerdo anteriormente observado.

À parte os ataques de cefaleia, febre e vômitos sobrevivendo há seis meses, os sintomas iniciais parecem ter sido uma ligeira obesidade, paragem de crescimento e, possivelmente, amenorreia (o que é impossível afirmar pela idade da doente). Os sintomas que se seguiram foram as perturbações da marcha e a diminuição da visão.

As perturbações da marcha foram desde início extremamente acentuadas com perda completa do equilíbrio. É sabido que, em crianças, as perturbações da marcha nos tumores do cerebello são, em regra, pouco marcadas e muitas vezes ausentes. Neste caso, pelo contrário, foram sempre muito nítidas.

As perturbações da visão, notadas há quatro meses, merecem especial atenção. A doente foi observada de início por um oftalmologista, que notou um nítido edema da papila com acuidade visual perfeitamente normal. Apesar da normalidade da visão notada pelo oftalmologista, tanto a família como a doente são precisas em indicar perturbações da visão nessa altura. Duas hipóteses principalmente devem ocorrer para as explicar: ou uma diplopia ou uma alteração dos campos visuais, que infelizmente não foram então medidos. Nada na investigação cuidada dessas perturbações nos leva a pensar na existência de uma diplopia, sendo por isso mais provável ter a doente, de início, uma hemianopsia. Este sintoma dava a suspeita de uma localização supratentorial.

A evolução posterior do caso é a de um hidrocéfalo intenso e rapidamente progressivo, possível tanto num tumor do vermis, envolvendo a protuberância, como num tumor do espaço interpeduncular.

A dor na nuca é mais própria dos tumores da fossa posterior, ao passo que a paralisia bilateral dos rectos externos indica uma localização mais anterior.

O facto dos reflexos tendinosos estarem conservados é também em favor de uma localização anterior, pois está verificada a grande frequência com que se encontram abolidos nas lesões da fossa posterior.

O aspecto da sela turca à radiografia é muito semelhante ao dos tumores da bolsa de Rathke, embora se encontrem aspectos análogos em casos de grande hidrocefalia. As variações da frequência do pulso, o rash eritematoso e a febre são também favoráveis ao diagnóstico de tumor supraselar.

A ausência de alterações do líquido céfalo-raquídio permite afastar a hipótese de gliose difusa.

A-pesar das discordâncias apontadas na sintomatologia, evolução e aspecto clínico do caso, foi pôsto o seguinte diagnóstico pré-operatório e respectivo plano de intervenção: *quistos supraselar, não calcificados, estendendo-se para trás até à parte anterior da protuberância e comprimindo os pedúnculos cerebrais, o esquerdo mais do que o direito. Se este diagnóstico for exacto, será possível remover a lesão por via transfrontal esquerda, sacrificando o nervo óptico desse lado. Os riscos a correr são grandes, dada a intensa hidrocefalia, e é extremamente improvável, mesmo com um sucesso operatório completo, haver qualquer recuperação da visão.*

Contudo, em casos anteriores, os doentes, com excepção da visão, tiveram uma cura completa, estando, portanto, a operação indicada, *pois sem ela a doente pouco tempo teria de vida.*

1.ª intervenção (Mr. Cairns). Exploração transfrontal esquerda. Encontra-se o terceiro ventrículo extremamente dilatado. Anestesia geral (protóxido de azoto + oxigénio intratraqueal).

Retalho coronal das partes moles (escalpe) e retalho ósseo lateral esquerdo. O ósso extremamente delgado em toda a extensão do retalho, consistência papirácea na região temporal.

Profundas impressões cerebriiformes no teto da órbita, onde o ósso é, em certos pontos, transparente, sendo difícil de não o perfurar ao descolar a dura-máter.

A punção ventricular revela uma pressão de 700 mm. no ventrículo direito, e depois de ser evacuado algum líquido é ainda de 400 mm. no ventrículo esquerdo.

A dura é aberta como usualmente, ao longo do rebordo esfenoidal, e os lobos frontais lenta e cuidadosamente retraídos sob a protecção de uma lâmina de guta-percha e de uma tira de celulose comprimida.

O quiasma óptico está nitidamente empurrado para a frente, vendo-se por detrás deste, após cuidada dissecação da aracnoideia, uma saliência arredondada e de tom azulado. A punção desta fornece uma grande quantidade de líquido céfalo-raquídio, não deixando dúvidas de se tratar do terceiro ventrículo extremamente dilatado.

E, pois, evidente o êrro de diagnóstico. Assegurada uma perfeita hemóstase, fêz-se o encerramento o mais rapidamente possível, preparando-se entretanto tudo para uma imediata exploração da fossa cerebelosa.

No fim da operação a doente apresentava acentuada cianose e uma pressão arterial decadente.

2.ª intervenção. — Descompressão cerebelosa. Evacuação de 60 cc. de li-

“Ceregumil”
Fernández

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

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

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

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

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

MÉTODO CITOFILÁCTICO DO PROFESSOR PIERRE DELBET

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

DELBIASE

**ESTIMULANTE BIOLÓGICO GERAL
POR REMINERALIZAÇÃO MAGNESIANA DO ORGANISMO**
Único produto preparado segundo a fórmula do Professor Delbet.

PRINCIPAIS INDICAÇÕES :

**PERTURBAÇÕES DA DIGESTÃO — INFECCÕES DAS VIAS BILIARES
PERTURBAÇÕES NEURO-MUSCULARES — ASTENIA NERVOSA
PERTURBAÇÕES CARDÍACAS POR HIPERVAGOTONIA
PRURIDOS E 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. CHAPELLE — 8, rue Vivienne, PARIS

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

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

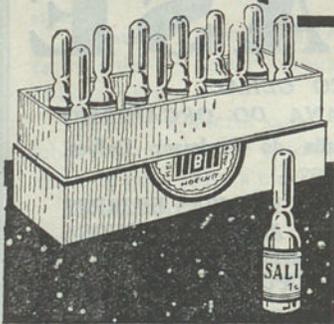
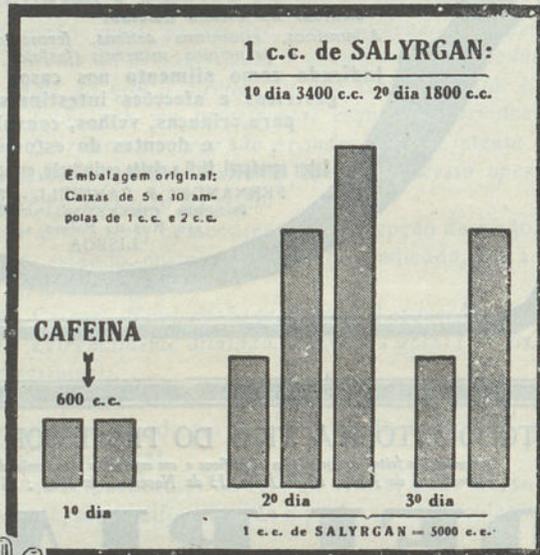
LISBOA MÉDICA

Regularização do metabolismo hídrico perturbado na insuficiência cardíaca, afecções valvulares decompensadas, fígado cardíaco, pelo

SALYRGAN

(Combinação mercurial complexa bem tolerada)

Devido ao aumento da diurese, o aparelho circulatório acha-se aliviado e d'ahi resulta uma diminuição importante das perturbações sentidas pelos doentes.



“Bayer - Meister Lucius”

LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante

«LUSOPHARMA»

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150, 3.º — LISBOA

quido xantocrômico de um grande tumor quístico do cerebello (astrocitoma?) invadindo o lobo lateral esquerdo e o vermis. Transfusão de sangue. Anestesia geral (protóxido + oxigénio).

O ósso da fossa posterior extremamente delgado. O cerebello projecta-se para fora, as lamelas cerebelosas muito alargadas, especialmente à esquerda e no vermis. De um e outro lado do vermis notam-se grandes veias engorgiadas. A cisterna magna está praticamente obliterada. As amígdalas cerebe-

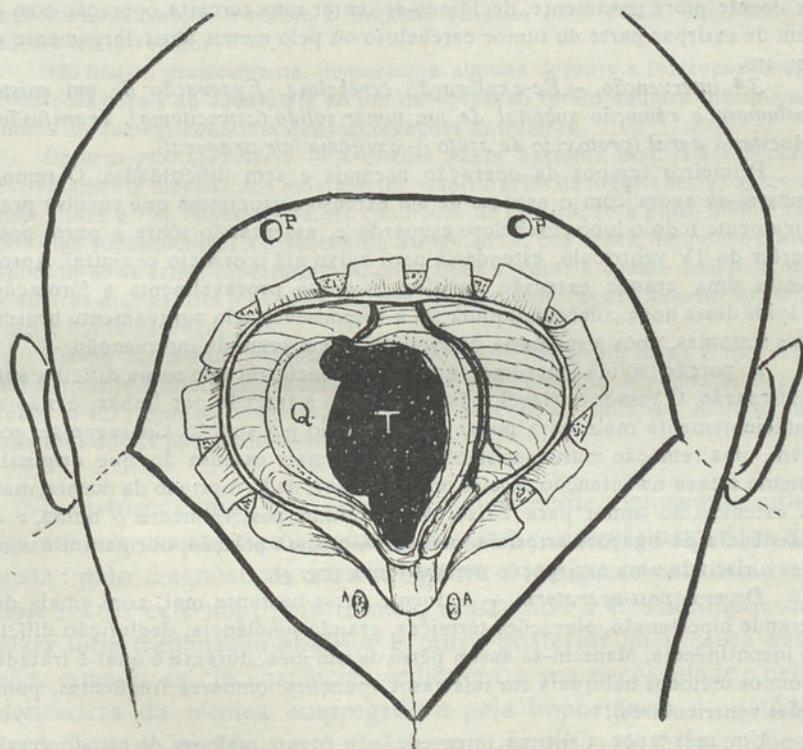


Fig. 4

Caso II. — Esquema mostrando a localização e volume do tumor na 3.^a intervenção. T — tumor sólido. Q — porção quística. P — orifício de punção ventricular. A — arco posterior do atlas cortado.

lasas insinuam-se até ao bordo superior do axis (o arco do atlas foi cortado logo de início). A amígdala cerebelosa esquerda está um pouco mais baixa do que a direita. Uma punção a meia altura do lobo esquerdo e a uns milímetros do vermis, faz sentir uma resistência a dois centímetros de profundidade. Vencida esta, a agulha penetra numa cavidade quística, de onde são evacuados um pouco mais de 60 cc. de líquido xantocrômico. Depois disto, o lobo esquerdo abate notavelmente. O estado geral da doente não permite

tentar mais nada. Faz-se-lhe uma transfusão e a ferida operatória é encerrada.

Decurso post-operatório. — A doente tem vários acessos de hipertermia e acentuada hipertensão intracraniana, necessitando freqüentes punções lombares e injecções intravenosas de solutos hipertônicos. Por vezes, sonolenta e apática, mas podendo ser despertada. Estado geral muito melhor que antes da intervenção. Apresenta agora nítidos sinais piramidais à direita e paralisia bilateral do III par. Vinte dias após as primeiras intervenções, a doente piora novamente, decidindo-se tentar uma terceira operação com o fim de extirpar parte do tumor cerebeloso ou pelo menos abrir largamente o quisto.

3.^a intervenção. — *Re-exploração cerebelosa. Evacuação de um quisto volumoso e remoção subtotal de um tumor sólido (astrocitoma). Transfusão. Anestesia geral (protóxido de azoto + oxigénio intratraqueal).*

Primeiros tempos da operação normais e sem dificuldades. O tumor mostra-se agora com o aspecto de um extenso astrocitoma que envolve praticamente todo o lobo cerebeloso esquerdo e, assentando sobre a parte posterior do IV ventrículo, estende-se para baixo até o orifício occipital. Apresenta uma grande extensão quística, e muito provavelmente a formação rápida desta nova colecção líquida foi a responsável pelo agravamento brusco dos sintomas, após a melhoria determinada pela segunda intervenção.

A porção sólida do tumor é de consistência tal que torna difícil a sua extirpação. O tumor é friável, não permitindo a tracção por linhas, e não é suficientemente mole para poder ser removido por sucção. Consegue-se, porém, uma remoção muito satisfatória, muito mais extensa do que originalmente estava na intenção do cirurgião realizar, dado o estado da doente, mas a extensão do tumor para baixo, comprimindo possivelmente o bulbo, e a existência de ligações arteriais, mantendo-o nessa posição, obrigaram a correr o risco de uma extirpação mais extensa (fig. 4).

Decurso post-operatório. — A doente passa bastante mal, com sinais de grande hipertensão, elevações térmicas, grande sonolência, deglutição difícil e incontinência. Mantém-se assim perto de um mês, durante o qual é tratada com os métodos habituais em tais casos (punções lombares freqüentes, punções ventriculares).

Um mês após a última intervenção, a doente melhora do estado geral. Não houve recuperação da visão; conhece, porém, as pessoas de família pela voz e parece estar bem, sob o ponto de vista mental. Não tem cefaleias. Dois meses e meio passados deixa de ser incontinente, senta-se já na cama; contudo, os sinais orgânicos mantêm-se, nomeadamente a paralisia bilateral do III par craniano. Resolve-se esperar para ver até onde progredirem as melhoras. Três meses após a terceira operação, como o estado geral da doente seja satisfatório, mas se mantenham os mesmos sintomas neurológicos, sem tendência a regressarem, resolve-se uma quarta intervenção para tentar extirpar o tumor restante.

4.^a intervenção. — *Re-exploração cerebelosa. Retalho osteoplástico de De Martel. Remoção total de um astrocitoma do vermis cerebeloso. Transfusão sanguínea. Anestesia geral (protóxido de azoto + oxigénio intratraqueal).*

O retalho osteoplástico de De Martel dá uma boa exposição da região. A única dificuldade da intervenção consiste, como é habitual, na difícil separação do retalho ósseo da dura-máter, à qual adere, devido às operações anteriores.

O tumor mostra-se agora de pequeno volume, pouco maior do que uma avelá, contido numa cavidade de volume aproximadamente duplo. Este resto do tumor adere ao pavimento do IV ventrículo na sua porção superior junto ao aqueduto de Sylvius. A aderência ao pavimento do ventrículo teve de ser desfeita com diatermia e com o máximo cuidado para evitar um possível edema dessa região.

Não houve, praticamente, hemorragia alguma durante a intervenção. As condições gerais da doente até ao fim da operação foram sempre muito melhores do que em nenhuma das intervenções anteriores.

Decurso post-operatório. — A doente passa bastante mal. A frequência extremamente elevada dos movimentos respiratórios dá lugar a sérias apreensões. Pulso a 170. Hipertermia. As condições de respiração e pulso melhoram nos dias subseqüentes, a hipertermia atinge 40° e, por vezes, um pouco mais. Mantêm-se as crises hipertérmicas, obrigando a tratar a doente com punções lombares diárias. Um mês após as intervenções, estas crises cessam bruscamente e a doente tem alta.

Estado da doente à saída do hospital. — Senta-se na cama e conversa normalmente. Perfeitamente continente. Não tem cefaleias. A pupila esquerda reage à luz; parece, contudo, não haver percepção luminosa. A paralisia bilateral do III par mantém-se. Anosmia.

A história clínica que muito resumidamente expusemos mostra-nos um caso extremamente interessante, sob vários pontos de vista: pelo diagnóstico, nomeadamente a intrigante paralisia dos dois rectos externos; pela técnica, mostrando a possibilidade de fazer uma trepanação anterior e outra posterior na mesma sessão, quando as circunstâncias indiquem a sua necessidade; pela delicadeza da técnica empregada e pela importância do estudo cuidadoso do estado geral do doente durante as intervenções. Este caso é ainda interessante pelas complicações post-operatórias, hipertensão, hipertermia e seu tratamento.

Não nos deteremos a apreciar estes vários assuntos, pois, por agora, interessa-nos apenas analisar as atitudes diferentes que teria um cirurgião geral e um neuro-cirurgião perante um caso como este.

Um cirurgião geral, que evidentemente supomos conhecedor das técnicas da cirurgia intracraniana, ao receber do neurologista este doente com o diagnóstico de quisto supra-selar, diagnóstico, como vimos, perfeitamente justificado, teria muito provavelmente

operado o doente de modo análogo ao neuro-cirurgião na sua primeira intervenção e, não encontrando tumor algum no local indicado, nada mais lhe restaria a fazer do que encerrar a ferida operatória e, possivelmente, informar o neurologista de que o diagnóstico estava errado. Entretanto, o doente, abandonado ao seu destino, faleceria poucas horas depois, pois é sabido ser esta a evolução na grande maioria dos casos de lesões da fossa posterior quando, por engano, se pratica uma trepanação anterior. O caso que descrevemos era particularmente grave, pois as amígdalas cerebelosas, extremamente herniadas, comprimiam o bulbo e o doente não teria certamente resistido a um novo aumento de tensão na fossa posterior não descomprimida.

A atitude do neuro-cirurgião, como vimos, foi inteiramente diferente. Informado, nas suas minúcias, dos sintomas clínicos da doente, tendo previamente encarado as várias probabilidades de diagnóstico, conhecia-lhe as deficiências e as hipóteses alternativas. Bastou, pois, colhêr mais um elemento, a dilatação do III ventrículo, para imediatamente corrigir o diagnóstico e plenamente, independente na sua conduta e inteiramente responsável pela sua actuação, operar de novo, salvando a doente.

A necessidade do estudo completo do doente pelo cirurgião que o vai operar é nítida nestes dois casos. Em qualquer dêles só a observação médica cuidadosa, ponderada discussão de diagnóstico e a adição de considerações puramente cirúrgicas, conseguiram levar a bom êxito estas intervenções.

Poderíamos multiplicar estes exemplos da necessidade da junção dos conhecimentos médicos e cirúrgicos no mesmo indivíduo, pois em todos os casos de neuro-cirurgia as considerações puramente cirúrgicas são necessárias a um diagnóstico correcto e completo, e do estudo neurológico pré-operatório e dos ensinamentos que dêle se colhe depende a conduta na intervenção operatória.

Assim, o exame pré-operatório, o emprêgo dos meios auxiliares de investigação clínica e as indicações terapêuticas, devem ser da inteira responsabilidade do neuro-cirurgião.

As palavras de Clifford Allbut, citadas por H. Cairns, pareceram-me próprias para encerrar estas considerações, a-propósito de neurologistas, cirurgiões e neuro-cirurgiões: «...insistimos em que os limites sejam marcados por escolha pessoal

dentro das linhas naturais e não por sobrevivência de leis medievais, já nos seus dias viciosas. Delas fizemos um ídolo, chamando a êste médico, àquele cirurgião. Nesta divergência não seguimos o impulso e desenvolvimento das nossas faculdades nem o caminho traçado pela natureza; e, assim, sejam quais forem a nossa capacidade, conhecimentos ou circunstâncias, há uma fronteira que não devemos ultrapassar. No exercício das nossas naturais possibilidades estamos *embaraçados* por uma regra artificial.

«Encorajar o cirurgião à ignorância de uma parte da doença que tem de tratar e obrigá-lo a receber o seu doente das mãos de um médico que, embora tenha conhecimento da enfermidade, não procura investigar as possibilidades terapêuticas e cirúrgicas, único meio de o curar, é contrário à natureza, à arte e ao senso comum».

Hospital Estefânia — Clínica Médica Pediátrica
(Director : Dr. Leite Lage)

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SÔBRE A PATOGENIA DA ICTERÍCIA FISIOLÓGICA DO RECÊM-NASCIDO

POR

CORDEIRO FERREIRA
Médico Pediatra dos Hospitais

A vasta bibliografia, dedicada à icterícia do recém-nascido, mostra bem o interesse que o seu estudo tem despertado nos médicos e investigadores e ainda a complexidade do assunto, que, hoje mesmo, após tantos trabalhos e com meios de investigação aperfeiçoados, não consegue reunir uma uniformidade de vistas.

Os modernos estudos sôbre as icterícias em geral, a sua fisiopatologia, a sua classificação, a formação hepática ou extra-hepática da bilirubina, o conhecimento das icterícias hemolíticas e hemolisínicas e ainda muito especialmente a introdução, feita por Hymans Van den Bergh, da diasoreacção de Erlich para pesquisa de quantidades mínimas de bilirubina no sôro sanguíneo, vieram trazer à icterícia do recém-nascido novos elementos e novas concepções sôbre a sua patogenia.

No estudo da icterícia do recém-nascido devemos separar nitidamente a icterícia idiopática e a icterícia sintomática infecciosa, ou por retenção. É a primeira, a idiopática, também chamada benigna, simples, ou melhor ainda, fisiológica, a que especialmente nos interessa neste trabalho.

A sua freqüência é por todos os autores considerada muito grande; já Bouchut, no seu «Tratado de doenças do recém-nascido», referia o seu aparecimento em 1/3 dos recém-nascidos, mas, classificando-a como patológica e devida a uma perturbação da circulação do fígado, em seguida à laqueação do cordão, procurava distingui-la duma coloração amarelada, fisiológica, da

pele do recém-nascido; naquela, a côr da pele era mais acentuada, as conjuntivas e a mucosa bucal eram interessadas; nesta, só a pele era atingida e duma maneira mais leve. A distinção que Bouchut pretende fazer mostra apenas formas de icterícia mais ou menos acentuadas e prova só a sua grande freqüência, depois assinalada por Cruse, em 89 0/0; por Marfan, em 80 0/0; Ada-Hirsch, 84 0/0 e Finkelstein, 97 0/0. Alton Goldbloom e Rudolf Gottlieb admitem que tôdas as crianças têm icterícia ao nascer, quer ela seja visível ou não, devendo ser considerada desde que haja um aumento de pigmento no sangue.

Já os trabalhos de Gilbert e Lereboullet mostravam uma colemia fisiológica em todos os recém-nascidos, que atingia um grama de bilirubina em 6.000 cc. de sangue e que correspondia a uma colemia maternal de 1 para 30.000.

A icterícia fisiológica do recém-nascido é sempre benigna e de desapareção rápida. O seu início faz-se, em geral, no segundo ou terceiro dia após o nascimento; é precedida de uma coloração vermelha, particularmente intensa da pele e que aparece após ser tirado o vernix caseoso, ou seja, a eritrodermia dos recém-nascidos e que para Moussous desempenha um papel importante na gênese da icterícia, pelo que lhe chamou eritrodermia icterigenia. Três hipóteses procuram explicar esta eritrodermia: uma vaso-dilatação dos capilares, provocada pela irritação da pele pelo ar ambiente; a poliglobulia habitual do recém-nascido ou a presença de hemoglobina dissolvida no sôro sanguíneo.

A coloração amarela começa na cara e no tórax, estendendo-se, depois, nos casos de maior intensidade, para o abdômen e membros. A mistura da côr amarela com a vermelha, que se vai atenuando pouco a pouco, substituída por aquela, dá à pele um carácter especial, mostrando-se, como diz Marfan, mais côr de laranja que côr de limão.

As mucosas só são interessadas nos casos mais acentuados, podendo-se constatar então a côr amarela nos bordos laterais da mandíbula superior, na saliência das apófises pterigoideas, partes que são brancas no recém-nascido, e ainda no véu do paladar.

O estado geral não é afectado e não há elevação de temperatura; o baço e o fígado estão normais; não há perturbações digestivas; por vezes, conforme descreveu Marfan, um ligeiro

edema, supra-púbico, que mais raramente se estende às pálpebras e mãos.

As fezes são bastante coradas, dum amarelo acentuado. As urinas não contêm pigmentos biliares dissolvidos, pelo menos empregando a reacção de Gmelin, nem sais biliares; Hallez, em trabalhos executados no laboratório de Marfan, encontra, contudo, bilirubina, em 50 % dos casos, com o emprêgo da reacção de Grimbert; encontra urobilina em 28 % dos casos e também com a reacção de Hay mostra sais biliares em 8 % dos casos.

É interessante salientar o facto da ausência habitual de pigmentos biliares na urina do recém-nascido, a-pesar da colemia elevada, a qual, posta em destaque pelos trabalhos de Gilbert e Lereboullet, em 1903 e 1905, é hoje confirmada pelos modernos trabalhos das escolas alemã e americana.

A sua evolução é benigna, a sua duração curta; nos casos ligeiros desaparece ao fim de seis ou sete dias; em certos casos mais acentuados, pode prolongar-se, mas não deve exceder quinze dias; segundo Marfan, uma icterícia que não tenha desaparecido por completo ao fim de vinte dias deve ser considerada como patológica.

Em autópsias de recém-nascidos ictericos, falecidos casualmente por doença intercorrente, tem-se encontrado a côr amarela, estendida a vários tecidos, especialmente às cartilagens, centros nervosos e à túnica interna das artérias; o fígado, os rins e o baço são sempre indemnes.

Os autores estão de acôrdo em aceitar a maior freqüência e intensidade da icterícia nos débeis e nos gémeos; Rocaz apresenta no seu relatório, ao Congresso de Pediatria de 1929, uma estatística de Murray, em que prova a grande influência do pêso sôbre o aparecimento da icterícia; em crianças nascidas com pêso inferior a 2,170 quilogr. a côr icterica aparecia em 100 % dos casos. Também o frio influiria bastante. A laqueação do cordão, feita tardiamente, com o fim de aumentar a massa sanguínea, torna mais freqüente e mais intensa a côr icterica do recém-nascido, segundo Porak.

A extrema freqüência da icterícia no recém-nascido, a sua benignidade, o seu rápido desaparecimento de forma a tornar o prognóstico absolutamente favorável, a inutilidade de qualquer

STAPHYLASE do D^r DOYEN

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

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

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

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

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

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

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

SPASMOSÉDINE

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

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

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

o preparado
de enxofre
líquido

Mitigal M. R.

Emprega-se em todas as dermatoses parasitárias e pustulosas, nos eczemas, nas afecções seborróicas e pruriginosas da pele.

Modo de usar: Pincelar de manhã e à tarde. Na sarna, friccionar cuidadosamente 3 dias consecutivos com o conteúdo dum frasco de 150 gr.

Não suja, quando se aplica; antiparasitário de confiança, antiflogístico, antipruriginoso.

Embalagem original:
Fracos de 75 e 150 gr.



M. R.

»Bayer-Meister-Lucius«

LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante:

»LUSOPHARMA«

Rua dos Douradores, 150, 3.ª LISBOA

terapêutica têm feito considerar este estado como um estado fisiológico.

Se duma maneira geral todos estão de acôrdo com estes pontos, as opiniões divergem na fisiopatologia, e desde os primeiros estudos, a evolução das ideas tem vindo a acompanhar mais ou menos as diferentes fases por que tem passado a icterícia em geral, e a biligenese.

*

* *

A icterícia é um sintoma, externamente caracterizado pela coloração amarela da pele e das mucosas, em virtude de uma anormal quantidade de pigmento biliar contida no plasma sanguíneo; esta antiga definição carece, na icterícia fisiológica do recém-nascido, duma certa restrição, justificada pelos actuais conhecimentos da sua patogenia e o aumento constante da bilirubina no sôro sanguíneo, embora, por vezes, em quantidade insuficiente para dar a coloração característica à pele em todos os recém-nascidos.

A bilirubina é o pigmento fundamental da bÍlis; a urobilina, pigmento biliar hidratado e reduzido, merece também um interesse especial, como veremos. Contudo, outros pigmentos acessórios, a que outrora Gubler chamava pigmentos do Hemafeismo, se podem entrever na série de anéis diversamente corados pela reacção de Gmelin e que representam produtos intermediários, ligando entre si a hemoglobina e a bilirubina.

A bilirubina tem a sua origem na hemoglobina; os glóbulos vermelhos, sujeitos a uma destruição contínua, pela renovação fisiológica de tôdas as células do organismo, libertam hemoglobina que, perdendo o ferro, se elimina pela via hepática sob a forma de bilirubina. Segundo Tannhauser, a bilirubina é um produto de oxidação do núcleo constituído pelos quatro anéis pirrólicos, sendo a fase terminal do metabolismo da hemoglobina, ou antes, do seu grupo cromático. É isómero da hematoporfirina, da qual difere, contudo, por dois princípios fundamentais: o pigmento biliar não forma com o ferro compostos salinos e as porfirinas até agora conhecidas obtêm-se por redução do pigmento hemático em um tubo de ensaio, enquanto que o pigmento biliar é um produto das oxidações intraorgânicas, sendo,

pois, a formação da bilirubina, feita à custa da hemoglobina, uma propriedade da célula viva.

Mas, ¿ em que ponto do organismo se efectua a transformação da hemoglobina em bilirubina ? Moncret (citado por Chabrol), em 1861, escreve: «Desde Galiano, duas teorias se opõem: numa, admite-se que os princípios que constituem a bÍlis existem no sangue, e o figado tem por função separá-los dêsse líquido; na outra, julga-se antes que os elementos da bÍlis são levados pelo sangue ao figado, sendo nesta glândula que ela inteiramente se forma.»

E, assim, temos colocadas, frente a frente, as duas teorias, que ainda hoje conservam os seus partidários, e que exactamente nestes últimos anos, mercê de valiosos trabalhos experimentais, têm provocado viva controvérsia: a teoria da biligenia hepática e a da biligenia extra-hepática.

A origem hepática da bilirubina foi fortemente consolidada, cêrca de 1886, pelas experiências de Minkowski e Naunyn. Estes investigadores executaram o seu trabalho em patos, a que extirparam o figado, injectando-lhes em seguida venenos hemolizantes; não conseguiram produzir icterícia, quando em animais testemunhas o aparecimento da icterícia se fazia cinco ou seis horas depois, pelo que chegaram à firme conclusão de que sem figado não há icterícia e que a célula hepática é o local exclusivo, ou quási, em que se forma a bilirubina, embora os mesmos autores admitam a possibilidade da formação extra-hepática da bÍlis, mas em mínimo grau. Faziam assim tábua rasa das concepções de Virchow, em 1847, seguidas por Langhans, em 1870, e por Quincke, em 1884, em que demonstravam a biligenia extra-hepática pela descoberta de pigmento biliar nos derrames sanguíneos das serosas e das hematomas.

Aschoff e a sua escola, retomando as velhas concepções de Virchow sôbre a origem extra-hepática da bÍlis, aperfeiçoaram-nas e, numa série de argumentos experimentais, estabelecem que o figado não é o local onde se elabora a bilirubina, sendo ela antes formada num sistema de células espalhadas no organismo, o chamado sistema reticulo-endotelial. Êste sistema, estudado por Aschoff, é constituído por células da pulpa esplênica, foliculos medulares e cordões dos gânglios linfáticos e de outras estruturas linfóides, pelo endotélio dos capilares do sistema porta (cé-

lulas estreladas de Kupfer), sendo caracterizado pela propriedade que têm estas células de fixar os corantes introduzidos no sangue em fraca concentração, pela propriedade de englobar certas partículas colóides, em forma de finos grânulos, pela sua forte capacidade de armazenagem e grande poder de regeneração. Alguns elementos figurados do sangue têm nêle a sua origem (para Piney, todos); e o pigmento biliar, segundo esta teoria, formar-se-ia aí exclusivamente, ou quási.

A bÍlis, pois, formando-se no tecido retículo-endotelial e conduzida pelo sangue, tem no fígado o seu órgão electivo de eliminação, como os rins são os órgãos eliminadores do cloreto de sódio, da ureia, do ácido úrico, sem que estas substâncias sejam elaboradas por êles.

Retomando, por indicação de Aschoff, as antigas experiências de Minkowski e Naunyn, Mac-Nee, actuando sôbre aves hepatectonizadas, às quais administra venenos hemolizantes, como a toluenodiamina e o hidrogénio arseniado, consegue, ao contrário das primitivas experiências, provocar-lhes uma ligeira icterícia.

Lepehene, trabalhando sôbre aves e Eppinger sôbre cães, bloquearam o sistema retículo-endotelial, o primeiro investigador usando colargol e o segundo, ferro, conseguindo assim que, ao proceder ao envenenamento icterigéneo, o sistema retículo-endotelial não pudesse desempenhar as funções que lhe pertencem; a icterícia não se produziu, a pesar da integridade da célula hepática. Daqui concluíram os autores que se a icterícia não aparece quando da extirpação do fígado, é mais por falta das células estreladas de Kupffer, que da célula hepática.

Lepehene, contudo, não pensa que a bilirubina se forme exclusivamente no tecido retículo-endotelial; admite a biligenia hepática; o pigmento formado na célula hepática é eliminado pelos condutos biliares, podendo ser reabsorvido e entrando na circulação quando haja lesão ou obstáculo hepático. A bilirubina formada no sistema retículo-endotelial permanece no sangue até uma dada concentração, para além da qual se faz a eliminação bilio-intestinal.

Zamorani, em face destas experiências, observa que o baço, parte importante do sistema retículo-endotelial, é, como foi demonstrado, especialmente pela escola italiana de Banti, um órgão fundamental da hemólise normal e patológica, e assim pre-

para o material biligenético que o fígado terá de, definitivamente, elaborar. Nas experiências de Mac-Nee, de Lepehene e de Eppinger, Zamorani admite que o não aparecimento da icterícia pode ser devido à falta da hemólise preparatória da elaboração do pigmento biliar ou, por outras palavras, que o fígado não elabora os pigmentos por falta de matéria prima.

Van den Bergh também observou em um doente de icterícia hemolítica que, ao ser esplenectomizado, existia no sangue da veia esplénica mais bilirubina do que em outros territórios vasculares.

Resultados idênticos obteve em icterícias experimentais empregando a fenildrasina.

Ernst e Szappayos também demonstraram a formação de bilirubina no baço, fazendo circular, em determinadas condições, sangue desfibrinado, contendo hemoglobina dissolvida, através do baço isolado.

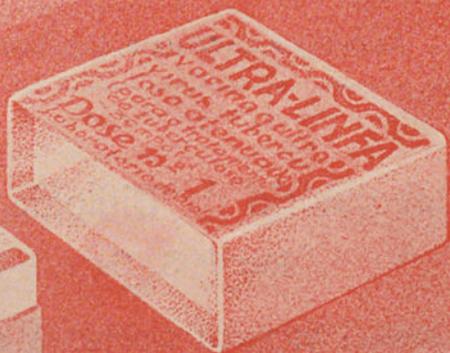
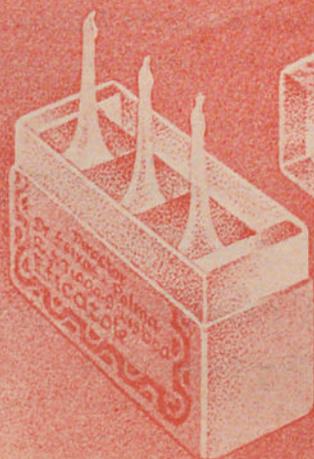
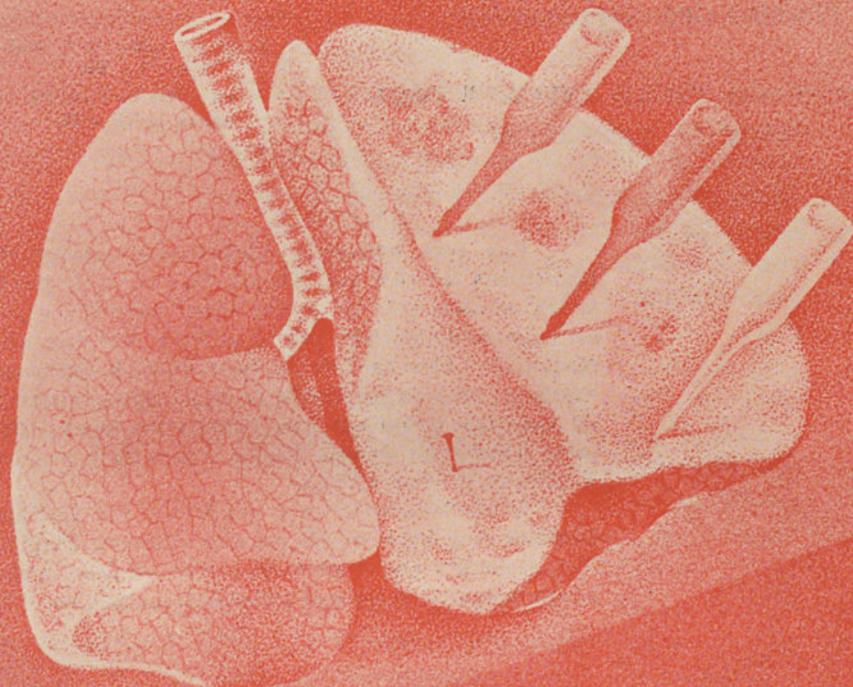
Chabrol, estudando o papel do baço na formação da bÍlis, injecta a dois grupos de cães, uns normais, em número de seis, outros, esplenectomizados, igualmente em número de seis, uma idêntica quantidade de hemoglobina por quilograma de peso e estuda a secreção da bÍlis por meio de uma fistula coledoque temporária. O estudo comparativo, nas duas séries experimentais, mostrou que a secreção biliar consecutiva às injeções de hemoglobina, seguia um igual ritmo e atingia os mesmos valores nos cães normais e esplenectomizados. Prova assim que o fígado forma a bilirubina, sem a intervenção do baço; o papel d'êste reduzir-se-ia a fornecer o material hemoglobínico. Já fizemos referência a esta hipótese, também apresentada por Zamorani.

Igualmente as concepções da Escola francesa de Widal, com Lemierre e Brulé, tendem a provar a origem extra-hepática da bilirubina, fundando-se no estudo das icterícias dissociadas, isto é, naquelas em que o organismo só está impregnado de pigmento biliar e em que não há nunca retenção de sais biliares ou de colessterina; é o tipo da icterícia hemolítica, de que falaremos adiante. Se a biligenese fôsse hepática, difficilmente, segundo os autores, se compreendia a possibilidade de uma icterícia dissociada, pois ao obstáculo que porventura pudesse existir no fluxo normal da bÍlis, devia corresponder uma reabsorção de t'oda a bÍlis elaborada pela célula hepática. Assim, só uma formação extra-hepática da bÍlis pode explicar êsse facto. Os com-

NOVO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

PELA "ULTRA-LINFIA,"

(vacina a ultra-virus tuberculoso)



NOVO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PELA

ULTRA-LINFA

(Vacina a ultra-virus tuberculôso)

APLICAVEL NAS FORMAS MEDICAS E CIRUR-
GICAS DA TUBERCULOSE

A' venda em caixas de 3 empôlas
(doses I a VI)

e em caixas de 1 empôla
(doses de VII a IX)

Este novo tratamento, resultado dos trabalhos clínicos e laboratoriais iniciados em 1930 pelo Dr. Forte de Lemos com uma vacina estudada pelo Dr. Seixas-Palma, constitui o objecto duma comunicação apresentada pelo primeiro á Sociedade de Ciencias Medicas de Lisboa em 7 de Janeiro de 1931 (1). Este novo metodo baseia-se num processo especial de atenuação dos germens filtraveis do virus tuberculôso que pela primeira vez foram descritos pelo sabio investigador Antonio Fontes e mais tarde confirmados por Vaudremer, Calmetti e Valtis.

A sua inocuidade quasi absoluta, o seu facil manêjo e a faculdade de applicação mesmo nos casos altamente febris, conferem-lhe qualidades que a põem ao alcance de todos os clínicos e a tornam applicavel em todos os períodos da tuberculose.

Amostras e literatura á disposição dos Ex.^{mos} Médicos

Laboratório de Biologia e Quimioterápia

Rua de S. Tiago, 9 — LISBOA

Depositários: VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA

Rua da Prata, 237 — LISBOA — Telefone 24928

(1) *Medicina Contemporânea*, n.º 18-30-IV-1933.

Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, n.º 6 — Junho de 1933.

põnentes biliares existem preformados no sangue; o figado só teria o papel eliminador; se há uma alteração da célula hepática, ou por intoxicação, ou por uma exagerada biligenese extra-hepática, a função eliminadora electiva do figado, para cada um dos elementos da bilis, pode estar perturbada, e, assim, dá-se uma impermeabilidade para a bilirubina, emquanto que os sais e a colessterina seguem o seu curso normal.

Sobre a ictericia dissociada, Chabrol emite a opinião de que tôda a ictericia prolongada tende para a dissociação, em proveito do pigmento, porque entre outros factores, possíveis de explicar a desapareição dos sais, há um que Chabrol julga fundamental, ou seja a ruptura do ciclo entero-hepático. Os sais biliares lançados no duodeno são reabsorvidos pela mucosa intestinal e logo transportados de novo ao figado, pela veia porta, formando assim um ciclo fechado; se qualquer obstáculo faz desviar os sais para o sangue e eliminá-los depois pela urina, dá-se o empobrecimento do organismo em sais, pois que a alimentação por si é insufficiente para produção dêles.

Mas, ainda sobre o estudo da biligenia extra-hepática, os trabalhos mais notáveis, ultimamente publicados, pertencem aos investigadores americanos Mann, Magath e Bollman, trabalhando sobre centenas de cães e prosseguindo as suas experiências durante meses seguidos. Estes autores fizeram a extirpação total do figado nesses cães, conseguindo a sua sobrevivência uns dois dias, por meio de injeções intravenosas de sôro glucosado, hora a hora. A extirpação total do figado era precedida de um certo número de outras operações preparatórias e que consistiam na formação de uma fistula d'Erk e estabelecimento de uma circulação colateral entre as veias dos membros posteriores e a veia cava, por intermédio das mamárias internas; ao fim dum certo tempo, a veia porta é laqueada junto ao figado, o qual, após algumas semanas, é finalmente extirpado. Injeções de hemoglobina foram feitas a êsses animais, e o consecutivo exame do sangue mostrou a acumulação de grandes quantidades de bilirubina. Os animais tomaram uma côr subictérica e o sôro sanguineo era amarelo.

Tannhauser e Jenke provaram, contudo, que êsse pigmento não era bilirubina, mas outro pigmento independente dos pigmentos hemáticos, a que deram o nome de xantorrubina.

Rich levou essas experiências mais longe, pois fez uma evisceração abdominal total com laqueação da aorta e veia cava inferior.

Rosenthal, Melchior e Light, repetindo estas experiências e renovando as que outrora tinham sido feitas por Naunyn e Minkowski, injectando toluidiamina, não produziram icterícia, e mesmo a colemia elevada, que aparece oito a dez horas após as injeções dêsse tóxico em animais normais, não se obtém em animais hepatectomizados, donde concluem a indispensável intervenção do figado na produção de pigmentos biliares.

Aschoff, o renovador da teoria da biligenia extra-hepática, alega que, sendo no sistema retículo-endotelial que se faz a transformação da hemoglobina em bilirubina, é ao figado que compete apoderar-se dela e eliminá-la; se o figado está lesado pelo tóxico, em vez de a eliminar, devolve-a ao sangue. Assim, as experiências de Rosenthal e seus colaboradores não os autorizam, segundo Aschoff, a concluir a biligenia hepática.

Vê-se, pois, que, a-pesar das valiosas e fatigantes experiências feitas pelos diversos autores citados, as conclusões tiradas dos seus estudos permitem argumentos que se contrapõem, de forma que as duas velhas teorias da biligenia hepática ou extra-hepática não têm ainda hoje uma solução definitiva, como aliás o maior número de problemas médicos. O próprio Rich, ainda que partidário da biligenia extra-hepática, afirma que nem as suas experiências nem as de Mann e colaboradores, podem definitivamente resolver êste assunto.

*
* *

Vejamos agora a diázo-reacção de Erlich, introduzida em clínica por Van den Bergh, e utilizada para demonstrar a presença no sangue de quantidades mínimas de bilirubina, reacção de tanto maior valor quanto serve para avaliar a possível origem hepática ou extra-hepática da bilirubina, ou, para melhor dizer, se a bilirubina encontrada no sangue passou ou não pela célula hepática. Qualquer que seja a interpretação dada pelos diversos autores, o que não deixa dúvida, e nisso todos estão de acôrdo, é que o reagente de Erlich actua diferentemente, segundo se trata de uma icterícia hepática ou não.

A reacção de Van den Bergh prova que existe sempre no

sangue do homem uma mínima quantidade de bilirubina, confirmando assim os trabalhos de Gilbert e Hersher, que, pelo método colorimétrico, por eles criado, tinham estabelecido a sua existência numa proporção, no adulto, de 1 para 36.500 e, no recém-nascido, de 1 para 6.000. Dê-se uma alteração hepática produtora de icterícia ou uma destruição anormal e maciça de glóbulos rubros e imediatamente aumentará a quantidade de bilirubina no sangue.

Duas modalidades tem, pois, pelo que deixamos dito, a reacção de Van den Bergh: uma primeira, chamada reacção imediata, directa, que aparece logo que ao sôro examinado se junta o reagente de Erlich, obtendo-se em cêrca de trinta segundos uma côr vermelha nítida—é a reacção própria das icterícias por obstrução ou de causa hepática. Uma segunda modalidade, a indirecta, ao contrário da anterior, mostra-se demorada, pouco nítida e incompleta, tornando-se no entanto completa e total, se ao líquido analisado se tem prèviamente juntado uma determinada porção de alcool absoluto—é a reacção própria das icterícias de origem hemática.

Muitos autores, sobretudo Lepehene, procedendo a numerosas buscas em líquidos contendo bilirubina de diversas proveniências e em diversos estados patológicos, obtiveram resultados que confirmam a concepção de Van den Bergh, da qual resulta um meio valioso para fazer o diagnóstico diferencial entre a bilirubinemia mecânica e a dinâmica, ou seja entre a icterícia de ordem hepática e a icterícia de ordem hemática.

Mas, sendo inegáveis estes factos, ¿ como se explicam os diferentes resultados obtidos quando se junta o reagente de Erlich a um determinado sôro, adicionado ou não prèviamente de alcool? Não há, na verdade, uma explicação definitiva.

Fiessinger, Jourdain e M^{lle} Toizoul aventam que o alcool, precipitando as substâncias albuminóides do sangue, liberta uma forma particular de bilirubina, a que chamam bilirubina dissimulada. A razão dessa dissimulação tem sido buscada por diferentes autores, que incriminam o grau de colemia, a ausência de sais biliares, a abundância de estromas globulares, o valor da globulina, a pressão osmótica, o abaixamento do pH, a estagnação da bilirubina no sangue e nos tecidos, etc.

Tannhauser e Andersen e depois Wiltmann e Jost têm estu-

dado as razões dessa diferença e concluíram que a existência das diferentes formas da reacção não justifica que se admita diversas bilirubinas, mas pode-se aceitar antes que se trata do estado físico do meio (adsorção das proteínas); parece que a bilirubina que durante muito tempo circula no sangue é adsorvida em maior proporção pelas proteínas do sangue.

*
* *

A urobilina, pigmento biliar hidratado e reduzido, foi considerada, por Hayem, o pigmento do fígado doente; a célula hepática, quando alterada, segregava urobilina em lugar de bilirubina. Modernamente, os autores da escola alemã dão menos importância à urobilina e procuram nas urinas recentemente emitidas o urobilinogénio, que ulteriormente se transforma em bilirubina, pela acção oxidante do ar ambiente.

A origem deste pigmento tem levantado, também, uma certa discussão, que no nosso estudo particularmente interessa, pois nas ictericias fisiológicas dos recém-nascidos o pigmento encontrado, por vezes, na urina é a urobilina.

A velha idea de Hayem, prejudicada pelos conhecimentos actuais, tem sido substituída por outras, sendo muito espalhada a teoria entero-hepática formulada por H. Fischer e fundamentada em primitivas experiências de Muller. Esta teoria é aceita por mestres portugueses (Mário Moreira), que julgam as outras apenas dignas de interesse histórico.

A urobilina ou, antes, o urobilinogénio, segundo esta concepção, é formada no intestino à custa da bilirubina, provavelmente por acção bacterica, sendo parte eliminada pelas fezes, outra parte reabsorvida, chegando ao fígado pela veia porta. Em condições normais, a célula hepática aproveita parte do urobilinogénio para formação do pigmento biliar, sendo a outra parte lançada de novo no intestino com a bilis; apenas uma porção mínima é lançada na circulação e eliminada pela urina, dando a chamada urobilinogenúria fisiológica; existindo alteração da célula hepática ou insuficiência hepática, o urobilinogénio passa na circulação e é eliminado pela urina; o mesmo pode acontecer quando há uma grande destruição globular, tornando-se o fígado impotente para cumprir a extraordinária tarefa a que é chamado. A esta teoria,

IODALOSE GALBRUN

IDO PHYSIOLOGICO, SOLUVEL, ASSIMILAVEL

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

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

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

P. dir folheto sobre a Iodotherapia physiologica pelo Peptoniodo.
 LABORATORIO GALBRUN, 8 et 10, Rue du Petit-Musc. PARIS

TUBERCULOSE MEDICAÇÃO BRONCHITES

CREOSO - PHOSPHATADA

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



SOLUÇÃO PAUTAUBERGE



de Chlorhydro-phosphato de cal creosotado.

**Anticarrhal e Antiseptico
 Eupeptico e Reconstituente.**

Todas as Affecções dos Pulmões e dos Bronchios.

L. PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople

GRIPPE PARIS (8º) **RACHITISMO**

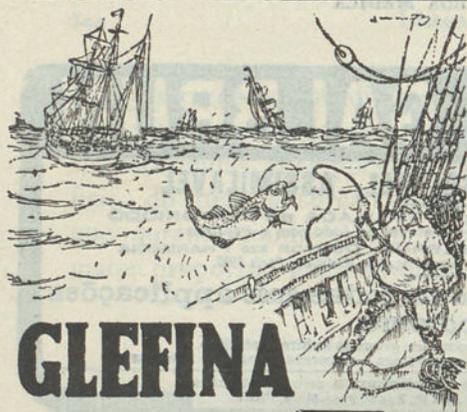
Tratamento especifico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

Glefina e Lasa



GLEFINA

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

Preparado com

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

**NÃO PRODUZ TRANS-
TORNOS DIGESTIVOS**

SABOR AGRADÁVEL



São os melhores produtos nacionais na sua classe e 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^t-Ouen près Paris

HÉMET - JEP - CARRÉ

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

que tem muitos adeptos, tem-se formulado objecções, sendo as principais a de Fischler, que, em cães com fistula biliar completa, encontrou urobilinogénio, e a de Fischler e Ottensooser, que encontraram a reacção característica do urobilinogénio nas urinas de animais com oclusão completa das vias biliares. Para estes autores a urobilina tem o seu local principal de formação no próprio fígado.

Brulé formulou uma hipótese diferente, baseado na antiga teoria de Kunkel, Engel e Kiremer, chamada teoria tissular, em que admitiam que todos os tecidos do organismo podiam fazer a transformação da bilirubina em urobilina, e nas experiências de Troisier e Lesné e Ravaut, em que pretendiam provar a origem mesmo da urobilina directamente da hemoglobina. Estes dois últimos autores, em animais aos quais injectavam água destilada, viam aparecer, conforme a dose injectada, hemoglobinúria, bilirubinúria ou urobilinúria.

Para Brulé, secundado por Widal e Lemierre, a urobilinúria não é senão a consequência da hipercolemia; para elles, quer ela derive directamente da hemoglobina ou da bilirubina, não é no intestino nem no fígado que se dá a transformação, mas em qualquer outro tecido. Para isso Brulé admite um limiar de excreção de bilirubina; enquanto ela existe abaixo de um grama por litro de sôro, não passa no rim e o organismo desembaraça-se dela transformando-a num pigmento mais difusível de limiar mais baixo, ou seja a urobilina; quando a bilirubinemia é elevada, é a própria bilirubina que passa nas urinas. Widal e Lemierre completam esta hipótese tomando em consideração o trabalho associado dos dois enuncatórios, o fígado e o rim, sendo o primeiro o normal, não apresentando qualquer limiar à bilirubina; portanto, quando há hiperbilirubinemia, aqueles órgãos, estando normais, como na ictericia hemolítica podem estar, a bilirubina escoar-se pelo fígado, seu caminho natural, enquanto pelo rim passa apenas a urobilina, produto de transformação da bilirubina, muito mais difusível.

Não se pode negar o engenho desta hipótese, que resolve muitas dúvidas, condiz com factos clínicos e experimentais, e encontra analogias com a doutrina reinante para outros elementos que existem no sangue, como, por exemplo, os cloretos e a glucose,

*

* *

Salvo pequenas *nuances* e duma maneira geral, quasi todos os autores admitem hoje três grandes grupos patogêneos das icterícias :

1.º — As icterícias mecânicas, por retenção ou ainda, para a escola de Widal, a icterícia de origem angiocólica, e são aquelas em que o obstáculo é lançado sobre os canais excretores da bÍlis, sobretudo sobre o canal coledoque ;

2.º — As icterícias de origem hepática, ou sejam aquelas que, sem obstáculo ao fluxo da bÍlis, resultam da perturbação da função excretora da célula hepática ; a este grupo pertencem quasi tôdas as icterícias de forma médica, salvo as hemolíticas, as icterícias infecciosas, tóxicas, possivelmente as emotivas, etc. ; são, como define Abrami, as que dão o syndroma de insuficiência celular ;

3.º — As icterícias hemolíticas, aquelas em que havendo um excesso de formação de pigmento biliar, principalmente de natureza extra-hepática, a função eliminadora do figado se acha excedida, sem que contudo exista, pelo menos de início, lesão deste órgão.

O primeiro destes tipos de icterícia — o tipo da icterícia de retenção — é, como vimos, o resultado de uma obstrução mecânica, representando, em patologia experimental, a laqueação do canal coledoque. Três factores principais dominam a sua etiologia no adulto : a litíase biliar, o cancro da cabeça do pâncreas e as pancreatites ; em pediatria, e sobretudo na icterícia do recém-nascido, estes factores, praticamente, não existem.

Experimentalmente, tem-se procurado produzir a icterícia lançando uma laqueação do canal coledoque ; esta experiência, realizada pela primeira vez em 1795, por Sanders, tem sido repetida por vários experimentadores, que quasi sempre obtiveram no animal a reprodução da icterícia por retenção ; contudo, alguns casos há em que tem havido fracassos, o que serviu a Haberland, primeiramente, e depois a Garnier e Prieur para contestarem a formação da icterícia por retenção, única e exclusivamente pela obstrução do canal coledoque, julgando necessária a

associação dum estado infeccioso e fundamentando-se não só em factos experimentais, mas também no conhecimento clínico de que em casos certos de obstrução litiásica do coledoque se não tem encontrado icterícia.

Os trabalhos de Haberland têm sido criticados; muitos outros autores têm encontrado sempre bilirubinemia alta, poucas horas depois da laqueação do coledoque e correspondente aparecimento de icterícia. Chabrol attribue as conclusões de Haberland ao facto dêste investigador, nas suas experiências, não ter excluído a vesícula biliar, na qual se pode acumular a bilis de forma a retardar e atenuar a sua reabsorção sanguínea.

A interpretação do mecanismo desta icterícia varia conforme os autores: para os partidários da teoria hematogénea da bilis, os pigmentos e os sais preformados no sangue não podem ser filtrados através do fígado pelo obstáculo mecânico pôsto à sua passagem e que de futuro provocará a degenerescência da célula hepática; os partidários da teoria hepatogénea da bilis admitem que a célula hepática tem dois polos: o polo biliar, que elimina para o intestino quási tôda a bilis, e o polo vascular, por onde passa a quantidade mínima que justifica a colemia fisiológica; no caso de icterícia mecânica, o primeiro deixa de funcionar e, assim, por estase, tôda a bilis reflui para o polo vascular.

A sintomatologia é característica e assenta no tripé sintomático: icterícia progressiva, urinas pigmentadas, fezes descoradas (Mário Moreira).

No recém-nascido também existe a icterícia por retenção e é, em geral, devida a uma mal formação congénita das vias biliares, consistindo ou numa ausência congénita das vias biliares, ou do seu segmento terminal, ou ainda em atresia sob a forma de um cordão fibroso. Hutinel cita o facto da existência de uma peritonite esclero-gomosa, que êle attribue à sífilis congénita.

O diagnóstico é feito pela icterícia progressiva e crónica, pelas urinas vermelhas acaju, que revelam ao exame químico uma grande quantidade de pigmentos e sais biliares, e pela descoloração das fezes.

A sua evolução é fatal e habitualmente rápida; contudo, há casos citados em que a vida se pode prolongar durante vários meses. Thompson, o primeiro autor que descreveu êste estado,

juntou 100 casos e, na sua estatística, o de maior sobrevivência chegou aos onze meses; a morte dá-se, em geral, após sonolência, prostração, convulsões e hemorragias abundantes.

O metabolismo tem sido estudado por diversos observadores em crianças com ausência ou atresia congénita dos condutos biliares; o metabolismo do nitrogénio é normal, mas há uma eliminação abundante de gordura pelos intestinos por deficiente transformação e absorção das gorduras neutras; enquanto que a secreção pancreática é normal em quantidade, a sua actividade lipolítica é diminuída pela ausência do poder activante dos sais biliares. A coagulação do sangue é retardada e o tempo de hemorragia prolongado.

A patogenia tem sido discutida; para uns, estas lesões congénitas das vias biliares são devidas a anomalias do desenvolvimento; para outros, como Rolleston, toxinas de origem materna levariam a uma colangite e conseqüente cirrose hepática.

* * *

A icterícia, hoje chamada hepática, foi durante muitos anos considerada como icterícia de obstrução; ainda há pouco mais de vinte anos, Castaigne e Chiray diziam que a icterícia com descoloração das fezes depende sempre de uma retenção, não restando dúvida que a icterícia catarral ou infecciosa está em relação com uma obstrução do coledoque.

Foram Stokes e Graves, autores ingleses, que primeiro estabeleceram para a patogenia desta icterícia a hipótese de um catarro da via gastro-duodenal, que daí se propagava ao coledoque. Virchow, adoptando esta teoria, estabeleceu que tódã a icterícia do tipo catarral é o resultado da obstrução do coledoque por rolhão de muco que, nascido por irritação da mucosa, vem obstruir o coledoque, que sendo muito estreito no ponto em que atravessa a parede duodenal, qualquer pequena tumefacção pode produzir a sua oclusão completa. Esta teoria está actualmente quasi por completo abandonada, sobretudo desde que se admite a natureza infecciosa ou tóxica destas icterícias e que a infecção ou intoxicação vêm sempre por via descendente, com lesão da célula hepática; tratar-se-ia, pois, de uma hepatite mais ou menos grave, conforme a intensidade da infecção ou

intoxicação, podendo ir desde a benigna icterícia catarral à espiroquetose ictero-hemorrágica e à atrofia aguda do fígado. Contudo; autores como Naunyn e Umber, Chabrol e outros, admitem que nem sempre é necessário a hepatite para explicar a icterícia catarral. Este último autor não pensa que uma mesma hepatite parenquimatosa presida à icterícia catarral e à espiroquetose. Naunyn e Umber estabeleceram a chamada colangia, ou seja uma infecção das vias biliares por colibacilose ou bactérias do grupo tífico, mas sem que a inflamação seja indispensável para se obter o síndrome da icterícia catarral.

Eppinger, em minuciosos estudos feitos durante a grande guerra, em soldados com icterícia e falecidos por arma de fogo, chega à conclusão de que a icterícia catarral é uma afecção parenquimatosa do fígado, podendo, em certos casos graves, ir, como já foi visto, à atrofia aguda.

Vejamos como explicam os vários autores o mecanismo íntimo desta icterícia de origem celular. Para Widal, Abrami, Lemierre e Brulé, que admitem a icterícia catarral sempre ligada a uma hepatite, e a biligenia extra-hepática, trata-se de alterações físico-químicas do protoplasma celular encarregado da excreção biliar, levando à supressão mais ou menos completa dessa função fisiológica atribuída à célula hepática.

Para Noel Fiessinger dá-se uma comunicação canaliculo-intersticial em consequência de uma fenda canalicular.

Eppinger, partidário da formação da bilis na célula de Kupfer, mostra, em detalhados exames histológicos, as alterações celulares e comunicação entre os espaços linfáticos e biliares.

Marcel Garnier nega que a icterícia seja um sinal de insuficiência hepática e apresenta um caso, que ele estudou com Roger, de um rapaz morto de varíola e em que na autópsia o fígado tinha graves lesões de atrofia e necrose celular; este rapaz nunca tivera icterícia; em contrapartida, a icterícia pode existir sem lesão anatômica do fígado; ele interpreta a icterícia como uma perturbação dinâmica que desvia a secreção externa da bilis, transformando-a numa secreção interna.

Tôdas estas concepções estão sujeitas a crítica. Argumentos vários de ordem clínica e experimental são lançados pelos defensores das diversas hipóteses, sem que o assunto esteja completamente esclarecido. Impossível é trazer aqui esses argumen-

tos, aliás muito interessantes, pois afastar-nos-iam ainda mais do estudo que temos em vista.

No recém-nascido a icterícia hepática tem uma importância que vem da sua enorme gravidade; não sendo freqüente, deve contudo pensar-se nela em circunstâncias determinadas e quasi sempre perfeitamente caracterizadas.

Há uma infinidade de espécies mórbidas descritas sob este nome, mas afinal têm todas a mesma patogenia: a septicemia do recém-nascido.

Conhecendo nós, pelo que há pouco vimos, a idea dominante, hoje, sobre as icterícias hepáticas em geral, de que são tipos extremos a icterícia catarral benigna e a atrofia aguda do figado, fácil nos é admitir a natureza infecciosa da totalidade das icterícias hepáticas do recém-nascido; sabida, como é, a pouca resistência que o recém-nascido oferece às condições do mundo exterior, elle que vinha de um meio asséptico, comprehende-se que qualquer infecção, por mais ligeira que inicialmente se mostre, tenha sobre elle um efeito gravíssimo.

Várias portas de entrada têm sido apontadas à septicemia do recém-nascido; a principal é a ferida umbilical, mesmo que localmente não apresente qualquer reacção inflammatória; também tem sido assinalada a via intestinal, especialmente por Lesage e Demelin, que descrevem uma forma semelhante às já descritas por Winckel e Buhl; as ideas actuais sobre as icterícias hepáticas parecem rejeitar esta etiologia. A pele e as vias respiratórias também têm sido, com mais ou menos fundamento, assinaladas como porta de entrada da infecção. Marfan tem incriminado a sífilis.

Seja como fôr, a sua gravidade é muito grande e o seu prognóstico quasi sempre fatal.

Aparece, em geral, ao terceiro ou quarto dia após o nascimento; a côr da pele é fortemente carregada. Não existe descoloração das matérias fecais, mas a coluria é constante. Vem sempre acompanhada de sintomas hemorrágicos graves: melenas, hematemeses, hematúria, equimoses, etc.; de sintomas digestivos, como anorexia, vômitos, diarreia, e de sintomas nervosos, como convulsões, sonolência e côma.

Acessoriamente, falamos de duas formas de icterícia do recém-nascido que, pelos seus caracteres especiais, merecem uma re-

ferência: a doença bronzeada hematúrica e a icterícia grave familiar do recém-nascido.

A primeira, também chamada doença de Charrin e Winckel, é caracterizada por duas particularidades que se juntam aos sintomas habituais da icterícia infecciosa: uma cianose intermitente, que dá à pele uma côr bronzeada, e uma hematúria constante.

A icterícia grave familiar do recém-nascido, também conhecida sob o nome de icterícia nuclear do recém-nascido, foi descrita inicialmente por Pfamemstiel e depois por Schmorl e atinge todos ou quási todos os filhos de um casal, sem que haja qualquer outro caso idêntico na restante família; aparece, em geral, no primeiro dia e vai-se agravando até à morte, sendo raríssimos os casos de cura. Os seus sintomas são os das outras icterícias infecciosas já descritas, mas junta-se uma rigidez tetaniforme, que lembra a doença de Wilson (Marfan).

À autópsia nota-se uma acentuada coloração icterica e necrose celular dos núcleos centrais do encéfalo, sendo o resto do cérebro e as meninges menos atingidos.

A sua etiologia é completamente desconhecida.

As icterícias dêste tipo dão a reacção de Van den Bergh directamente positiva.

*

*

*

Foi Minkowski quem pela primeira vez descreveu a icterícia hemolítica, apresentando ao Congresso de Medicina Interna, realizado em Wiesbaden, no ano de 1900, uma comunicação em que referia a existência de um estado patológico atingindo oito membros de uma família durante três gerações e caracterizado por côr icterica da pele e das escleróticas, esplenomegalia, urobilinúria e fezes pigmentadas; a doença era congénita, durava tôda a vida, com a qual era compatível, sem de uma maneira geral lhe acarretar graves perturbações. O autor atribuía-a a uma anomalia do metabolismo biliar, de-certo por alteração esplênica. Seguindo estas, outras observações foram apresentadas por diversos autores, começando a ser postas em evidência as alterações sanguíneas (Von Kramals); mas a contribuição mais importante foi dada, em 1907, por Chauffard, que mostrou, em dois doentes com síndrome de Minkowski, que a resistência dos glóbulos

vermelhos, quando estes adicionados a soluções salinas de concentração vária, se achava consideravelmente diminuída.

A este estigma fundamental junta Chauffard, em colaboração com Noel Fiessinger, outro, também importante: a pesquisa de numerosas hematias granulosas ou reticulócitos, e de normoblastes, mostrando assim a existência de uma hiperfunção do tecido mielóide. Aos mesmos autores deve-se também a observação de uma microcitose acentuada, que os levou a considerar este estado como uma anomalia hereditária dos glóbulos vermelhos, evidenciada pela fragilidade globular e pela microcitose.

Ao lado desta forma congénita e hereditária foi individualizado outro síndrome semelhante, já entrevisto por Hayem, em 1897, sob o nome de icterícia crónica esplenomegálica, por Vidal, Abrami e Brulé, mas a que falta o carácter familiar e congénito; deram-lhe o nome de icterícia hemolítica adquirida.

Congénita ou adquirida, é uma doença de marcha crónica com *poussées* agudas e estas duas formas apresentam em conjunto sinais característicos que se resumem em sinais ictericos, esplénicos e hemáticos.

A icterícia é geralmente pouco acentuada, salvo nas escleróticas, sem sinais de intoxicação pelos sais biliares e apresentando alternativas de agravamento; o sôro sanguíneo é sempre amarelo, com aumento de bilirubina e reacção indirecta de Van den Bergh positiva. A colessterina é normal. As fezes são sempre pigmentadas e a pesquisa da estercobilina, feita por diversos autores, mostrou-a em excesso. Nas urinas encontra-se urobilina e urobilinogéneo e ausência de sais biliares. O fígado apresenta-se quasi sempre normal em volume e consistência, algumas vezes hipertrofiado, um pouco endurecido, mas liso. As provas de exploração hepática têm sido negativas; alguns doentes sofrem de crises vesiculares dolorosas.

O exame esplénico dá, quasi sempre, um certo aumento de volume do baço, que é ainda maior quando das crises hemolíticas.

Os sinais hemáticos são muito característicos. Anemia não muito acentuada habitualmente, mas agravando-se durante as crises agudas; o valor globular é normal ou superior à unidade; anisocitose, em que se salienta especialmente a microcitose já referida. A poikilocitose e a policromasia são incertas.

Os glóbulos brancos são em número normal ou pouco aumen-

ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

Solução com a concentração de 26.13%
de 3 acetylamino 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 estabilização terapeutica)

PIAN — TRYPANOSOMIASAS — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

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

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

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

PREPARAÇÕES COLLOIDAES

(Metaes colloidaes electricos de pequenos grãos.
Colloides electricos e chimicos de metalloides ou derivados metallicos).

ELECTRARGOL

(Prata)

Ampollas de 5 c.c. (Caixa de 6 ampollas)
Ampollas de 10 c.c. (Caixa de 3 ampollas)
Ampollas de 25 c.c. (Caixa de 2 ampollas)
Frascos de 50 c.c. e de 100 c.c.
Collyrio em amp. conta-got. de 10 c.c.
Pomada (Tubo de 30 gr.).
Ovulos (Caixa de 6).

Todas as doenças infecciosas sem especificidade para o agent. pathogenico.

N. B. — O ELECTRARGOL é egualmente empregado no tratamento local de numerosas affecções septicas (Anthrax, Oites, Epididymites, Abscessos do Seio, Pleuresia, Cystites, etc.)

ELECTRAUROL

(Ouro)

Ampollas de 1 c.c. (Caixa de 12 ampollas)
Ampollas de 2 c.c. (Caixa de 6 ampollas)
Ampollas de 5 c.c. (Caixa de 3 ampollas)
Ampollas de 10 c.c. (Caixa de 2 ampollas)

ELECTROPLATINOL

(Platina)

Ampollas de 5 c.c. (Caixa de 6 ampollas)
Ampollas de 10 c.c. (Caixa de 3 ampollas)

ELECTRORHODIOL

(Ródio)

Ampollas de 5 c.c. (Caixa de 3 e 6 ampollas).

ELECTR = H_b

(Mercurio)

Ampollas de 5 c.c. (6 por caixa).

Todas as formas da Syphilis.

ELECTROCUPROL

(Cobre)

Ampollas de 5 c.c. (6 por caixa)

Ampollas de 10 c.c. (3 por caixa)

Cancro, Tuberculose, Doenças infecciosas.

ELECTROSELENIO

(Selenio)

Ampollas de 5 c.c. (3 por caixa)

Tratamento do Cancro.

ELECTROMARTIOL

(Ferro)

Ampollas de 2 c.c. (12 por caixa)

Ampollas de 5 c.c. (6 por caixa)

Tratamento do Syndroma anemico.

ARRHENOMARTIOL

(Complexo ferro colloidal + Arsenico organico)

Ampollas de 1 c.c. (12 por caixa)

COLLOTHIOL

(Enxofre)

Elixir — Ampollas de 2 c.c. (6 por caixa) — Pomada.

Todas as indicações da Medicação sulfurada.

IOGLYSOL

(Complexo Iodo-glycojenio)

Ampollas de 2 c.c. (12 por caixa)

Curas iodada e iodurada.

ELECTROMANGANOL

(Manganez)

Ampollas de 2 c.c. (6 por caixa).

Affecções estaphylo. coccicas.

LABORATORIOS CLIN. COMAR & C^{ia} - PARIS 1507

LISBOA MEDICA

*Nas crises cardiovasculares
e respiratorias a*

Coramina „Ciba“

(dietilamina do ácido piridino-beta-carbónico)

ocupa o primeiro lugar entre os
ANALEPTICOS

*Reúne em si todas as proprie-
dades da cânfora sem apresentar
nenhum dos inconvenientes dos
antigos preparados canforados.*

SUAS 4 PRINCIPAES VANTAGENS:

*É facilmente soluvel em agua, logo,
reabsorção rápida.*

*Efeitos clinicos seguros, intensos e persi-
stentes.*

*Dosagem exacta e administração tanto
por via hipodermica e endovenosa
como tambem por via interna.*

Toxidez mínima e perfeita tolerancia.



Amostras e literatura:

CATULLO GADDA, RUA DA MADALENA 126, LISBOA,
unico representante dos Productos "CIBA" em Portugal.

tados, e com mielócitos; os monócitos também estão aumentados; este aumento acentua-se durante as crises sanguíneas. Os mielócitos, normoblastos e hematias granulosas mostram bem que a destruição sanguínea se acompanha de constante renovação medular. Além das hematias granulosas, característica importante, já referida, a diminuição da resistência globular é um sinal fundamental; sabia-se já, conforme os trabalhos de Hamburger, Vaquez e Ribierre, que o sangue total, adicionado a soluções salinas, começava a hemolisar-se numa concentração de 0,46 a 0,48 % de cloreto de sódio. Na ictericia hemolítica, Chauffard viu primeiramente nos seus doentes que o início dessa hemolise já se dava numa solução a 0,66 %. Meulengracht (citado por Piney) encontrou um caso em que a hemolise se dava numa concentração de 0,86 %.

Widal e seus colaboradores têm aperfeiçoado a técnica, servindo-se de hematias desplasmatizadas e lavadas, e, pondo-as em contacto com soros humanos normais e patológicos, verificaram que essas hematias de indivíduos com ictericia hemolítica se hemolisavam enquanto as testemunhas se conservavam intactas; também usaram outras substâncias hemolizantes, como extractos de cabeças de sanguessugas e soros experimentais anti-humanos, obtidos no coelho por injecções sucessivas de hematias humanas, e verificaram que a quantidade dessas substâncias necessárias para hemolisar os glóbulos vermelhos dos ictericos era muito menor que para as hematias normais.

Ao lado dessas ictericias hemolíticas, Chauffard e Troiser têm procurado individualizar outro tipo de ictericias, que tendo a mesma sintomatologia, mostra, contudo, uma resistência globular normal, sendo antes o sôro dotado de propriedades hemolizantes. Troiser considera estas ictericias como uma modalidade da ictericia hemolítica; em ambas, existe uma hemolisina, livre nas ictericias hemolisínicas, fixada sobre os glóbulos nas ictericias hemolíticas, o que explica a diminuição da sua resistência.

Anátomo-patologicamente o figado é congestionado e pigmentado; sem lesões de angiocolite, sem lesões celulares ou de cirrose; as células mostram-se em estado de hiperactividade e com o protoplasma carregado de granulações, principalmente ferruginosas; as células de Kupffer são hipertrofiadas e mais numerosas.

O baço caracteriza-se pela sua riqueza em sangue e tem o

aspecto de um enfarte recente, pois a congestão pulpar é o seu aspecto dominante; os seios estão vazios, encerrando muito poucos elementos, e comprimidos pela massa de eritrócitos acumulada nos cordões pulpares.

A medula óssea está em plena actividade hiperplásica com lesões de intensa destruição globular e de hematopoiese.

Fígado, baço, rins e gânglios mesentéricos são a sede duma sobrecarga pigmentar intensa, por vezes.

Duas hipóteses têm sido postas frente a frente para explicar este processo patológico, que é dominado por dois factos não contestados: a anormal e excessiva hemolise e o fenómeno secundário da icterícia. É na interpretação destes dois factos que se estabelece a divergência. Para uns, trata-se de uma acção hemolítica exagerada do baço, actuando sobre glóbulos normais, para outros, são os órgãos formadores das hematias, os elementos alterados, dando origem a glóbulos patológicos.

Argumentos vários de ordem anatómica, experimental, clínica, hematológica, têm sido invocados pro e contra cada uma destas teorias, e a própria esplenectomia, tratamento de grande recurso nas formas graves de icterícia hemolítica, é interpretada e aproveitada como argumento duma e doutra teoria.

Após a esplenectomia os sinais clínicos melhoram rapidamente; a icterícia desaparece, bem como as crises dolorosas e a urobilinúria; o estado geral melhora. A anemia também se modifica, mas em duas fases: primeiro, com o aumento rápido de glóbulos vermelhos, e mais lentamente, com a subida da hemoglobina, do que resulta inicialmente um valor globular baixo; desaparecem as hematias granulosas; quanto à microcitose, os resultados são contraditórios.

A resistência globular permanece muitas vezes diminuída.

O facto de poderem persistir estas anomalias do sangue serve de argumento aos defensores da hipótese — doença dos glóbulos vermelhos — pois parece que após a esplenectomia deviam desaparecer tôdas elas; a isto objectam os partidários da hipótese hiperesplenia que o baço não sendo um «cemitério de hematias» (Panfick), actua antes, ou seja por uma hemolisina que torne frágeis os glóbulos vermelhos, ulteriormente destruídos por êle próprio, ou então directamente sobre a medula, fazendo que ela

elabore glóbulos vermelhos imperfeitos e frágeis; para estes autôres o persistirem por vezes alguns sinais hematológicos é explicado pela habitação da medula a produzir glóbulos anormais; todos estes fenómenos medulares serão, portanto, secundários. Não faltam, pois, argumentos que sendo impossível transcrever inteiramente aqui, merecem uma referência pelo enorme interesse que representa o estudo desta complexa afecção.

Quanto à icterícia, o seu mecanismo também é diferentemente explicado pelos partidários da biligenia hepática ou extra-hepática; para estes, a transformação fazendo-se no sangue, o fígado é apenas o eliminador d'este excesso de bÍlis; para os primeiros, embora não aceitem a primitiva concepção de Stadelmann sôbre o pleiocromismo da bÍlis, admitem contudo a lesão da célula hepática.

É dentro das icterícias hemolíticas que se tem, por vezes, pretendido colocar a icterícia idiopática do recém-nascido. Veremos o seu fundamento ao tratarmos do estudo patogénico desta icterícia.

As doenças de Buhl de Winckel e de Pfamenstiel, que já descrevemos ao falar das icterícias infecciosas, também têm sido por vezes colocadas, ainda que injustificadamente, dentro das icterícias hemolíticas, pois que os caracteres clínicos dessas doenças as afastam d'este estado patológico, cujos sintomas são bem definidos.

*

*

*

Expostas estas noções — muito sumárias, aliás, para o enorme interesse que o assunto desperta, mas indispensáveis para a compreensão das modernas vistas sôbre a icterícia idiopática do recém-nascido — vejamos agora, depois de uma passagem sôbre as mais importantes hipóteses patogénicas até hoje formuladas, a que ponto a concepção fisiológica actual dessa icterícia pode aproveitar dessas noções e se elas servem para definitivamente esclarecer um assunto que tem sido tão discutido.

A icterícia idiopática do recém-nascido, cujos caracteres clínicos descrevemos no início d'este trabalho, tem sofrido, na concepção da sua patogenia, tóda a influência das doutrinas reinantes em patologia hepática, e, assim, as velhas teorias conservam apenas um interesse histórico.

Cruse e Esptein, em 1880, numa época em que se conhecia só a icterícia por retenção, ou por reabsorção da bÍlis ao nível do fÍgado, emitiram a hipótese de que no recém-nascido as vias biliares se obliteram pela descamação do seu epitÍlio, a qual é semelhante à descamação fisiológica da pele do recém-nascido.

Bifck-Hirschfied supunha um edema da cápsula de Glisson que comprimia os canais biliares, de que resultava estase.

Frerich attribue a passagem da bÍlis ao sangue a uma diminuição da tensão nos capilares sanguíneos do parênquima hepático, produzida pela interrupção da circulação da veia umbilical.

Outra teoria, que teve uma certa voga, foi a de Baumés e Peter Franck, que attribuíram a icterícia a uma reabsorção do mecónio, opinião insustentável, pois que os pigmentos reabsorvidos são conduzidos ao fÍgado e aí modificados; Quincke, que sustentou esta teoria, supunha a exclusão do fÍgado, em virtude do canal de Arancius permeável ao nascer, fazer comunicar directamente a veia porta com a veia cava, e, assim, conduzindo ao sangue os pigmentos biliares reabsorvidos. Esta teoria reuniu muitos adeptos, que argumentavam com factos clÍnicos e experimentais, mas, em face de numerosas objecções levantadas, deixou de ter valor.

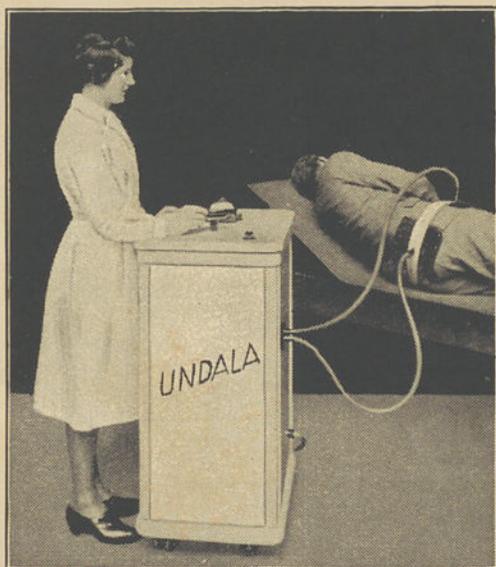
Schick, de Viena, sustentou que a icterícia é a consequência da destruição do sangue materno, especialmente do sangue que se encontra nos espaços intervilosos da placenta.

Ribemont attribuiu-a a uma laqueação tardia do cordão, que, juntamente com o descolamento da placenta, aumentava a pressão sanguínea; também a pressão sanguínea, menor no ictérico que no são, serviu a Mensi para fundamentar uma hipótese.

Porak e Durante pensaram que a icterícia idiopática era uma forma atenuada de icterícia infecciosa, devida a micróbios pouco virulentos, introduzidos pela ferida umbilical; esta hipótese também tem sido defendida por Czerny e Keller, mas sem que se generalise.

Finalmente três teorias dominam a patogenia actual dÍste estado fisiológico: a teoria hepática, a teoria hemolítica e a teoria mixta ou hemo-hepática.

As velhas teorias de que fizemos menção pertencem quasi inteiramente à idea de uma alteração hepática, quer por perturbações mecánicas ao livre fluxo biliar, quer por perturbações circulató-



UNDALA

Aparelho universal
para a terapia pelas

ONDAS
CURTAS

(Comprimento de onda: 12 m.)

e para

DIATERMIA GERAL

ELECTRO-COAGULAÇÃO, BISTURI ELÉCTRICO, ETC.

UNDALA trabalha com faiscadores.

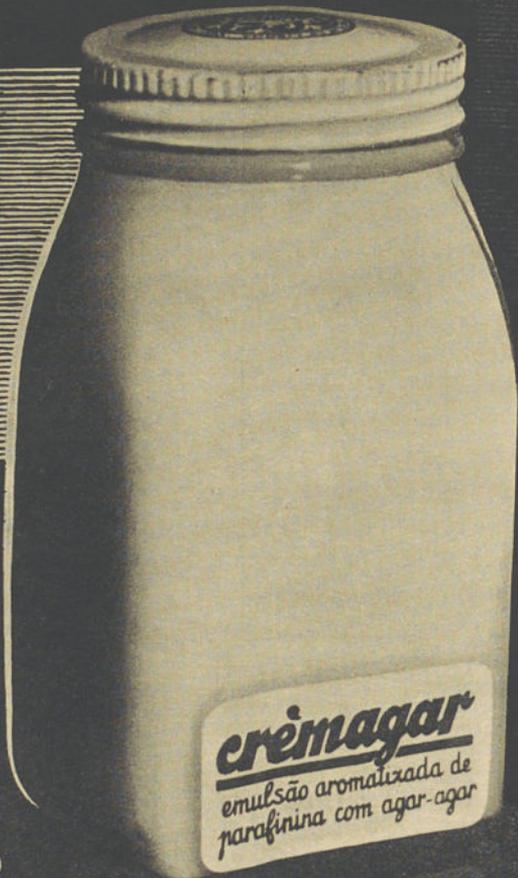
Rendimento superior a 400 watts

Electricitäts-Gesellschaft "SANITAS"
de Berlim

Em exposição permanente numa das salas do estabelecimento do seu representante, INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA, Rua Nova do Almada, 71 - Lisboa, onde também se encontram expostos os seus mais modernos aparelhos de electricidade médica:

**RAIOS X, BISTURIS ELÉCTRICOS,
MULTOSTATO E LAMPADAS
DE IRRADIAÇÃO, ETC.**

TRATAMENTO
DA PRISÃO DE
VENTRE



crémagar

EMULSÃO AROMATIZADA DE PARAFININA COM AGAR-AGAR
LAXATIVO DE ACÇÃO FISIOLÓGICA

CRÉMAGAR, devido ao agar-agar que entra na sua composição, favorece um aumento de volume do conteúdo intestinal, favorável ao funcionamento fisiológico do órgão



CRÉMAGAR, em virtude das propriedades bem conhecidas da Parafinina, lubrifica as paredes intestinais e facilita o escorregamento suave das fezes

CRÉMAGAR É TAMBÉM PREPARADO COM FENOLFTALEINA

LABORATÓRIOS DE FARMÁCIA DO

Instituto Pasteur de Lisboa

LISBOA

PÓRTO

COIMBRA

rias. Virchow, por exemplo, não distinguia a icterícia fisiológica do recém-nascido da icterícia catarral; Abrami, como Czerny, considera a infecção como causa da icterícia. Chauffard ligava a icterícia do recém-nascido a uma perturbação do funcionamento da célula hepática idêntica à que produz a icterícia em geral.

É Yilppö, contudo, hoje, o principal defensor da teoria hepatogênica, e em notáveis trabalhos procurou provar a insuficiência hepática do recém-nascido, concluindo que as funções do fígado, não estando ainda completas, impossível lhe seria corresponder ao trabalho exigido pela colemia fisiológica do recém-nascido, e de aí a icterícia.

Numerosos autores têm estudado as funções hepáticas, mas os resultados têm sido contraditórios, de-certo pelas enormes dificuldades em se obter o material necessário, como urinas, sangue, etc., e em executar um certo número de provas experimentais no recém-nascido.

A teoria hepatogênea, não servindo a grande parte dos investigadores, outra tem obtido maior favor: a chamada teoria hematogênea.

Virchow, que ulteriormente abandonou as suas primitivas concepções, foi, no entanto, o primeiro que admitiu a origem hemática da icterícia do recém-nascido, por uma excessiva destruição de glóbulos vermelhos que, libertando hemoglobina, dava nascimento a um isômero da bilirubina, a hematoidina.

Gubler, que dividia as icterícias em bilifeicas e hemafeicas, já entreviu esta última origem da icterícia dos recém-nascidos.

Os trabalhos já referidos de Minkowski e Naunyn fizeram afastar esta teoria, mas o conhecimento ulterior das icterícias hemolíticas trouxe-a de novo à ordem do dia.

Moussous e Leuret arvoraram-se em campões convictos desta forma e em trabalhos extensos têm procurado fundamentar as suas ideas. Segundo estes autores, encontra-se no primeiro dia, no sangue do recém-nascido, hemoglobina dissolvida; no segundo dia, hematina (ainda com ferro); no terceiro dia, hematoporfirina (já sem ferro).

Na fase de hemoglobinemia e hematinemia aparece clinicamente a eritrodermia, a que fizemos referência no início deste trabalho, e na fase de hematoporfirinemia aparece a icterícia; o facto de não se encontrar na urina hemoglobina ou os diversos

pigmentos senão excepcionalmente, é porque o fígado suficiente os transforma e os elimina pela bÍlis. Só em casos de insuficiência elles serão encontrados.

Chabrol contesta, alegando que Leuret errou, de-certo pelas dificuldades de técnica ao extrair sangue do calcanhar do recém-nascido, quando afirma não ter encontrado bilirubina no são; a reac o de Van de Bergh mostra bem o seu erro.

Os trabalhos que expusemos neste artigo, empregados no estudo das modernas concep es das icterícias em geral, têm-se applicado às icterícias do recém-nascido e, assim, a resistência globular, a contagem dos glóbulos vermelhos, a busca das hematias granulosas, a busca das hemolisinas, o doseamento da bilirubina no são e sobretudo a reac o de Van den Bergh, têm sido os elementos fundamentais para a edifica o da teoria hemolítica, que é hoje a que tem mais honras. Mas se muitos autores, na observa o tão interessante de tôdas estas provas citadas, têm chegado   conclusão da origem hemolítica da icterícia do recém-nascido, outros autores há que não têm obtido resultados idênticos e, assim, não encontrando os caracteres hematológicos próprios das icterícias hemolíticas, e até encontrando, como Hallez, sinais opostos hematológicos e na urina, bilirubina e sais biliares, uma nova teoria mixta hemato-hepatog nea foi estabelecida, a qual, admitindo uma hiperhemolise, possivelmente ligada a um mecanismo compensador que traz ao normal o número de glóbulos vermelhos, elevado ao nascer, julga também indispensável uma certa insuficiência, aliás transitória, da célula hepática incapaz de preencher inteiramente a sua fun o bilig nica ou eliminadora.

* * *

Embora os notáveis trabalhos sôbre as icterícias em geral e icterícias do recém-nascido, alguns dos quais procuramos aqui resumir, nos dêem a nítida impressão de que a parte principal na patogenia da icterícia do recém-nascido é de ordem hemática, podendo-se assim concluir, com Baar e Stransky, que a origem da icterícia deve depender da destrui o considerável de glóbulos vermelhos, a confusão que reina sôbre a causa ainda tão obscura d ste fen meno levou-nos a realizar algumas investiga-

ções em crianças caracterizadamente ictericas e sem ictericia aparente, recém-nascidas na Maternidade Magalhães Coutinho, para o que obtivemos a amável aquiescência do seu director, o Prof. Costa Sacadura, a quem nos é grato manifestar o nosso reconhecimento.

As buscas que effectuámos foi sobre as urinas, sobre o sangue do cordão e sobre o sangue do recém-nascido em dias successivos, fazendo a contagem dos glóbulos vermelhos (1).

Nas crianças estudadas, só um têrço apresentava ictericia aparente.

As urinas do recém-nascido icterico têm dado lugar a divergências. Se, de uma maneira geral, alguns autores que defendem a origem hemolítica da ictericia declaram que na urina nunca se encontra bilirubina ou ácidos biliares e apenas por vezes urobilina, outros há que affirmam ter encontrado bilirubina (empregando a reacção de Grimbert) e até ácidos biliares. Nas nossas buscas as urinas do recém-nascido, aparentemente icterico ou não, nunca nos mostraram nem bilirubina, nem urobilina, nem ácidos biliares; o aspecto era por vezes turvo, a reacção ácida, a albumina negativa.

No sangue do cordão procurámos a reacção de Van den Bergh, directa e indirecta, e a resistência globular.

O emprêgo da reacção de Van den Bergh no estudo da ictericia do recém-nascido veio trazer um forte argumento a favor da sua origem hemática. Esta reacção, que tem um valor enorme, apenas contestado por poucos autores, tem-se mostrado sempre indirectamente positiva em todos os casos de ictericia idiopática do recém-nascido. Nos recém nascidos que estudámos, a reacção foi procurada em todos, quer com ictericia aparente ou não; em todos elles foi igualmente indirecta, sendo completamente negativa a directa, o que condiz com a opinião de todos os autores. Prova-se assim que a bilirubina encontrada no sôro não passou pela célula hepática.

O estudo da resistência globular tem sido diversamente interpretado pelos autores.

Mademoiselle Fiot, no decorrer de buscas executadas no la-

(1) Tôdas estas análises foram feitas no laboratório do nosso serviço, com a colaboração técnica do seu encarregado, Dr. Pereira Leite.

boratório de Rocaz, conclue que todos os recém-nascidos apresentam uma resistência mínima diminuída e uma resistência máxima aumentada.

Alton Goldbloom e Rudolf Gottlieb encontraram a fragilidade globular muito aumentada ao nascer, mas, repetindo diariamente a prova, notaram um aumento da resistência progressivo, até que, ao fim de quatro dias, ela era igual à do adulto.

Hallez, no sangue do cordão, encontrou um abaixamento da resistência mínima e um aumento da resistência máxima, concluindo assim que no sangue do recém-nascido existem glóbulos vermelhos de resistência diferente.

Cathala e Daunay dizem que a resistência globular em recém-nascidos ictericos ou não, é, nos primeiros, diminuída. Segundo eles, a hemolise iniciar-se-ia em 50 ou 52 e não 48/46, como é normal. Mas estas opiniões não são unânimemente aceitas. Slim-gemderg, estudando a resistência globular, verificou, nos primeiros dias, segundo elle, pela acção dos ácidos biliares, que a resistência globular está aumentada, especialmente nos ictericos, tirando até a conclusão de que a ictericia é de origem hepática.

Mensi e Politzer também encontraram um aumento da resistência globular.

No nosso estudo sobre a resistência globular praticada com o sangue do cordão, logo depois de seccionado, e usando a técnica de Widal, Abrami e Brulé, ou seja as hematias desplasmatizadas e lavadas, encontrámos resultados que quasi se sobrepõem e em que se vê a resistência globular normal ou muito levemente diminuída, quer nos ictericos, quer nos que aparentemente não o eram.

Por exemplo, mostramos alguns casos :

RESISTÊNCIA GLOBULAR

Um caso.....	Início 0,52 ; completo 0,40
Outro caso.....	» 0,45 ; » 0,30
» »	» 0,40 ; » 0,30
» »	» 0,50 ; » 0,30
» »	» 0,45 ; » 0,35
» »	» 0,40 ; » 0,30

Dentro destas pequenas variações encontrámos sempre todos os casos.

A contagem dos glóbulos vermelhos e o estudo da fórmula leucocitária têm merecido dos investigadores aturados estudos.

O número elevado de glóbulos vermelhos do recém-nascido, após o parto e nos primeiros dias de vida, tem sido constatado por inúmeros autores.

Baar e Stransky, no seu tratado de hematologia infantil, fazem referência a esse facto e dão, ao terceiro dia de vida, o número de 6,1 milhões com 103 % de hemoglobina em crianças com icterícia, e, nas que não têm icterícia, 6,9 milhões com 113 % de hemoglobina.

Lucas encontrou um pequeno aumento de glóbulos vermelhos e de hemoglobina no recém-nascido, mas sem que se relacionasse com a icterícia.

Lippmann, num estudo detalhado, encontrou uma rápida subida do número de glóbulos vermelhos nas primeiras seis horas, seguida de uma queda que igualava o número de glóbulos na ocasião do nascimento, ao fim de quarenta e oito horas; em recém-nascidos ictericos não encontrou modificações hematológicas, mas Greil viu, ao contrário, que nos recém-nascidos ictericos existia um número dez vezes mais elevado de hematias nucleadas e Mac Morton mostrou que nos recém-nascidos todos os estados que levam à destruição do sangue davam lugar a um aumento de excreção biliar hepática.

Goldbloom e Gottlieb verificaram, em contagens feitas imediatamente após o nascimento, em sangue citratado, que existia sempre uma marcada policitemia; conservando o sangue do cordão ou no próprio sôro ou depois de lavado em sôro fisiológico, encontraram, ao fim de quatro dias, os glóbulos todos hemolisados; descreveram, em grande número, eritroblastos e hematias granulosas, os quais diminuem rapidamente, de forma que no fim de uma semana o quadro sanguíneo é quasi normal.

Rocaz, no seu relatório ao Congresso de Pediatria, em 1929, também refere a poliglobúlia passageira do recém-nascido.

No nosso estudo esta poliglobúlia foi constatada desde o segundo dia; em exames sucessivos, feitos de dois em dois dias, vimos este número elevado descer progressivamente. No segundo dia, 6.750.000 glóbulos com 110 % de hemoglobina; o número de glóbulos brancos também era alto. No quarto dia, 6.200.000 com 108 % de hemoglobina. No sexto dia, 5.600.000. No oitavo

dia, 5.300.000, ambos com 110 % de hemoglobina. Estes números representam um quadro sensivelmente igual ou com leves variantes em tôdas as crianças examinadas e não encontramos diferença sensível entre as que tinham e as que não tinham côr ictérica.

*

* *

É o grande número de resultados opostos, encontrado pelos diferentes investigadores nos seus trabalhos, e a evolução contínua dos conhecimentos médicos, que não permitem estabelecer definitivamente a patogenia d'êste estado fisiológico. No entanto, alguns factos se podem dar como resolvidos, pois que, duma maneira geral, são aceites por todos os autores: o aumento constante do número de glóbulos vermelhos, ao nascer, encontrado quer no cordão umbilical, quer no sangue periférico do recém-nascido, e a sua rápida destruição, sobretudo dos elementos não maduros de forma a trazer dentro de breves dias o quantum ao normal; a colemia fisiológica intensa já estabelecida pelos trabalhos de Gilbert e Lereboullet e confirmada pelos autores da escola alemã; finalmente, a reacção de Van den Bergh, que é constantemente positiva na sua fase indirecta e sempre negativa na sua fase directa.

Em face disto não podemos deixar de encarar como a mais plausível a teoria hemática da icterícia do recém-nascido, faltando todos os sinais próprios das icterícias de origem hepática; as provas de insuficiência hepática, tentadas por alguns autores, não têm dado resultados comprovativos, possivelmente pelas suas dificuldades técnicas. Yilppö, mesmo, que mais modernamente e em brilhantes trabalhos tem defendido a teoria hepática, supondo que em certos casos o fígado deixava passar no sangue uma quantidade considerável de bÍlis, apresentou as suas conclusões numa época anterior às modernas concepções da biligenia extra-hepática, e assim, se podemos aceitar que ao fígado possa caber uma determinada participação na produção desta icterícia, não é possível concluir, com êle, que a hemolise não tem qualquer importância na sua patogenia. Mas a teoria hemática também não explica completamente todos os casos.

Evidentemente que aceitar uma origem principalmente hemá-

HORLIC'KS

PARA AS

MÃIS QUE

AMAMENTAM

Unicos representantes para Portugal:

ESTABELECIMENTOS

JERÓNIMO MARTINS & FILHO

13, Rua Garrett, 23 — LISBOA

“Não duvidamos de que, um Leite Maltosado tal como o Horlick's Malted Milk, possuindo uma elevada quantidade de hidratos de carbono, tem uma acção estimulante sobre a secreção do leite”.

“MODERN METHODS OF FEEDING
IN INFANCY AND CHILDHOOD.”

(D. PATERSON and J. F. SMITH.)

A opinião, acima transcrita, sobre o valor do Leite Maltosado de Horlick's como galactogogo, é partilhada por muitos Médicos e Enfermeiras.

É pois de aconselhar o emprego do Leite Maltosado de Horlick's a todas as Mães que amamentam.

Fornecem-se amostras a pedido dos
Ex.^{mos} Médicos

PULMO SERUM BAILLY

Regenerador poderoso dos Órgãos Respiratorios
Medicação das Doenças

BRONCHO - PULMONARES

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

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

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

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

PÁGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes : Colónias e estrangeiro :

Ano, 60,700

Ano, 80,700

NÚMERO AVULSO : 8,700 e porte do correio

Cada numero 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.

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 alcohol.....	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 (tuberculos 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^o, Pharmas. de 1^{re} cl. Fornecedoros dos Hospitales., 20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS

tica à icterícia do recém-nascido não obriga a concluir que se trate de uma icterícia hemolítica, pois este estado, a que fizemos larga referência, tem caracteres próprios e acompanha a vida do doente, enquanto que a icterícia idiopática é um estado transitório; aquela é um estado patológico e esta, fisiológico; não se pode nem se deve estabelecer qualquer confusão. Se a sua origem hemática é indiscutivelmente devida a uma anormal hemolise, qualquer que seja a sua causa, tem um mecanismo que não se relaciona com o estado patológico conhecido por icterícia hemolítica.

Mas ¿ a que é devida a hemolise? Nós sabemos já que ao nascer existe uma policitemia acentuada que nos nossos casos se aproximava de 7.000.000 e que por outros autores têm sido encontrados números ainda mais altos. Esta policitemia inicial é explicada por autores como Harrop, pela maior necessidade de oxigénio da criança, no período intra-uterino, por dificuldade de respiração placentária; o aumento de hemátias reticuladas é interpretado pelo referido autor da mesma forma, o qual relaciona duma maneira directa o consumo de oxigénio com a percentagem desses elementos no sangue.

Wiggers considera que «o sangue materno dentro dos vasos placentários não é um sangue perfeitamente oxigenado e assim o sangue levado ao feto contém um volume mais pequeno de oxigénio do que depois do nascimento; é esse sangue que se mistura na veia cava e em seguida no coração com o sangue venoso e é evidente que os tecidos fetais recebem um sangue tendo uma tensão de oxigénio muito pouco elevada e uma reserva de oxigénio ainda mais baixa»; no entanto, o metabolismo fetal por quilo de peso corpóreo é o dôbro do do adulto (Carpenter e Murlin).

Wiggers dá mesmo um estudo comparativo da percentagem do oxigénio e do anidrido carbónico na circulação do feto e do adulto:

	%	%
	CO ₂	O ₂
Artéria umbilical.....	47	2,3
Veia umbilical	40,5	6,3
Sangue venoso do adulto.....	46	12
Sangue arterial.....	41	18

Em face disto é possível concluir, com Goldbloom e Gottlieb, que a policitemia do feto é devida à anoxemia ou seja, a expressão duma compensação por intermédio do sistema hematopoiético fetal.

A hemolise é assim interpretada por estes autores como o resultado da destruição do excesso globular pelas novas condições de vida do feto, estabelecendo-se a respiração pulmonar e, ipso facto, cessando a razão do estímulo medular; o estímulo intra-uterino, devido à anoxemia, faz também lançar na circulação glóbulos não maduros e da sua rápida e constante destruição resultaria a bilirubinemia do recém-nascido. Outras hipóteses têm sido formuladas para explicar a hemolise, como a existência de hemolisinas no sangue materno (Mitchell), o cefalematoma, o frio, a fragilidade globular ligada à debilidade congénita, etc.; todavia falta-lhes confirmação.

Não podemos deixar de achar sedutora a concepção de Goldbloom, já esboçada por Rocaz, e em que a hemolise é devida apenas a um mecanismo regulador fisiológico da adaptação de sangue à hematose extra-uterina, sem que seja preciso evocar hemolisinas ou fragilidade globular, factos inconstantes, enquanto que é certo e aceite por todos os autores que a bilirubinemia é de uma constância absoluta. Mas, aceitando como boa esta hipótese, não podemos deixar de considerar o papel do fígado. Em condições perfeitas é evidente que dessa hiperhemolise não deveria resultar a icterícia, pois que o fígado, dentro das suas funções fisiológicas normais, devia fazer ou a transformação da hemoglobina ou a sua eliminação, supondo-a já previamente transformada em bilirubina; desta forma, parece-nos mais lógico admitir, com Lereboullet, «que a função de excreção biliar não está suficientemente estabelecida para permitir a eliminação dessa biliar em excesso. Ao fim de uns dias, o fígado e os rins funcionando normalmente, a icterícia desaparece e a colemia desce ao nível normal».

Em conclusão, a icterícia do recém-nascido, aparente ou não, é um estado fisiológico constante, ligado a uma hemolise exagerada por adaptação do feto às suas novas condições de vida e para a qual o fígado, na sua função eliminadora, não está ainda inteiramente preparado.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — ASCHOFF — *Klin. Wochenschr.* N.º 22. 1924.
- 2 — BAAR und STRANSKY — *Klinische Hamatologie des Kindesalters.*
- 3 — M^{me} BERCHON — Tese de Paris.
- 4 — HYMANS VAN BERGH — *Der Gallenfarbstoff in Blute*, Leyden, 1918. *Presse Médicale*, 29:441-1921. *Deutsche Arch. f. Klin.* 110:510-1913.
- 5 — VAN DEN BERG e SNAPPER BERL — *Klin. Wochenschr.* 1915.
- 6 — BOUCHUT — *Traité des maladies des nouveau-nés.* 1878.
- 7 — BRULE — *Recherches sur les ictères.* 1922.
- 8 — CARPENTER and MURLIN — *Arch. Int. Med.* 1911.
- 9 — CASTAIGNE et CHIRAY — *Manuel des maladies du foie.* 1910.
- 10 — CHABROL — *Les ictères.* 1932. Masson.
- 11 — CHAUFFARD — *Pathogénie de l'ictère congénital de l'adulte.* *Semaine Médicale* — Janeiro de 1907.
- 12 — CHAUFFARD et FIESSINGER — *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux.* 9-XI-1907.
- 13 — CRUSE — *Arch. f. Kinderheilk.* 1880 1-353.
- 14 — EPPINGER — *Tratado de clinica moderna.* Tõmo IV.
- 15 — EPPINGER — *Die hepato lievolen Erkrankungen.* Berlim. 1920.
- 16 — ERNST e SZAPPAJOS. — *Klin. Woch.* 1922.
- 17 — FIESSINGER, NOEL — *Ictère par Effraction.* *Journal des praticiens.* 46. 1930.
- 18 — FIESSINGER, NOEL et BRODIN — *Les indications et les résultats de la spenectomie dans les ictères hemolytiques.* *Congrès français de Médecine.* 1927.
- 19 — FIESSINGER, JOURDAIN et M^{lle} TOIZOUL — *Presse Médicale.* Sept. 1930.
- 20 — FINKELSTEIN — *Tratado de las enfermedades del Niño de Pecho.* Labor. 1929.
- 21 — FISCHLER — *Physiologie und Pathologie der Leber.* Berlim. 1916.
- 22 — FISCHLER e OTTENSOOSER — *Dtsch. Arch. Klin. Med.* 146-305-1925.
- 23 — FROIN — *Hematolyse et hematogenese.* Paris. 1919.
- 24 — GARNIER, MARCEL — *Presse Médicale.* N.º 6. 1932.
- 25 — GARNIER, MARCEL et PRIEUR — *La Presse Médicale.* N.º 78. 1930.
- 26 — GILBERT et LEREBoulLET — *Société de Biologie.* 1905.
- 27 — GILBERT, LEREBoulLET et STEIN — *La cholémie physiologique chez la mère et les nouveau-nés.* *Société de Biologie.* 1902.
- 28 — GOLDBLOOM and GOTTLIEB — *Revue française de Pédiatrie.* N.º 2. 1932. *American Journ. of Dis. of child.* Vol. 38. 1-1929.
- 29 — GORINI — *Rivista di Clinica Pediatrica.* N.º 3. 1932.
- 30 — GRIEL — *Ztschr. f. Geburtsh u Gynak.* Vol. 88. 1925.
- 31 — HABERLAND — *Arch. f. Klin. Chir.* Vol. 135. Pág. 248.
- 32 — HALLEZ — *Le Nourrisson.* N.º 5. 1925.
- 33 — HAYEM — *Leçons sur les maladies du sang.* 1900.
- 34 — HARROP — *Arch. int. Med.* Vol. 23. Pág. 745. 1919.
- 35 — HIRSCH — *Zeitschr. f. Kinder.* Vol. 9. 1913.
- 36 — HUTINEL — *Traité des Maladies des Enfants.* 1909.

- 37 — KRAMHALS — Deutsch. Archw. f. Klin. Med. 1904.
 38 — LANGHANS — Virchow's Arch. Vol. 46. 1875.
 39 — LESNÉ et RAEAUT — Bulletin de la Société de Biologie. 1901.
 40 — LEPEHENE — Tratado de Clínica Moderna. Vol. 3.º Pág. 940. 1933. Erzeben f. inn med. u Kinderh. 1921.
 41 — LESEGE et DEMELIN — Revue de Médecine. 1898.
 42 — LIPPANNANN — A Morphologie and Quantitative Study of the Blood Corpuscles in the New-Born American Journ. Dis. Child. Maio de 1924.
 43 — LUCAS — Blood studies in the New-Born. Am. J. Dis. Child. Dezembro de 1921.
 44 — MAC NEE — Med. Klin. Pág. 1.125. 1913.
 45 — MAC NEE and PREISK — J. Path. and Bact. Janeiro de 1924.
 46 — MANN, BOLLMAN and MAGATH — The Formation of Bile Pigment After Total Removed of the Liver. Am. J. of Physiol. 69:393, 1924. 76:306, 1926.
 47 — MARFAN — Clinique des Maladies de la Première Enfance. Paris. 1926.
 48 — MASTER, BROWNE and ROUS — Studies on the Total Bile. J. Exper. Med. Vol. 37. 1933.
 49 — MEDDA — La Clinica Pediátrica. N.º 3. 1930.
 50 — MENSÍ — Uma nova concepção da Etiologia e da Patologia da Icterícia do recém-nascido.
 51 — MIMKOWSKI — XVIII Congress f. innere Med. 1900.
 52 — MINKOWSKI and NAUNYN. Arch. f. Expert Path. u Pharm. 1886.
 53 — MITCHELL — Hemolises in Jaundice. Am. J. of Diseses of Child. Sep. 1928.
 54 — MOREIRA, MÁRIO — Icterícias de retenção. Lisboa Médica. 1928.
 55 — MOUSSONS — De la Pathogénie de l'ictère idiopatique des Nouveau-nés. J. Méd. franç. 1908.
 56 — MULLER — Klin. Med. 1892.
 57 — PEDRINONI — Rivista de Clinica Pediatrica. 9-1930.
 58 — PFAMENSTIEL — Munch. Mediz. Woch. 1908.
 59 — PINEY — Recentes aquisições en Hematol. 1928.
 60 — POLLITZER — La Pediatrica. 1924.
 61 — PORAK — Considerations sur l'ictère des Nouveau-nés. 1878.
 62 — QUINCKE — Virchow's Arch. Vol. 95. 1884.
 63 — RICH — Bulletin of the Johon's Hopkins Hospital. Abril de 1925.
 64 — ROCAZ — Congrès des Pédiatres de Langue Française. 1929.
 65 — SCHILLING — The Blood Picture. Mosbey Company. S. Louis. 1929.
 66 — SCHMELL — Dtsch. Pathol. Gesellsch. 1903.
 67 — SLOBOSIANO — Le Nourrissoe. N.º 5. 1925.
 68 — SLINGENBERG — Tijdschrift von Geneeskunde. Pág. 1593. 1910.
 69 — TANNHAUSER — Tratado de Metabolismo e Enfermidades de Nutrição. 1932.
 70 — THOMPSON — System of Med. Vol. IV. 1908.
 71 — TROISIER — Tese de Paris. 1910.
 72 — VIDAL et LEMIERRE — Nouveau Traité de Médecine. Vol. 16. 1928.
 73 — WIGGERS — Pediatrics (Abt). Vol. III. Pág. 695.
 74 — YILPPÜ — Ztschr. f. Kinderh. 9:208-1913. Ergebn. d. Ges. Med. Vol. 5, 1924.

OS SAIS MERCURIAIS NA SIFILITERÁPIA

O emprêgo do mercúrio no tratamento da sífilis, como tôdas as práticas populares que resistem ao dobrar dos séculos, tem, na consagração dum uso empírico milenário, a melhor afirmação da sua actividade e da sua eficiência.

Os actuais progressos da ciência e da técnica não conseguiram apeak-lo do lugar de supremacia que conquistara.

Preconizado por Ed. Fournier, no seu tratado sôbre heredo-sífilis ⁽¹⁾ como *droga que deve constituir o tratamento de base da doença* nos casos de sífilis herdada da creança; apontado por Gaston Lyon ⁽²⁾ como *um maravilhoso agente terapêutico que deve ser associado em todos os casos ao tratamento arsenical*; considerado por Alfred Martinet ⁽³⁾ como *menos brutal, menos esterilizador que o arsênio, tendo uma ação mais durável e mais profunda*; permanecendo também como *tratamento de base da sífilis para este autor, porque não devemos esquecer que é o único que prestou em realidade as suas provas como proventivo do terciarismo (Darier)*, o mercúrio figura com honra ao lado duma série de drogas que, como o salicilato de sódio e os sais de quinina, tem no seu uso benéfico de dilatados anos, a sua melhor consagração

Dá-se até o caso de autores como Lacapère e Laurent, ao pretenderem demonstrar a inutilidade actual do mercúrio, afirmarem, como fazem logo na primeira página do livro que publicaram sôbre o tratamento da sífilis pelo arsênio e pelo bismuto ⁽⁴⁾, que, *em algumas circunstâncias especiais, o mercúrio parece superior às medicações mais modernas e deve ser preferido pelo menos durante algum tempo!*

De facto, os casos ultimamente publicados referentes a doentes arseno-resistentes, bem como as afirmações de inúmeros sifilígrafos de que se deve imputar aos tratamentos arsenicais intempestivos, e tantas vezes tão mal guiados, o aparecimento de muitas localizações nervosas do mal luético, são avisos suficientes para não darmos de mão a um produto que já tem um recuo de tempo de aplicação prática que falha a todos os outros...

Com a prática das injeções de sais solúveis que remonta a Hebra, Cl Hunter (1863), ficou a terapêutica mercurial da sífilis de posse dum método rigoroso que permite, sem os perigos da acumulação dos sais insolúveis, ou sem os da invariabilidade e inconstância de absorção dos métodos anteriores — inalações, fricções cutâneas, via oral — o tratamento eficaz e convenientemente doseado da avariose.

Por outro lado não têm também os graves inconvenientes das preparações bismúticas que exigem cuidados muito atentos do lado da bôca e dos rins do doente, ainda que seja só pelo poder bio-trópico que possuem de provocar o aparecimento de infecções secundárias como afirmam alguns autores — Milian; Sezari ⁽⁵⁾.

E, além de todos êstes escolhos, temos de atender bem na discussão que se estabeleceu ainda há pouco na Sociedade dos Hospitais de Paris, a-propósito das afecções cardíacas ou cardio-renais sifilíticas graves; no fim do generalizado e vivo debate que se prolongou por sessões, chegou-se à conclusão de que é necessário todo o cuidado no tratamento dêsses males, opinando muitos médicos dos mais distintos por um pequeno e vigiado tratamento mercurial.

De modo análogo, os sais do mercúrio têm indicação formal em tôdas as lesões das membranas profundas do olho ou nas alterações do nervo ótico, nas quais o uso dos arsenicais tantas vezes tem produzido catástrofes irremediáveis.

Por tudo o que fica, concluímos :

I) Não possuindo o condão de despertar reacções de Hexheimer como os arsenicais, nem bio-trópicos como os sais de bismuto, os sais solúveis de mercúrio, entre os quais é justo destacar as composições benzoicas pela sua tolerância e eficácia, têm indicações precisas e um lugar insubstituível na sífiliterapia ;

II) No tratamento da heredo-sífilis, mórmente na infância e nos casos indicados-na última reunião dos Pediatras em Genebra (6), devem ser preferidos a qualquer outro meio de tratamento ;

III) A arseno-resistência é uma das indicações para o uso do mercúrio ;

IV) Como tratamento de base, nos casos em que há necessidade de manter uma vigilância preventiva, os sais solúveis de mercúrio, mórmente os de composição benzoica, são, de todos os fármacos a empregar, os mais aconselháveis.

(1) P. Fernet et Ed. Fournier *Syphilis* Tome II vol. XX do *Traité de Pathologie Médicale* - Sergent, Rib. - Dumas et Babonneix Paris 1925.

(2) Gaston Lyon - *Traité Élémentaire de Clinique Thérapeutique* - Paris 1924.

(3) Alf Martinet - *Thérapeutique Clinique* - Paris 1926.

(4) Lacapère et Cl. Laurent *Le traitement de la Syphilis par les Composés Arsénicaux et les Préparations Bismuthiques* - Paris 1927.

(5) Sezari - *La nocidité des médications anti-syphilitiques, etc.* Presse n.º 51 pag: 1035 - 1933.

(6) Conferência Internacional de Pediatria Preventiva - Genebra 1933 - Vidè Portugal Médico n.º 5 Maio de 1933.



**Mercúrio em solução sulfo-benzoica
recente e indolor**

CONSTITUE:

a mais enérgica
a mais constante
e sobretudo a mais cómoda
medicação anti-luética

PORQUE:

é poderosamente activo
é praticamente atóxico
é absolutamente indolor **MESMO EM INJECCÃO
HIPODÉRMICA**

Peça V. Ex.º amostras enviando ao Laboratório ISIS o cartão junto

Revista dos Jornais de Medicina

Acérca da utilização terapéutica da dibromotirosina no hipertiroi-
dismo. (*Über die therapeutische Anwendung des Dibromtyrosins bei der*

Laboratório ISIS

Rua de Monsanto, 753

PORTO

já acentuado, os AA. aconselham principiar o tratamento com a diiodo, com ou sem a dibromo, mas, depois de melhoria, pode renunciar-se à primeira, durante algum tempo, e continuar o tratamento com a segunda. Se se trata dum hipertiroidismo fruste em comêço, o tratamento deve iniciar-se pela dibromotirosina. Mesmo que não se observem mëlhoras notáveis, a administração desta não foi inútil, pois, em regra, passam a ser suficientes doses mais pequenas de diiodotirosina.

Os AA. não discutem o mecanismo de acção, certamente útil, daquele preparado de Br. A hormona tiroideia tem funções complexas, influindo num grande número de processos fisiológicos. Pode dividir-se esquematicamente o quadro do hipertiroidismo em dois grandes grupos de perturbações: alterações do metabolismo e sintomas de intoxicação. Admitida tal divisão, a acção da dibromotirosina exerce-se, segundo os AA., sobretudo contra os sintomas gerais de intoxicação.

OLIVEIRA MACHADO.

Por tudo o que fica, concluímos :

I) Não possuindo o condão de despertar reacções de Hexheimer como os arsenicais, nem bio-trópicos como os sais de bismuto, os sais solúveis de mercúrio, entre os quais é justo destacar as composições benzoicas pela sua tolerância e eficácia, têm indicações precisas e um lugar insubstituível na sifiliterapia ;

II) No tratamento da heredo-sífilis, mórmente na infância e nos casos indicados na última reunião dos Pediatras em Genebra (6), devem ser preferidos a qualquer outro meio de tratamento;

III) A arseno-resistência é uma das indicações para o uso do mercúrio;

IV) Como tratamento de base, nos casos em que há necessidade de manter uma vigilância preventiva, os sais solúveis de mercúrio, mórmente os de composição benzoica, são, de todos os fármacos a empregar, os mais aconse-

Peço me enviem amostras de AGAGÊ

Nome:

Endereço:

CONSTITUE:

a mais enérgica
a mais constante
e sobretudo a mais cómoda
medicação anti-luética

PORQUE:

é poderosamente activo
é praticamente atóxico
é absolutamente indolor MESMO EM INJECCÃO
HIPODÉRMICA

Peça V. Ex.ª amostras enviando ao Laboratório ISIS o cartão junto

Revista dos Jornais de Medicina

Acérrca da utilização terapéutica da dibromotirosina no hipertiroi-
dismo. (*Uber die therapeutische Anwendung des Dibromtyrosins bei der
Hyperthyreose*), por I. ABELIN e C. I. PARHOW JUN.—*Klin. Woch.* N.º 30.
1933.

Já muito antes do conhecimento da riqueza da tiroideia em iodo se en-
saiaram os preparados de bromo no tratamento do hipertiroidismo, sem
que os resultados fôsses brilhantes.

O parentesco químico dos dois metalóides, o conteúdo relativamente
elevado de Br dos órgãos ricos em I — tiroideia e lobo anterior da hipótese
— e os resultados da experiência laboratorial chamaram de novo a atenção
para êste fármaco.

Os AA. julgam que, como para o I, para o Br deve admitir-se como im-
portante não só a acção isolada do elemento, mas também o modo como êle
se encontra no preparado administrado, quer dizer, das ligações dos átomos
de Br.

Pensando assim, procuraram averiguar qual a acção da dibromotirosina
sôbre o hipertiroidismo espontâneo e experimental.

O animal de ensaio foi o rato. A administração diária de 100 mgrs. de
dibromotirosina cinco dias antes e durante um mês de tratamento com tiroi-
deia Wellcome pôe os animais ao abrigo de sintomas de intoxicação.

A capacidade da dibromotirosina em diminuir o hipertiroidismo é tam-
bém muito útil no tratamento dêste pela diiodotirosina. Pode combinar-se a
administração dos dois preparados de vários modos. Se o hipertiroidismo é
já acentuado, os AA. aconselham principiar o tratamento com a diiodo, com
ou sem a dibromo, mas, depois de melhoria, pode renunciar-se à primeira,
durante algum tempo, e continuar o tratamento com a segunda. Se se trata
dum hipertiroidismo fruste em comêço, o tratamento deve iniciar-se pela
dibromotirosina. Mesmo que não se observem mëlhoras notáveis, a adminis-
tração desta não foi inútil, pois, em regra, passam a ser suficientes doses
mais pequenas de diiodotirosina.

Os AA. não discutem o mecanismo de acção, certamente útil, daquele
preparado de Br. A hormona tiroideia tem funções complexas, influndo num
grande número de processos fisiológicos. Pode dividir-se esquematicamente
o quadro do hipertiroidismo em dois grandes grupos de perturbações: alte-
rações do metabolismo e sintomas de intoxicação. Admitida tal divisão, a
acção da dibromotirosina exerce-se, segundo os AA., sobretudo contra os
sintomas gerais de intoxicação.

OLIVEIRA MACHADO.

Cólicas biliares de natureza alérgica alimentar, seus diagnóstico e tratamento específicos. (*Gallenkoliken*, etc.), por KARL P. V. EISELSBERG. — *Klin. Woch.* N.º 30. 1933.

Resumo do artigo :

São descritos três casos em que se verificou que a ingestão de certos alimentos (leite, ovo, tomate, etc.), provocava cólicas biliares. Êsses alimentos tornaram-se inofensivos depois da administração das peptonas específicas — des-sensibilização. Nisto se baseia a teoria da génese alérgica de muitas cólicas biliares e se indica novo caminho no tratamento dêstes casos.

OLIVEIRA MACHADO.

Sôbre a acção pancreotropa dos extractos do lobo anterior da hipófise. (*Über die Pankreatrope Wirkung von Hypophysenvordelappensextrakten*), por K. J. ANSELMINO, L. HEROLD e FR. HOFFMANN. — *Klin. Woch.* N.º 32. 1933.

Há muito que numerosas observações clínicas e anátomo-patológicas conduziram à suspeita de relações recíprocas entre o lobo anterior da hipófise e o pâncreas.

Os AA., pensando na possibilidade duma acção estimulante do lobo anterior da hipófise sôbre o pâncreas insular, semelhante às gonado e tireotropas, estudaram as modificações histológicas do pâncreas do rato após injeções de extractos daquele lobo da hipófise.

Os animais recebiam, em três dias, seis injeções de extracto, cada uma de 20 mgrs. de lobo anterior da hipófise e eram mortos no quarto dia.

Verificou-se uma série de alterações que estão de harmonia com a idea dum aumento de função do órgão insular. Assim: aumento do número e dimensões dos ilhéus, aumentado aparecimento de ilhéus pequenos recém-formados, aparecimento de células gigantes ricas em núcleos e grande vascularização.

Estas alterações iniciam-se trinta e seis horas depois da primeira injeção, quando feitas naquelas doses, e o seu retrocesso faz-se lentamente, ainda se encontrando modificações no décimo dia.

Embora com propriedades físico-químicas análogas às das hormonas gonado e tireotropas, a substância hipofisária estimulante da secreção interna do pâncreas parece não ser idêntica a estas últimas.

OLIVEIRA MACHADO.

Aumento do azoto residual nos envenenamentos graves. (*Steigerung des Reststickstoffes bei Schweren Vergiftungen*), por L. PAPPER e A. SCHECHTER. — *Klin. Woch.* N.º 32. 1933.

A observação ocasional de valores altos do azoto residual no sangue de doentes com graves envenenamentos narcóticos levou os AA. ao estudo sistemático dêste assunto.

Em material composto sobretudo por envenenamentos por óxido de carbono, lisol e ácido barbitúrico, constataram a grande freqüência dessa subida do azoto residual que, se nos casos leves não ultrapassa os limites normais, atinge, em muito pouco tempo, nos casos graves, valores que chegam a 100 mgrs. 0/0.

O que caracteriza a subida do azoto residual nestes envenenados é a rapidez do seu instalar e desaparecer, correspondente à ausência de lesões renais. Nos envenenamentos em que estas se verificam — sublimado — aquela subida e o seu retrocesso levam muito mais tempo.

Os AA. discutem o mecanismo patogénico do fenómeno, não lhes parecendo que o empobrecimento do organismo em cloreto de sódio pelos vômitos prolongados deva ser levado em conta, pois a subida observa-se também em doentes que nunca vomitaram.

Por analogia com as conhecidas perturbações do metabolismo hidrocarbonado — glicosúria e acetonúria — que se observam nos traumatismos cranianos, insultos apopléticos e também nos envenenamentos narcóticos, os AA. inclinam-se a explicar a subida do azoto residual como um processo dependente do sistema nervoso central.

OLIVEIRA MACHADO.

Metabolismo do iodo nas doenças da tiroideia. (*Iodstoffwechsel bei Schildrüsenkranken*), por L. SCHEFFER. — *Klin. Woch.* N.º 33. 1933.

Investigações do A., já comunicadas noutro lugar, mostraram que a eliminação do iodo ingerido se faz por todos os órgãos pelos quais a água deixa o organismo, intervindo, além do rim e do intestino, o pulmão e sobretudo a pele, que tem um papel muito importante.

Em condições fisiológicas a eliminação do iodo faz-se principalmente pelo rim e pele, havendo diferenças regionais quanto à importância relativa de cada um daqueles órgãos.

Ao contrário de v. Fellenberg, que pensa haver paralelismo entre o iodo ingerido e o eliminado pelo rim, o A. defende que no estudo do metabolismo iodado importa a determinação da eliminação do iodo por aqueles vários emunctórios e não só pelo rim.

O estudo da eliminação do iodo nos indivíduos portadores de bócio em regiões de endemia, dos são dessas regiões e doutras livres dela, e da de doentes de Basedow, levou-o a conclusões interessantes, que mostram a grande perturbação do metabolismo do iodo nos doentes da tiroideia.

O A. determinou a eliminação do iodo pela urina, fezes e pele e não a que se faz pelo pulmão, pelas dificuldades técnicas.

Em tais determinações verificou que enquanto nos indivíduos normais há equilíbrio entre o iodo ingerido e o eliminado, os doentes de Basedow eliminam mais iodo do que ingerem, pelo que resulta um empobrecimento do organismo naquela substância. Nesses doentes a pele tem um papel eliminador extraordinariamente activo, facto muito interessante se pensarmos na freqüência com que é atingida naquela doença.

Nos portadores de bócio endémico observa-se uma eliminação diminuída

de iodo, ficando o rim e a pele relegados para segundo plano como órgãos eliminadores, ao contrário do intestino. As fezes são por vezes extraordinariamente ricas em iodo. Trata-se, provavelmente, duma limitação da absorção do iodo ingerido.

OLIVEIRA MACHADO.

Asma brônquica é gripe. (*Bronchialasthma und Grippe*), por K. HAJÓS. — *Klin. Woch.* N.º 33. 1933.

Mais uma comunicação sobre as relações entre a asma e a gripe, estudo feito por inquérito, junto dos asmáticos, por ocasião duma epidemia daquela doença.

O A. chega às seguintes conclusões:

A peoria da asma, quando se verifica, só se observa depois de passado o período agudo febril. Durante este até os asmáticos graves se sentem bem e os ataques não aparecem durante algum tempo.

A gripe pode, como já se sabe há muito, por repetidas observações, desencadear o aparecimento da asma em indivíduos antes sãos.

Os asmáticos não têm mais propensão para a gripe que as outras pessoas.

OLIVEIRA MACHADO.

Estudos sobre a patogenia da hipertonia. (*Untersuchungen zur Pathogenese der Hypertonie*), por H. MARX e K. HEFKE. — *Klin. Woch.* N.º 34. 1933.

Um dos mais importantes problemas no estudo da hipertensão é o de saber até que ponto influem no seu aparecimento os factores humorais e os nervosos, e se é possível distinguir várias formas de hipertonia consoante o predomínio dum ou outro factor, como querem alguns autores.

A distinção, feita por Volhard, de hipertônias branca — da nefrite aguda e rim retraído secundário — e rubra — hipertonia essencial — é baseada em razões de ordem clínica e achados laboriais sobre a existência de substâncias hipertensoras no sangue de alguns hipertensos e a sua falta noutros.

Bohn constatou que o sangue dos hipertensos brancos de Volhard, ao contrário dos rubros, contém substâncias extraíveis pelo alcool, que aumentam nitidamente a tensão do animal de ensaio, pensando que tais substâncias são causadas pelo processo renal.

Os AA. repetiram os ensaios de Bohn, mas utilizaram um método diferente, que crêem mais vantajoso. Em vez de narcotizarem e curarizarem os animais, habituam-nos à prática dos ensaios, de modo que quando são utilizados para experiência já não há a contar com reacções do animal por se ver preso e ser injectado. Além disso, a medição da tensão é feita com uma braçadeira especial de Riva-Rocci.

As injecções dos extractos foram feitas, ora na veia jugular, ora na artéria ilíaca, sem diferença apreciável.

Utilizando sangue de indivíduos sãos, a tensão do animal não se altera.

A injeção de sangue de doentes de hipertonia essencial não determina modificações apreciáveis. A descida de tensão, observada regularmente por Bohn, nos ensaios com sangue destes doentes, observaram-na os AA. com irregularidade, pouco apreciável e interpretam-na como reacção do animal à injeção, dada a sua curta durabilidade.

A injeção de sangue de doentes de nefrite aguda e rim retraído secundário é altamente hipertensora, mas entre a altura e evolução da pressão de sangue do doente e a natureza e gravidade das lesões renais não há qualquer relação com a extensão do efeito determinado no animal.

No sangue dos hipertensos por retenção de urinas encontraram também substâncias hipertensoras, bem como no dos epilépticos — colheitas feitas durante ou pouco antes dos ataques.

OLIVEIRA MACHADO.

Fractura das apófises transversas das vértebras lombares. (*Fractura de las apófisis transversas de las vertebras lombares*), por LELIO O. ZENO. — *Sociedad de Cirugia de Buenos-Aires, Sesión del 26 de Julio. Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugia de Buenos-Aires. Tomo XVII. N.º 16. Págs. 707-711.*

Com o estudo radiológico sistemático, que se faz hoje nos grandes centros de traumatologia, a frequência das fracturas das apófises transversas lombares foi posta em relevo.

Sobre o seu mecanismo de acção, quer indirecto, o mais frequente, quer directo, assim como a sua anatomia patológica e sintomatologia, existe entre os especialistas um acôrdo geral, razão pela qual o A. dêles se não ocupa presentemente.

O tratamento mereceu considerações dissidentes que hoje, sem dúvida, tendem a uniformizar-se. Alguns cirurgiões iniciaram uma terapêutica cruenta, precoce e sistemática, consistindo na extirpação do fragmento distal da apófise fracturada. Devido ao trabalho que dá chegar ao foco, profundamente alojado na região lombar, assim como, à frequência com que o acidente origina simultaneamente a fractura de várias apófises e às vezes de ambos os lados da coluna, o que obriga a grandes desbridamentos, a tendência geral, hoje, é de fazer um tratamento ortopédico, pois que o repouso horizontal, em cama dura, as applicações quentes e a massagem gradual conseguem quasi sempre suprimir a dor e consolidar a fractura em dois ou três meses. Excepcionalmente, persiste uma pseudartrose definitiva, perfeitamente tolerável e se se liquidaram, com uma terapêutica oportuna, os sintomas concomitantes ao processo de fractura, hematoma, edema traumático, contractura.

Não está de todo posta de parte a cirurgia em face desta lesão. A sua indicação é precisa nas circunstâncias em que se ignorou a lesão óssea e se não fêz o repouso reparador indispensável no seu devido tempo. É então que um calo hipertrófico pode ocasionar perturbações sérias e permanentes, como o do caso que o A. apresenta na sua comunicação. Este facto é mais frequente quando a fractura da apófise transversa da vértebra lombar possa ser conse-

cutiva a uma fractura vertical da bacia. Ao subir, a bacia fracturada decapita a aludida apófise.

A vizinhança íntima entre a apófise transversa da vértebra lombar e os elementos que constituem o plexo lombo-sagrado, faz com que o deslocamento dos fragmentos ósseos no caso descrito, ou a hiperostose consecutiva, irrite os troncos nervosos citados, provocando uma nevralgia cuja persistência exige a ressecção do foco.

A intervenção só deve ser decidida uma vez afastada a hipótese duma ciática de qualquer natureza.

MENESES.

Artropatia hemofílica. (*Artropatia hemofílica*), pelos Drs. FEDERICO E. CHRISTMANN e JUAN JOSÉ MOREDA. — *Sociedad de Cirugia de Buenos-Aires. Sesión del 16 de Agosto. Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugia de Buenos-Aires.* Tômo XVII, N.º 10. Págs. 802-809.

Os AA. apresentam um caso interessantíssimo de gonite hemofílica. Sobre êle bordam algumas considerações dignas de reflexão.

O principal interesse da artropatia hemofílica, para o cirurgião, é de índole diagnóstica. O doente apresentado pelos AA. foi enviado ao seu serviço com o diagnóstico de osteoartrite bacilosa do joelho, e baseava-se no aspecto do doente, no estado geral, na idade, no antecedente de uma lesão articular análoga que foi tratada como bacilosa e que curou, deixando uma grande limitação de movimentos, no estado actual dum dos vértices pulmonares, na tumefacção fria articular, na atrofia das massas musculares da coxa e da perna e na adenopatia inguinocrural. Uma investigação mais rigorosa junto da família pôs os AA. na pista duma artropatia hemofílica, que confirmaram pelo exame hematológico, pela radiografia, pela evolução de outras artropatias e, finalmente, pela punção.

Radiograficamente, o doente apresenta uma articulação do joelho com alterações no esqueleto, na entrelinha articular e nas partes moles da articulação.

O fémur apresenta alterações em ambos os côndilos e no sulco intercondilóideo. A superfície articular apresenta ondulações em ambos, principalmente no interno, onde se esboça uma pequena sombra opaca aplanada, que pode interpretar-se como uma necrose da cartilagem; o bordo interno dêste mesmo côndilo mostra alterações duma artrite deformante de tipo produtivo, lesões que se observam também no bordo interno do côndilo externo e no bordo externo do *plateau* tibial.

O sulco intercondiliano está irregular. A rótula está ulcerada na sua superfície articular, mostrando um desgaste que perfura a cartilagem e invade o osso subcondral.

A entrelinha articular aparece um pouco diminuída do lado interno e apresenta, ao nível do sulco intercondiliano, uma sombra difusa, que aparece isolada do esqueleto.

Na radiografia lateral põe-se em evidência, com tôda a nitidez, a cápsula, cujos limites aparecem sombreados e desenham o fundo de saco subquadri-

cipital e o fundo de saco posterior. Abaixo da rótula vê-se uma sombra, que corresponde aos fundos de saco látero-rotulianos e feixe adiposo.

Este quadro radiográfico é típico da artropatia hemofílica. Freund deu a base anátomopatológica das alterações observadas: a sinovial hiperplasia-se e infiltra-se com grandes quantidades de pigmentos sanguíneos, cujo conteúdo em ferro é a causa das sombras que se observam na vizinhança articular. A cartilagem sofre alterações regressivas que a levam à necrose e eliminação, dando origem a perdas de substância em forma de cartas geográficas, obedecendo a processos destrutivos de natureza endostal e periostal, segundo se origina o derrame por cima ou por baixo da superfície cartilaginosa. Aparecem também lesões de artrite deformante secundária.

A punção revelou a presença de sangue líquido. Aprofundando ainda mais o diagnóstico diferencial, poder-se-iam recordar algumas outras doenças que dão lesões articulares semelhantes, tais como as artropatias purpúricas, que se diferenciam facilmente pelo seu quadro hemático e pelo seu estado local. O diagnóstico diferencial, com outros processos articulares, como o reumatismo articular agudo, a artrite supurada, a artrite blenorragica, a artrite sililítica, a hemartrose traumática, etc., não oferece maiores dificuldades, razão pela qual se não cita.

Em geral, a artropatia hemofílica evoluciona seguindo os três períodos descritos por Koenig: 1.º hemartrose, 2.º panartrite e 3.º seqüelas (deformidades, anquiloses, etc.), todos êles paralelamente com a enfermidade causal.

O tratamento instituído a êste doente consistiu numa terapêutica local e geral.

Localmente, repouso em goteira almofadada com algodão, com o fim de facilitar a reabsorção sanguínea, que se faz muito mais rapidamente nas hemartroses hemofílicas do que nas hemartroses sem aumento do tempo de coagulação, como se observou clinicamente e foi demonstrado por Israel.

Como tratamento geral da hemofilia, administraram cálcio endovenoso, hepatol, sôro antiférrico e sôro da mãe. O doente melhorou rapidamente, o tempo de coagulação baixou a 17 minutos e não se repetiram, até à data da comunicação dos AA., os derrames articulares, conservando-se a mobilidade articular no joelho.

Actualmente estudam outros tratamentos, como o extracto total de ovário e a transfusão do sangue materno durante o período menstrual (Bernstein), não podendo ainda pronunciar-se sôbre os resultados.

Uma bibliografia completa a comunicação e lamentamos não ver nela incluído o excelente livro de Schlossmann, publicado na *Neue Deutsche Chirurgie*.

MENESES.

Algumas surpresas da hemartrose traumática do joelho. (*Quelques surprises de l'hémartrose traumatique du genou*), por ANDRÉ TREVES (Paris). — *Bulletins et Mémoires de la Société Belge d'Orthopédie*. Tôm. V. N.º 5. Págs. 159-161. Maio de 1933.

As lesões concomitantes da hemartrose traumática do joelho podem ser complexas e variadas. As que se acompanham de modificações das relações

normais são bastante fáceis de reconhecer: fracturas das rótulas, das extremidades femurais ou tibiais, ruptura do tendão quadrícipital ou rotuliano, luxações do joelho ou da rótula, cujos diagnósticos a radiografia pode precisar.

Quando se não verifique deformidade, não se deve sempre concluir por uma simples entorse e as radiografias de frente e lateral podem mostrar uma fractura parcelar dos côndilos femurais, das espinhas, dos *plateaux* tibiais, um arrancamento das inserções dum ligamento cruzado ou lateral, do tubérculo de Gerdy, etc.

Até com uma radiografia negativa, um exame clínico bem conduzido pode permitir-nos destrinçar a ruptura dum ligamento, duma asa, rasgamento de menisco, etc.

Há também acidentes tardios que se podem produzir: corpos estranhos articulares, artrites, ossificação post-traumática paracondiliana interna (Peligri-Stieda), espessamento inflamatório do ligamento adiposo (doença de Hoffa).

O A. apresenta duas observações. Se se fizesse sistematicamente a radiografia de tôdas as hemartroses, seria possível ver que quasi tôdas são fracturas mais ou menos completas e que estas fendas não são tão raras como se pensa (Maffei).

MENESES.

Diagnóstico das osteoartrites tuberculosas pela biopsia ganglionar.

(*Diagnostico de las osteoartrites tuberculosas por biopsia ganglionar*), por CARLOS E. OTTOLENGHI. — *Sociedad de Cirugia de Buenos-Aires*, relato lido na sessão de 2 de Agosto. *Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugia de Buenos-Aires*. Tôm. XVII. N.º 17. Págs. 727-730.

A tuberculose óssea e articular, representada anátomo-patologicamente pelo processo da infiltração, o tubérculo enquistado ou a cárie, exteriorizam-se por uma série de sintomas biológicos e funcionais, aos quais a radiografia junta a sua colaboração imprescindível, formando quadros clínicos nos quais o êrro de diagnóstico é indiscutivelmente difícil (?).

Os sintomas de reacção geral e os que acompanham localmente a articulação doente, caracterizados pela modificação da forma, a limitação dos movimentos, a dor à pressão, a hiperplasia do tecido gordo, a atrofia muscular e a adenopatia, orientam o clínico e facilitam o diagnóstico, que, por outro lado, se completa com as reacções tuberculinicas e de fixação e com a radiografia. Existe, porém, uma proporção de erros de diagnóstico que, segundo Johanssen, é de 50% a 64%, segundo Sorrel, é de 31% e, segundo De Forrest, de 16%.

O A. propõe fazer-se uma biopsia da adenopatia satélite da lesão, escolhendo os gânglios inguinais para o membro inferior, o supraepitrocLEAR e os axilares e às vezes os supraclaviculares para o membro superior.

Estuda em detalhe a forma e a direcção da infecção. Sargent diz que a adenopatia deve considerar-se secundária ao tubérculo inicial, isto é, que a infecção se faz da periferia para o gânglio e não ao contrário.

Extraído o gânglio, submete-o :

1.º — Ao exame microscópico directo, pelo método de Ziehl, para a pesquisa de bacilos.

2.º — Culturas no meio de Petroff.

3.º — Com um pedaço do gânglio fazem-se preparações anátomo-patológicas.

4.º — Faz-se uma maceração com o gânglio e inocula-se na cobaia.

Passa em revista a casuística de trinta e dois doentes. Em dezassete casos a tuberculose foi demonstrada biologicamente.

Em sete doentes com lesões não bacilosas, os resultados foram negativos. Em oito casos duvidosos, a biopsia ganglionar foi negativa, posto-que fizesse o diagnóstico de coxalgia num caso e de gonite noutro.

Os restantes tinham outras etiologias.

Termina : se se consideram dezanove casos tuberculosos, dezassete confirmados histologicamente e dois pelo exame clínico radiográfico e a evolução, a-pesar da negatividade das reacções, a biopsia foi positiva quinze vezes ou seja 78,94 %.

Conclusões a que chega :

1.ª — A biopsia ganglionar é um método de exame de grande valor para fazer o diagnóstico das lesões tuberculosas ósteo-articulares.

2.ª — Pela sua inocuidade e alta percentagem de resultados positivos deve ser preferida a biopsia directa das lesões.

3.ª — Permite afirmar o diagnóstico em lesões sem derrame.

4.ª — Num grande número de casos é o único resultado positivo que se obtém.

5.ª — É um processo que merece ser tido em conta e de que ulteriores observações, baseadas na própria experiência e na alheia, permitirão estabelecer o valor real.

MENESES.

A nevríte óptica provocada pelos preparados arsenicais pentavalentes, por A. SÉZARY e P. DE FONT-RIALUX. — *Bull. et Mém. de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. N.º 32. 19 de Dezembro de 1932 (referata da *Revue Neurologique*. Maio de 1933).

O arsénio pentavalente é hoje empregado correntemente no tratamento da sífilis e das tripanosomias. O seu principal inconveniente reside na grave complicação a que expõe o doente: a nevríte óptica, que arrasta consigo, freqüentemente, a cegueira completa.

A nevríte óptica do arsénio pentavalente instala-se rapidamente. Os sintomas são, de regra, graves, após poucos dias do seu início. Pode manifestar-se no decurso ou no fim de uma série de injecções. Manifesta-se por três variedades de sintomas: subjectivos, funcionais e objectivos. As perturbações, quando se limitam a sintomas subjectivos, indicam, em geral, uma lesão pouco grave e são constituídas por fosfenas, percepção de pontos luminosos no campo visual, imóveis ou scintilantes, por vezes exagerando-se por um esforço muscular.

As perturbações funcionais, de muito maior gravidade, são o apêto do campo visual e a baixa da acuidade, por vezes até à amaurose. No exame dos campos visuais é de notar a particularidade de não se encontrar, de regra, nenhum escotoma central, habitual em outras nevrites tóxicas, o que é explicável, pois são as fibras periféricas do óptico as mais lesadas nesta nevrite. Em regra as lesões atingem os dois nervos ópticos e evoluem paralelamente.

Os sinais objectivos são nulos no início da doença e, a-pesar dos sintomas subjectivos relatados pelo doente, o fundo do olho apresenta-se inteiramente normal. A descoloração das papilas só se apresenta quando já há graves lesões da acuidade visual. Esta sintomatologia é característica da nevrite óptica do arsénio pentavalente e permite diferenciá-la das nevrites retro-bulbares e tabéticas.

Na nevrite retro-bulbar tóxica, provocada pelo álcool, tabaco, sulfureto de carbone ou arsénio mineral, existe um sintoma fundamental: o escotoma central, que não aparece na complicação considerada. Mais delicado e difícil é o diagnóstico diferencial da nevrite óptica tabética, mas esta instala-se lenta e progressivamente e não rapidamente, como a nevrite arsenical. Em geral, um dos olhos é mais atingido do que o outro, não evoluindo as lesões paralelamente nos dois olhos. Além disto, na nevrite tabética a palidez da papila precede as perturbações funcionais e, contrariamente ao que sucede na nevrite arsenical, o fundo do olho apresenta já alterações quando o doente se apercebe das suas perturbações visuais.

O prognóstico da nevrite óptica arsenical é sempre reservado. Varia segundo as características das perturbações visuais. As fosfenas desaparecem, em regra, lentamente, o apêto do campo visual e a ambliopia podem retroceder, manter-se indefinidamente no mesmo estado ou progredir até à cegueira. O prognóstico depende também da variedade de composto arsenical empregado. O Atoxyl provoca as lesões mais graves. Os AA. apontam o conhecido contraste que existe entre as arseno-benzenas, cujo arsénico trivalente não é perigoso para o óptico, em oposição aos derivados do ácido arsénico, cujo arsénio, sob a forma pentavalente, tem uma afinidade especial para o nervo. Todos os derivados arsenicais pentavalentes podem provocar a nevrite óptica, mas nem todos são igualmente perigosos. A nocividade destes preparados não está em relação com a sua percentagem de arsénio; para uma igual quantidade de arsénio injectado uns lesam mais frequentemente o nervo do que outros.

Com a Toxine e a Arsacetina, não só as complicações são mais frequentes do que com a Hectine, Stovarsol, Tryparsamida, Acetylarsen, mas são também mais graves.

A sintomatologia e a evolução das perturbações visuais diferem até certo ponto, segundo o composto empregado.

A nevrite óptica devida ao Atoxyl evolue até à cegueira em 50 % dos casos.

A posologia destas drogas tem, portanto, uma primacial importância. Há, para cada uma delas, uma dose máxima por injeção, que não se deve ultrapassar sem correr graves riscos.

**OPOTERAPIA
FEMININA**

GINECINA **SEIXAS-PALMA**

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

DE OPTIMO RESULTADO
EM TODOS OS CASOS DE:
IRREGULARIDADES MENSTRUAES
PERTURBAÇÕES DA MENOPAUSA
NEURASTENIA SEXUAL.

HISTERISMO.

ACIDENTES CONSECUTIVOS A' OVARIOTOMIA.

NEVROSES CARDIACAS.

ASMA NERVOSA.

NEURASTENIA GERAL.

**LABORATORIOS
DE**

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

FOI para obviar as perniciosas consequências derivadas de insuficiências das glândulas endocrínicas que foi preparada a

GÍNECÍNA

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

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

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

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

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

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



Para o Atoxyl, essa dose é, para um indivíduo médio, segundo a maioria dos autores, de 50 centigramas por injeção; para o Stovarsol sódico, de 1 grama; para a Orsanina, de 2 gramas e para Tryparsamida, de 3 gramas, segundo os autores americanos. É preciso ter também em conta o ritmo em que o doente recebê as injeções e o número total destas. O arsênio pentavalente não se deve nunca injectar diariamente. Doses normais ou mesmo fracas, repetidas diariamente, trazem o risco da nevrite óptica.

Os AA. não julgam prudente dar mais de uma injeção de Atoxyl ou Tryparsamida por semana, ou duas de Acetylarsan, ou três de Stovarsol.

A nocividade dos compostos arsenicais pentavalentes não depende somente das doses e do produto empregado; depende também, em grande parte, de causas predisponentes ligadas ao estado orgânico do doente. Entre as causas que favorecem o aparecimento da nevrite óptica, assinalam os AA. a existência de uma anterior lesão da retina ou do óptico, constituindo uma formal contra-indicação ao emprêgo dos arsenicais pentavalentes. Uma lesão anterior do sistema nervoso, uma lesão renal e, possivelmente, a insuficiência hepática, favorecem também o aparecimento da nevrite óptica. Estes três factores explicam suficientemente o aparecimento freqüente desta complicação nos debilitados, nos velhos e nos alcoólicos.

ALMEIDA LIMA.

A «repérage» ventricular. (*Le repérage ventriculaire*), por M. L. LARNELLE.
— *Revue Neurologique*. T. I. N.º 2. Pág. 129. Fevereiro de 1933.

Compreende este artigo a descrição de um método da encefalografia fraccionada. O A. expõe a técnica empregada e as aplicações clínicas, apresentando vários casos clínicos em que empregou esse método.

Não houve qualquer acidente imediato ou tardio nos trezentos doentes em que o método foi empregado, e as perturbações subjectivas são mínimas com a dose de 5 c. c. de ar; com esta quantidade as perturbações são menores das que causa muitas vezes uma simples punção lombar.

A prova confirmou o diagnóstico duvidoso em casos de tumor cerebral, traumatismos crânio-cerebrais, meningites circunscritas e epilepsias sintomáticas de lesão cortical.

O A. termina o seu artigo com as seguintes conclusões:

«Depreende-se dos nossos estudos que a R. V. («Repérage ventriculaire») é um processo de diagnóstico fácil, inofensivo e útil de tôdas as lesões cerebrais que modificam a situação dos espaços aracnoideos e ventriculares, qualquer que seja a natureza destas lesões: tumoral, cicatricial, inflamatória, hemorrágica, etc. Esta exploração ultrapassa, portanto, largamente o quadro clínico das neoplasias endocranianas.

«A R. V. permite despistar as seqüelas, por vezes longínquas, de traumatismos crânio-cerebrais, estabelecer o carácter sintomático e orgânico de uma epilepsia de natureza indeterminada, revelar a existência e importância de hemorragias intracerebrais ou meningeas, etc.

«A prova da R. V. deve ser praticada com perfeito conhecimento crítico dos resultados que pode fornecer, e ser apreciada no seu conjunto. É uma

exploração feita por escalões, limitando-se, em certos casos, à insuflação de 2 a 3 cc. de ar, tirando-se em seguida uma única radiografia ântero-posterior; noutros casos a quantidade de ar deve ser maior, tornando-se necessária uma série de radiografias em várias posições. Os resultados obtidos podem ser completados pela prova do trânsito lateral e controlados por repetição da prova.

«Como tivemos ocasião de dizer, a R. V. não terá mais do que o valor de um «argumento», na discussão diagnóstica, cujos elementos especificamente neurológicos constituem a fonte essencial.

«Não se deve comparar, e muito menos opor a R. V. à ventriculografia de Dandy, nem à encefalografia arterial de Egas Moniz. O primeiro método indica que o sistema ventricular foi atingido, o segundo o modo como o foi. Uma fornece uma simples indicação, a outra uma avaliação plástica. A primeira é suficiente para o diagnóstico do médico, a segunda é, muitas vezes, necessária ao cirurgião. A diferença dos métodos é ainda maior se atendermos às suas indicações, pois não lembrava a ninguém recorrer à ventriculografia ou encefalografia arterial em casos de sintomatologia banal e aparentemente pouco graves. Ao passo que a ventriculografia de Dandy é um último recurso diagnóstico em casos de tumor cerebral, a R. V. pode ser empregada com a vulgar punção lombar, em doentes cujo exame neurológico despertou a suspeita de uma lesão cerebral de natureza indeterminada.

«A «repérage» ventricular pode ser considerada como um primeiro grau de uma exploração encefalográfica, que, para ser completa, utilizará, segundo as circunstâncias, a ventriculografia de Dandy ou a encefalografia arterial de Egas Moniz.»

N. R. — O método descrito é, de há muito, correntemente utilizado nos serviços neuro-cirúrgicos ingleses e americanos, com o nome de Ward-encephalographie (encefalografia de enfermaria).

Os seus resultados devem ser sempre interpretados com o máximo cuidado, pois as conclusões de todos os métodos de encefalografia fraccionada podem, quando levemente considerados, levar a erros grosseiros.

ALMEIDA LIMA.

O problema do Parkinsonismo post-traumático, por A. E. KULKOV. — *Journal of Nervous and Mental Diseases*. Vol. LXXV. N.º 4. Abril de 1933.

O A. passa em revista os casos mais notáveis de parkinsonismo post-traumático relatados na literatura médica, juntando a estes mais duas observações próprias.

De acôrdo com Bonz, o A. marca três condições essenciais para que um determinado síndrome parkinsonico possa ser considerado de origem traumática :

1.ª — Ser o traumatismo de intensidade suficiente para determinar lesões cerebrais ou, pelo menos, um síndrome de violenta comoção cerebral.

2.ª — A paralisia agitante desenvolver-se num indivíduo cujo sistema nervoso estava perfeitamente íntegro antes do traumatismo.

3.^a — O síndrome parkinsoniano não se seguir imediatamente ao traumatismo, mas ser precedido por pródrômos que, pelo seu desenvolvimento progressivo, venham a formar o quadro clínico característico.

Casos preenchendo estas três condições fundamentais são, na opinião do A., em pequeno número.

ALMEIDA LIMA.

Da influência patogénica dos traumatismos em certas doenças orgânicas do sistema nervoso central. (*Sur les rapports pathogéniques entre les traumatismes et certaines maladies organiques du système nerveux central*), por GINNIO CATOLA. — *Encéphale*. XXVII. N.º 4. Abril de 1933.

O A. apresenta uma série de observações clínicas compreendendo casos de tumor cerebral, parkinson e siringomielia, nas quais era difícil de encontrar outra causa determinante além de um traumatismo único e suficientemente violento. Após a exposição clínica e descrição patogénica dos casos, o A. é de opinião que um traumatismo único é incapaz de explicar por si só a aparição dessas afecções.

ALMEIDA LIMA.

Um caso de lesão cerebral extrapiramidal post-traumática. (*Ein Fall von posttraumatischer extrapyramidalen himafspektion*), por S. ECKERSTROM. — *Acta Psychiatrica et Neurologica*. VII. Fasc. 3. 1932.

História clínica de um acidentado que, no decurso do seu trabalho, sofre um violento traumatismo no braço direito, com lesões imediatas do plexus brachial. O exame dêste doente, um ano após o traumatismo, revela a presença de lesões centrais. Os sintomas destas lesões iniciaram-se três meses após o traumatismo e apresentam-se, à data da observação, com o aspecto de uma lesão extrapiramidal atingindo a metade direita do corpo, com perturbações motoras e sensitivas, sendo de notar uma hemianestesia de tipo hipotalâmico.

ALMEIDA LIMA.

Eritremia com acesso de cataplexia, coreia e confusão mental, por P. SCHIFF e R. SIMON — *Société Médico-Psychologique*. Sessão de 11 de Maio de 1933.

História de um doente com provável tumor cerebral basilar, que teve um acesso de cataplexia, eritremia tipo Vasquez e coreia bilateral de evolução prolongada, com exacerbações agudas, acompanhadas de confusão mental.

Os três síndromas clínicos diferentes (cataplexia, eritremia, coreia) estão todos em relação com os centros infundíbulo-tuberiano e infra-ópticos, onde têm sido localizadas funções de cuja alteração êles resultam.

A cataplexia tem sido atribuída a uma lesão dos centros vegetativos do sono, sitos na região infundibular.

A coreia pode estar em relação com alterações do corpo de Luys.

A hiperglobilia coexiste frequentemente com lesões do sistema hipofiso-tuberiano (Froelich, acromegalia) e outros síndromas neuropatológicos de regiões próximas: narcolésia e coreia de Huntington.

BARAHONA FERNANDES.

As diferentes tonalidades afectivas dos epilépticos tratados, por LAIGNEL-LAVASTINE e GEORGES D'HEUCQUEVILLE. — *Société Médico-Psychologique*. Sessão de 22 de Maio de 1933.

A observação cotidiana de 50 epilépticos tratados com doses decrescentes de gardenal, depois brometos e a seguir tartarato-bórico-sódico, mostrou, com uma grande constância, que a diminuição do gardenal, quando não intensificava sensivelmente o ritmo dos paroxismos, atenuava a viscosidade psíquica e a irritabilidade, feições essenciais da mentalidade epiléptica; o bromo diminui a viscosidade mental, sem influir na irritabilidade, e, finalmente, a cura com o boro tende a aumentar a viscosidade, reduzindo bastante a irritabilidade e explosividade.

Os barbitúricos serão, pois, os fármacos usados contra os ataques, e os outros como rectificadores da tonalidade distímica comicial.

A melhor fórmula terapêutica parece ser a associação do tartarato-bórico-sódico ao gardenal.

BARAHONA FERNANDES.

O riso e a epilepsia cortical, por GEORGES DUMAS. — XXXVII^e session du Congrès de Médecins Alienistes et Neurologistes de France et des pays de langue française. Rabat, 7 a 13 de Abril de 1933.

O riso é o resultado duma emoção, acompanhada de expectativa, que súbitamente deixa de ter razão de existir.

Os acessos de riso são formados por verdadeiras convulsões clónicas e contrações tetânicas incompletas, comparáveis às da epilepsia cortical.

Estas descargas motoras são desencadeadas por um brusco desnivelamento da energia emocional acumulada; assim, enquanto o estímulo provoca uma determinada emoção, tem as suas condições prováveis de síntese psíquica e as suas vias de irradiação sistemática para a região talâmica ou peri-talâmica; mas desde que a emoção se resolve em nada, por meio da reflexão ou duma constatação que lhe suprime a razão de ser, a excitação desencadeada não fica sendo mais do que uma excitação de derivação, que, duma maneira análoga às excitações córtico-bulbares da epilepsia, atinge as vias tálamo-bulbares e os centros bulbo-medulares, propagandó e generalizando os estímulos que desencadeam as convulsões da risada.

BARAHONA FERNANDES.

O metabolismo basal nas psicoses, por RODRIGUEZ-ARIAS, IRAZOQUI-ENCO-CHEA. — XXXVII^e session du Congrès de Médecins Alienistes et Neurologistes de France et des pays de langue française. Rabat, 7 a 13 de Abril de 1933.

Na esquizofrenia e nos síndromas meta-encefalicos há, frequentemente, hipermetabolismo. Na psicofrenia os resultados são variáveis: só os hipomaniacos têm sempre valores altos. Na epilepsia e psiconeuroses não há desvios apreciáveis do normal.

BARAHONA FERNANDES.

Contribuição para o estudo das perturbações glicémicas nas doenças mentais, por RODRIGUEZ-ARIAS, PONS-BALMES e IRAZOQUI. — XXXVII^e session du Congrès de Médecins Alienistes et Neurologistes de France et des pays de langue française. Rabat, 7 a 13 de Abril de 1933.

As alterações da regulação glicémica são muito frequentes, mas variáveis, na esquizofrenia; na psicose maniaco-depressiva há hiperglicemia em 57% dos casos; na epilepsia essencial nota-se prolongamento da curva glicémica; não se encontraram modificações nos processos senis e pré-senis.

BARAHONA FERNANDES.

Alterações histológicas do sistema nervoso central na intoxicação experimental pela bulbo-capnina, por CARMELO PERO-SCHIZOFRENIE. — *Bolletino trimestrale del Primo Centro Provinciale di Studio della Demenza Precoce*. N.º 4. 1932.

O estudo histológico do sistema nervoso de animais catatonizados pela bulbo-capnina mostrou três tipos de alterações: degenerescência vascular, placas de desintegração em cacho (de origem mielínica por alteração dos cerebrosídeos e outros lípidos) e alterações celulares semelhantes ao «Schwund», de Nissl.

As lesões repartem-se, sem nítida ordenação topográfica, em todo o sistema nervoso central, com maior participação do córtex e dos núcleos da base.

Sob o fundamento destes dados histológicos não é possível filiar, anatomicamente, dum modo preciso, os elementos do síndrome psico-motor da catatonia experimental.

As lesões encontradas aproximam-se bastante das lesões de tipo agudo registadas no encéfalo dos dementes precoces.

BARAHONA FERNANDES.

Catatonia experimental no homem, por V. M. BUSCAINO. — Separata do volume jubilar em honra do Prof. C. Marinesco.

Segundo investigações várias de De Jiacomo e do A., a bulbo-capnina, propinada ao homem por várias vias, especialmente intravenosamente, pro-

voca um síndrome de aquinesia, passividade, catalepsia, etc., comparável à catatonia espontânea e à catatonia experimental dos animais.

Nos dementes precoces obtêm-se a catatonia em 58,3 % dos casos, nos oligofrênicos em 62,5 %, nos normais em 16,6 %.

Com pequenas doses intravenosas de somnifena obtêm-se também alguns sintomas catatônicos.

A comparação de certos fenômenos biológicos, que se produzem tanto na forma espontânea como experimental — aumento dos reflexos de postura, diminuição do cálcio do potássio e do cloro no sêro sanguíneo, aumento da hidrofília dos colóides, do índice refractométrico e da viscosidade, diminuição da profundidade e oscilações do tónus respiratório, diminuição do metabolismo basal — mostra a sua identidade.

Pelo contrário, nas experiências de descata-tonização dos doentes com anidrido carbônico ou amital sódico, registam-se alguns fenômenos inversos.

O somnifena e a bulbo-capnina são derivados das aminas; na urina dos catatônicos encontra-se um excesso de substâncias de tipo amínico.

Baseado nestes argumentos, o A. insiste na sua antiga teoria tóxica da demência precoce catatônica.

BARAHONA FERNANDES.

Evolução da reacção de Henry na infecção palustre experimental, por R. LEROY, CHORINE e C. MEDAKOVITCH. — *L'Encéphale*. N.º 5. Maio de 1933.

Entre as propriedades humorais do sêro dos impaludados, as reacções de floculação em presença de uma emulsão de melanine e de certos sais orgânicos contendo ferro, têm uma grande importância e constituem mesmo provas diagnósticas utilizáveis na clínica.

A técnica estabelecida por Henry distingue a melano-reacção feita com pigmento dos olhos de boi e a ferro-reacção feita com albuminato de ferro; ambas se executam pela adição destes reagentes a diferentes diluições de sêro sanguíneo, com as usuais precauções, líquidos testemunhas, etc.

Os AA. estudaram, pela primeira vez, de um modo completo, a evolução da prova nos parálticos gerais impaludados, concluindo que a melano-reacção se torna positiva ao terceiro dia da inoculação, mesmo que não haja acesso febril, e atinge o máximo de intensidade no sexto ou sétimo acesso, decresce após a quininação e desaparece trinta a cinquenta dias depois.

A ferro-reacção só se torna positiva após o terceiro ou quarto acesso, evolucionando depois de um modo semelhante à primeira.

No momento do acesso a reacção de Henry é negativa.

Há uma concordância perfeita entre a evolução desta prova e os dados clínicos; se não se torna negativa após cinquenta dias, é porque persiste a infecção malárica.

BARAHONA FERNANDES.

O diagnóstico e tratamento da anemia perniciosa. (*The diagnosis and treatment of pernicious anemia*), por W. P. MURPHY. — *The New Eng. Jour. of Med.* 17 de Agosto de 1933.

O autor recapitula os sintomas marcantes da doença e sua evolução e refere depois o tratamento específico da enfermidade, insistindo particularmente no valor terapêutico das injeções intra-musculares de extracto hepático.

MORAIS DAVID.

O diagnóstico e tratamento da anemia secundária. (*The diagnosis and treatment of secondary anemia*), por W. P. MURPHY. — *The New Eng. Jour. of Med.* 17 de Agosto de 1933.

Como no artigo anterior, sumariza-se a feição clínica da anemia secundária e refere-se também a sua terapêutica. A opoterápia hepática em injeção intra-muscular reforça a actividade da regeneração sangüínea.

Como preparados de ferro seleccionam-se como mais activos o citrato de ferro amoniacal e o subcarbonato de ferro.

MORAIS DAVID.

Lesões renais associadas com o mieloma múltiplo. (*Renal lesions associated with multiple myeloma*), por E. T. BELL. — *The Am. Jour. of Path.* Julho de 1933.

O mieloma múltiplo, especialmente nas fases avançadas do seu desenvolvimento, acompanha-se, com frequência, de proteinúria e, segundo a literatura recente, a insuficiência renal não é rara nos períodos terminais da doença.

Os relatórios anátomo-patológicos de numerosos casos publicados apontam quasi sempre algumas alterações do parênquima que, a-pesar-de variáveis, são extremamente comuns.

O presente estudo pretende determinar as alterações renais responsáveis pela proteinúria e pela insuficiência renal.

A proteína na urina é constituída ou exclusivamente pelo corpo de Bence-Jones, ou pela proteína sérica ou, ainda, pela mistura das duas proteínas.

A proteinúria de Bence-Jones nem é sinal forçoso em todos os casos (73 % de casos positivos, segundo a estatística de Magnus-Levy; 65 %, segundo uma outra estatística de Geschickter e Copeland), nem tampouco é de duração constante naqueles casos em que a investigação laboratorial uma vez a demonstrou.

Segundo se pode deduzir da experimentação animal, a proteína de Bence-Jones pode eliminar-se através do rim normal, quando é injectada intravenosamente e em larga dose. Quando as doses são pequenas, a proteína é eliminada por qualquer outra via.

A afirmação de que a nefrite é mais freqüente em mielomas com

proteinúria de Bence-Jones do que nos outros sem alterações renais, não parece verdadeira.

Sumário :

A insuficiência renal desenvolve-se, frequentemente, no mieloma múltiplo, especialmente nos períodos avançados da doença.

Em alguns exemplos de insuficiência renal esta consistia em lesões arterio-escleróticas, em outros era causada por lesões de pielonefrite secundárias a lesões de compressão medular ou de hipertrofia prostrática.

O único efeito directo determinado pelo mieloma múltiplo sobre o rim é devido à formação de cilindros tubulares, com a proteína de Bence-Jones, que provoca a obstrução dos túbulos e, ulteriormente, a sua atrofia. Se o número de túbulos obstruídos é elevado, encontram-se extensas zonas de atrofia cortical com insuficiência funcional terminal.

Não há provas suficientes pelas quais se possa fazer a afirmação de que o corpo de Bence-Jones lesiona directamente os túbulos ou os glomérulos. A atrofia cortical tem como causa uma lesão destrutiva e não se deve interpretar como alterações de um rim nefrótico retraído.

MORAIS DAVID.

Uma apreciação do tratamento das queimaduras pelo ácido tânico.
(*An evaluation of the tannic-acid treatment of burns*), por JAMES B. MASON.
— *A. of Surg.* Maio de 1933.

O A. começa o seu artigo por uma referência à literatura recente do assunto e que investiga a patogenia da toxicidade da queimadura. Segundo as ideas correntes, a toxemia gerada em consequência da queimadura, provém da absorção de produtos tóxicos elaborados na superfície da própria queimadura pela destruição dos tecidos. Os factos experimentais revelam não só uma acentuada diminuição na penetrabilidade dos tecidos queimados, como também uma relativa inocuidade das injeções dos extractos de tecidos lesados em animais. O factor causal da toxemia reside na perda de fluidos e na alteração sanguínea que ela determina. As queimaduras experimentais extensas revelaram uma perda de sangue circulante avaliada em 57 0/0. O edema que se forma na região lesionada pela queimadura e à sua volta é constituído por um fluido com a constituição química do plasma sanguíneo.

A comparação das estatísticas relativas ao tratamento das queimaduras pelo ácido tânico e por outros métodos, mostra uma grande baixa na mortalidade, depois que se usa o ácido tânico. O A. adopta solutos frescos em concentrações fortes que variam de 5 a 10 0/0.

MORAIS DAVID.

Um estudo nas queimaduras cutâneas extensas. (*A study in extensive cutaneous burns*), por MONROE McIVER. — *An. of Surg.* Maio de 1933.

O A. estudou dezasseis casos de extensas queimaduras cutâneas e procedeu a diferentes investigações laboratoriais e metabólicas no seu decurso. O tratamento local usado foi o do ácido tânico em solução a 5 0/0. A par do

tratamento local, empregaram-se as outras medidas de terapêutica geral habituais, isto é, aquecimento do doente, combate da desidratação pela ingestão, clisteres ou injeção de fluidos e soros, etc.

Conclusões:

As pesquisas efectuadas revelam um aumento do número dos glóbulos brancos e dos glóbulos rubros, um aumento relativo dos glóbulos rubros para a quantidade de plasma sangüíneo, uma diminuição no coeficiente de sedimentação dos glóbulos rubros. Os cloretos sangüíneos mantêm-se dentro de valores essencialmente normais, (os casos que serviram para êste estudo receberam largas doses de sôro fisiológico). Apenas dois casos apresentaram aumento do nitrogénio não proteico do sangue; estes casos tiveram uma terminação fatal, e justamente o aumento do azote foi mais pronunciado nas fases terminais da doença.

Alguns doentes tinham uma certa baixa da quantidade total de proteína do plasma. A glicemia, na maioria dos doentes, era elevada, a princípio. Os valores do anidrido carbônico foram normais, salvo em dois doentes, que desenvolveram sinais de acidose. O débito urinário era baixo e baixa também a excreção de cloretos. Conclusões:

Uma das mais pronunciadas alterações nas queimaduras graves é o aumento da concentração do sangue. A correcção desta anormalidade pela introdução de doses adequadas de fluidos, ainda que importante, não é suficiente para atenuar todos os sintomas e muito menos para prevenir uma evolução fatal.

MORAIS DAVID.

Perturbações circulatórias das extremidades: aspectos médicos. (*Circulatory disturbances of the extremities: medical aspects*). — *The New Eng. Jour. of Med.* 10 de Agosto de 1933.

O assunto foi versado em uma reunião da New England Heart Association, celebrada em Fevereiro do ano corrente, e encarado sob vários prismas. O seu aspecto anátomo-patológico foi confiado a Tracy Mallory, que discutiu a histopatologia dos vasos sangüíneos na arteriosclerose e na *trombo-angiitis obliterans*, e que diz:

Na arteriosclerose sobrevêm alterações das paredes vasculares sob quatro importantes aspectos. Um destes é a reduplicação da túnica elástica interna, o segundo um engrossamento fibroso da íntima, o terceiro depósitos de substâncias lipóides na íntima e o quarto a degenerescência das células musculares da túnica média, revelada de início pela deposição de gordura e depois pela incrustação calcárea.

Não há qualquer inter-relação fixa na intensidade de cada um destes processos lesionais. Salvo a deposição de substâncias lipóides, tôdas as outras alterações são tidas como irreversíveis. Aschoff demonstrou que os depósitos lipóides são nitidamente reversíveis, pelo menos na juventude. Também mostrou que os depósitos ateromatosos se formam nas crianças com menos de um ano de idade, tendem a desaparecer depois para voltarem na época da puberdade. Uma segunda desapareção é a regra, até que reaparecem mais

tarde de uma maneira definitiva e progressiva. Por esta altura forma-se um engrossamento fibroso da íntima, que, com tóda a verosimilhança, é a causa da irreversibilidade das lesões neste período.

Um outro tipo lesional, que aparece primeiro à volta dos trinta anos, e que raras vezes se observa na infância, fora da diabetes, consiste na degenerescência das células musculares da média e evidenciado primeiro pela deposição de gotículas de gordura. Esta alteração afecta longínquas relações com o ateroma. Ulteriormente formam-se grânulos de cálcio, que podem confluír e formar grandes massas homogéneas de cálcio e até verdadeiro tecido ósseo.

Na *trombo-angiitis obliterans* as três principais alterações são a trombose, com uma anormal tendência para a organização ricamente vascularizada, as alterações inflamatórias nas paredes vasculares e as alterações similares dos tecidos vizinhos. Nos estados agudos da doença, que mais se patenteiam nas veias superficiais extirpadas pela biopsia, a exsudação inflamatória é variável.

O aspecto histológico mais característico é a aparição de abcessos miliares constituídos por aglomerados de polinucleares e focos de células gigantes que se parecem com gomas ou tubérculos miliares. A especificidade destas lesões tem sido impugnada, mas um tal aspecto é raramente presente em outras afecções.

Buerger encontrou mesmo estas lesões nas artérias, da mesma maneira que nas veias, mas a maior parte dos investigadores nega a existência de tais alterações arteriais. Todos os vasos da *trombo-angiitis* estão livres de alterações necróticas.

MORAIS DAVID.

Bibliografia

Le Portugal Hydrologique et Climatique. — 2 vol. Lisbonne, 1931 e 1932.

Edição oficial da Direcção Geral de Minas e dos Serviços Geológicos e do Instituto de Hidrologia e de Climatologia de Lisboa.

Estão já publicados dois volumes dêste notável trabalho, que tem por fim fazer a propaganda, perante os estrangeiros, da nossa riqueza hidrológica e das belezas de Portugal. De colaboração esmerada e profusamente ilustrada, esta obra honra as duas instituições oficiais que meteram ombros à empresa.



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdades de Medicina

Do Pôrto

O Conselho da Faculdade de Medicina aceitou como assistentes voluntários os Drs. Luiz Pina Guimarães, Carlos Moreira do Amaral, João Moreira da Fonseca e António de Matos Júnior e reconduziu também nos cargos de assistentes os Drs. Joaquim de Oliveira e Silva, João de Almeida, Abel Neto Parra, D. Avelina de Sousa Vitor, Rolando Van Zeller, Almerino Lessa, Emídio de Oliveira Neves, José João de Oliveira Martins, D. Adelaide Estrada e Júlio de Sousa Vaz.

De Coimbra

O Dr. António de Barros Lopes foi exonerado, a seu pedido, de preparador da Faculdade de Medicina.

—Precedendo concurso, assumiu o cargo de professor auxiliar de bacteriologia e hygiene o Dr. António Meliço Silvestre.

De Lisboa

Está aberto concurso para provimento de dois lugares vagos de assistentes do 7.º grupo (cirurgia, cadeira de patologia e terapêutica cirúrgicas).

Hospitais

Civis de Lisboa

Abriu-se concurso para uma vaga de assistente da especialidade de otorino-laringologia dos Hospitais Civis de Lisboa. Já se publicou a relação dos candidatos admitidos a êste concurso.

Escolares

Inscreevu-se no orçamento do Ministério das Obras Públicas e Comunicações, para o ano económico corrente, a verba de 60 000.000,00, destinada à construção de hospitais escolares em Lisboa e Pôrto.

Instituto de Hidrologia de Lisboa

O Instituto de Hidrologia de Lisboa foi autorizado a utilizar, para a prestação de serviços auxiliares e serviços eventuais, pessoal adventício durante os meses de laboração do Instituto, devendo a despesa ser custeada, a título de gratificação, pela sua dotação orçamental destinada a abonos para pagamento de serviços não especificados.

Instituto Português de Oncologia

O Tribunal de Contas visou as seguintes nomeações do pessoal clínico do Instituto Português de Oncologia :

Dr.** Irene da Costa Nunes, assistente de radiologia; Maria Fernanda Andorinha Marques, assistente de clínica; Tília Augusta de Carvalho Saldanha, assistente de clínica; Maria Teresa Furtado Dias, assistente de labo-

ratório; e Drs. Augusto António da Rocha Machado e Costa, assistente de radiologia; Carlos Artur de Paiva Raposo, assistente de radiologia; Augusto Frederico da Silveira Machado, assistente de radiologia; João Maria de Oliveira Machado, assistente de clínica; Luiz Tito Schreyer Pereira Bandeira, assistente de clínica; e Bernardino dos Santos Freire, fotógrafo médico.

Conferências

No salão nobre do Hospital de S. José, o Dr. Lopez Lacarrère fêz uma conferência sôbre um método pessoal de extracção da catarata, a que deu o nome de electrodiataquia.

Medicina colonial

Publicou-se um edital do concurso para provimento duma das vagas de médico-cirurgião do quadro de saúde de Macau.

— Foi exonerado do cargo de chefe dos serviços de saúde de Moçambique, por ter atingido o limite de idade, o coronel médico do quadro do ultramar, Dr. Ferreira dos Santos. Será nomeado para o substituir o tenente-coronel médico Dr. Mesquita Portugal, que também será promovido àquele pòsto.

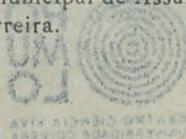
Medicina naval

Para o cargo de subdirector do Hospital da Marinha nomeou-se o capitão de fragata médico Dr. João Duarte da Silveira.

— O novo subchefe da Repartição de Saúde Naval é o primeiro tenente Dr. Correia de Sousa.

Saúde pública

Para o cargo de médico municipal de Assafarge (Coimbra) foi nomeado o Dr. Ramiro Pereira Dias Ferreira.



Visitas de estudo

O Dr. Carlos Larroude, assistente de serviço clínico da especialidade de oto-rino-laringologia, vai visitar as clínicas belgas da sua especialidade.

— O Dr. Alberto Mac Brid Fernandes vai estudar a organização sanitária em Espanha e Marrocos (protectorados espanhol e francês).

— O Dr. Carlos Alfredo dos Santos foi encarregado de estudar em França os progressos da radiologia.

— Ao Congresso Francês de Cirurgia e aos Hospitais de Espanha, França e Bélgica vai em missão de estudo o Dr. Adelino Costa, cirurgião dos hospitais Cíveis.

— O Dr. Armando dos Reis Vale, chefe do laboratório dos serviços de análises clínicas dos Hospitais Cíveis, foi a Espanha, França e Bélgica estudar os progressos da sua especialidade e assistir ao Congresso de Medicina de Paris.

Concurso

Abriu-se concurso para preenchimento duma vaga de médico da Polticia de Lisboa. Prestaram provas documentais cêrca de sessenta concorrentes.





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

Tratamento específico do Hipofuncionamento ovarico

HORMOVARINE BYLA

FOLICULINA FISIOLÓGICAMENTE TITULADA

Dismenorreia, Amenorreia, Menopausa, Castração cirurgica, Esterilidade.
Em caixas de 6 empôlas de 1 c. c. tituladas a 10 unidades de foliculina

ETABLISSEMENTS BYLA — 26, Avenue de l'Observatoire — PARIS
PEDIR LITERATURAS AOS AGENTES PARA PORTUGAL :
GIMÉNEZ-SALINAS & C.^a, Rua da Palma, — 240-246 — LISBOA

ALUCOL

Hidrato de alumínio coloidal.

Reduz a hipercloridria pela fixação e eliminação do ácido clorídrico

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

Em comprimidos e em pó

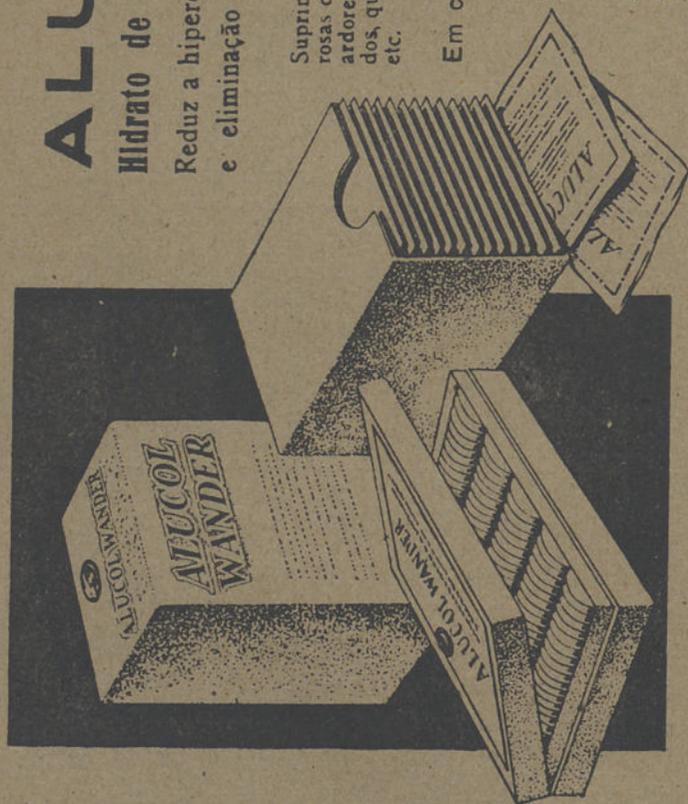
Dr. A. WANDER, S.-A., Bate

À VENDA EM TODAS AS FARMACIAS E DROGARIAS A 34\$00

UNICOS CONCESSIONARIOS
— PARA PORTUGAL —

ALVES & C.ª IRMAOS

RUA DOS CORREIROS, 41, 2.ª
L I S B O A



ALUCOL WANDER