



Ano X

N.º 7

Julho 1933

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

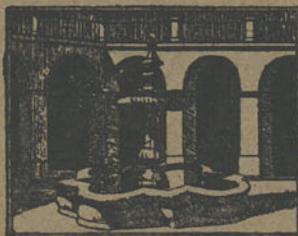
*Custódio Cabeça, Egas Moniz,
Lopo de Carvalho, Pulido Valente, Adelino Padesca,
Henrique Parreira, Carlos de Melo,
Reynaldo dos Santos e António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

FLUOTHYMINA

Com base de Fluoroformio e Thymina

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

COQUELUCHE E TOSSE REBELDE

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colonias

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

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina, Paris 1889. Provam que a 4 por dia produzem **diurese prompta**, reanimam o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA**, Lesões **MIRAES, 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 infeis; exigir os Verdadeiros Granulos **CATILLON** Premio da Academia de Medicina de Paris para **Srophantus e Sirophantine**, Medalha de Ouro, 1900, Paris.

3, Boulevard St-Martin, Paris — PHARMACIAS.

DOCTOR:

NO CASO EM QUE PRECISE TONIFICAR UM ORGANISMO DEBILITADO RECORDE O



Phosphorrend

ROBERT!

NA SUA TRES FORMAS:
GRANULADO - ELIXIR
INJECTAVEL

LABORATORIO
ROBERT!

Sala B

Est. 9

Tab. 2

N.º 7

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

240, Rua da Palma.

Espasmos

da fibra lisa

Desaparecem rapidamente
com o

EUPACO MERCK

(Eupaverina composta)

Eupaco em comprimidos
Tubos com 10.

Eupaco em supositórios
Caixas com 5.

Para injeções — Ampólas
de Eupaverina - Atropina
Caixas com 3 e 10 ampólas.

Amostras e literatura por inter
médio dos

ESTABELECIMENTOS HEROLD, L.^{DA}

Secção Científica Merck

Rua dos Donadores, 7
LISBOA

Telef. 2 4221 — 2 4223



HYGIEA-STATUE
VON H. GÜNTHER, 1828
IM VERWALTUNGS-GEBÄUDE
E. MERCK

E. MERCK DARMSTADT

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

Convalescências

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 céu "bearnais" 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 506, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

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

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.^a, L.^{da} 45, Rua Santa Justa, 2.^o
LISBOA

acção
pureza
inalterabilidade absolutas



eis as características
 e os fundamentos

do renome mundial da

marca

INSULINA



para a **DIABETES**

registada

(De ALLEN & HANBURY, Ltd. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSES, Ltd.)

FOLHETO DE 40 PÁGINAS
 GRATIS A MÉDICOS

FRASQUINHOS
 de 100, 200, 400 e 500 unidades

Representantes exclusivos deste produto:

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

Agente no PORTO

M. PEREIRA DA SILVA, L. 10108, 36. Telefone 701

STANNOXYL

**Tratamento da furunculose e de todas
 as doenças com estaphylococcus**

antraz, lercol abscessos do seio e berbulhagem

Produto com base de zinco e óxido de zinco, pre-
 parado de harmonia com os trabalhos científicos
 de A. Frouni.

Laboratorios Robert & Carrière-Paris

Agente em Portugal: **A. G. ALVAN-R. da Madalena, 88, 2.º-Lisboa**

Salvitae

Nas Toxemias da Gravidez

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

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

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

Agentes em Portugal:

Simenez - Salinas & C.^a

240, Rua da Palma, 246 - LISBOA



Quando usada em dermatologia, a Antiphlogistine actua exclusivamente como um tópico estimulante. Quer seja aplicada em casos de dermatite exfoliativa, eczema seco ou impetiginoso, lichen ou psíriase, os resultados são sempre rápidos e seguros. Nos eczemas, a intoleravel comichão desaparece, dando ao paciente tranquillidade completa.

P e ç a m
amostras e
litera ura

O efeito do medicamento interno é intensificado e prolongado pela acção deterisiva da Antiphlogistine quando aplicada antes de começar — ou durante — o tratamento especifico.

PRESCREVA
A

ANTIPHLOGISTINE

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

Robinson, Bardsley & Co., Lda.

Caes do Sodré, 9, 1.

L I S B O A

CONTRA
Urticária, prurito, acne, envenenamento externo, e em todas as formas de criteima

Kola Astier

Extrato 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>Prof. Belo Morais</i> , por A. Padesca..... | Pág. | 387 |
| <i>Notes sur la chirurgie cardio-péricardique</i> , par F. Gentil..... | » | 391 |
| <i>Placenta acreta</i> , por Freitas Simões..... | » | 414 |
| <i>Sôbre a existência, em Portugal, do espiroqueta da febre recorrente de Espanha</i> , por António de Carvalho Dias..... | » | 428 |
| <hr/> | | |
| <i>Revista dos Jornais de Medicina</i> | » | 431 |
| <i>Bibliografia</i> | » | 453 |
| <i>Notícias & Informações</i> | » | XLIII |

PROF. BELO MORAIS

À medida que o tempo vai passando na vertigem evolutiva e inexorável dum correr sem fim, desfeitas as paixões e esquecidos os pequenos nada da vida cotidiana, certas figuras de homens nossos contemporâneos parecem tomar súbitamente maior relêvo, na hora solene e impressionante em que a morte abre para êles as portas da Eternidade. É neste estado de espírito e sob a impressão duma profunda mágoa, que damos aos leitores da *Lisboa Médica* a ingrata notícia do falecimento do nosso saúdo Director, o Prof. Belo Morais.

Conquanto retirado há alguns anos do ensino e tendo procurado, voluntariamente, apagar-se adentro do meio médico, em que tanto sobressaíu, foi o Prof. Belo Morais, no seu tempo, um Mestre que personificou uma época e marcou, entre nós, incontestavelmente, um formidável progresso na clínica médica. E para se poder apreciar até que ponto foi extraordinário o alto esforço realizado no nosso acanhado meio em prol da introdução e vulgarização da semiótica física e laboratorial no exame dos doentes, é necessário volver muitos anos atrás e conhecer a maneira como os diagnósticos e a clínica eram feitos, mais pela sagacidade e pela experiência clínica, do que pela observação metódica e pelas deduções simples, mas verdadeiras, tiradas da colheita paciente e ordenada dos factos.

Na plena exuberância do seu talento brilhante e na acolhedora forma como a todos recebia, passava o Prof. Belo Morais demorada visita às suas enfermarias, seguido por muitos médicos ávidos de fazer carreira, e neste ambiente, quer ainda no Hospital de S. José, quer mais tarde em Santa Marta, criou

dedicações, criou discípulos, fêz escola e pôde, numa ânsia de progressividade, numa grande paixão pela profissão médica, servir honesta e elevadamente o seu país e a ciência. Talvez que entre nós, em parte alguma, se não derramassem tanto, como sob a sua égide, os conhecimentos práticos da medicina entre estudantes e se procurasse contribuir para o aperfeiçoamento dos médicos jovens; e isto conseguiu êle, sobretudo, quando pôde ampliar as suas instalações e melhorar o seu meio, onde todos viveram sempre dentro da mais ampla liberdade de trabalho, de carinho e de discussão.

Pode-se afirmar, portanto, com inteira justiça, que ao Prof. Belo Morais ficamos a dever o estabelecimento de sólidas bases, em que com tão notável brilho tem prosperado entre nós o estudo da moderna medicina interna.

A arquirvação metódica das histórias clínicas constituiu um dos seus trabalhos predilectos, recolhendo e acumulando por escrito, quanto podia, com o fim de conseguir documentar devidamente as aulas e produzir numerosos artigos, quasi todos publicados na *Medicina Contemporânea*.

Como succede, porém, com todos os que têm que dedicar, no nosso meio, grande parte do seu tempo a clínica civil, a sua atenção teve que dispersar-se por numerosos doentes e depois também por vários serviços públicos.

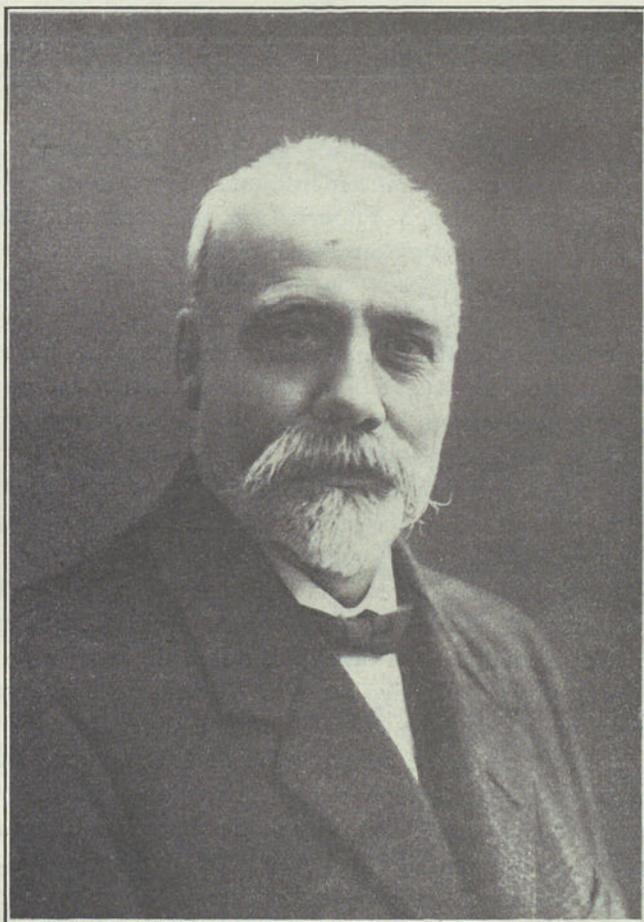
Assim, não chegaram a ver a luz da publicidade alguns inéditos — como um trabalho sobre pneumonias — e não houve cargo, dentro da medicina, que o Prof. Belo Morais não fôsse chamado a desempenhar: Director da Faculdade de Medicina, Director dos Hospitais Civis, Director do Hospital Escolar, Presidente da Sociedade de Ciências Médicas. E é espantoso como tanta actividade pôde ser desenvolvida pelo malgrado Mestre.

Só ultimamente, muito retirado, trabalhava na História da Clínica Médica, em Lisboa, outro inédito que não chegou a ver a luz da publicidade, ao mesmo tempo que fazia uma clínica muito moderada.

Nascido no Crato, em 29 de Novembro de 1868, de condição humilde, fêz os seus cursos graças ao amparo de amigos e conhecidos e a lições dadas a outros estudantes; foi sempre um aluno distintíssimo e pôde, assim, manter-se, até defender tese na extinta Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, em Junho de 1892,

sôbre «Questões de higiene e profilaxia da tuberculose; hospitalização de tuberculosos».

Voltou à sua terra natal, onde exerceu as funções de facultativo municipal durante alguns anos, até que o Prof. Sousa Martins o



Prof. Belo Morais

chamou a trabalhar junto de si. Nomeado assistente do Hospital de S. José, concorreu, mais tarde, em 1899, à Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, defendendo a tese «O aparelho tiroideu», depois do que foi nomeado lente substituto da secção médica.

Regeu medicina legal e fisiologia especial, acumulando este último ensino com o da propedêutica médica. Mais tarde (1911) foi nomeado professor de patologia interna, por falecimento do Prof. Ferraz de Macedo, e Director da 1.^a Clínica Médica, ao mesmo tempo que dirigia o Hospital Escolar.

Na vaga deixada na Clínica Médica pelo Prof. Carlos Tavares, foi, mais tarde, provido, e nessa regência se conservou até 1923, em que, cansado e enfermo já, se retirou da actividade docente.

Fora do ensino, viu-se ainda a grande actividade do Prof. Belo Morais manifestar-se constantemente em vários ramos. Fêz parte da Liga Nacional contra a Tuberculose, da comissão directiva dos Hospitais Cíveis e do Conselho médico-legal de Lisboa; foi Presidente muito considerado da assemblea geral do Monte-Pio Geral e da Direcção da Associação dos Médicos.

De congressos científicos em que tivesse tomado parte, lembramo-nos do III Congresso Nacional de Medicina e de presidir à secção de hidrologia no Congresso, em Lisboa, da «International Society of Medical Hidrology».

Finalmente, à sua bondosa aquiescência e às suas ideas deve o Prof. Belo Morais o ter chegado a ser indicado para a Suprema Magistratura do país.

Está, pois, de luto a medicina portuguesa, pelo falecimento do notável vulto de clínico que foi o Prof. Belo Morais, homem de ciência, de trabalho e de bondade, difícil de igualar na nossa terra, perante cuja memória a nossa Revista se curva sentidamente, num preito da mais comovida homenagem.

Vai agora a Faculdade de Medicina de Lisboa tratar de promover a consagração solene que é devida ao saúdoso Mestre. No cumprimento do honroso encargo de fazermos o seu elogio, haverá melhor oportunidade de podermos analisar, com calma, a vida do Prof. Belo Morais e destacar a sua obra, produto dum brilhante espírito, a cujas várias e interessantes facêtas há que dar o devido relêvo.

A. PADESCA.

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



Um novo produto Schering

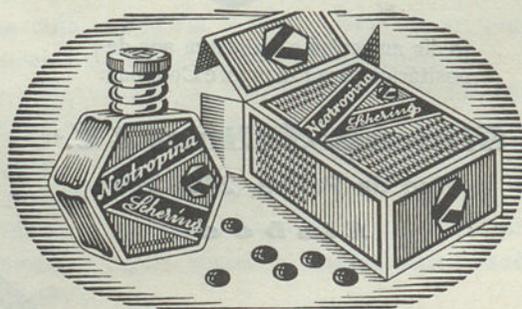
NEOTROPINA

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

VANTAGENS ESPECIAIS:

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

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



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

SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIM

Os nossos concessionários:

Schering S. A. Portuguesa de Responsabilidade Limitada
Largo da Anunciada 9-2º, Apartado 279, Lisboa

NOTES SUR LA CHIRURGIE CARDIO-PÉRICARDIQUE (1)

PAR

F. GENTIL

Collaborer à l'hommage rendu au Professeur Roberto Alessandri, en publiant l'état où se trouve actuellement un homme opéré de cardioraphie il y a 30 ans et celui d'un autre malade opéré de péricardiotomie, par empyème, il y a 25 ans, c'est rappeler toute cette longue période de l'évolution de la chirurgie qui a subi si profondément l'influence des travaux du Maître.

Ayant suivi son évolution chirurgicale au cours de trente ans et ayant présent son beau Rapport au V^e Congrès de la Société Internationale de Chirurgie en 1920, sur la «Chirurgia del Cuore et dei grossi Vasi», je me suis décidé à lui dédier l'observation actuelle de ces deux vieux cas de chirurgie cardiopéricardique.

CAS I. — Le 17 juillet 1903, j'ai opéré un homme de 28 ans qui avait été blessé en luttant avec un compagnon. Il avait une blessure dans la région précordiale produite par un instrument tranchant et perforant qui lui avait traversé le 5^{ème} cartilage costal gauche, très obliquement, en blessant (ainsi que je l'ai vérifié au moment de l'opération) le myocarde et pénétrant dans l'oreille droite par sa face antérieure.

Le blessé fut conduit au service d'urgence de l'Hôpital S. José trois heures et demie après l'agression. Il a été opéré une demi-heure après son arrivée à l'hôpital. Quatre heures seulement se sont donc écoulées entre la blessure et l'intervention chirurgicale.

Dans la monographie que j'ai publiée en 1905 (2) sur trois cas personnels de cardioraphie, présentés aussi au XVI^e Congrès

(1) *Policlinico-Sez. Chir.* 1933.

(2) *Feridas e rupturas traumáticas do coração. Cardiografia.* 1905. Imp. Libânio da Silva. Lisboa. 141 pág.

International de Médecine (Lisbonne, 1906), j'ai décrit en détail les cas en question. L'un d'eux avait trait à un homme de 34 ans qui, voulant se suicider, avait fait une blessure du ventricule gauche. L'opération avait été faite 10 heures après le traumatisme, en état d'anémie profonde, qu'il a été impossible de vaincre. Le malade est mort 21 heures après l'intervention. A l'autopsie, on constate une bonne suture du myocarde et section du pilier antérieur de la valvule.

L'autre observation se rapportait à un cas de blessure du ventricule droit, blessure double, dont l'une avait atteint la cavité ventriculaire, produite par un instrument tranchant et perforant chez un homme de 20 ans atteint de syphilis secondaire, avec lésions en voie d'évolution et de lésions tuberculeuses en activité aux deux poumons. L'opération fut faite plus de trois heures après l'accident; le malade est mort cinq jours plus tard.

Un seul des trois malades que j'ai opérés de cardiographie est encore vivant, il est maintenant âgé de 57 ans. C'est un alcoolique invétéré, syphilitique depuis l'âge de 43 ans, ayant exécuté des travaux rudes et violents. De 1903 à 1918 il a été charretier, travailleur rural, chargeur de sel; il a contracté le paludisme dans les marais du Sado; en 1918, il a été hospitalisé à cause de ses lésions syphilitiques (obs. n° 1349-A).

En 1929, il a dû être interné de nouveau pour traumatisme de la face et en 1931 (obs. n° 4409-A) pour alcoolisme.

Il ne travaille plus depuis 1931 et se trouve interné dans un asyle de la ville de Setubal. L'admission à l'asyle fut motivée par l'état du malade qui se plaignait de se fatiguer facilement, d'avoir des vertiges et de l'œdème des membres inférieurs, à la suite d'une attaque de rhumatisme aigu qu'il avait eu en 1928. A cette époque il travaillait dans les égouts de la ville de Setubal.

Privé d'alcool, il a eu des hallucinations visuelles et auditives.

Au mois de juillet 1928, il avait 74 pulsations, 21-12 à l'oscillomètre de Pachon; radiales dures; aire de matité de l'aorte descendante augmentée.

| | |
|----------------------|---------|
| Urée du sang..... | 0,296 ‰ |
| Urée de l'urine..... | 26 ‰ |

Il s'agit, en somme, d'un cas de guérison chirurgicale d'une blessure du cœur datant de 30 ans et permettant l'exécution de travaux violents dans les premiers temps après la cardiographie de l'oreillette droite, comme dans le cas de Fogel (de Riga) publié par Ruffanov (de Moscou), dans lequel l'électrocardiogramme ne

révélaît, au bout de 28 ans, que de légères anomalies sans perturbations importantes des fonctions cardiaques.

Les observations consignait les résultats obtenus après une cardiographie et constatés au bout d'un certain nombre d'années ne sont pas nombreuses. Le travail de E. Hesse (1) offre pour cela le plus grand intérêt. Cet auteur étudie les résultats éloignés de la suture du myocarde dans des cas de plaie du cœur, au point de vue fonctionnel; il passe en revue 12 cas parmi 48 opérés, et trouve un pourcentage de 37 % de bons résultats au bout de plusieurs années.

Hesse attribue en grande partie le succès obtenu dans ces interventions aux thoracotomies avec résection définitive et affirme que le pronostic n'est pas moins favorable, quant à la guérison définitive, dans les blessures des oreillettes comparativement à celles des ventricules. Comme nous le verrons plus loin, ces observations s'appliquent au cas de cardiographie qui sert de base à ces notes: résection définitive de cartilages costaux pour pouvoir suturer l'oreillette droite.

Relativement au matériel de suture, Hesse démontre expérimentalement qu'on doit donner la préférence à la soie pour la cardiographie. C'est ce matériel que j'ai employé dans mon cas.

Cet auteur signale la tachycardie sans changement de la pression du tracé sphygmographique ou de l'électrocardiogramme; il y aurait 1 % de cas d'incapacité totale, 1,8 % de capacité restreinte et 80 % de capacité totale pour les travaux manuels rudes.

Constantini (2) donne aussi, comme séquelles, des palpitations, de la dyspnée d'effort, des douleurs par adhérence pleuro-péricardique et symphyse, ce qui est confirmé dans le travail de Hesse cité plus haut.

Je ne vais pas décrire en détail et à nouveau tout ce qui concerne la cardiographie que j'ai fait connaître il y a 30 ans, car le cas fut publié en 1905 (loc. cit.); je désire seulement insister sur certains aspects qui se rapportent à ce que je pense aujourd'hui.

Mon opéré, après avoir été blessé, a pu faire encore quelques pas et est tombé *sans perdre connaissance*. A un premier examen, j'ai trouvé un individu fort, bien musclé, pâle, immobile,

(1) *Deut. Z. f. Chir.* — T. CXC. Nos 3 à 6. 1925.

(2) *Thèse de Paris*. 1919.

en décubitus dorsal, tranquille, se plaignant de soif et d'une douleur précordiale, avec les lèvres cyanosées.

La soif et la forme de la plaie, qui coupait obliquement le cartilage costal qui empêchait la sortie du sang, la concomitance d'une blessure de la plèvre gauche, indiquée par un pneumothorax localisé au côté gauche et en dehors de la blessure cutanée, accompagné d'hémithorax du même côté et rendant plus nette la matité du péricarde, imposaient le diagnostic. En plus de ces symptômes, il y avait du frémissement rappelant le *thrill murmur*, plus typique à l'auscultation de la base du cœur; et à la pointe du cœur on entendait un bruit hydro-aérien rappelant celui de l'eau battue par la roue d'un moulin. Il n'y avait pas de différenciation possible des tons aortiques, on n'entendait pas de souffle. Ce qui impressionnait le plus c'étaient les variations du choc cardiaque, tantôt faible et presque imperceptible, tantôt net et même exagéré, par suite du contact entre le cœur et la paroi costale.

L'aire péricardique mate augmentait successivement et rapidement, la cyanose des lèvres s'accroissait et la dyspnée se maintenait peu intense; pas d'hypothermie (36°,9); pouls faible et fréquent. Tels étaient les symptômes qui complétaient le tableau clinique.

Dans des cas tels que celui-ci, la phrase de Petinto (1) est tout-à-fait justifiée: «Le diagnostic d'une blessure du cœur peut être exclusivement intuitif.» En vérité, il s'imposait. Tout fut observé pendant le court espace de temps nécessaire à la préparation de l'acte opératoire.

Il y avait chez le malade un symptôme curieux qui fut noté plusieurs fois avant de nous résoudre à la thoracotomie; il le fut également chez un autre de mes opérés et il est intéressant de constater qu'il se présentait chez un porteur d'une blessure du ventricule droit et chez un porteur d'une blessure de l'oreillette, l'un sans compression cardiaque, l'autre avec compression accentuée (compression décrite pour la première fois par Morgagni): — il s'agit de la «Herztamponade» de Rose.

Le symptôme en question m'a été un bon guide dans d'autres cas dans lesquels son absence m'a fait rejeter l'intervention;

(1) Nuevas orientaciones en cardiología. Madrid, 1918.

l'évolution des phénomènes morbides m'a montré qu'il n'y avait pas alors blessure du myocarde.

Il m'a été donné de le vérifier dans trois cas. Il importe de rechercher ce symptôme, car tout chirurgien qui a opéré des blessures du cœur connaît bien les cas de diagnostic facile et franc, ceux dans lesquels celui-ci est *intuitif* et finalement ceux où on reste perplexe et auxquels s'applique la proposition de Tuffier (1) qui écrit: «cette incertitude est d'autant plus angoissante que nous sentons la vie du malade liée à l'exactitude de notre diagnostic. L'analyse de chacun des symptômes nous montre combien leur valeur est souvent douteuse».

Dans un cas de plaie par arme à feu de la région précordiale (obs. n° 2587-A de la 1^{ère} Clinique Chirurgicale), de même que dans un autre cas de blessure dorsale à gauche, au niveau des vertèbres cardiaques (vertèbres de Giacomini) (Clin. privé), tous les deux avec une symptomatologie grave faisant penser à une lésion possible du myocarde, le pouls était d'une régularité parfaite et d'un rythme régulier dans les quatre quarts d'une minute. Ce rythme parfait n'a pas été noté dans les cas de plaie du myocarde; chez ceux-ci, il y avait des variations constantes. Ce fait est important pour le diagnostic, ainsi que l'analyse détaillée de chaque symptôme. L'augmentation de l'aire cardiaque par l'hémopéricarde, par exemple, peut ne pas se produire dans une blessure pénétrante du cœur, même sans large communication vers l'extérieur ou vers la plèvre. La coexistence d'une blessure du péricarde et de la mammaire interne, comme je l'ai observé dans un cas, peut aussi induire en erreur. Ceci montre bien l'importance de la recherche de tous les symptômes qui puissent aider au diagnostic.

C'est sous l'influence des publications italiennes que j'ai essayé, en 1900, des techniques de cardiographie. J'avais déjà établi un plan opératoire quand j'ai opéré mon premier cas en 1901.

L'opération de Farina (Rome, 1896) m'avait impressionné et créé dans mon esprit l'attitude nécessaire pour profiter du premier cas qui se présenterait.

Ceci montre combien m'a été utile la connaissance de la lit-

(1) La chirurgie du cœur. V^e Cong. de la Soc. Int. de Chir. 1920.

térature chirurgicale italienne. Je lui dois tout l'intérêt pour ma technique opératoire que je ne croyais pas devoir réaliser dans les conditions de travail où je me trouvais alors, et d'avoir vu toute l'importance que «*la première suture du myocarde exécuté par Farina à Rome, au mois de janvier 1896*» a donné à la démonstration expérimentale de Rosenthal (Soc. Med. de Berlin, 1895).

Les interventions pratiquées au cours de cette première année de chirurgie du cœur se sont limitées, outre le cas de Farina, aux opérations de Rehn (guérison), de Cappelen (mort) et de Parrossani (guérison).

La première année de chirurgie active, d'intervention directe par la suture dans les plaies du cœur fut signalé par deux opérations suivies de guérison, et par deux autres dans lesquelles les malades ont succombé à la suite de complications secondaires.

Les seuls succès au cours de la 2^{ème} et 3^{ème} années furent italiens, et le rôle principal de la chirurgie italienne en ce qui concerne ce chapitre, ainsi que bien d'autres de la Pathologie Chirurgicale, nous fait comprendre combien Parlavocchio (1) avait raison lorsqu'il écrivait au sujet de la cardiographie: «*La sua storia splendida per quanto breve, costituisce una legittima ragione d'orgoglio per la scuola italiana, poichè fu qui che nacque ed ebbe il suo maggiore rigoglio la chirurgia del cuore, come lo dimostra il fatto che delle nove guarigioni con essa finora (13 Aprile, 1901) ottenute, non meno di sei appartengono ad operatore italiani*».

Que l'orgueil du Maître italien est justifié le prouvent les statistiques. En effet, si on exclut le cas de Fontan (français) et quelques rares cas qui peuvent en être rapprochés, les meilleures statistiques sont sans aucun doute italiennes.

Fontan admet, comme Bufaline, 100 % de guérisons, tous deux donnant des chiffres supérieurs à F. Hesse qui, ayant opéré à lui seul autant de malades que les deux autres auteurs (1920), a obtenu 83 % de guérisons.

Mon cas, qui sert de base à ces notes, se rapporte à une plaie de l'oreillette droite et a été opéré en 1903, comme dans celui de Schwerin qu'Alessandri dit avoir été le premier cas de

(1) Lo stato della chir. del cuore al principio del secolo xx. Roma, 1902.

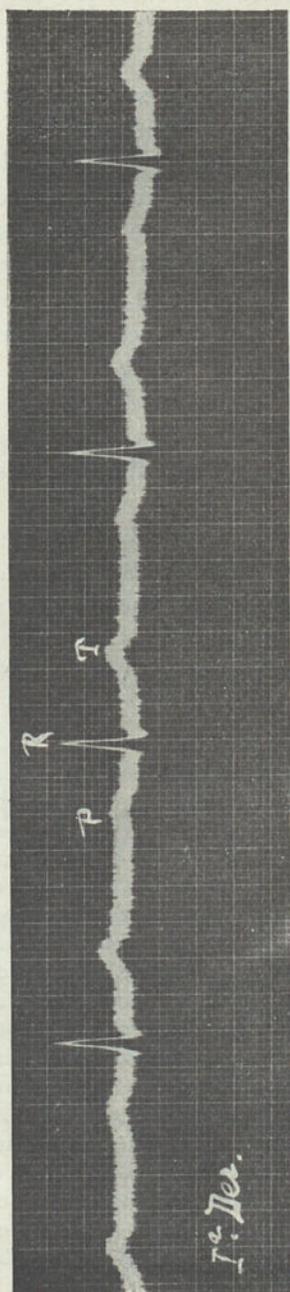


Fig. 1-a

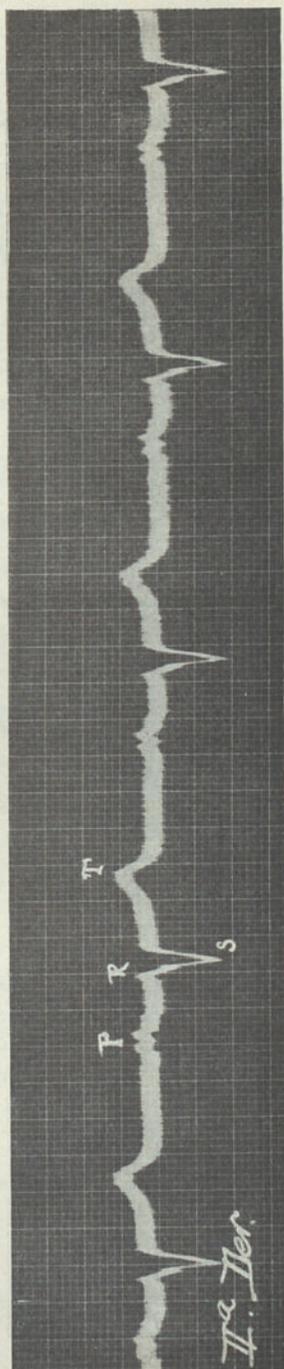


Fig. 1-b

guérison chirurgicale dans des blessures de cette oreillette. Quand j'ai fait mon opération, j'avait déjà connaissance du cas de Ninni (1901).

Ninni avait pratiqué la suture de la rate par blessure, lorsque j'ai eu aussi besoin de terminer un acte opératoire pour une lésion traumatique grave du diaphragme en faisant aussi la suture de la rate. Cette suture fut rapide et efficace, et a évité la splénectomie. Le malade a guéri et vit encore aujourd'hui, exerçant la profession de paveur. Or ce cas, et c'est seulement pour cela que je le cite, a confirmé ce que l'expérimentation avait montré quant à la voie préférable pour la thoracotomie exploratrice.

Avant de parler de la technique opératoire, voyons la situation actuelle au point de vue de la circulation du malade M. R. interné à l'hôpital (obs. n° 4793-A de la 1^{ère} Clinique Chirurgicale).

Il faut insister de nouveau sur l'effort imposé à cet homme au cours des 20 années écoulées depuis l'intervention, par l'exercice de travaux violents tels que ceux de charretier, chargeur, bêcheur, etc., et aussi par le fait de son alcoolisme invétéré, ayant acquis la syphilis et ne faisant pas de traitement convenable. Le cœur de cet homme a donc été soumis aux plus rudes épreuves dans un organisme avec les tares les plus favorables aux cardiopathies. Et qu'observons-nous aujourd'hui (27-VIII-932—Dr. Oliveira Machado)?

«Sclérose artérielle généralisée: humérales, radiales et temporales dures et sinueuses, aorte élargie et plus opaque aux rayons X que normalement; hypertension artérielle appréciable, révélée par l'oscillomètre de Pachon: 21 max., 11 min.

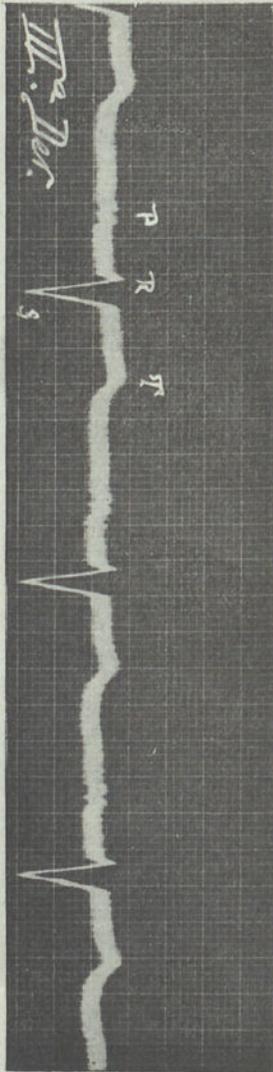


Fig. 1-c

Cardiazol- Efedrina «Knoll»

contra a asma

indicada principalmente na asma crônica com alteração do coração direito, asma brônquica com estados de bradicardia ou de hipotonia, asma-brônquite, enfisema,

combate a debilidade circulatória

recomenda-se muito em colapso vascular, insuficiência cardiovascular, bradicardia, bloqueio cardíaco, hipotensão, minus-descompensação, intoxicações, e também profilaticamente antes da narcose.

Posologia: 20 gotas ou 1 comprimido ou 1 empôla (contendo cada 0,1 g de Cardiazol + 0,015 g de cloridrato de Efedrina «Knoll») uma ou várias vezes ao dia, se fôr necessário. Empacotamentos originais: Tubos com 10 comprimidos. Vidros com 10 g de líquido. Caixas com 6 empôlas de 1,1 c.c.



KNOLL A.-G., Fábricas de Produtos Químicos Ludwigshafen/Rheno (Alemanha)

LISBOA MÉRICA

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

PELO

Stovarsol

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

APRESENTAÇÃO

FRASCOS DE 28
COMPRIMIDOS A 0 gr. 25
FRASCOS DE 70
COMPRIMIDOS A 0 gr. 05
FRASCOS DE 200
COMPRIMIDOS A 0 gr 01

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

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
— **Specia** —

MARQUES **POULENG Frères** & "USINES du RHONE"
86.rue Vieille du Temple, PARIS 3:

DREVILLÉ



L'intégrité du rein semble certaine, car à un débit urinaire normal correspond une densité de 1023, sans albuminurie et sans rétention azotée (urée du sang 0,50 gr. par litre de sérum).

Pas de dyspnée d'effort ou de décubitus, pas d'œdème, pas d'oligurie;

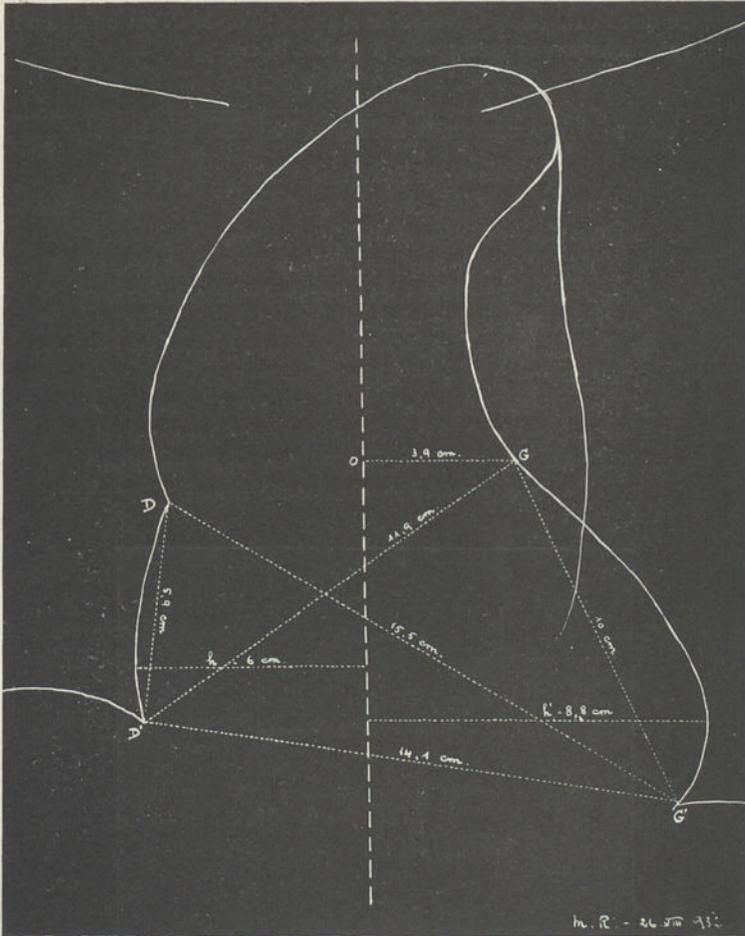


Fig. II. — Cas I. (M. R.)

donc pas de signes d'insuffisance circulatoire. Bases pulmonaires libres, foie dur, indolore, descendant au-dessous du rebord costal gauche, ce qui s'explique par l'abus des boissons alcooliques. Cirrhose hepatiche incipiente. Bruits cardiaques normaux; 72 pulsations par minute; pouls rythmique, de bonne amplitude et réccurrence.»

L'aire cardiaque, donnée par la téléradiographie, montre seulement une dilatation diffuse et de l'opacité de l'aorte descendante, sans troubles du fonctionnement de l'oreillette suturée.

L'absence de perturbations de la conduction intra-cardiaque est confirmée par l'électrocardiogramme (Prof. Adelino Padesca, de Pathologie Médicale) qui montre que P. R. est égal à 0,18 de seconde; l'onde P. est bifide en II^e et III^e dér. (perturbation dynamique?). (Fig. I-a, b, c.).

ORTHODIAGRAMME par le Dr. Bénard Guedes (fig. II, III).

(Service de la Faculté de Médecine)

- D G' — Diamètre longitudinal: 15,5 cm.
 h + h' — Diamètre horizontal: $6 + 8,8 = 14,8$ cm.
 D' G — Diamètre basal (largeur de la base des ventricules): 11,9 cm.
 G G' — Diamètre ventriculaire gauche: 10 cm.
 D' G' — Diamètre ventriculaire droit: 14,1 cm.
 D D' — Diamètre de l'oreillette droite: 5,9 cm.
 O G — Diamètre de l'oreillette gauche: 3,9 cm.
 Diamètre transversal de l'aorte, en position oblique antérieure droite: 5,5 cm.

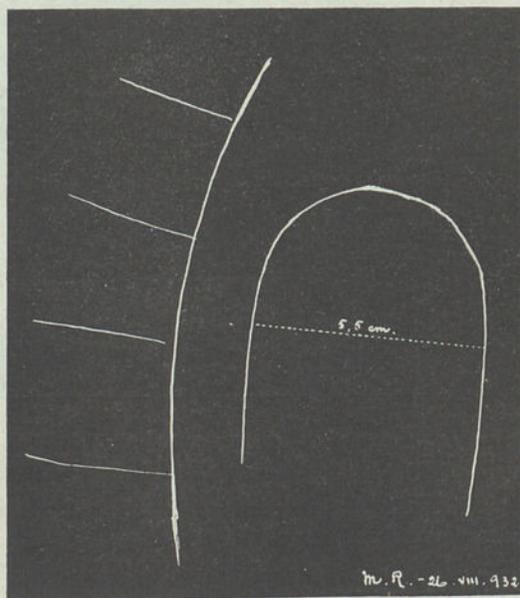


Fig. III. — Cas I. (M. R.)

En prenant comme terme de comparaison, les valeurs moyennes indiquées par Vaquez et Bordet, on constate qu'il n'y a que les dimensions des diamètres longitudinal, horizontal e basal et celles du diamètre transversal de l'aorte qui soient augmentées. L'augmentation de ces dimensions de l'aïre cardiaque correspond à une augmentation du volume de la cavité ventri-

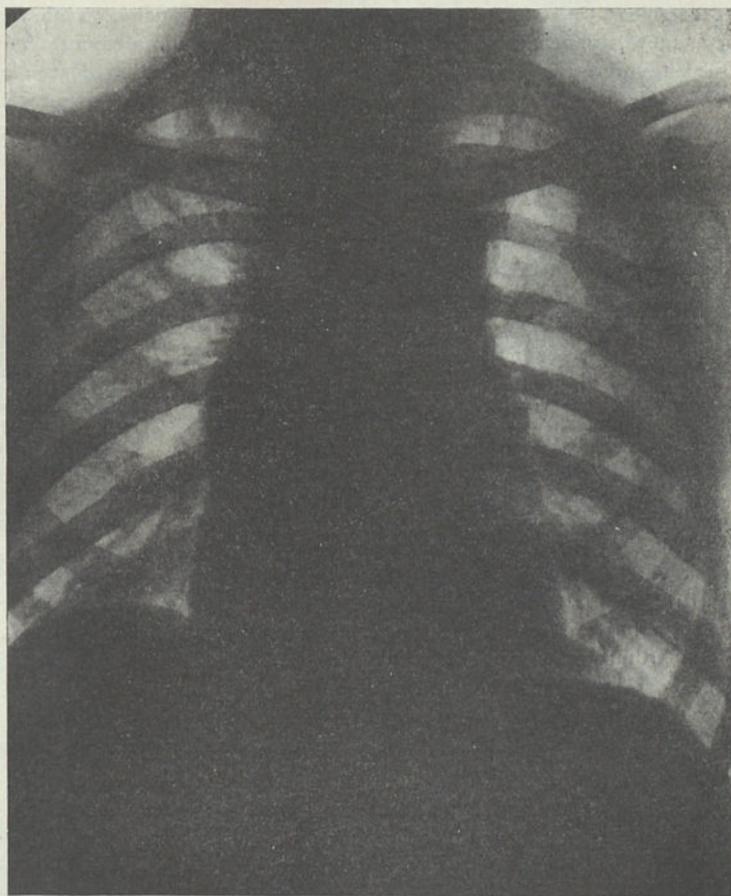


Fig. IV. — Cas I. (M. R.)

culaire gauche, augmentation d'ailleurs peu marquée. Les dimensions des diamètres des oreillettes droite et gauche s'approchent des valeurs moyennes.

La dimension transversale de l'aorte, déterminée en position oblique antérieure droite, est un peu augmentée.

La *téléradiographie du thorax* (fig. IV), avec incidence dorso-ventrale et à la distance de 2 mètres, montre qu'il y a en effet augmentation légère

des dimensions de l'ombre cardiaque par exagération de l'arc ventriculaire gauche; la pointe du cœur se projette au niveau de la 6^{ème} côte. Le contour de l'oreillette droite forme un arc parfaitement normal.

La base du pédicule vasculaire est très saillante au-dessus de l'arc de l'oreillette droite; elle dépasse fortement à droite le bord du sternum.

L'ombre aortique est très déformée et s'élève plus d'un centimètre au-dessus du niveau de la fourche du sternum, inclinée à gauche, où elle forme un arc exagéré, ayant un ton d'opacité plus grand que normalement.

On peut suivre facilement le contour gauche de la portion descendante de l'aorte, très à gauche du bord du sternum et en direction au contour ventriculaire gauche; il croise ce contour, étant visible à travers l'ombre cardiaque.

Téléradiographie du thorax en position oblique antérieure droite et à la distance de 2 mètres :

L'ombre aortique est très nette, dilatée et très opaque.

L'arc de l'oreillette gauche ne présente aucune saillie anormale dans le médiastin postérieur.

Des radiographies de l'aisselle droite, des cuisses et des jambes ne permettent pas de distinguer l'ombre d'artères calcifiées.

L'aspect radiologique correspond à celui d'une sclérose cardio-aortique. On ne trouve pas de déformation de l'ombre cardiaque en rapport avec l'ancien traumatisme ou due à l'intervention opératoire.

CAS II. — A. R., homme de 47 ans, fut observé le 29 août 1932 (obs. n° 4797-A, de la 1^{ème} Clinique Chirurgicale).

Il est entré le 18 avril 1908, à l'âge de 28 ans, dans le service de Médecine du Prof. Bello Morais (Hôpital S. José) avec une pneumonie du côté gauche. Il a fait un épanchement purulent et fut opéré (F. Gentil) le 20 mai 1908. Péricardiotomie suivant la technique d'Ollier, avec résection du 5^{ème} cartilage costal gauche. Le cœur, adossé à la paroi antérieure, fut déplacé après avoir ouvert le péricarde, fortement vascularisé. Il en sortit trois décilitres (300 centimètres cubes) de liquide séro-purulent (pneumococcique) avec beaucoup de sang.

Drainage par l'ouverture du péricarde; tout a bien marché pendant quelques jours, mais le 27 du même mois, une semaine après la péricardiotomie, il a été nécessaire d'ouvrir un empyème localisé à la plèvre gauche, qui contenait un litre de pus vert (pneumococcique).

Deux mois après, le malade sort de l'hôpital complètement guéri.

Aujourd'hui, A. R., opéré il y a 25 ans d'une péricardite purulente, dit avoir gardé une capacité de travail normale, interrompue seulement, de temps en temps pendant quelques jours, par de violentes crises d'asthme bronchique dont il souffre depuis l'âge de 16 ans (7 ans avant l'opération), qui ne se sont amendées et n'ont diminué de fréquence que depuis 10 ans. Il commença alors à engraisser extraordinairement et progressivement et pèse maintenant 91 kilogrammes (1^m,63 de haut, âge 47 ans).

Depuis qu'il a engraisé, il a une légère dyspnée d'effort, *mais pas de*

**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

GÍNECINA

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. Vomitos ocasionados pela gravidez. — DOSE: 2 a 3 comprimidos por dia antes das refeições.

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

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

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



décubitus. Il dit n'avoir pas d'œdèmes ni d'oligurie. Il n'a jamais fait de traitement diététique ou médicamenteux contre l'obésité.

L'observation (Dr. Oliveira Machado) montre un thorax emphysémateux, presque cylindrique, avec des espaces intercostaux élargis; on entend de

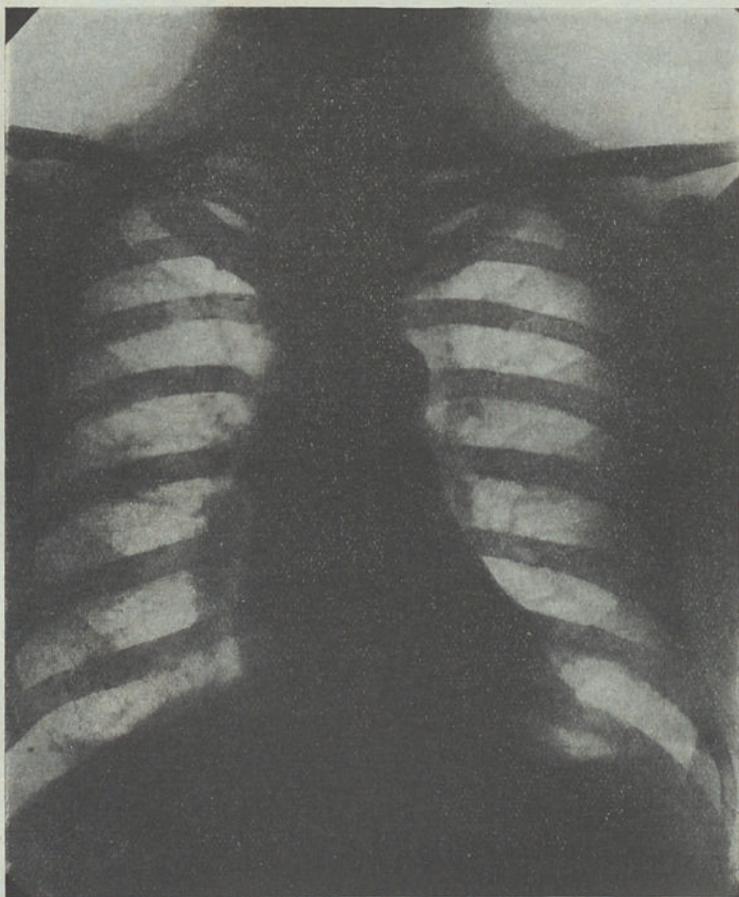


Fig. V. — Cas II. (A. R.)

nombreux ronflements et des sybilles dans toute la hauteur des poumons des deux côtés.

Pointe du cœur difficilement perceptible au niveau du 6^{ème} espace intercostal gauche, un peu en dehors de la ligne mamillaire, chez le malade observé en *décubitus* latéral gauche. Bruits cardiaques normaux; 78 pulsations par minute, pouls de bonne amplitude et récurrence, *ne se modifiant pas de façon appréciable par les mouvements respiratoires*.

Tension artérielle: mx. 14, mn. 8 (Pachon).
Foie au niveau du rebord costal, indolore.

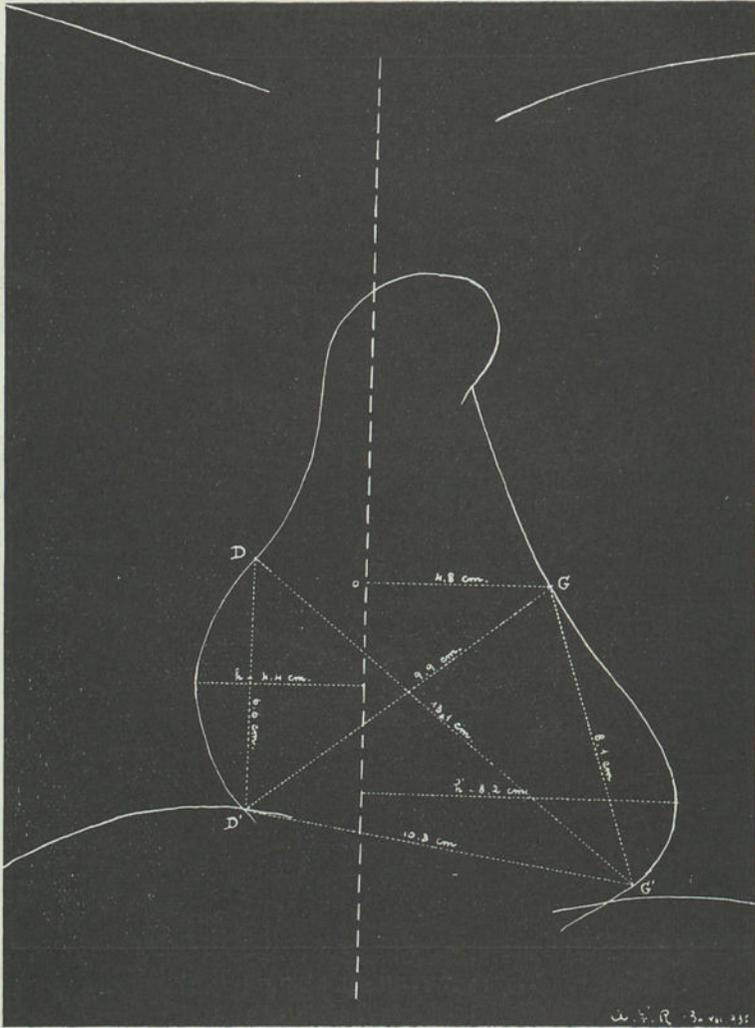


Fig. VI. — Cas II. (A. R.)

Pas d'œdèmes. Urine normale. Volume 1.200 cc.; densité 1.025, pas d'éléments anormaux.»

A l'examen radiologique (Dr. Bénard Guedes, fig. V), on constate seulement une légère hypertrophie du ventricule gauche; *pas de signes de sym-*

physe cardiaque à l'examen radioscopique. La radiographie permet encore de noter une légère diminution de la perméabilité de la base du poumon gauche, de l'irrégularité de la convexité du diaphragme de ce côté et des adhérences non perceptibles à l'examen clinique. En position oblique droite antérieure, on voit se dessiner des taches irrégulières dans l'espace rétrocardiaque, taches qui doivent correspondre à un processus de médiastinite chronique.

ORTHODIAGRAMME par le Dr. Bénard Guedes (figs. VI, VII. — A. R.).

- D G' — Diamètre longitudinal: 13,1 cm.
- h + h' — Diamètre horizontal: 4,4 + 8,2 = 12,6 cm.
- D' G — Diamètre basal (largeur de la base des ventricules): 9,9 cm.
- G G' — Diamètre ventriculaire gauche: 8,1 cm.
- D' G' — Diamètre ventriculaire droit: 10,3 cm.
- D D' — Diamètre de l'oreillette droite: 6,6 cm.
- O G — Diamètre de l'oreillette gauche: 4,8 cm.
- Diamètre transversal de l'aorte, en position oblique antérieure droite: 3,5 cm.

D'après les indications des valeurs moyennes de Vaquez et Bordet, les dimensions trouvées sont à peu près normales; seulement les diamètres des oreillettes sont un peu *augmentés*. On explique en partie cette augmentation

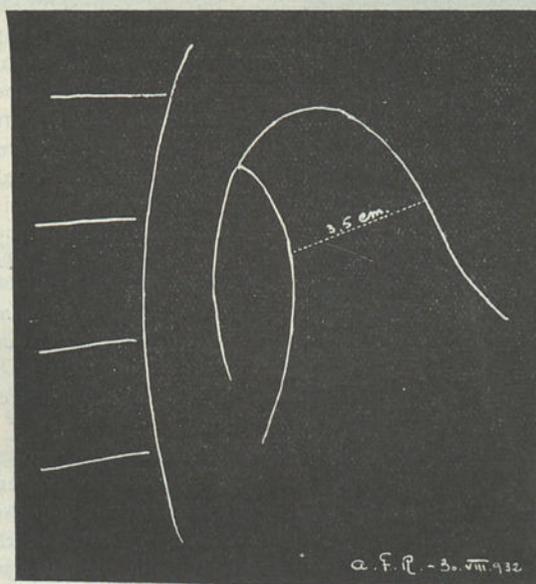


Fig. VII. — Cas II. (A. R.)

légère des diamètres des oreillettes par la position presque horizontale du cœur, commune aux individus obèses, avec un thorax large et court; mais elle est aussi en rapport avec un état d'emphysème pulmonaire généralisé.

La dimension transversale de l'aorte, en position oblique antérieure droite, est normale.

Téléradiographie du thorax (fig. V), avec incidence dorso-ventrale et à la distance de 2 mètres :

Confirme les valeurs fournies par l'orthodiagramme : il y a une exagération légère des arcs de l'oreillette droite et du ventricule gauche, et le cœur présente une configuration presque globeuse. La pointe est projetée au niveau de la 6^{ème} côte.

L'arc aortique, accentué, fortement arrondi, offre un ton d'opacité plus grand que le ton normal, par sclérose probable des parois du vaisseau.

On peut constater encore, par la radiographie, que les espaces intercostaux sont un peu élargis et que les ombres des côtes se présentent presque horizontales; il y a un abaissement des coupes diaphragmatiques. Cet aspect est en rapport avec un état emphysémateux des poumons.

L'extrémité antérieure de la 5^{ème} côte gauche a été réséquée.

Par la radioscopie, on constate que les deux tiers internes de la coupole diaphragmatique gauche font des excursions normales pendant les mouvements respiratoires, tandis que le tiers externe est immobilisé par des adhérences pleurales, le sinus costo-diaphragmatique étant disparu.

Pulsations cardiaques non altérées; pas de signes de péricardite adhésive.

Téléradiographie du thorax, en position oblique antérieure droite et à la distance de 2 mètres :

L'arc de l'oreillette gauche est normal.

L'ombre aortique n'est pas élargie.

Le médiastin postérieur se présente trouble, par la présence de quelques taches, denses et irrégulières, par une probable médiastinite chronique, provoquée par l'ancienne pleurésie gauche.

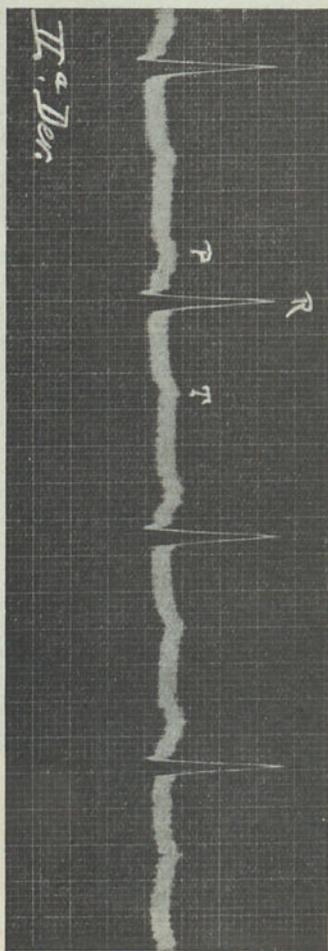


Fig. VIII. — Cas II. (A. R.)

“
eregumil
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 afeções intestinais. — Especial
para crianças, velhos, convalescentes
e doentes do estomago.

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

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

MÉTODO CITOFILÁCTICO DO PROFESSOR PIERRE DELBET

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

DELBIASE

ESTIMULANTE BIOLÓGICO GERAL

POR REMINERALIZAÇÃO MAGNESIANA DO ORGANISMO

Único produto preparado segundo a fórmula do Professor Delbet.

PRINCIPAIS INDICAÇÕES :

PERTURBAÇÕES DA DIGESTÃO — INFECCÕES DAS VIAS BILIARES

PERTURBAÇÕES NEURO-MUSCULARES — ASTENIA NERVOSA

PERTURBAÇÕES CARDÍACAS POR HIPERVAGOTONIA

PRURIDOS E DERMATOSES — LESÕES DE TIPO PRECANCEROSO

PERTURBAÇÕES DAS VIAS URINÁRIAS DE ORIGEM PROSTÁTICA

PROFILAXIA DO CANCRO

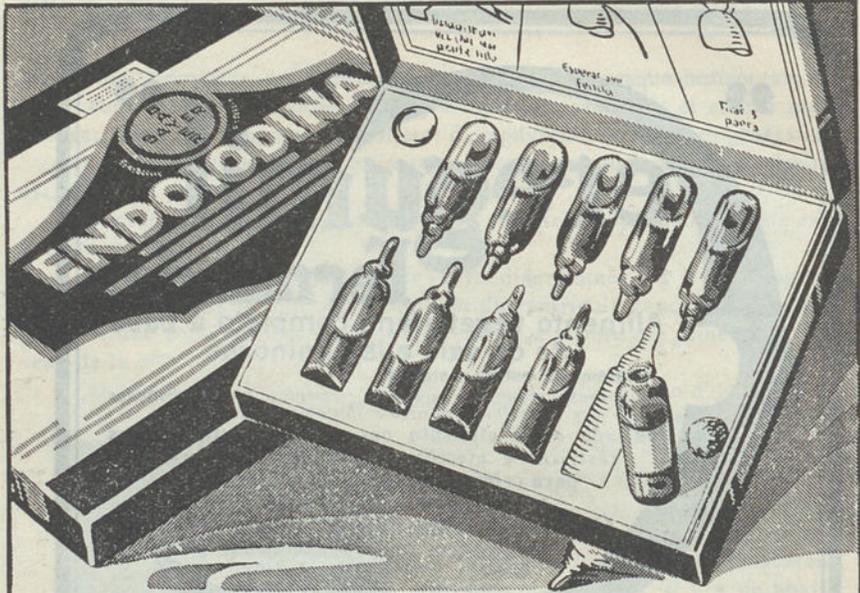
DOSE : 2 a 4 comprimidos, todas as manhãs, em meio copo de agua.

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE

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

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

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



ENDOIODINA

Jodo orgânico injectável

M.R.

**Em lugar da
medicação iodada
por via oral**



M. R.

Devido às suas condições favoráveis de dissociação, a Endoiodina demonstra, além da boa tolerância, uma rápida e duradoura acção iódica e pôde ser por isso considerada como o preparado iodado ideal (contem cerca de 60 por cento de iodo).

Embalagem original: Caixa com 10 ampolas de 2 c. c.

» *Bayer Meister-Lucius* «

LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante

«LUSOPHARMA»

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150, 3.º — LISBOA

On n'a donc pas trouvé des altérations pathologiques de la configuration et des dimensions de l'aire cardiaque.

Signes radiologiques de sclérose aortique peu accentuée.

Emphysème pulmonaire généralisé.

Adhérences pleuro-pulmonaires à la base gauche.

Réséction de l'extrémité antérieure de la 5^{ème} côte gauche.

Electrocardiogr. (fig. VIII).

Le résultat obtenu fut bon au moment où j'ai pratiqué l'opération, et on peut dire qu'il l'est encore aujourd'hui. Dans un cas antérieur j'avais fait des ponctions sans obtenir la guérison, le malade étant mort quelques jours plus tard. C'était un mauvais cas, avec des localisations diverses d'une pneumococcie, mais cet exemple confirma dans mon esprit l'opinion que j'ai vu soutenir il y a peu d'années par Gamberini (1), c'est-à-dire que, dans la péricardite purulente, la ponction est contre-indiquée, sauf dans un premier temps et seulement comme moyen d'urgence préparatoire de la péricardiectomie et du drainage. Cet auteur, qui attribue la mortalité de 100 % à la ponction et cite Rhoeles, Kolb, entre autres, affirme que les statistiques donnent, pour la péricardiectomie, 47 à 63 % de guérisons, même pour des opérations dans des cas qui semblaient désespérés.

Si le diagnostic et l'intervention sont précoces, le maximum de cas mortels, évalué à 53 %, doit baisser sensiblement.

Walzell montre, dans son travail de 1913 (2), qu'un épanchement persistant et sans tendance à la résorption, même sans symptômes alarmants, doit être opéré. Même dans un épanchement séro-fibrineux, la ponction peut laisser de la fibrine et il en résultera des adhérences avec des conséquences graves.

La péricardite pneumococcique se termine-t-elle toujours par la mort quand elle n'est pas opérée ?

Je pense que non. Un malade que j'ai opéré le 5 juillet 1909, plusieurs années après avoir eu un processus pneumococcique, grave, en est un bon exemple. De graves troubles cardiaques, dus à une symphyse cardio-péricardique étendue et une cavité pulmonaire avec sclérose péricavitaire sont des indications pour le traitement chirurgical.

Sous anesthésie générale, j'ai fait une large résection chondro-

(1) *Arch. Ital. di Chir.* Vol. VI. Fasc. 6. Page 619. 1923.

(2) *Ueber Pericardiectomie.* — Mitt. Vol. XXV. Wien.

costale gauche et une «thoracolyse pré-péricardique» étendue (telle que Brauer la décrit), complétant ainsi l'intervention par le traitement du foyer pulmonaire.

Ce malade, grand sportiste, fait du foot-ball depuis qu'il a été opéré et a passé très bien pendant 20 ans. Il y a deux ans il est tombé malade, avec de la fièvre et de la toux, et est mort le 10 octobre 1931, avec des hémoptyses, au Pará (Brésil) où il vivait depuis 1910.

Le drainage du péricarde dans les épanchements est peut-être la plus ancienne des interventions cardio-péricardiques, si on considère comme telle la trépanation du sternum faite en 1649 (Riolan) dans une péricardite. Cas isolé pendant plus d'un siècle, vint ensuite Romero (de Barcelone) qui, en 1819, a ouvert le péricarde dans un cas de péricardite exsudative. En 1895, von Eiselsberg (1) publiait son premier cas de résection costale pour ouvrir et drainer le péricarde et considérait encore comme vraie l'opinion de Billroth au sujet de la faible fréquence de l'incision du péricarde dans la casuistique.

En 1901, Reichard (2) a réuni 32 péricardiectomies par simple incision du péricarde, au niveau du 4^{ème} ou du 5^{ème} espace intercostal. Dans l'article de Venus (3), on cite, jusqu'en 1905, année où j'ai opéré le cas ci-dessus cité, 87 péricardiectomies, dont 36 avec résection préalable de cartilages costaux et une large incision du péricarde pour drainage. Ces chiffres démontrent la rareté de l'opération qui semble la plus utile pour combattre les conséquences des exsudats du péricarde, parmi les trois méthodes employées dans ce but :

La ponction du sac péricardique ;

L'incision simple du péricarde dans l'un des espaces intercostaux ;

L'incision du péricarde avec résection costale du péricarde.

Dans la péricardite purulente, il ne doit plus y avoir de chirurgien qui pense faire sortir le pus par la ponction simple (Kocher), mais dans les exsudats séreux, sérofibrineux et séro-hémorragiques, on emploie les trois méthodes.

(1) *Wiener Klin. Wochenschrift*. 1895.

(2) V. Walzel, *Mitteilungen*. Vol. XXV. 1913.

(3) *Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. med. u. Chir.* 11, 12, 13, 14. 1908.

Je crois que dans les épanchements séreux, la technique peut être discutable, puisque dans les autres l'incision simple ou le drainage sont absolument indiqués.

Malheureusement, nous ne pouvons pas encore nous prononcer sur la proposition si curieuse de Dana de faire le drainage fermé des cavités des empyèmes aigus par l'introduction d'air en substitution du pus évacué.

La supuration du péricarde est toujours secondaire à une plaie, à une septicémie en évolution ou par extension lymphatique de lésions thoraciques; la forme la plus fréquente, celle qui permet d'obtenir de meilleurs résultats au moyen de la péricardiotomie, est la péricardite à pneumocoques à laquelle appartient mon cas de guérison opératoire.

La cause est donc un puissant facteur du pronostic, mais celui-ci est lié aussi et pour beaucoup à la précocité de la forme du traitement. Le drainage chirurgical donne une mortalité qui, pour Edwin Miller (Chicago) (1), est de 50 %.

On peut affirmer que l'incision est systématiquement antérieure, mais Loucks (cité par Ed. Miller) a montré qu'on peut être obligé de faire une seconde incision costale postérieure.

Le drainage le plus commun est le drainage antérieur gauche, mais on peut le faire médian, à travers le sternum à la façon de Riolan (Shipley et Winslow), ou postérieur.

Quant à la forme du drainage, je préfère le pratiquer par le péricarde lui-même, cousu à la peau et facilement libéré quand on vainc l'infection qui peut être combattue par des lavages avec du sérum physiologique, comme le préconise Miller.

Le nettoyage du pus contenu dans le péricarde peut être fait aujourd'hui par aspiration et lavage, en diminuant le traumatisme de la séreuse inflammée et en procurant réduire ainsi les causes de symphyse, que l'emploi du péricarde, servant de tube par la paroi costale, fait diminuer aussi.

Il est facile d'ailleurs, pensant au cas célèbre de La Tour d'Auvergne, de reconnaître que le péricarde a une résistance suffisante pour former un tube de sa cavité à la peau.

(1) *The Journal of the American Medical Association*. Vol. 98. Page 873. 1932.

Quelle technique employer pour les cas dans lesquels le diagnostic est douteux et il y a des motifs pour faire une thoracotomie exploratrice ? Je l'ai démontré en 1905, et vingt-sept ans de pratique chirurgicale m'ont fait convaincre que j'avais raison quand j'ai conclu alors que le 5^{ème} espace, avec section ou résection plus ou moins étendue du cartilage costal, était la voie préférable pour traiter le péricarde, le myocarde, le diaphragme et le poumon. La thoracotomie est aussi facile que la laparotomie, les seules complications étant le collapsus pulmonaire et l'insuffisance cardiaque secondaire. Ce sont deux accidents qui me semblent devoir être évités de préférence par la méthode de Meltzer-Auer, comme Alessandri le propose dans un rapport de 1920 et Goyanes dans la préface de l'ouvrage de Petinto. Un appareil de fortune peut nous donner un résultat excellent; il est d'ailleurs facile à improviser. J'ai, du reste, provoqué déjà des pneumothorax chirurgicaux totaux pour opérer des kystes hydatiques du poumon sans que la vie du malade courre aucun danger.

L'anesthésie générale par l'éther, appliquée au moyen d'un appareil de Meltzer-Auer ou d'un masque à hyperpression, est la méthode qui me semble préférable.

Dans tous les cas où j'ai opéré des plaies du cœur, comme dans tous ceux où je crains une hémorragie rapide et intense, j'ai placé des ligatures élastiques à la racine des membres pour empêcher le retour du sang, sans arrêter l'afflux artériel. En dépit des critiques dirigés contre cette technique, je ne lui ai jamais reconnu des inconvénients, pourvu que le temps de compression ne dépasse pas 20 minutes.

Aujourd'hui, nous avons des moyens auxiliaires précieux, après la cardioraphie, tels que la transfusion et l'inhalation d'anhydride carbonique qu'on peut obtenir, toutes les deux, par le dépôt de sang dans les membres.

Comme technique, et comme le pneumothorax est presque constant, je préfère ouvrir le 5^{ème} espace, réséquer le cartilage et explorer par là les organes profonds; il est même possible de fermer nombre de plaies du myocarde, comme de traiter une lésion pulmonaire ou du diaphragme. Mais, dans certains cas, il faut aller plus loin pour avoir plus d'espace, et faire une ouverture plus large; la technique que je vais décrire est rapide et sûre, comme on peut le vérifier en l'exécutant sur le cadavre.

On fait partir, de la limite supérieure et interne de l'incision exploratrice, une nouvelle incision transversale vers la droite du sternum, au niveau du 5^{ème} espace intercostal droit. Partant de la limite externe et inférieure de l'incision primitive, on en fait une autre, verticale, allant jusqu'au 2^{ème} espace et d'ici on la poursuit transversalement vers le côté droit, passant sur le sternum, jusqu'au 2^{ème} espace de ce côté.

On sectionne rapidement la peau, et avec le ciseau spécial de E. Giordano (1) ou le ciseau de craniectomie, on coupe le sternum au niveau du 2^{ème} et du 5^{ème} espace, sans aucun danger non seulement à cause de la forme de l'instrument mais aussi grâce à la disposition anatomique de la région, dont on peut facilement se rappeler en consultant les ouvrages d'anatomie (Teutleben, Merkel), qui montrent les insertions du péricarde et l'espace libre compris entre les ligaments sterno-péricardiques supérieurs et xypho-péricardiques, espace qui s'étend des insertions des 2^{èmes} jusqu'à celles des 6^{èmes} cartilages.

Une fois le sternum sectionné avec n'importe quel instrument non pointu, on complète le décollement sans ouvrir la plèvre droite, on plie le lambeau par les articulations chondro-sternales et on obtient, *en quelques minutes*, une large ouverture par laquelle il est facile de traiter même les plaies de la face postérieure du cœur.

Dès que les culs-de-sac pleuraux sont décollés et le péricarde mis à vu, il est facile d'ouvrir celui-ci au niveau de la ligne médiane.

Quand il est nécessaire de fixer le cœur pour faire la suture, et étant donné qu'il faut réduire au minimum les manœuvres qui traumatisent la séreuse, je crois qu'il vaut mieux, dans beaucoup de cas, de tirer les bords de l'incision du péricarde pour maintenir le cœur, comme le conseille Parlavecchio, de façon à amener ce viscère à la paroi thoracique et à limiter l'amplitude de ses mouvements. Il est ainsi facile de passer le premier point de suture. Dans le cas de guérison que je présente aujourd'hui, le siège de la lésion au niveau de l'oreillette et l'importance de l'hémorragie m'ont obligé, une fois les 4 cartilages réséqués, à passer

(1) La chirurgia del pericardio e del cuore. Napoli, 1900.

les 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} doigts de la main gauche derrière le myocarde, en mettant le 2^{ème} doigt sur la face antérieure de la base et en réduisant l'hémorragie de façon à fermer l'orifice de l'oreillette avec le pouce, sans exercer une force pouvant faire agrandir la blessure existante.

Un premier point à la soie, point de matelassier que je trouve toujours préférable, a permis, et permet en général, de conduire le reste de la suture. On doit coudre à la soie, à points séparés, sans avoir la préoccupation de savoir s'ils sont ou ne sont pas perforants, car avec la forme indiquée pour faire les points cela n'a aucune importance.

Il est, par contre, bien plus important de pratiquer la toilette du péricarde et le drainage. Celle-là doit être faite au moyen d'un appareil d'aspiration, ayant soin de réduire le traumatisme de la séreuse, ce que j'ai réussi à obtenir chez mes opérés (à cette époque il n'y avait pas encore d'aspirateurs chirurgicaux) par l'emploi de compresses imbibées de sérum physiologique ou, comme le conseille Fontan, par le lavage avec du sérum.

Quant au drainage, après la suture du myocarde et dans les péricardites, on a beaucoup écrit là-dessus, mais à mon avis il est plus convenable de l'éviter; mais quand il devient indispensable, on doit profiter de la résistance du péricarde en l'amenant à la peau à travers l'espace créé par la résection du 5^{ème} cartilage, et en le tubulant de façon à ce que le drainage se fasse par lui-même. Le résultat est manifestement bon, même dans les cas de péricardite.

Toutes les fois qu'il est possible, on doit donner la préférence à la suture continue du péricarde, au moyen de cat-gut, et même, quand il est indispensable de drainer, on doit le faire indépendamment de l'incision utilisée pour la suture.

S'il y a des lésions pulmonaires ou du diaphragme à soigner, l'incision du 5^{ème} espace, plus ou moins prolongée en dehors, permet de le faire.

Outre le traitement général de l'anémie aiguë et des complications qui peuvent survenir au cours de l'évolution post-opératoire dans les cas de cardiographie, je veux rappeler seulement l'avantage de l'emploi de la morphine comme complément du repos absolu de l'opéré, et dans les cas de drainage la nécessité de faire asseoir le malade à cause de la forme spéciale du péri-

carde, surtout en ce qui a trait à la réflexion sur les gros vaisseaux de la base.

L'application des moyens de guérison chirurgicale des plaies du cœur n'est pas fréquente et, si Dshanelidze (1) a réuni, il y a 8 ans, les résultats éloignés de 535 observations de chirurgie par blessures du myocarde et Ott estime en 500 les cas existants (2), il faut espérer qu'au Congrès de la Société Française de Chirurgie, qui doit se tenir en octobre prochain, on puisse connaître la statistique des cas publiés et les résultats obtenus, puisqu'un des sujets proposés est justement *la Chirurgie du Cœur* (rapporteurs Lenormant et Leriche — 41^{ème} Congrès Français de Chirurgie).

En même temps que la moderne chirurgie cardiaque indirecte, par intervention sur le sympathique, et les résultats fournis quant à l'insuffisance mitrale par la chirurgie déjà mise en pratique par Lauder Brunton en 1902 (3), les résultats de la vieille chirurgie cardio-péricardique seront certainement étudiés. Je puis seulement contribuer en apportant deux cas avec une survie de plus de deux dizaines d'années dans les deux cas, et montrer l'intégrité anatomique et fonctionnelle du cœur chez les deux opérés.

Et, comme chez les deux malades se sont trouvés réunies les circonstances qui, d'ordinaire, favorisent l'insuffisance circulatoire, chez l'un travail physique violent et exagéré, alcoolisme, syphilis non traitée et secondairement sclérose vasculaire et hypertension, chez l'autre emphysème pulmonaire consécutif à l'asthme et obésité, ceci rend encore plus remarquable le résultat des examens pratiqués aujourd'hui et publié ici.

Ni l'un ni l'autre de ces malades ne présentent des signes de trouble fonctionnel du cœur; on doit noter encore, chez le malade opéré de cardiographie de l'oreillette, l'absence de perturbations évidentes de la conductibilité et, chez l'opéré de péricardite purulente, l'absence de symphyse péricardique.

(1) *Archiv. f. Kl. Chir.* Bd. 132. 1924.

(2) Igino Ott. — *Archivio Italiano di Chirurgia.* Vol. XXIX. Fasc. 4. Guigno, 1931.

(3) F. Gentil, loc. cit. Cutler, Levins, Beck (Boston). — *Archives of Surgery.* Vol. IX. N° 3.

PLACENTA ACRETA

POR

FREITAS SIMÕES

Assistente de obstetria da Faculdade de Medicina de Lisboa e dos Hospitais

Reeb, de Estrasburgo, num trabalho que há cêrca de cinco anos publicou, dá conta de existirem descritos apenas uns trinta casos de placenta acreta, dos quais sômente seis, os de Alexandrow, de Freund-Hitschman, de Stephans, dois de Neumann e um seu, foram seguidos de cura. Porém, no mesmo ano, Klasten diz ter conhecimento de quarenta e cinco casos e logo no ano imediato Joachimowitz refere setenta, enquanto Klostermann enumera apenas trinta e oito. Na literatura médica portuguesa não conheço nenhum caso publicado, e nas pesquisas que fiz para encontrar algum conhecido em Lisboa, apenas na estatística do Banco do Hospital de S. José achei referênciã a um, operado e curado, mas falta, para o podermos incluir no número dos casos indiscutíveis, a confirmação anátomo-patológica, que não foi feita.

São tão diversas as opiniões sôbre a freqüência desta anomalia que realmente não sabemos em que nos fixar. Assim, Polak diz encontrar-se numa percentagem de 1/6.000 partos, Klasten de 1/14.000 e Nathansam de 1/20.000.

De qualquer modo verifica-se que placentas acretas não são de ver muitas vezes, e isso só, já justifica, e bem, a publicidade que julgo dever dar a um caso que tivesse ensejo de observar e tratar com êxito.

Placenta acreta ou increta, entidade patológica bem definida, é aquella placenta que está íntima e verdadeiramente aderente ao útero, do qual é impossível portanto separá-la. É esta situação criada por modificações dos fenómenos de ordem anátomo-patológica que dizem respeito às conexões útero-placentares. Sendo assim, não julgo descabidas, muito antes pelo contrário me parecem apropriadas, algumas considerações sôbre o mecanismo da

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

Um importante
progresso no
tratamento das
insónias

pelo aperfeiçoamento do
consagrado Phanodormio

Phanodormio- Calcio

M. R.

O sal cálcico de Phano-
dormio promove sono igual
ao natural. A rápida absorp-
ção acelera notavelmente o
adormecimento. Acorda-se
com a sensação de absoluta
frescura do corpo e espírito.
Não ha acções acessórias
nem secundárias.



M. R.

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

Representante:
«LUSOPHARMA»
Rua dos Douradores, 150, 3.º LISBOA

EMBALAGEM ORIGINAL:

Tubo de 10 comprimidos de 0 gr. 20

Frasco com 10 gr

dequitação, pelo menos daquele que modernamente parece dever aceitar-se e que é o que Commandeur e Chapuis tão minuciosamente descreveram, apoiados na observação macro e microscópica de úteros amputados imediatamente após a extracção do feto por secção cesariana, deixando a placenta *in situ* e mergulhada a peça em formol para fixação.

Confirmam estes autores a opinião já por Varnier emitida de que a retracção do útero, que ao parto fetal se segue, em pouco ou nada intervém para o descolamento da placenta, sendo sim a contracção uterina o factor dominante dêsse descolamento.

Vejamos por que mecanismo Commandeur e Chapuis explicam êste fenómeno, conhecido como o primeiro tempo da dequitação. Quando, passado o período chamado de repouso fisiológico, o útero volta a contrair-se, viram estes autores que o primeiro efeito da contracção advindo, era um aumento da espessura do músculo uterino, o qual se torna igualmente espesso em todo o órgão. Assim, a zona do útero onde a placenta estivesse inserida e que antes da contracção tinha uma espessura nitidamente inferior à da parede livre de inserção placentar, seria aquela onde êsse fenómeno mais acentuadamente se fazia sentir, pois só assim teríamos uma sensível igualdade de espessura em todo o músculo uterino.

Como segundo efeito da contracção verificaram que em todos os sentidos a placenta sofria uma redução da superfície de implantação, a qual deminuiu de pelo menos metade:

Correlativamente a êste segundo efeito dava-se um considerável aumento da espessura da placenta, sobretudo na sua parte central.

Com as figuras esquemáticas que seguem procuro mostrar o que acabo de expor (figs. 1 e 2).

Como conseqüência da alteração sofrida pela placenta, que atrás, em primeiro lugar, citei — redução de superfície — um facto se dá que vem a ser um espessamento da caduca inter-útero-placentar, a qual toma uma espessura cêrca de sete vezes maior do que era na fase de não contracção uterina.

O exame microscópico desta caduca mostra que ela é constituída duma camada compacta cujo limite placentar é formado por uma série de esporões nitidamente salientes, onde vêm prender-se certas vilosidades, que Schikelé chamou vilosidades

de primeira ordem (villosités-crampons, anchoring villi) para as distinguir de outras de segunda e terceira ordem, as quais são, por assim dizer, ramificações das primeiras e não têm prisão directa à caduca, pois flutuam livremente no sangue dos espaços inter-vilosos.

Separam estes esporões espaços mais longos e baixos, de modo que este limite placentar raramente se mostra rectilíneo, antes é sempre uma linha vincadamente acidentada.

É a camada compacta da caduca que, quando da dequitação, é totalmente expulsa com a placenta onde nós a podemos identificar, revestindo tóda a face uterina daquele como que verniz de tão característico aspecto.

Subjacente a esta camada existe uma outra, chamada esponjosa, na qual se vêem numerosos espaços lacunares de variada

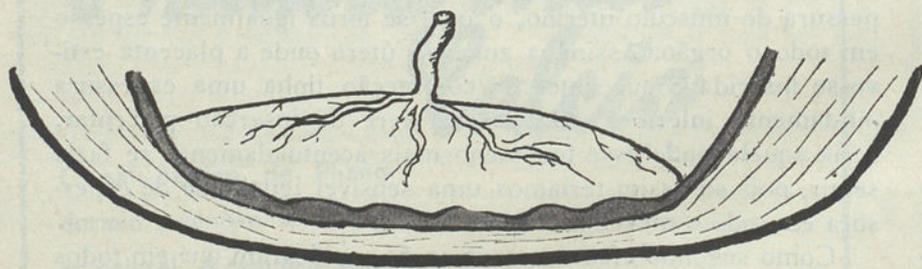


Fig. 1. — Placenta e útero no período de não contracção

topografia, separados uns dos outros por pequenos e frágeis septos deciduais.

Dêstes espaços apenas aqueles que correspondem a vasos sanguíneos são sempre visíveis; outros, fundos de saco glandulares, só durante a contracção uterina podem ver-se.

Verifica-se também que a contracção uterina modifica a orientação das lacunas, pois estas, de paralelas que são à superfície do útero, tornam-se oblíquas ou mesmo perpendiculares a ela quando da contracção deste órgão.

Disse, há pouco, que a placenta sofria um aumento de espessura quando o músculo uterino se contraía. Dêsse aumento de espessura resulta que as vilosidades coriais, de mais ou menos flexuosas que são na placenta *in utero*, fora do período de contracção, passam a ser rectilíneas, fazendo repuxamento sôbre a

caduca nos pontos onde essas vilosidades se prendem e são, como disse, os esporões da camada compacta da serotina.

Por cada contração do útero em tôda a superfície da placenta êste facto se dá, sendo contudo no centro que com maior intensidade se faz sentir, pois é aí também que o aumento de espessura da placenta mais acentuadamente se opera.

As tracções assim exercidas pelas vilosidades coriais sôbre a camada compacta da serotina transmitem-se à camada esponjosa subjacente e, repuxando-a, com facilidade conseguem quebrar os

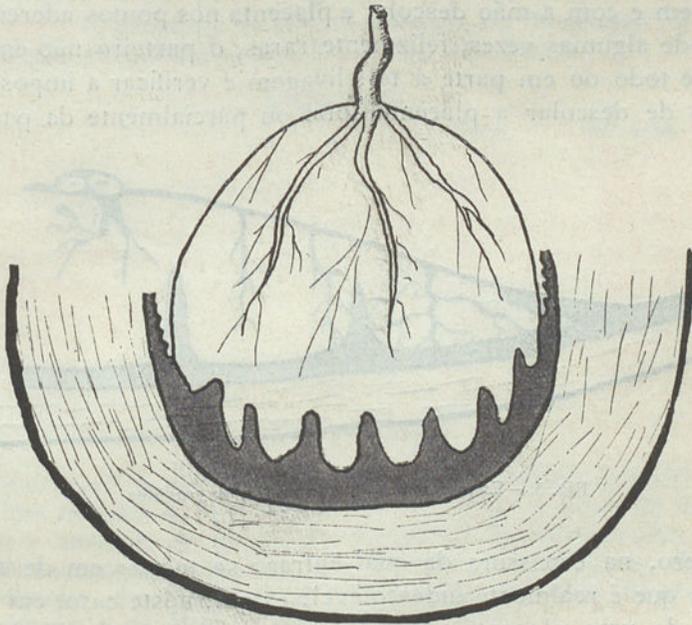


Fig. 2. — Placenta e útero durante a contração

frágeis septos inter-lacunares, constituídos por tecido decidual a que há pouco me referi.

Estabelece-se pela ruptura dêstes septos a comunicação entre várias lacunas, para as quais correrá o sangue saído de múltiplas aberturas vasculares e assim se forma o hematoma retro-placentar, o qual, depois, por sua vez, por simples acção mecânica, desempenha papel importante no descolamento da placenta, particularmente, conforme a teoria de Baudeloque.

As figuras que Commandeur e Chapuis publicaram, e que

aqui reproduzo, mostram o mecanismo íntimo, histológico, do descolamento placentar tal como estes autores o conceberam e eu agora descrevi (figs. 3 e 4).

Visto, em resumo, o estado actual do problema da dequitação normal, diremos que a aderência útero-placentar nem sempre se desfaz com a facilidade descrita, pois em pontos mais ou menos numerosos e extensos os septos inter-lacunares, a-pesar-de frágeis, não o são tanto que a contracção uterina só por si seja bastante para os quebrar, e daí a necessidade do parteiro intervir realizando uma dequitação artificial, indo procurar um plano de clivagem e com a mão descolar a placenta nos pontos aderentes.

Pode algumas vezes, felizmente raras, o parteiro não encontrar de todo ou em parte a tal clivagem e verificar a impossibilidade de descolar a placenta total ou parcialmente da parede



Fig. 3. — Esquema da placenta no fim da gravidez

do útero, na espessura da qual entrará se teimar em descolar aquilo que é realmente indescolável; estará, neste caso, em presença de uma placenta acreta e o procedimento que terá de adoptar, digo-o já, será uma amputação do útero.

Estes casos de aderência verdadeira da placenta são de há muito conhecidos, embora de maneira bastante empírica, pois só em presença de um exame microscópico da peça o diagnóstico se poderá fazer de certeza, se não de forma clínica, pelo menos de forma anátomo-patológica.

Sendo, como disse, de longe conhecidos clinicamente estes casos, várias têm sido as causas apontadas como capazes de os determinar.

A. Pareu diz ter encontrado areia entre o útero e a placenta,

NESTLÉ apresenta a V. Ex.º

Nestogen

LEITE EM PÓ NESTLÉ
(NOVA FÓRMULA)

"Nestogen" é o extracto do melhor leite suíço, gordo e meio-gordo, obtido pela dessecação imediata.

Hidratos de Carbono: "Nestogen" contém quatro espécies diferentes de açúcar: a lactose do leite (fresco original), a sacarose, a maltose e a dextrina.

Vitaminas: O processo de fabrico assegura, no "Nestogen", a máxima persistência das propriedades bioquímicas do leite fresco.

ANÁLISE:

| | Gordo | Meio-gordo |
|-------------------------------|--------|------------|
| Gorduras. | 21,5 % | 12,0 % |
| Proteínas. | 20,0 » | 20,0 » |
| Lactose | 28,5 » | 30,0 » |
| Maltose-Dextrina | 8,0 » | 15,0 » |
| Sacarose. | 15,0 » | 15,0 » |
| Cinzas | 4,5 » | 4,7 » |
| Água | 2,5 » | 3,3 » |
| Calorias por 100 grs. | 486 | 436 |

INDICAÇÕES:

O "Nestogen" é um excelente alimento do lactante privado do seio materno. Tem também as suas indicações em todos os casos de hipotrofia, hipotrepia e atrepia, de debilidade congénita, de prematuração, nos períodos de readaptação alimentar, nas diferentes perturbações digestivas: vómitos, diarreia, dispepsias gastro-intestinais e nos casos de intolerância do leite materno e do leite de vaca.

LITERATURA:

R. Gireaux:—Le lait sec en diététique infantile.

Leite Lage, Cordeiro Ferreira e Teixeira Botelho (Serviço de Pediatria Médica do Hospital D. Estefânia-Lisboa):—«Emprêgo de alguns produtos industriais em dietética da primeira infância: "Nestogen", "Leite condensado", "Eledon"».

Medicina Contemporânea, N.º 48, 27 de Novembro 1932.

Amostras à disposição de V. Ex.ª

NESTLÉ AND ANGLO-SWISS CONDENSED MILK, Co.

Rua Ivens, 11 - LISBOA

NESTLÉ apresenta a V. Ex.º

Eledon

BABEURRE NESTLÉ

EM PÓ

ALIMENTO DIETÉTICO PARA CRIANÇAS, INDICADO NAS
PERTURBAÇÕES DA NUTRIÇÃO COM DIARREIA, FORMAS
DISPÉPTICAS DAS DISTROFIAS E NAS DISPEPSIAS AGUDAS

ANÁLISE:

| | | |
|-------------------------------|------|------|
| Gorduras | | 8 % |
| Proteínas | | 20 % |
| Hidratos de carbono solúveis: | | |
| Lactose | 24 % | |
| Maltose-dextrina | 25 % | 49 % |
| Ácido láctico | | 4 % |
| Amido | | 12 % |
| Cinzas | | 4 % |
| Água | | 3 % |

100 grs. de Babeurre Eledon fornecem 398 calorias

O Babeurre Eledon é obtido a partir do leite fresco, parcialmente desnatado, acidificado por fermentação láctica, e ao qual foram adicionados hidratos de carbono.

LITERATURA:

Langstein:—«Les dystrophies et les affections diarrhéiques chez le nourrisson».

Putzig:—«De l'utilisation du babeurre en poudre «Eledon» en pratique particulière».

Bauer & Schein:—«Le babeurre en poudre "Eledon"».

Leite Lage, Cordeiro Ferreira e Teixeira Botelho (Serviço de Pediatria Médica do Hospital D. Estefânia-Lisboa)—«Emprêgo de alguns produtos industriais em dietética da primeira infância: "Nestogen", "Leite condensado", "Eledon"».

Medicina Contemporânea, N.º 48, 27 de Novembro 1932.

Amostras à disposição de V. Ex.ª

NESTLÉ AND ANGLO-SWISS CONDENSED MILK, Co.

Rua Ivens, 11 - LISBOA

impedindo o descolamento desta. Em idêntica situação e com o mesmo resultado Benedetti encontrou não areia, mas vermes.

Para Mauriceau e Smelie tratava-se de um cirro da placenta.

Teve depois grande voga e sobretudo longa vida a teoria da inflamação. Para uns era a placenta a sede desta lesão — placentite — para outros era a caduca que se inflamava. Esta teoria,

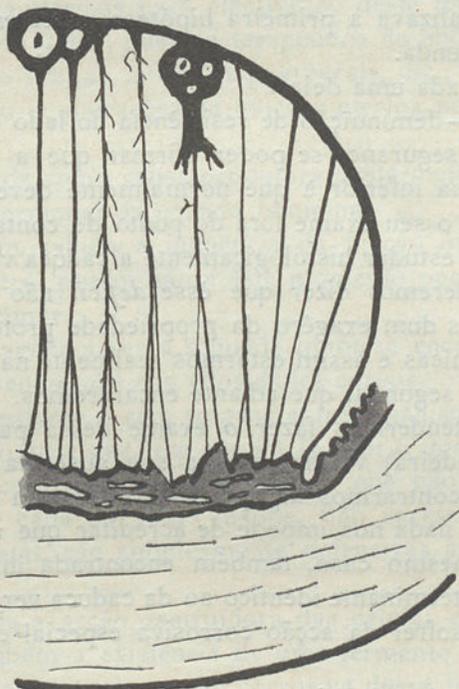


Fig. 4. — Esquema da placenta durante uma contracção da dequitada

a-pesar dos vários casos histològicamente estudados e já descritos, ainda algures aparece mencionada.

Tôdas as vezes que na placenta acreta o exame anátomo-patològico se tem efectivado uma verificação se tem constantemente feito: a existência de contacto directo de vilosidades coriais com o músculo uterino, o qual pode chegar e chega a ser penetrado por elas.

Êste facto, constante e indispensável, apenas é possível de se dar quando a caduca basal faltar no todo ou em parte.

De dois modos ela pode faltar: ou porque realmente não está lá, não existe; ou porque, existindo, se deixou atravessar pelas vilosidades, que desta forma atingiram o músculo, e, sendo assim, ainda e também podem ser duas as razões incriminadas, como sejam: diminuição de resistência da caduca, uma, aumento do poder de penetração das vilosidades, outra, e dest'arte pôde Frankl distinguir duas formas de placenta acreta — a *primária*, quando se realizava a primeira hipótese, a *secundária*, quando se dava a segunda.

Vejamos cada uma delas.

Primeira — diminuição de resistência do lado da caduca.

Para com segurança se poder afirmar que a caduca possui uma resistência inferior à que normalmente deve possuir é necessário fazer o seu exame fora do ponto de contacto das vilosidades, isto é, estudar histològicamente a caduca verdadeira, pois só assim poderemos dizer que êsse *deficit* não é o resultado puro e simples dum exagêro da propriedade proteolítica das células ectodérmicas e assim estarmos realmente na hipótese desejada e não na segunda, que adiante encararemos.

Se ao pretendermos fazer o exame dessa parte da caduca (caduca verdadeira) verificarmos a sua ausência ou se quando presente a encontrarmos hipoplásica, reduzida a uma ténue camada celular, nada nos impede de acreditar que a caduca basal quando, no mesmo caso, também encontrada insuficiente, o é por motivo determinante idêntico ao da caduca verdadeira, a qual nada tinha a sofrer da acção corrosiva especial das vilosidades coriais.

Ora são conhecidos factores que na mulher podem originar fracas caducas, chamemo-lhes assim, e são todos aqueles que sejam causa de uma aplasia ou hipoplasia da mucosa uterina.

Antes de encararmos alguns dêstes factores, os mais importantes, convém acentuar que em úteros de mucosa normal existem zonas em que esta é de espessura sensivelmente menor e portanto de resistência também menor.

São essas zonas a vizinhança dos orifícios internos das trompas e do colo, a de septos intra-uterinos nos úteros bicavitários e ainda a subjacente a fibromas submucosos e a cicatrizes de histerotomias anteriores.

Será curioso acrescentar que tôdas estas zonas foram zonas

de inserção placentar em casos de placenta acreta por diferentes autores encontrados.

Agora, voltando aos factores possíveis de influir na hipoplasia da mucosa uterina, excluindo portanto as hipoplasias congénitas, que as há, tratando só das adquiridas, diremos que o grande número de gravidezes anteriores, sobretudo quando próximas umas das outras, os acidentes da dequitação exigindo manobras intra-uterinas para efectivação dêste tempo do parto, as raspagens do útero, quer na terapêutica do abôrto, quer com qualquer outro fim, as infecções puerperais, etc., são causas capazes de produzir alterações da mucosa uterina no sentido hipoplásico.

Temos ainda como causa produtora dêste mesmo efeito uma insuficiência hormonal da gonada feminina.

É hoje bem sabida a influência da função ovárica sôbre a mucosa do útero, porém não é êste momento oportuno para do assunto me ocupar.

Passemos agora a ver a segunda hipótese encarada: exagêro do poder de penetração das vilosidades coriais.

Na luta constante e sem tréguas entre organismo fetal e organismo materno, luta que tem seu início com o início da gravidez e seu têrmo com o têrmo desta, ve-se que não são iguais as armas de que cada um dêles dispõe. São agressivas as de um lado, as do fetal, são simplesmente defensivas as do outro, as do materno.

É conhecida a acção destruidora das células ectodérmicas, é conhecida também a existência de uma fermento trípico nas vilosidades coriais e qual a acção corrosiva dêsse fermento.

São estas as armas de que o organismo fetal se serve, das quais a mãe tem de se defender e defende, já opondo uma mais espessa e forte barreira celular no ponto do ataque — caduca basal — já elaborando um anti-fermento, um fermento anti-trípico portanto, capaz de neutralizar o atacante.

Se alguma vez, em caso de placenta acreta, fôr demonstrado que estes meios de defesa existem íntegros e normais, isto é, se fôr encontrada uma caduca basal espessa, robusta, digamos, e se nos fôr dado avaliar as possibilidades de produção de fermento anti-trípico e acharmos que essa produção corresponde à quantidade de fermento que normalmente deve ser elaborada, pode-

remos então logicamente concluir que se as vilosidades coriárias, vencendo toda a normal resistência, atingiram e penetraram a espessura do músculo uterino, era porque o seu poder destruidor, o seu poder de penetração estava, na realidade, aumentado. Só então quando tal se desse, estaria realizada a segunda hipótese mencionada e de que nos estamos ocupando agora.

Ora, nada disto até hoje foi possível demonstrar.

Houve autores que, estudando os casos que observaram, declararam ter encontrado uma caduca basal hipoplásica e quasi nula, e atribuem essa hipoplasia e conseqüente debilidade da serotina a um excessivo poder corrosivo das vilosidades, porque assinalaram a persistência de massas sincitiais, uns, de trofoblasto em proliferação, outros, mas nada nos dizem estes autores do estado da caduca verdadeira nos casos a que se reportam, e já para trás deixei dito que não podemos abstrair do exame desta caduca para avaliarmos da causa da aplasia ou hipoplasia basal, pelas razões que nesse momento aponte.

Parece-me, pois, que, sendo assim, ainda hoje não é conhecido um caso de placenta acreta seguramente motivado por excesso de poder corrosivo das vilosidades através de uma caduca normal. Pelo contrário, todos os casos vistos e histologicamente estudados mostraram caducas deficientes nuns pontos e inexistentes mesmo em outros.

Concluiremos, portanto, que a causa de máximo valor etiológico da placenta acreta reside numa insuficiência do endométrio.

Antes de entrar na exposição do nosso caso clínico direi duas palavras também sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico.

Uma vez introduzida a mão na cavidade uterina, se essa mão fôr experimentada em manobras de dequitação e verificar a intimidade da aderência útero-placentar, o diagnóstico impõe-se e não haverá maneira de confundir esta com outra lesão.

O tratamento nos casos de placenta acreta verdadeira só pode, racional e seguramente, ser um: a histerectomia subtotal, já atrás o disse. Bem sei que há quem diga que podemos adoptar processo conservador, como seja tirarmos da placenta o que pudermos e abandonar *in situ* o que não nos fôr possível descolar, sujeitando estes restos à acção do soluto de Dakin, aplicado de forma contínua ou intermitente.

IODALOSE GALBRUN

IDO PHYSIOLOGICO, SOLUVEL, ASSIMILAVEL

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

Substitue Iodo e Ioduretos em todas suas applicações sem Iodismo.

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

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

TUBERCULOSE MEDICAÇÃO BRONCHITES

CREOSO - PHOSPHATADA

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



SOLUÇÃO PAUTAUBERGE



de Chlorhydro-phosphato de cal creosotado.

Anticarrhal e Antiseptico
Eupeptico e Reconstituente.

Todas as Affecções dos Pulmões e dos Bronchios.

2. PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople

GRIPPE

PARIS (8^e)

RACHITISMO

PILULAS OPOBYL PILULAS

TRATAMENTO PHYSIOLOGICO

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

Prisões de ventre chronicas, Estados hemorroidarios.

COMPOSIÇÃO

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

INSUFFICIENCIAS Hepatica e Biliar

PHARMACODYNAMIA

Cholagaço, Reeducador das
 funções entero-hepaticas.
 Descongestivo da fígado
 e dos intestinos.

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

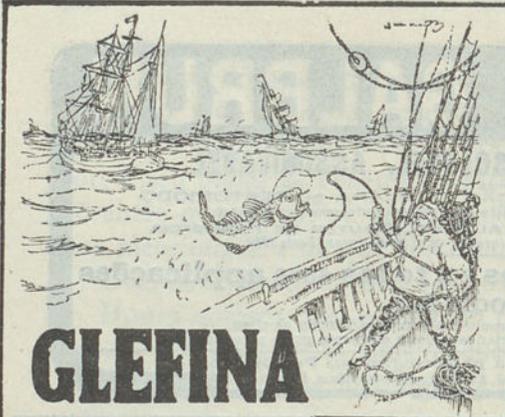
Amstras gratuitas, a um simples pedido endereçado aos :

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

Glefina e Lasa

São os melhores produtos nacionais na sua classe e distinguem-se pela pureza absoluta dos seus vários componentes

LASA



GLEFINA

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

Preparado com

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

**NÃO PRODUZ TRANS-
TORNOS DIGESTIVOS**

SABOR AGRADAVEL



Para as doenças do aparelho respiratório e sua convalescência

Laboratorios Andrómaco

Rua do Arco do Cego, n.º 90

LISBOA

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL LAFAY

Huile iodée à 40%.

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

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

22, Rue du Landy
S'-Ouen près Paris

HÉMET - JEP - CARRÉ

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

Parece-me perigoso tal procedimento e apenas justificável quando, por qualquer razão, o primeiro não possa realizar-se.

Quanto ao prognóstico, considero o dependente do tratamento escolhido e da rapidez da sua instituição.

No caso de adoptarmos e efectivarmos uma histerectomia a tempo e horas, o prognóstico será bom. Se optarmos por uma terapêutica conservadora ou se só tarde nos fôr dado realizar a intervenção apontada, então o prognóstico é, a meu ver, mais que sombrio. Além do perigo hemorragia, são muito de esperar e de temer os accidentes de ordem séptica.

Postas estas considerações várias, passemos, finalmente, à apresentação do caso que tais considerações motivou. Trata-se de Maria de Jesus S. C., de trinta e três anos, de antecedentes hereditários e colaterais sem nada digno de nota. Teve a sua primeira menstruação aos dezassete anos e as seguintes sempre com regularidade. Refere sete partos, todos de termo e espontâneos; porém, as dequidaduras correspondentes a êsses partos foram *tôdas manuais*. Amamentou os seus sete filhos, que o são do mesmo pai, o qual, no dizer da mulher, é sifilítico.

Entra na Maternidade dos Hospitais em 12 de Janeiro de 1932. A sua fôlha de observação, que transcrevemos nos pontos mais importantes, diz-nos: VIII.^a gesta. Gravidez de termo. Altura do útero, 32 cm. Perímetro umbilical, 91 cm. Pelvimetria: B. E. 24, B. I. 28, B. T. 32, C. E. 20.

Feto vivo, em apresentação cefálica pelo vértice, posição esquerda (O. I. E.), cabeça alta.

Início do trabalho de parto às 20 horas do dia 12 de Janeiro. Dilatação completa, encravamento e ruptura de membranas às 10 horas do dia 13. Às 11,30 horas do mesmo dia, nasce espontâneamente e vivo um feto do sexo feminino pesando 3.100 gramas. Hora e meia depois, como a placenta continuasse retida, tendo sido feitas, com uma hora de intervalo, duas injecções de pituitrina, e como sobreviesse súbita hemorragia, dispuz-me a fazer a dequidadura artificialmente. Anestesiada a mulher com éter e introduzida a mão na cavidade uterina, comecei o descolamento da placenta, que se inseria na parede anterior do segmento superior do útero, mas a breve espaço o plano de clivagem desaparece e o descolamento não é mais possível. Insistindo cuidadosamente, tenho a impressão de penetrar na espessura da

parede uterina, chegando em dado momento a julgar ter mesmo perfurado esta. Durante estas manobras a hemorragia foi grande.

Com o diagnóstico que assento de placenta acreta e com o que presumo, de concomitante ruptura do útero, passo rapidamente a fazer uma laparotomia, seguida de histerectomia subtotal.

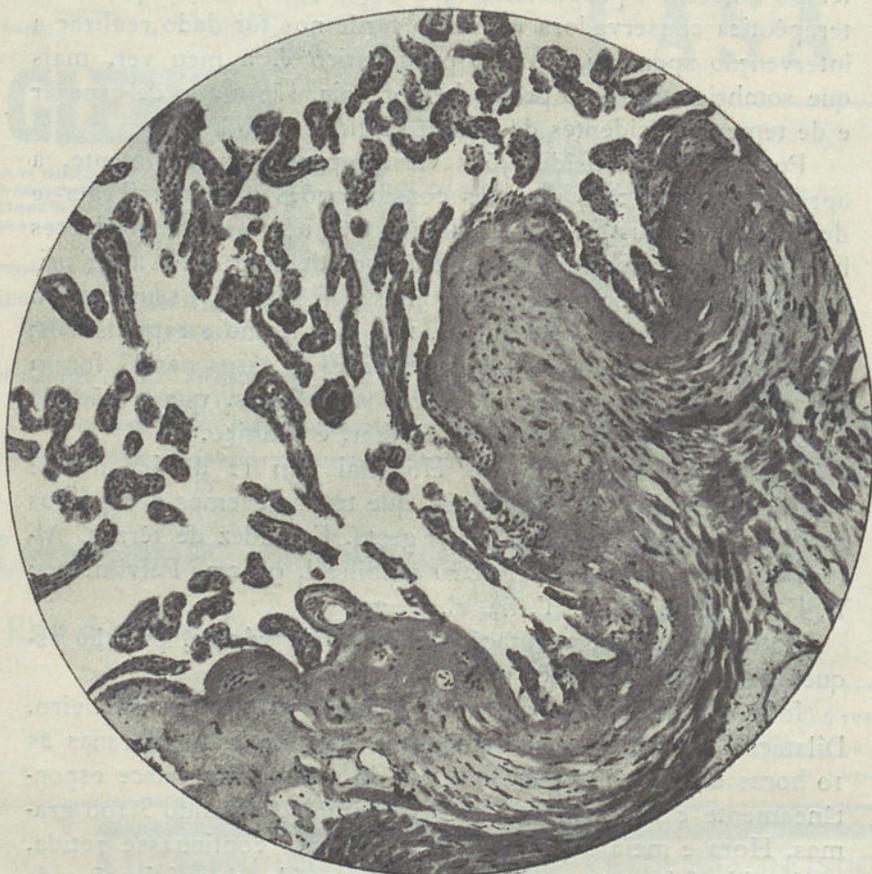


Fig. 5

O primeiro diagnóstico estava certo, como vou passar a demonstrar com o exame anátomo-patológico da peça; a ruptura uterina, porém, é que não foi confirmada, pois não havia a menor perfuração da parede em todo o órgão. O seguimento operatório foi livre de qualquer incidente e a doente teve alta, curada, a 27 de Janeiro, isto é, quinze dias depois de operada.

Do exame anátomo-patológico quis ter a bondade de se encarregar o meu amigo, Ex.^{mo} Sr. Prof. Henrique Parreira, pelo que lhe testemunho o meu melhor agradecimento.

Dêsse exame se verifica que, nos cortes que interessam a parede uterina e cotiledones aderentes, falta, em certos pontos, um limite nítido entre a placenta e o tecido muscular, noutros as vilosidades penetram no útero a alturas diversas, estando separadas entre si por septos musculares.

Não se encontram quaisquer vestígios da caduca basal, quer da camada compacta, quer da esponjosa.

As vilosidades estão em contacto directo com o tecido muscular numa disposição como pode ver-se na fig. 5.

Esta figura mostra uma vilosidade cuja estrutura nada tem de extraordinário, em contacto com as fibras musculares da parede uterina, das quais as mais próximas se apresentam hialinizadas. Esta degenerescência hialina pode ainda observar-se em fibras musculares de zonas subjacentes. Entre elas, raras fibras musculares novas de núcleo alongado. Vasos numerosos pouco dilatados. A êste nível não se observa infiltração leucocitária.

Num fragmento colhido da parede uterina fora da zona da inserção placentar, observam-se, alternando entre si, feixes de fibras musculares e tecido conjuntivo muito vascularizado, mais ou menos desenvolvido. Em nenhum ponto se encontram glândulas, nem seus vestígios. Na zona que corresponde à caduca verdadeira nota-se um tecido reticular e parcialmente edemaciado, em cujas malhas se encontram células deciduais degeneradas e necrosadas; algumas dessas malhas estão mesmo desocupadas. Nalguns pontos dêste fragmento existem zonas de infiltração linfocitária, mais ou menos acentuada, por vezes, perivascular.

CONCLUSÃO

Com o aspecto anátomo-patológico que acabamos de descrever, o diagnóstico de placenta acreta não oferece discussão.

¿Por que mecanismo, porém, se deu neste caso a penetração vilosa no tecido muscular?

¿Por maior poder destruidor das vilosidades coriais ou por menor poder defensivo da caduca?

Sem dúvida por este último motivo, pois se a ausência da caduca basal encontrada, só por si, não chega para o afirmar, como para trás ficou dito, a hipoplasia e aplasia mesmo da caduca verdadeira em alguns pontos verificada, essa sim, que nos diz da fraca qualidade da barreira decidual.

Não deve causar-nos espanto, antes o devíamos prever, o aparecimento desta deficiente caduca no caso que apresentamos. Sendo o desenvolvimento da caduca função do endométrio, nunca nesta mulher, que sofreu *sete dequituduras manuais*, a caduca poderia atingir o grau de desenvolvimento necessário para constituir um obstáculo, razoável sequer, à penetração do tecido viloso, por fraco que fôsse o poder corrosivo deste tecido.

É, portanto, este mais um caso de placenta acreta operado e curado, que gostosamente venho juntar aos não muito numerosos casos que a literatura médica nos tem dado a conhecer.

RÉSUMÉ

L'A. présente un cas de placenta accreta. Il s'agissait d'une multipare (VIII) dont tous les accouchements ont été compliqués de rétention placentaire, exigeant des délivrances artificielles.

L'A., à l'occasion du dernier accouchement, et opérant à cause encore de la rétention du placenta, vérifia l'existence d'une vraie adhérence de celui-ci à la paroi utérine rendant tout à fait impossible le décollement manuel.

L'hémorragie étant assez considérable à ce moment il a fait une laparotomie suivie d'hystérectomie subtotale. Le placenta était inséré à la face antérieure du corps utérin.

L'examen microscopique des coupes intéressant la paroi utérine et les cotyledons adhérents montre qu'il n'y a pas de limites bien marquées entre les tissus placentaire et musculaire.

En quelques endroits, les villosités ont pénétré dans le tissu musculaire plus ou moins profondément.

A aucun endroit on ne trouve la moindre trace de caduque basale. On voit un processus de dégénérescence hyaline des fibres musculaires, surtout les plus rapprochées des villosités.

On observe encore quelques fibres musculaires jeunes à noyaux oblongs. On ne voit pas d'infiltration leucocytaire.

Dans des fragments de paroi utérine en dehors de l'aire pla-

centaire, on peut observer des fibres musculaires dissociées par des éléments de tissu conjonctif très vascularisé. A aucun endroit on ne voit des restes de glandes. La caduque vraie est représentée par du tissu conjonctif réticulé, partiellement œdématié, dont quelques mailles sont remplies de cellules déciduales les unes dégénérées, d'autres nécrosées. On voit en quelques points de l'infiltration leucocytaire, plus ou moins marquée, quelquefois périvasculaire.

BIBLIOGRAFIA

- COMMENDEUR et CHAPUIS. — *Gyn. et Obst.* 1923.
 FRUHINSHOLZ. — *Bul. Obst. et Gyn.* 1928.
 JOACHIMOWITZ (R.). — *Arch. f. Gynäk.* 1929.
 KLAFTEN (E.). — *Arch. f. Gynäk.* 1928.
 KLÖSTERMAN (H.). — *Med. Klin.* 1929.
 LEVY — *Bul. Obst. et Gyn.* — 1926.
 NATHANSON (J. N.). — *Am. Jour. Obst. & Gyn.* — 1924.
 POLAK (J. O.) and PHELAN (G. W.). — *Surg. Gyn. & Obst.* 1924.
 REEB. — *Gyn. et Obst.* 1928.
 SCHIKELÉE. — *Gyn. et Obst.* 1928.
 SURSIG (L.). — *Minerva Med.* 1924.
 VULPIAN. — *Traité complet de l'art des accouchements.* 1835.

SÓBRE A EXISTÊNCIA, EM PORTUGAL,
DO ESPIROQUETA DA
FEBRE RECORRENTE DE ESPANHA

(Nota preliminar)

POR

ANTÓNIO DE CARVALHO DIAS
Assistente da Faculdade de Medicina

Em 1922, Sadi de Buen encontrou o primeiro caso de febre recorrente espanhola. Mais tarde, novos ensaios do mesmo autor demonstraram que o vírus era transmitido por um ácaro, o *Ornithodoros maroccanus* Velu, ectoparasita freqüente nos porcos e até então desconhecido como transmissor duma febre recorrente.

Continuando as suas investigações, Sadi de Buen concluiu que devia considerar-se a febre recorrente espanhola como uma entidade mórbida diversa das febres recorrentes então conhecidas e causada por um espiroqueta que denominou *Triponema (Borrelia) hispanicum* (1926), espécie vizinha do *Triponema duttoni*.

Confirmadas as experiências de transmissão do vírus espanhol pelo Prof. Brumpt, sucessivos estudos de Sadi de Buen e seus colaboradores, de Nicolle e Anderson, além de outros investigadores, enriqueceram com novos elementos o conhecimento da patogenia, da epidemiologia e da terapêutica da doença.

Finalmente, em 1930, Colas-Belcour demonstrou que o *Ornithodoros maroccanus* Velu, era idêntico ao *Ornithodoros erraticus* Lucas.

Desde a descoberta da febre recorrente no seu país, os médicos espanhóis têm assinalado novos casos em diversas regiões e entre elas as províncias fronteiriças de Salamanca, Cáceres, Badajoz e Huelva.

O conhecimento destes factos e o de se terem verificado casos de febre recorrente em Garrovillas (Cáceres), vila relativamente próxima da fronteira portuguesa, fez-nos admitir, desde

1927, a sua existência em Portugal; até que em Julho do ano passado o Director Geral de Saúde (Dr. Alberto Faria) desejou esclarecer a questão, encarregando-nos de averiguar da existência desta espiroquetose no país.

Não sendo conhecida em Portugal a espécie transmissora, iniciámos o estudo pela pesquisa de *Ornithodoros* nos porcos portugueses.

Procurámos igualmente zonas do país em que o meio rural se assemelhasse mais às regiões espanholas onde foram diagnosticados casos de febre recorrente; escolhemos o Alentejo.

Identificados os primeiros exemplares de ácaros transmissores que capturámos em «malhadas» do concelho de Serpa (Herdade de Monte Agudo) como sendo de *Ornithodoros erraticus* Lucas, ficou mais justificada ainda a nossa suspeita, e mais se radicou quando verificámos que os *ornithodoros* são parasitas bem conhecidos dos criadores e porqueiros, que vulgarmente lhes chamam *cocos* (1). Mas, ao passo que numa região os tratadores descrevem com semelhança as lesões das picadas dos ácaros e referem febres em seguida a elas, noutras negam em absoluto tais elevações térmicas relacionadas com a agressão dos *ornithodoros*.

Num ou noutro caso é difícil apurar dados precisos, por causa da existência de sezonismo nas zonas onde nos levou o presente trabalho.

Encontrado o ácaro transmissor, principiámos imediatamente as primeiras tentativas de infecção no rato branco e no cobaio com *ornithodoros* de Serpa, ensaios que foram sempre negativos.

O mesmo resultado obtivemos nas investigações consecutivas, empregando ácaros de proveniências diversas: Castro Verde, Serpa (Herdade da Várzea).

Alargámos sucessivamente a área em estudo, assinalando novas zonas infestadas pelos *ornithodoros*: Crato (Herdade do Gamito), Moura (Herdades de Monte-Branco e de Ameixial), Barrancos (Herdade da Russiana). Ao mesmo tempo procurávamos

(1) Encontrámos esta designação nas regiões mais próximas da fronteira, chamadioiro bem diverso de *chinchorro*, por que é conhecido em Espanha.

mos ácaros infectados em diferentes lotes que retinimos ou nos enviaram.

Em Julho último inoculámos um cobaio com uma emulsão de cinco *ornithodoros* do concelho de Barrancos (Herdade da Russiana) em injeção intra-abdominal e obtivemos a primeira infecção positiva.

O exame do sangue periférico do animal forneceu os dados seguintes:

Exame directo por meio de iluminação em fundo escuro. — Espiroquetas muito móveis com espiras regulares e movimentos de translação, vibração e flexão.

Exame de preparações coradas pelo método panóptico e pelo de Giemsa:

- a) Esfregaços: espiroquetas extracelulares com espiras largas em número de 4 a 7; comprimento, 6 a 20 microns.
- b) Gota espessa: numerosos espiroquetas em todos os campos (atingindo 43 por campo).

Exame de esfregaços pelo método de Burri. — Pesquisa positiva.

Durante cerca de dez dias os espiroquetas foram visíveis pelo exame directo.

A acção patogénica do vírus determinou uma infecção durante a qual apareceram numerosos espiroquetas no sangue periférico no decurso dos acessos, como succede com os cobaios infectados pela espiroquetose espanhola e em opposição aos outros vírus idênticos em que o cobaio reage fracamente, indicando assim a irregular presença de espiroquetas visíveis e o seu reduzidissimo número (Nicolle e Anderson, 1927).

Conhecida a acção do *Ornithodoros erraticus* Lucas, como vedor da febre recorrente de Espanha, e observada no nosso caso a característica infecção do cobaio, fica assinalada a existência em território português de ácaros infectados pela espiroquetose espanhola. Faltam, por-ora, casos humanos que terão passado despercebidos.

O autor continua as suas investigações.

ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

Solução com a concentração de 26,13%
de "3 acetylâmimo 4 oxyphenylarsinato de diethylaminoethanol"
Um centimetro cubico corresponde a 0 gr. 05 de arsenico.

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

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

SIPHILIS :- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilisação terapeutica)

PIAN — TRYPANOSOMIASES — BOTÃO DO ORIENTE
PALUDISMO

ERRATAS

| Página | Linha | Onde se lê | Deve ler-se |
|--------|-------|-------------------|---------------------|
| 430 | 25 | dos acessos | de acessos |
| " | 27 | indicando assim a | assim o indicando a |

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 bacillase bacteriologicamente confirmada. *Procede por etapas e não visa os periodos ultimos da infecção.*

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

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

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

mos ácaros infectados em diferentes lotes que reünimos ou nos enviaram.

Em Julho último inoculámos um cobaio com uma emulsão de cinco *ornithodoros* do concelho de Barrancos (Herdade da Russiana) em injeção intra-abdominal e obtivemos a primeira infecção positiva.

O exame do sangue periférico do animal forneceu os dados seguintes:

Exame directo por meio de iluminação em fundo escuro. — Espiroquetas muito móveis com espiras regulares e movimentos de translação, vibração e flexão.

idênticos em que o cobaio reage fracamente, indicando assim a irregular presença de espiroquetas visíveis e o seu reduzidíssimo número (Nicolle e Anderson, 1927).

Conhecida a acção do *Ornithodoros erraticus* Lucas, como vedor da febre recorrente de Espanha, e observada no nosso caso a característica infecção do cobaio, fica assinalada a existência em território português de ácaros infectados pela espiroquetose espanhola. Faltam, por-ora, casos humanos que terão passado despercebidos.

O autor continua as suas investigações.

ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

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

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

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

SIPHILIS :- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilisação terapeutica)

PIAN — TRYPANOSOMIASES — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

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

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

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

LABORATORIOS CLIN COMAR & Cie — PARIS

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

D. P. 158

CINNOZYL

Methodo de immunisação artificial do organismo tuberculoso

COMPOSIÇÃO : Cada empõla de CINNOZYL
contem a soluçõ seguinte esterilizada :

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

MODO DE USAR E DOSES. — O methodo deve ser applicado o mais cedo possivel, logo que o organismo seja ameaçado pela impregnação bacillar tuberculosa e na bacillose 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 empõla).

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

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

587

LABORATORIOS CLIN, COMAR & C^{ie} Pharmas. de 1^{me} el. Fornecedoras dos Hospitaes,
20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS

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.º LISBOA

Revista dos Jornais de Medicina

Acidose diabética e cõma. (*Diabetic acidosis and coma*), por FRANK N. ALLAN. — *The Med. Clin. of North. Am.* Maio de 1933.

Continuação da referata do número anterior.

Tratamento. — O bom resultado do tratamento da acidose diabética depende da devida consideração de vários factores, mas o principal é, indubitavelmente, a insulina.

Na acidose diabética aparecem três importantes alterações, que é indispensável vencer, e que são :

A toxemia dos corpos cetónicos, o desequilíbrio ácido-básico e a desidratação. Para qualquer das três tem a insulina uma manifesta actividade terapêutica.

Condiciona a combustão dos corpos cetónicos e, a-par disso, impede a sua ulterior formação; a base combinada com êles é libertada e, consequentemente, restaura-se o equilíbrio ácido-básico. Combate a glicosúria e a diurese anormal, responsável da desidratação.

O mais importante dos factores no tratamento da acidose é, pois, a instituição precoce da insulina em doses adequadas.

O número de unidades a empregar nas primeiras injeções depende de vários pormenores, tais como : condição clínica do doente, valor da glicemia, idade e pêso do doente e duração da acidose.

Torna-se difficil fixar em regras precisas o comportamento a seguir. Contudo, qualquer doente adulto em acidose deve receber, como primeira dose de insulina, entre 20 a 30 unidades; se o doente está em cõma, 40 a 60 unidades; nos casos ultra-graves, 80 a 120 unidades por uma dose inicial.

Quando há prostração extrema, insuficiência circulatória, com pulso imperceptível, é de boa indicação introduzir, pelo menos, uma parte da dose inicial por via intra-venosa.

As crianças com idade abaixo dos seis anos recebem uma dose equivalente a um quarto da dose dos indivíduos adultos e, entre os seis e os catorze anos, cêrca de metade.

As doses subseqüentes e bem assim os intervalos entre as injeções dependem estrictamente do progresso clínico do caso em vista e da evolução dos valores da sua glicemia.

Pelo menos 10 a 20 unidades de quatro em quatro horas são doses correntes no tratamento dos diabéticos adultos em acidose, até se atingir o valor de 200 mgrs. % de glicose no sangue ou até reduzir a simples vestígios a eliminação do açúcar pela urina. Esta dosagem repete-se a intervalos mais

curtos, quando o doente se mostra demorado na resposta ao tratamento, ou quando o valor da glicemia se mantém acima de 300 mgrs. %.

Se os meios à disposição do clínico não permitem o estudo da glicemia, então o tratamento deve guiar-se pelos exames repetidos e aproximados das urinas, mas conservando sempre presente esta noção de que a urina pode reflectir com atraso as alterações provocadas pelo açúcar no sangue.

Logo a seguir em importância à insulina vem a administração de fluidos para combater a desidratação. Um mínimo de 3.000 cc. de fluidos devem ministrarse nas vinte e quatro horas.

Se o doente pode tomar fluidos pela bôca, dá-se-lhe um copo de água tôdas as horas, no decurso das seis primeiras. Como bebidas usam-se o chá, o café, o caldo de carne, o sumo de laranja e a limonada quente.

Para os doentes nauseados ou em transe de vômitos, a administração oral de fluidos não deve tentar-se durante quatro a cinco horas e recorre-se à injeção intra-venosa ou subcutânea de sôro fisiológico. Uma outra via pode ainda utilizar-se para a introdução de fluidos: a via rectal.

A alimentação é um outro ponto de certa importância; 100 a 150 grs. de glicose ou o seu equivalente correspondem a uma percentagem de hidrocarbonados conveniente para as primeiras vinte e quatro horas.

Se o doente pode tolerar a alimentação por via bucal, convém uma dieta pouco espessa, com cereais, pão, leite, ovos e sumo de frutas. Em doentes nauseados ou em cômia introduz-se a glicose por via intra-venosa em soluto a 5 ou 10 %, na dose de 50 grs., a repetir duas a três vezes por dia.

A cura do cômia diabético, com a insulinoterapia em doses próprias, é um facto corrente, mas em certos casos a convalescença acelera-se e os riscos da acidose diminuem, com a administração dos alcalis. A acidose prolongada acarreta graves prejuízos para o coração e rins e estes riscos não se podem ignorar, se a tensão de CO_2 permanece baixa por muitas horas depois da desapareição dos corpos cetónicos da urina e do sangue. Nestas condições não há perigo, antes vantagem, em empregar pequenas doses de alcalinos. A experiência indica que o uso de bicarbonato de sódio nos doentes em cômia diabético dá alguns benefícios; doses de 10 a 15 grs. administram-se com intubação gástrica após a lavagem do estômago.

Nos doentes em que o despertar do cômia é moroso e em que a acidose tarda em desaparecer, com tensão de CO_2 abaixo de 20, pode pensar-se na administração de novas doses de alcalino, posto-que, de uma maneira geral, raras vezes seja necessário ultrapassar a dose total de 30 grs.

Decidido o reforço da medicação alcalina, dissolvem-se 3 grs. de bicarbonato de sódio em meio copo de água quente e repete-se esta dose de três em três horas, por via gástrica e com intubação.

Nas formas particularmente graves o bicarbonato de sódio injecta-se por via intra-venosa, com resultados prontos e salientes. Empregam-se 300 a 500 cc. de um soluto a 5 %.

O uso dos alcalinos tem dado ensejo a debates sem trégua. Algumas autoridades votam contra esta medicação porque afirmam que a cura da acidose se consegue sem a intervenção da alcalinoterapia, e o seu uso intensivo, principalmente como dantes se fazia, conduz a reacções inconvenientes.

Aqui, porém, como em tantos outros problemas intrincados, devem evitar-se os extremos. Os alcalinos em dose razoável e em casos adequados são benéficos e não provocam manifestações inconvenientes.

A insuficiência circulatória é um dos problemas mais sérios do coma diabético e requiere o maior cuidado. A insuficiência combate-se com a digitalis intra-muscular (digifolin 6 cc.), estrofantina por via intra-venosa (meio miligrama), seguida da injeção intra-muscular de digifolin, 3 a 5 cc. Cafeína e epinefrina são também tonicardíacos de boa indicação nos casos de insuficiência cardíaca.

Um doente em acidose impõe uma assistência rigorosa, mas se chega ao coma, então torna-se necessária uma constante vigilância médica, rodeando-o de todos os cuidados indispensáveis de asseio, aquecimento, etc.

Ao tratamento inicial deve seguir-se uma constante observação até que o doente saia fora da zona de perigo, e esta mantém-se enquanto elle não recupera a sua perfeita lucidez ou até que a tensão do CO_2 não ultrapassa os 30 %.

A marcha da doença percebe-se de uma maneira um pouco grosseira, pelo simples exame clínico; as provas laboratoriais são, porém, de uma incomparável sensibilidade e exactidão.

O exame da urina ou do açúcar do sangue efectua-se a intervalos mais ou menos próximos, mas sempre antes de novas doses de insulina.

O exame da urina, por si, é de uma indiscutível importância, mas as provas da glicemia têm um valor muito maior; a menos que a bexiga seja esvaziada a miúdo, a urina pode conter açúcar quando no sangue já se operou uma baixa pronunciada do valor da glicemia.

A insulinoterapia tem que ser levada a um grau suficiente, mas também tomando tôdas as precauções contra os exageros da sua dosagem.

A dificuldade sobrevém principalmente nos doentes mais críticos, em que a dosagem apropriada da insulina requiere tanta urgência como o reconhecimento do valor inicial e da evolução da glicemia.

A determinação do valor do CO_2 é também importante.

O doente que apresenta um valor do CO_2 inferior a 20 necessita de um tratamento intensivo e urgente, com insulina.

Se o valor de CO_2 não principia a aumentar depois das primeiras seis horas de insulina, deve recorrer-se ao tratamento adjuvante dos alcalinos.

Passados os momentos perigosos da acidose, ainda o tratamento ulterior carece de certos cuidados. A acidose afecta todo o organismo e por forma tal que é preciso um período de repouso antes que o diabético se reponha. Qualquer diabético que passa por uma acidose grave, eliminado o perigo, deve ficar em repouso, na cama, por alguns dias. Depois regulam-se a dieta e a insulina; as dosagens de insulina modificam-se bastante, passada a crise de acidose, e doses incomparavelmente mais reduzidas do que as que até então foram indispensáveis bastam para manter em boas condições os mesmos doentes.

O coma mata ainda, a-pesar das armas terapêuticas de que se dispõe actualmente.

A grande diversidade de resposta ao tratamento é responsável destes

insucessos. O perigo de tratamento com hiperdosagem insulínica conta também, em menor escala, como razão de insucessos no tratamento da acidose. O melhor guia para evitar semelhantes transtornos reside nos dados que o laboratório pode fornecer.

MORAIS DAVID.

Localizações do vírus da poliomielite no sistema nervoso central, durante o período pre-paralítico e após instilação intra-nasal. (*Localizations of the virus of poliomyelitis in the central nervous system during the preparalytic period, after intra-nasal instillation*), por H. FABER e L. GEBHARDT. — *The Jour. of Exp. Med.* 1 de Junho de 1933.

As ideas sugeridas primeiro por Flexner acêrca da entrada do vírus do poliomielite através dos nervos e células olfactivas, têm, no presente, uma aceitação quasi unânime. O caminho que o vírus depois continua, até se localizar nas células dos cornos anteriores da medula, sede dos seus mais funestos efeitos, permanece, porém, desconhecido.

Supõem alguns autores que a chegada do vírus à medula se fará por uma propagação ao longo das vias olfactivas. Os autores investigam a marcha de propagação no sistema nervoso, em dias successivos depois do período de incubação.

Conclusões:

Quatro dias depois da instilação intra-nasal, o vírus da poliomielite estabelece aí o seu foco inicial e nos bulbos olfactivos. A transmissão faz-se, ao que parece, pelos cilindros-eixos dos nervos olfactivos, depois da infecção primária das células olfactivas da mucosa nasal. Do foco inicial o vírus propaga-se (no 5.º ou 6.º dia), através das vias olfactivas e suas conexões, ao cérebro. Estabelece-se seguidamente um foco secundário no hipotálamo e daí irradiam duas cadeias de infecção, uma para a medula, outras para o tálamo e mesencéfalo.

No 7.º dia o vírus atinge a medula, com mais intensidade na porção cervical do que na lombar. Tanto os cornos anteriores como os cornos posteriores da medula albergam o vírus. Também os gânglios intervertebrais contêm vírus. Algumas porções do sistema nervoso central revelam-se isentas de impregnação. Segundo se depreende do presente trabalho, o vírus morre nas áreas em que ocorreu a infecção inicial, diminue de virulência no mesencéfalo, mas progride na medula espinal.

Estas observações estão em harmonia com as de outros autores, que dizem que o vírus se adapta a uma sobrevivência mais fácil nos segmentos inferiores do eixo cérebro-espinal do que nas formações nervosas mais elevadas.

MORAIS DAVID.

Da dor. (*On pain*), por DAVID WATERSTON. — *The Lancet.* 6 de Maio de 1933. Pág. 943.

As observações e experiências do A. vêm trazer uma contribuição original ao estudo da sensibilidade periférica, sendo, em tudo, concordantes com

as teorias de Head. Como se sabe, as observações de Head levaram-no a acreditar que o tipo de sensibilidade a que chamou «epicrítica» (que inclui a sensibilidade aos contactos leves e determinadas variações de temperatura), depende de um sistema de fibras e de órgãos terminais anatomicamente separados dos da sensibilidade «protopática» (sensibilidade à dor e a uma escala mais larga de variações de temperatura).

As observações do A. não tiveram em conta a sensibilidade térmica, mas provam a exactidão das teorias de Head, isto é, a separação, anatómica, dos mecanismos tactis e dolorosos à superfície do corpo.

Os aparelhos da sensibilidade dolorosa que respondem a uma mais extensa escala de estímulos e mostram maior sensibilidade são os do «corium», estando aparentemente em relação com os nervos que acompanham os vasos sangüíneos, principalmente os capilares.

Os tecidos profundos dão, em regra, origem a sensações dolorosas, e as artérias são origem de dor aguda por estímulos mecânicos.

Parece estranho que estruturas tão sensitivas, sob êste aspecto, possam sofrer grandes alterações estruturais sem dar origem a dor; assim, a arteriosclerose transforma o tecido elástico e muscular das paredes arteriais e provoca a formação de placas calcificadas nos tecidos degenerados, sem que provoquem dor nos tecidos em que essas alterações se deram.

As paredes venosas são muito menos sensitivas aos estímulos mecânicos, e as terminações dolorosas nas veias são certamente muito menos importantes do que nas artérias.

A dor muscular apresenta um tipo especial, pois embora não haja dúvida da existência de aparelhos sensitivos à dor, no músculo, êste só reage a tipos especiais de excitação, como seja a contracção espasmódica da cáibra, ou à contracção isquémica.

ALMEIDA LIMA.

Tratamento da vertigem, tipo síndrome de Minière, pela secção do nervo auditivo. (*Aural vertigo, treatment by division of eighth nerve*), por HUGH CAIRNS e RUSSELL BRAIN. — *The Lancet*. 6 de Maio de 1933. Pág. 946.

Esta intervenção foi tentada há já muitos anos (1902) por vários cirurgiões e depois abandonada, pelo grave risco que fazia correr aos doentes.

Os progressos da moderna neuro-cirurgia permitiram retomar êste tipo de operação com óptimos resultados, e, assim, nos quatro casos apresentados pelos autores e operados por Cairns houve, em todos, cura da vertigem, sem inconveniente algum para o doente, a não ser uma diplopia transitória.

O aparecimento da diplopia, assim como outros efeitos fisiológicos da operação, são discutidos neste artigo.

Os autores põem claramente as indicações da intervenção, insistindo na necessidade de determinar bem quais os casos susceptíveis de beneficiar com a operação.

Assim, não basta diagnosticar uma vertigem de origem periférica, isto é,

devida a uma lesão das vias labirínticas aferentes, mas distinguir bem das labirintites agudas, das vertigens periféricas reflexas, etc.

A operação, embora tenha perdido muito da sua gravidade, graças às técnicas da moderna neuro-cirurgia, não deixa de oferecer as suas dificuldades e perigos, e só deve pois ser aconselhada em casos extremamente graves, nomeadamente naqueles em que a actividade profissional do doente é muito prejudicada ou abolida pela vertigem.

ALMEIDA LIMA.

A prova da hiperpneia, por A. BAUDOIN e H. SCHAEFFER. — *Revue Neurologique*. Abril de 1933.

O resultado das experiências da hiperpneia provocada nos epilépticos mostra, indiscutivelmente, que esta prova é capaz de provocar nesses doentes crises comiciaes.

A percentagem dos resultados positivos é, porém, pouco elevada, 12 a 15%, e só obtidos em individuos apresentando previamente ataques frequentes; donde se deduz não ter esta prova valor diagnóstico, não nos podendo servir de auxilio nos casos duvidosos. A sua importância teórica é, porém, maior que o seu alcance pratico, pois permite-nos esperar que o estudo do desequilibrio humoral, que provoca, nos venha porventura permitir uma interpretação mais íntima do mecanismo dos ataques comiciaes.

ALMEIDA LIMA.

Um caso de esclerose combinada sem anemia, tratado com ferro em doses elevadas e prolongadas. (*A case of combined sclerosis without anemia treated by intensive iron therapy*), por WILLIAM SARGANT, com uma introdução por WILFRED HARRIS. — *British Medical Journal*. 24 de Junho de 1933. Pág. 1100.

Wilfred Harris, na introdução deste artigo, expõe, rapidamente, os actuais conhecimentos das escleroses combinadas e das suas relações com a anemia perniciosa.

Ao lado dos quadros completos, isto é, apresentando: ataxia, paralisias espásticas, acloridria e um quadro hematológico típico, outros existem em que um ou outro dos elementos não se apresentam; assim, o A. descreveu casos em que só uma paraplegia espástica pura se associava à anacloridria e anemia perniciosa.

Mais interessantes são os casos em que um quadro típico de esclerose combinada se apresenta conjuntamente com acloridria, mas sem sinais hematológicos de anemia.

Será pois de grande importância diagnóstica a investigação do suco gástrico em todos os casos cuja sintomatologia se aproxima da das escleroses combinadas.

A terapêutica férrica seria, segundo o A., associada ou não com a hepatoterapia, de grande valor terapêutico.

W. Sargant relata, em seguida, um caso clínico típico dêste género em que o tratamento pelo ferro permitiu obter grandes melhorias. O doente apresentava enorme ataxia, que não lhe permitia a marcha, sinais piramidais (abolição dos reflexos abdominaes, exagêro dos tendinosos, duplo Babinski) e acloridria gástrica, mas um quadro hematológico normal.

O A. lembra, a-propósito, as manifestações clínicas da «pellagra», em que notáveis perturbações nervosas se juntam a alterações nutritivas e na qual a acloridria é regra quási constante, sugerindo que nesses casos também a intensiva terapêutica pelo ferro fôsse útil.

ALMEIDA LIMA.

A disposição das fibras na raiz do trigêmeo. (*La disposition des radicules dans la racine du trijumeau*), por A. SICARD. — *Ann. d'Anat. Path. et d'Anat. Norm. Méd. Chirur.* Março de 1933. Pág. 281.

O A. iniciou as suas investigações com o fim de trazer um fundamento anatómico à neurotomia parcial retro-gasseriana no tratamento das nevralgias do trigêmeo.

Segundo o A., a disposição das fibras nervosas na raiz do trigêmeo é extremamente complexa, não permitindo qualquer descrição esquemática.

Contudo, praticando a neurotomia parcial externa, isto é, conservando aproximadamente o quarto interno da raiz, pode-se estar certo de poupar as fibras correspondentes à sensibilidade da córnea, evitando assim a queratite traumática post-operatória.

ALMEIDA LIMA.

Hemorragia subaracnoideia espontânea. (*Spontaneus subarachnoid haemorrhage*), por C. K. RUSSEL (Canadian). — *Med. Assoc. Jour.* Fevereiro de 1933. Pág. 133.

O A., que apresenta um estudo de vinte e seis casos desta doença, crê que ela, muitas vezes, passa despercebida, a-pesar do seu quadro clínico ser típico.

A idade média dos doentes, nas observações do A., é de trinta e oito anos, sendo o mais idoso de sessenta e nove e o mais novo de doze.

Ataques recorrentes foram observados em alguns casos. Catorze dos doentes são mulheres e doze homens.

Em cinco casos o incidente hemorrágico deu-se em mulheres grávidas. Em três dêstes últimos havia toxemia renal e notável hipertensão, mas estas perturbações foram de curta duração, não podendo sô por si explicar tal acidente hemorrágico. Sô num dos casos do A. havia suspeitas de sífilis vascular.

O aparecimento dos sintomas é súbito. A cefaleia intensa inicia-se, em regra, na região frontal, mas rapidamente se estende para a nuca e muitas vezes para as costas.

Freqüentemente à cefaleia associam-se os vômitos; estes não são, de regra, intensos, sendo a dor de cabeça o sintoma predominante. O doente pode

estar deprimido e sonolento ou inteiramente inconsciente; no primeiro caso, o doente pode ser despertado, verificando-se então que o seu estado mental não sofreu notáveis alterações, e que não apresenta o aspecto de alterações mentais tóxicas, como sucede nas meningites sépticas. Nos casos de cõma e sub-cõma, é sempre possível encontrar sinais, pelo menos na fase inicial, de excitação e irritabilidade. Convulsões generalizadas deram-se em dois dos doentes das séries do A.

A temperatura é, inicialmente, normal, elevando-se por vezes levemente num período posterior, devido, possivelmente, à absorpção do sangue. A rigidez da nuca é quasi constante e o sinal de Kernig encontra-se nos casos mais graves, mas é absolutamente excepcional encontrar quaisquer sinais focais. Em metade dos casos foi notado um certo apagamento dos bordos da papila, mas sempre sem edema mensurável; num têrço dos casos foram observadas hemorragias retinianas.

Albuminúria existia em 50% dos casos, mas nunca em percentagem elevada. A pressão arterial era, de regra, elevada.

A punção lombar é a chave do diagnóstico. O líquido céfalo-raquidiano mostra-se hipertenso, e a sua coloração varia desde um tom rosado até à aparência de sangue puro. Não coagula, e pelo repouso os elementos celulares depositam-se no fundo do tubo, sendo o líquido supra-jacente sempre corado pelo pigmento sangüíneo dos glóbulos alterados.

A extracção do líquido céfalo-raquidiano alivia a cefaleia, mas deve-se ter o cuidado de não baixar bruscamente a tensão do líquido, pois isto poderia provocar nova hemorragia ou dificultar a formação do coágulo numa hemorragia em curso.

A doença apresentou um quadro tipicamente meningítico em catorze dos vinte e seis casos relatados.

A hemorragia subaracnoideia espontânea é mais freqüente no ponto onde a artéria comunicante anterior e cerebral anterior se unem.

ALMEIDA LIMA.

Longa persistência, nos individuos encefalíticos, do «virus» no estado latente. Exemplos de contágio provindo de parkinsonicos. Alterações das glândulas salivares na encefalite. Presença intermitente provável do «virus» na saliva, explicando ao mesmo tempo a possível transmissão e a sua raridade, por A. NETTER. — *Bull. et Mémoires de la Société Médical des Hôpitaux*. 3.^a série. N.º 2. Janeiro de 1933.

O A. descreve alguns exemplos em que a aparição da encefalite parece ser produzida por contágio de parkinsonianos post-encefalíticos.

Segundo o A., a persistência do *virus* nos elementos nervosos das glândulas salivares explicaria a possibilidade do contágio e, ao mesmo tempo, a sua raridade.

ALMEIDA LIMA.

LISBOA MÉDICA

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

BISMUTHOIDOL

"ROBIN"

Doenças ocasionadas pelos protozoarios,
Syphilis.

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

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

N.º 4748
3 Julho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

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

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

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

HORLICK'S

LEITE MALTADO

experiências recentes, realizadas por um eminente bio-químico, demonstraram:

1. Que as proteínas do Leite Maltado Horlick's são rapidamente digeridas e absorvidas, e logo utilizadas pelo organismo.
2. Que os seus hidratos de carbono são especialmente bem tolerados. Mesmo a ingestão de grandes quantidades de Leite Horlick's não provoca glicosúria.
3. Que o Leite Horlick's melhora a utilização dos hidratos de carbono em geral.
4. Que a anemia provocada experimentalmente em ratos, com uma alimentação exclusiva de leite fresco, cura com a administração simultânea de Leite Maltado Horlick's.

A feição característica destas experiências foi demonstrar a rapidez de efeitos do Leite Horlick's sobre o metabolismo.

Os resultados confirmaram as experiências clínicas dos últimos 50 anos.

O Leite Maltado Horlick's é leite de vaca, puro e fresco, combinado com os extractos nutritivos do trigo e da cevada.

Cerca de 15 por cento do seu valor total em calorias é-lhe fornecido pelos hidratos de carbono.

O Leite Maltado Horlick's pode ser receitado com segurança absoluta a todos os doentes com mau estado de nutrição.

Horlick's Malted Milk, Co. Ltd.

Representantes exclusivos:

ESTABELECIMENTOS JERÓNIMO MARTINS & FILHO

13, Rua Garrett, 23

LISBOA

Osteoporose do punho — Simpatectomia peri-humeral. (*Ostéoporose du poignet — Sympathectomie peri-humérale*), por PIERRE WERTHEIMER (Lyon). — *Société de Chirurgie de Lyon*. Sessão de 12 de Janeiro de 1933. In *Lyon Chirurgical*. Tômoo XXX. N.º 3. Págs. 365-366. Maio-Junho de 1933.

A observação do A. diz respeito a uma mulher de cinqüenta anos que, no verão de 1931, sofreu um ataque de reumatismo, febril e com localizações poliarticulares. A doença, no seu curso, localiza-se ao nível do punho esquerdo, que enrijece e fica doloroso. Durante três meses, a doente é submetida, sem resultado, às medicações mais diversas. No mês de Novembro o punho está bloqueado, qualquer tentativa de mobilização é impossível; a mão está contraída, os dedos imobilizados, deformados em forma de fuso.

A tumefacção peri-articular é mínima; os relevos ósseos estão apagados, o antebraço atrofiado. A doente não pode servir-se da mão esquerda; acusa dores muito vivas, que nenhum anestésico acalma. A radiografia mostra uma descalcificação intensa afectando apenas o maciço cárpico, epífises antebraquiais, metacárpicas e mesmo o esqueleto dos dedos. O A. faz uma simpatectomia peri-humeral, sob anestesia local, seguida de imobilização, em gesso, durante um mês.

Decorrido este tempo, a imobilização foi suprimida, primeiro durante o dia, depois na totalidade. As dores cessaram, pôde-se começar a mobilização dos dedos. A melhora registada após a liberação prosseguiu de maneira regular e constante. O esqueleto recalcificou-se. Em Janeiro de 1933 a doente foi vista com um punho móvel, apenas a flexão ficou um pouco limitada; os dedos fletem, a doente pode fechar o punho e executar os trabalhos caseiros. Esqueleto normal na radiografia, contornos ósseos de novo nítidos.

Parece ter-se tratado duma osteoporose provocada por um processo articular infeccioso cuja natureza não se pode precisar. A simpatectomia permitiu uma recuperação funcional muito notável.

MENESES.

Osteoma paracondiliano interno com corpo estranho do joelho. (*Ostéome paracondyliên interne avec corps étranger du genou*), por PÔTEL (Lyon). — *Société de Chirurgie de Lyon*. Sessão de 22 de Dezembro de 1932. In *Lyon Chirurgical*. Tômoo XXX. N.º 3. Págs. 336-337. Maio-Junho de 1933.

O doente apresentado pelo A. vale como um bom argumento na discussão sobre a origem e a natureza do osteoma paracondiliano interno, a que se tem querido chamar doença de Pellegrini-Stiéda.

Era um homem de 41 anos que, em 1915, caiu numa trincheira, durante a guerra. Hemartrose, repouso durante três meses. Cura funcional. Pouco tempo depois, aparição na parte interna do joelho duma tumefacção, que cresceu progressivamente. Ausência de dor e de perturbação funcional apreciável. Um ano depois, dores articulares dum novo tipo, ao mesmo tempo que o doente notou a presença dum corpo estranho, que fazia mover à vontade na articulação do joelho.

O exame objectivo mostrou um espessamento anormal ao nível do côndilo interno e um corpo estranho intra-articular muito móvel, invisível à radiografia. Esta mostrava no côndilo interno duas pequenas lamelas opacas, análogas às descritas como características do osteoma paracondiliano interno.

O corpo estranho articular foi extraído por artrotomia lateral, sem dificuldade alguma. Apresentava os caracteres dum corpo estranho de origem traumática. A cura, à data da comunicação do A., era completa. A função do joelho, normal.

Esta observação permite dizer que o osteoma paracondiliano não provoca dores ou dificuldade funcional senão quando adquire um certo volume. As dores, neste caso, não apareceram senão quando o corpo estranho intra-articular se desenvolveu.

O osteoma paracondiliano foi aqui, como é quasi de regra, de origem traumática. A aparição primária do corpo estranho articular, da mesma origem, é uma prova disso.

Nota. — Este caso ilustra bem a tese de Tavernier, em que o osteoma paracondiliano não é uma doença, não se manifesta clinicamente, e quando existem perturbações funcionais é necessário procurar a sua causa numa lesão simultânea da articulação, neste caso do A. um corpo estranho articular. A terapêutica deve visar unicamente a lesão simultânea; é inútil occupar-se do osteoma (Tavernier).

MENESES.

Bacteriologia dos derrames peritoniaes das úlceras gastroduodenais perfuradas. (*Bacteriologie des épanchements péritonéaux des ulcères gastro-duodénaux perforés*), por M.^r et M.^{me} CHARLES CLAVEL e IVAN GELLI (Lyon). — *Lyon Chirurgical*. Tômoo XXX. N.º 3. Págs. 264-283. Maio-Junho de 1933.

Os AA. publicam 15 observações e respectivos estudos bacteriológicos de casos operados no serviço de urgência do Hôtel-Dieu, tendo chegado à conclusão de que o exame bacteriológico dos derrames peritoniaes colhidos durante a intervenção, por perfuração, de úlceras gastro-duodenais não tem apenas um interêsse científico: pode também fornecer dados práticos para o prognóstico.

É necessário usar duma técnica rigorosa na execução das colheitas de material, dos exames directos e das culturas, se se quiser obter resultados comparáveis entre si.

O exame directo pôde, por vezes, dar indicações immediatas, antes mesmo que o cirurgião tivesse terminado a sua operação.

Estes dados podem ser utilizados para discutir a indicação da drenagem e ajudam a firmar o prognóstico immediato.

Na maior parte das vezes não se obtêm resultados certos senão pelas culturas, num prazo que vai de quarenta horas a três dias. Estes resultados são muito úteis, porque ao 3.º dia não se pode bem fixar a sorte que espera estes doentes. Alguns já morreram, mas os que sobrevivem estão expostos a

complicações, das quais as mais terríveis são os abscessos pélvicos secundários, parietais-cólicos, sub-hepáticos e as complicações pleurais. Os soros antiestreptocócicos e anticolibacilares podem ser ensaiados nestes casos.

Os operados, cujos líquidos peritoniais são assépticos, curam sem complicação, na proporção de 95%. Quando os líquidos estão injectados, a mortalidade é de 50%; o período post-operatório é quasi sempre perturbado por complicações.

O prognóstico clínico e o prognóstico bacteriológico estão, em geral, de acôrdo. No entanto, quando um doente operado nas primeiras horas, com elementos clínicos dum bom prognóstico, apresenta um líquido peritonal infectado, é preciso vigiá-lo de perto durante um mês, pelo menos, porque fica exposto a complicações peritonias ou pleurais que a clínica por si só não faria prever.

MENESES.

As sequelas apendiculares da febre tifóide. (*Les séquelles appendiculaires de la fièvre typhoïde*), por CLAVEL e VIDAL (Lyon). — *Lyon Médical*. LXV ano. Tômoo CLI. N.º 18. Págs. 529-536.

A presença do bacilo tífico, muitos meses ou muitos anos após a febre tifóide, num apêndice, pode interpretar-se de duas maneiras: ou o bacilo tífico é patogêneo e é a causa da apendicite, e o bacilo tífico foi o único germen encontrado pelo exame bacteriológico; ou o bacilo tífico está no apêndice, como no resto do tubo digestivo, e é um seu habitante banal, pois sabemos que os doentes que tiveram febre tifóide e que estão convallescentes podem ficar semanas, meses e anos como portadores são de bacilos tíficos.

Visto que se podem encontrar, longos anos após uma infecção tífica, bacilos de Eberth nas fezes, é necessário admitir que em algum sítio do tracto gastro-intestinal êles possam viver num estado de virulência atenuada e incapazes de provocar perturbações graves.

Até aqui apenas a vesícula biliar, ou quasi só ela, tinha sido considerada como reservatório dos bacilos tíficos ou paratíficos. Os AA. não pretendem tirar à vesícula o papel mais importante, pois que os bacilos tíficos podendo viver na biliar, esta é mesmo um excelente meio de cultura; mas da observação dos casos de apendicite post-tífica, referidos pelos AA. e outros, conhecidos da literatura, em que se encontraram bacilos tíficos e paratíficos, sem que o exame do sangue, das urinas e das fezes tivesse alguma vez revelado a sua presença, não se pode induzir que, a-par da vesícula biliar, o apêndice possa desempenhar o papel de reservatório de bacilos tíficos?

Os AA. entendem que, nos doentes que tiveram há pouco tempo uma febre tifóide, o apêndice deve ser vigiado de tão perto como a vesícula, e deve ser tão responsável como o reservatório biliar, de algumas seqüelas prolongadas de febre tifóide.

Outra conclusão prática se impõe: é preciso que, neste caso, o cirurgião previna as pessoas que o rodeiam, quando, após uma apendicectomia, procede à abertura da peça, dos perigos que o conteúdo do apêndice pode apresentar. O exemplo do malogrado Prof. Lecène, que sucumbiu a uma febre ti-

foide contraída ao manipular uma vesícula biliar, deve ficar gravado em todos os espíritos e lembrar, no momento, a prudência de que convém usar em face destes «reservatórios de bacilos tíficos».

MENESES.

Espondilite tuberculosa múltipla. (*Spondylitis tuberculosa multiplex*), por HERMAN THRAP-MEYER (Stavern, Noruega). — *Acta Orthopædica Scandinavica*. Vol. IV. Fasc. 2. Págs. 154-175.

As referências dadas pela literatura parecem indicar que a espondilite tuberculosa múltipla aparece agora mais freqüentes vezes do que outrora. O A. dá conta de sete casos tratados no Hospital Marítimo de Stavern (Noruega). Em seis casos, a coluna vertebral apresentava dois focos — num caso, três focos — separados por vértebras sãs.

Nos doentes em questão, deve-se ter como mais provável a infecção linfo-hematogénica. A infecção por contacto, partindo dum abscesso frio, é extremamente rara. No entanto, parece possível que num dos casos descritos a patogenia tenha sido essa.

O A. acrescenta que em todos estes doentes os sintomas subjectivos se localizavam unicamente no foco caudal. Em nenhum destes se verificavam sintomas vindos da medula raquidiana.

Nota do redactor. — A freqüência dos focos vertebraes múltiplos separados por vértebras sãs, já tinha sido assinalada, em 1923, pelo nosso malgrado Mestre, o Prof. Biesalski (Berlim). Serviu-lhe então como argumento contra a osteosíntese vertebral de Albee no mal de Pott, que não abrange, na sua imobilização, tôdas as vértebras doentes, e temos insistido sempre nesse mesmo argumento ao louvar a imobilidade completa da coluna total pelo feito de Lorenz, como tratamento racional da espondilite tuberculosa.

MENESES.

A anca incongruente. (*The incongruous hip*), por PAUL MORVILLE (Copenhague). — *Acta Orthopædica Scandinavica*. Vol. IV. Fasc. 2. Págs. 133-153.

O A. expõe o seu ponto de vista sôbre a hipótese emitida por Murk Jansen (de Leyden, Holanda), em que o acetábulo achatado congênitamente seria a causa de várias doenças coxais deformantes. O A. discute pormenorizadamente a influência da repartição anormal do pêso do corpo — motivada pela forma achatada do acetábulo — sôbre o crescimento da extremidade superior do fêmur.

É de opinião de que as doenças em questão não são, provavelmente, mais do que uma osteopatia calcípriva causada por uma pressão aumentada sôbre as superfícies articulares da anca anormal sob o ponto de vista anatómico.

O A. não está certo de que os critérios da «anca anatómicamente normal» de Murk Jansen e de Calot (de Berck) se possam aplicar também quando

se trata de indivíduos muito novos. Conta publicar a seu tempo estudos ulteriores sôbre êste assunto.

MENESES.

Trinta e oito observações de tuberculosos laringo-pulmonares tratadas pelos sais de ouro. (*Trente-huit observations de tuberculosos laryngo-pulmonaires traitées par les sels d'or*), por ROZIER, JULLIEN e MOLLARD. — *Presse Médicale*. N.º 44. Págs. 894-895. 1933.

Os AA. trataram pelos sais de ouro trinta e oito tuberculosos com lesões laringeas. Empregaram sais de ouro minerais (Sanocrisina-crisalbina) e sais de ouro orgânicos (Allocrisina, Solganal B oleoso).

Na maior parte dos casos, as doses utilizadas oscilaram à volta de seis a sete grammas por série.

Se acreditarmos nas conclusões de alguns autores, para quem a associação duma laringite bacilosa com a tuberculose do pulmão tornaria particularmente perigosa a aplicação dos sais de ouro, a crisoterapia estaria contra-indicada nestes doentes dos AA. No entanto, um único piorou. O tratamento pareceu reactivar nitidamente as suas lesões laringeas, mas o individuo era já um grande caquético.

Os AA. concluem que as lesões laringeas, mesmo extensas, não contra-indicam de modo algum, por si sós, o emprêgo dos sais de ouro, contrariamente ao que de princípio se escreveu. É necessário apenas vigiar cautelosamente a laringe, para evitar reacções focais cujo prognóstico é, porém, em geral, benigno.

Nestas condições, a laringite beneficia muitas vezes dos sais de ouro. Pode curar completamente, sobretudo se as lesões que a constituem ainda estão circunscritas e com a condição de que não pertençam ao tipo ou ao estado úlcero-edematoso.

A melhora pulmonar e a melhora laringea são, muitas vezes, paralelas. Não são, porém, forçosamente associadas.

MENESES.

Formas agudas de apendicite na infância. (*Forme acute d'appendicite nell'infanzia*), pelo Dott. G. SERRA (Pavia). — *Annali Italiani de Chirurgia*. Vol. XII. Fasc. 5. Pág. 577-608. Maio de 1933.

O A. passa em revista dezanove casos de apendicite aguda que teve ocasião de operar em crianças de idade inferior aos oitos anos. Entre estes dezanove casos estão duas formas de apendicite sub-hepática, uma de apendicite da fossa ilíaca esquerda e duas de apendicite por grande cálculo fecal. A característica da apendicite na infância é a aparição brusca e a evolução rápida para a perfuração e a peritonite. Os sintomas, por um complexo de factores, são, muitas vezes, falazes ou insuficientes para estabelecer o diagnóstico. Por isso mesmo, é preciso contentarmo-nos com um mínimo de sinais, entre os quais os mais constantes são a dor e o vômito. A localização da dor, por motivo de ectopias e de migrações do apêndice ou do segmento cego-apendicular, pode apresentar sede e caracteres particulares.

Nas considerações sôbre o problema etiológico tem em conta as relações que a apendicite pode ter com doenças anteriores, com a presença, no apêndice, de grandes cálculos estercoráceos e com as posições anormais congênitas ou adquiridas do próprio apêndice. *A intervenção cirúrgica, mesmo que o diagnóstico de apendicite possa deixar qualquer dúvida, mas desde que existam sinais de ventre agudo, deverá ser o mais precoce possível, a-fim-de evitar as complicações que na criança se manifestam com maior frequência e assumem carácter de maior gravidade do que no adulto.*

MENESES.

As variações da glicemia no curso de pancreatites agudas e crônicas. (*Le variazioni della glicemia in corso di pancreatiti acute e croniche*), pelo Dott. SESTILIO GABRIELLI (Veneza). — *Annali Italiani di Chirurgia*. Vol. XII. Fasc. 4. Págs. 473-488. Abril 1933.

O A. estudou as alterações da glicemia em doentes com lesões inflamatórias do pâncreas. Pôde assim observar que nos doentes com pancreatites agudas existe, em jejum, um aumento notável da glicemia, que é superior à que se encontra nos outros estados agudos abdominais. Verificou ainda que nestes doentes as alterações renais podem justificar a ausência de glicosúria, que aparece só num quinto dos casos.

O A. concluiu também que nas pancreatites crônicas, em jejum, não existe hiperglicemia, e podem existir perturbações do metabolismo glicémico que são demonstráveis pela prova experimental. Com estes factos pôde pôr em evidência uma notável hiperglicemia alimentar e o prolongamento desta além dos limites fisiológicos. Nestes mesmos doentes notou, num têrço dos casos, glicosúria, e, depois do tratamento dietético-operatório, uma melhor regulação da glucose alimentar, condição esta que se refere aos primeiros meses após a intervenção.

MENESES.

A drenagem das vias biliares nas complicações post-colecistectomia. (*El drenaje de las vias biliares en las complicaciones post-colecistectomia*), por REGUEIRO LÓPEZ. — *Actas de la Sociedad de Cirugia de Madrid*. Tômo I. Fasc. 3. Pág. 359. Abril-Junho de 1932. Ref. *Revista Cirug. Barcelona*.

O A. apresentou as observações clínicas de três doentes colecistectomizadas, duas das quais voltam a sofrer das mesmas perturbações pre-operatórias e a terceira apresenta uma fistula biliar externa, obtendo em tôdas a cura com o emprêgo da drenagem duodenal do coledoco.

No primeiro caso, uma senhora com perturbações vesiculares, colecistectomizada por litíase e pericolecistite, apresenta, depois da intervenção, obstrução do coledoco por muco e espasmo persistente do esfincter de Oddi, determinados por processo infeccioso do coledoco, a que deu lugar a litíase da vesícula, cuja extirpação não foi suficiente para terminar o processo pela cura, o que sucede com a drenagem duodenal.

Noutro caso, a intervenção foi feita seis anos antes, por processo crónico de colecistite, parece que em fase supurada, continuando com dores tipo cólica biliar, com manifestações dolorosas na região hepato-biliar nos intervalos, febre do tipo intermitente e irregular, com grandes elevações e icterícia. Com a drenagem duodenal obtêm-se a desapareição do síndrome.

Num terceiro caso, a seguir imediatamente à colecistectomia, abre-se uma fístula biliar externa. Dentro de poucos meses, crises dolorosas intensas de cólica biliar, que se repetem com frequência. Com a drenagem duodenal desaparecem as cólicas e cicatriza a fístula.

Os fenómenos clínicos sucedidos nestas doentes são de explicação clara. Todos êles têm o mesmo fundo patogénico: um processo infeccioso, crónico, tipo catarral, do coledoco, que dá lugar a um encerramento, permanente na primeira e última doentes, intermitente na segunda, do esfíncter de Oddi, ou por via reflexa ou por tamponamento provocado pelo muco, que actua como um corpo sólido e que, como se se tratasse dum cálculo, obstrue o conduto coledoco.

Trata-se de doentes em que o coledoco tem forçosamente de substituir a vesícula; «vesiculiza-se» o coledoco e, portanto, o esfíncter vê-se nêles submetido a um estímulo novo e intenso, ante o qual reage violentamente, espasmódicamente, com a sua poderosa túnica muscular estimulada pelo parasimpático.

Por outro lado, o muco, ou a infecção do coledoco; contribuem grandemente para a irritabilidade espasmódica do esfíncter. O muco é causa da cólica biliar e do aumento da tensão intra-coledoco, que, elevada em grau intenso, pode provocar e manter uma fístula biliar.

A drenagem duodenal das vias biliares restabelece a permeabilidade do esfíncter de Oddi e dá saída ao conteúdo séptico do coledoco, com o que se faz desaparecer a infecção local, normalizando-se a pressão nas vias biliares extra-hepáticas, e obtendo-se a descongestão do fígado, que tanta importância tem na função da célula hepática.

A doente da terceira observação põe em evidência como, colocado o coledoco em condições normais pela drenagem, se obtêm a cicatrização rápida da fístula. (Prat).

MENESES.

Icterícia simples, icterícia catarral, icterícia endémica e epidémica. (*Icterus simplex*, *Icterus catarrhalis*, *Icterus endemicus seu epidemicus*), por T. BRUGSCH. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 19. 1933.

O catarro gastro-intestinal, por vezes acompanhado de febre, que precede o aparecimento duma icterícia simples catarral ou, por vezes, duma icterícia grave, ¿ que papel representa na patogénese desta afecção? Que não é de natureza infecciosa procura o A. demonstrar com a análise sistemática do suco duodenal, verificando como êste é pobre em elementos celulares e bactérias. Para os casos esporádicos, uma anamnese bem obtida mostra como o catarro pode ter a sua origem em dietas ricas em gorduras, ou em alterações do apetite por administração prolongada de medicamentos ou ainda

por esgotamento corporal, excitações nervosas, etc. A etiologia é, por isso, altamente pessoal e intimamente ligada à constituição individual e de modo a poder dizer-se que, em regra, a icterícia catarral se encontra, na sua maior frequência, na juventude e nos indivíduos com pêso corpóreo insuficiente.

Brusch aceita a hipótese de Eppinger, da reabsorção de substâncias tóxicas, nascidas a quando das perturbações gastro-intestinais, e que iriam exercer um efeito nocivo nas células hepáticas; essas substâncias (medicamentos, tóxicos) ou outras, introduzidas com a alimentação, podem também originar-se no meio interno, nascidas das perturbações dispépticas. Nestas circunstâncias, seriam sobretudo aminas que pela veia porta conduziriam à hepatite.

Por outro lado, as icterícias catarrais epidêmicas, com exclusão das formas infecciosas, podem explicar-se do mesmo modo, por substâncias que, no meio exterior ou interior, e por processos fermentativos, sejam capazes de dar origem à dispepsia e à hepatite.

Disto resulta o processo terapêutico que consiste essencialmente na abolição do catarro duodenal por lavagens e diminuição na ingestão de substâncias proteicas capazes de ocasionar, no seu sucessivo desdobramento, substâncias tóxicas.

J. ROCHETA.

O equilíbrio glicémico nas afecções hepáticas. (*L'equilibrio glicemico nelle affezioni epatiche*), por G. LANZA. — *Minerva Medica*. N.º 23. 1933.

Numa série de afecções hepáticas, procurou o A. estabelecer o mecanismo das alterações no metabolismo dos açúcares, encontradas na insuficiência do fígado, servindo-se para isso das provas da hiperglicemia alimentar e adrenalínica. Conclue-se das suas experiências:

1) A glicemia, em jejum, nos hepáticos, não apresenta, em regra, modificações que mereçam citar-se.

2) A prova da hiperglicemia alimentar, pelo contrário, e em alta percentagem, apresenta modificações no sentido dum retardamento no aparecimento do seu valor mais elevado e por uma excessiva duração da reacção (três a quatro horas), por consequência com um aumento da superfície do triângulo hiperglicémico; estas características são tanto mais acentuadas quanto mais avançadas e graves são as lesões do fígado (cirrose atrófica de Laennec).

3) A observação comparativa das diversas provas da funcionalidade hepática (biligénese, ureogénese, poder antitóxico) com a hiperglicemia alimentar, demonstraram a existência entre elas de um certo paralelismo; êste facto, porém, não permite fazer um diagnóstico de insuficiência hepática só pelo resultado obtido com esta última prova, visto não ser constante êsse paralelismo e não ser excepcional encontrarem-se lesões hepáticas com uma glico-regulação satisfatória e vice-versa. Para um diagnóstico seguro devemos recorrer a tôdas as provas.

4) A reacção hiperglicémica provocada pela adrenalina é, em geral, diminuída, ausente ou invertida; raramente exagerada; as reacções mais baixas verificaram-se nas cirroses atróficas. Assim, existe uma relação, mas em

LISBOA MÉDICA

Para regularizar
o ciclo menstrual

SISTOMENSINA "CIBA"

Hormonio ovariano
biologicamente titulado

Dismenorréa,
menorragias,
menopausa natural
e provocada,
esterilidade etc.

Drageas

Ampolas

Amostras e litteratura

CATULLO GADDA,
RUA DA MADALENA 128,
LISBOA,

unico representante
dos Productos "Ciba" no Portugal.



Para o tratamento da dôr e rigidez que acompanham o reumatismo e outras desordens das extremidades, a aplicação do calor é a conhecida medida mais util e simples.

O emprego local do calor tem efeito pronunciado sôbre a circulação do sangue e da linfa. Dêle resulta o afrouxamento dos tecidos, o melhoramento do metabolismo, e auxilia na remoção dos enxudatos, dos detricitos inflamatórios e das bactérias venenosas que se acumulam nas juntas enférmas e nos nervos inflamados.

A experiência tem demonstrado que não existe aplicação tão efectiva, para a dilatação dos vasos profundos e superficiais, como a *Antiphlogistine*. A sua qualidade de reter o calor, unida a sua alta percentagem de glicerina e outros componentes, faz produzir intensa hiperemia e causa um abundante fluxo de sangue que vem dos tecidos profundos à superfície em tratamento. Assim, pela dilatação dos vasos do sangue e pelo aumento do câmbio osmótico local, os produtos patológicos correm em quantidades para dentro do sangue, onde são aniquilados.

Para a dor e rigidez, ou inchação, acompanhada da artrite, nos pulsos, tornozelos, mãos ou pés; torceduras ou tensões; na fibrosite da face palmar ou plantar, no tratamento manipulativo dos pés planos, onde é desejável o afrouxamento dos músculos, o emprego da *Antiphlogistine* é sempre indicado. Amostras e literatura à disposição dos senhores facultativos que requisitarem à Denver Chemical Mfg. Co., 163, Varick Street, Nova York, E. U. A. N.

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 :

Ano, 60,000

Colónias e estrangeiro :

Ano, 80,000

NÚMERO AVULSO : 8,000 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

sentido contrário, entre esta prova e a primeira. Êste facto deve explicar-se por uma diminuída capacidade de fixação de glicose pelo fígado, por um lado, e, por outro, pelo menor grau na actividade glicogenolítica da célula hepática. É fundamentalmente esta menor excitabilidade da glico-mobilização que preserva o individuo com lesões hepáticas, dum síndrome diabético ocasionado por essas lesões.

J. ROCHETA.

O resultado do tratamento pelo tanino, nas queimaduras das crianças.

(*Ueber die Resultate der Tanninbehandlung bei Verbrennung im Kindesalter*), por M. LANGER. — *Wiener Klinische Wochenschrift*, N.º 22, 1933.

O método de tratamento adoptado pelo A. é o seguinte, com pequenas variantes do fundado por Davidson, em 1925:

Nas queimaduras recentes de 2.º e 3.º graus e sem tecido de granulação das superfícies queimadas, são abertas, sob a acção do cloreto de etilo, tôdas as vesículas e extirpadas as suas coberturas. O fundo e os tecidos circunvizinhos são lavados e desengordurados com benzina; cobre-se, em seguida, tôda a região com compressas embebidas no soluto de ácido tânico a 2 1/2 0/0, que são mantidas sempre húmidas, tendo-se o cuidado de lhes deitar o mesmo líquido com intervalos periódicos. Em geral, sobretudo quando o desengorduramento das queimaduras e tecidos foi bem feito, forma-se, ao fim de 24 a 48 horas, uma crosta negra e bem aderente aos tecidos; tiram-se então as compressas e, mantendo o doente na cama, espera-se que aquela caia espontâneamente.

Por vezes succede, nas queimaduras de 3.º grau, acumular-se sob a crosta uma certa quantidade de secreção, à qual é preciso dar saída incisando a crosta.

Quando há sinais de toxemia e estes se tornam ameaçadores, deve fazer-se uma transfusão de sangue e, no mesmo dia, injeccção intravenosa de 10 a 20 cc. de tiosulfato de sódio a 20 0/0; quando necessário, repete-se no dia seguinte e no outro. De resto, os casos tratados por êste método apresentam uma percentagem mais baixa desta complicação, exactamente porque o ácido tânico, precipitando a albumina, forma um albuminato insolúvel, impedindo assim a reabsorção de substâncias tóxicas.

J. ROCHETA.

Estudo económico da alimentação do trabalhador de Buenos-Aires.

(*Étude économique de l'alimentation de l'ouvrier à Buenos-Aires*), por P. ESCUDERO. — *Revue Sud-Americaine de Médecine et de Chirurgie*, T. IV, N.º 3, 1933.

Em quadros muito elucidativos, que abrangem os anos de 1922 a 1931, mostra-nos Escudero a relação entre o ganho obtido pelo operariado de alguns bairros de Buenos-Aires e o gasto feito com a sua alimentação.

Com números que mostram um grande cuidado na análise dêste problema, conclue pela média de 63,8 0/0 da receita como forçada despesa para

a compra das substâncias alimentares e sua preparação, numa família de cinco pessoas.

Mas, como o A. partiu dum cálculo-base de 15.000 calorias diárias para tôda a família, que não corresponde, de facto, ao trabalho real dispensado, visto a violência do esforço empregado, admite, por isso, um coeficiente de correcção de 22,2%, que eleva a despesa com a alimentação a 78%, média incompatível com a restante despesa a fazer (aluguer de casa, vestuário, etc.). Nestas condições, infelizmente, é o operário obrigado a reduzir o seu sustento a proporções que affectam a sua saúde.

A solução para esta questão, actualíssima, afirma o A. não se encontrar nem no aumento dos salários nem na redução do custo dos alimentos, mas sim na dietética, quando cientificamente encarada sob o seu duplo aspecto técnico e económico.

Promete para um próximo artigo a explanação dêste assunto.

J. ROCHETA.

A importância da alcalinização na terapêutica do côma diabético. (*Die Bedeutung der Alkalisierung für die Therapie des diabetischen Kommas*), por O. Z. E DE ROADT. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 20. 1933.

Depois do aparecimento da insulina, caíu quasi em desuso a administração dos alcalinos para combater o côma diabético. Contra êste facto se insurge o A., e com razão, visto que a administração daquela substância, evitando a formação anormal da acidose, não influencia a acidose já existente nesse momento. Por isso, a administração de alcalinos (bicarbonato de sódio em soluto a 2,5%, em injeções) até à neutralização ou ligeira reacção alcalina da urina, é absolutamente necessária para a compensação dessa acidose. Dêste modo, resulta como a melhor terapêutica do côma diabético a associação insulina-alcalinos.

J. ROCHETA.

O comportamento da circulação periférica na hipertensão branca e vermelha. (*Das Verhalten der Kreislaufperipherie beim weissen und roten Hochdruck*), por M. NARDMANN. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 20. 1933.

As diferenças clínicas entre a hipertensão vermelha e a branca (classificação de Volhard) são a natureza constitucional e a coloração cutânea da primeira em relação à segunda que é adquirida, secundária a uma nefrite, com palidez dos tegumentos; sob o ponto de vista capilaroscópico, há ainda espasmo dos capilares arteriais e dilatação dos capilares venosos e veias na hipertensão vermelha, enquanto na branca tôda a rêde capilar está por igual contraída. ¿Pode um hipertenso vermelho transformar-se em branco e vice-versa? ou, por outras palavras: ¿que transformações se operam quando um indivíduo com hipertonía essencial faz uma nefrite? Depois que Hering descobriu o centro regulador da tensão arterial tem-se podido produzir, em animais,

a hipertensão permanente, e, pelo cuidadoso trabalho destas experiências e ainda dos casos clínicos, se verificou que, quando um hipertenso constitucional é atacado por nefrite, a espasticidade dos capilares, restrita, neste caso, aos arteriais, se estende a tóda a rêde e, pelo contrário, nas nefrites, quando a hipertensão sobe além dum certo grau, dá-se uma compensação, por assim dizer, com o alargamento dos capilares venosos e das veias.

J. ROCHETA.

O pneumotorax na terapêutica da pleurisia sêca. (*Die Pneumothoraxtherapie bei Pleuritis sicca*), por E. REGENBOGEN. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 22. 1933.

O emprêgo do pneumotorax terapêutico nas pleurisias sêcas e feito pela primeira vez, em 1914, por Moritz, é novamente defendido por Regenbogen, sobretudo como calmante da dor, que desaparece por completo mesmo nas inspirações fundas. Insufla 300 a 500 cc. e esta quantidade basta para obter aquele efeito e evitar, por outro lado, o aparecimento não só de aderências interpleurais, com consecutiva adesão dos folhetos, mas também, em virtude da pequena quantidade, a formação de derrames, que muitas vezes se originam por irritação produzida pelo gás introduzido. Se o pneumotorax, nestas condições, pode evitar a passagem duma pleurisia sêca para uma pleurisia exsudativa, é ponto ainda não esclarecido.

J. ROCHETA.

O tratamento do carbúnculo com altas doses de Salvarsan. (*Zur Behandlung des Milzbrandes mit hohen Salvarsangaben*), por W. ENGELHARDT. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 23. 1933.

Descreve-se um caso de carbúnculo curado com o Salvarsan, administrado em alta dose — total 1,05 de neosalvarsan — e no período de 24 horas, em doses parciais, única maneira de evitar a rápida e forte adaptação que possui o bacilo antracis aos meios arseniados. Esta terapêutica não pretende destronar a soroterapia, de tão bons resultados, mas indicar mais um meio curativo para aqueles casos, sobretudo, que não têm sôro imediatamente à disposição ou, ainda, quando se receia choque anafiláctico.

J. ROCHETA.

Contribuição para o serodiagnóstico da doença de Weil. (*Beitrag zur Serodiagnose der Weilschen Krankheit*), por W. GAETGENS. — *Klin. Woch.* N.º 18. 1933.

Resumo do artigo :

O A. conseguiu obter das culturas de espiroqueta icterogenes um anti-génio, cuja alta sensibilidade e grande especificidade coloca a reacção de complemento como equivalente da prova de aglutinação. As duas reacções

completam-se e controlam-se muito eficazmente, mas podem também ser usadas isoladamente. A sua importância reside na possibilidade de confirmação serológica da doença, já no sétimo ou oitavo dia, e da dos casos atípicos em que a suposição de doença de Weil pareça ter pouco fundamento.

Dêste modo o A. caracterizou, no outono passado, uma série de doenças de Weil que teriam escapado à observação.

Os resultados obtidos até agora tornam provável a suposição de que a doença é mais frequente em Hamburgo e arredores do que se julgava. Por isso é muito para recomendar o uso do exame serológico, para confirmação diagnóstica, todas as vezes que haja pequena suspeita.

OLIVEIRA MACHADO.

Ação diabetogénica dos extractos do lobo anterior da hipófise. (*Diabeteserregende Wirkung des Hypophysenvorderlappenextraktes*), por B. A. HOUSSAY. — *Klin Woch.* N.º 20. 1933.

Entre as funções do lobo anterior da hipófise sobressaem as que exerce sobre o metabolismo.

O A. já em 1929 demonstrou que o extracto alcalino do lobo anterior da hipófise opõe-se, no sapo hipofisectomizado, à acção hipoglicemiante e tóxica da insulina e impede que a hipofisectomia conduza à morte em três a seis semanas pela astenia, como é a regra. Emquanto que a hipofisectomia limita fortemente o aparecimento da diabetes pancreática, a implantação do lobo anterior da hipófise ou a injeção daqueles extractos determina o aparecimento de diabetes grave.

Dada a lentidão do efeito do extracto, as experiências em mamíferos foram infrutíferas durante muito tempo. Só ultimamente o A. conseguiu reproduzir os resultados no cão.

Administrando altas doses diárias, Houssay observou, no decorrer de três a cinco dias, sintomas característicos: hiperglicemia, glicosúria, cetonúria, aumento da lipemia, colesterinemia e iodemia (com diminuição do iodo da tiroideia), aumento do metabolismo, da resistência à insulina, etc., quer dizer, sintomas antagónicos aos que se obtêm pela hipofisectomia.

O aumento do metabolismo e da iodemia é determinado pela tiroideia, estimulada por aquele extracto. No cão tiroidectomizado é o aumento do metabolismo menos acentuado ou nulo. Os outros efeitos são independentes da tiroideia, observando-se também nos animais sem esta glândula.

A acção hiperglicémica e glicosúrica é constante e específica, pois não se verifica com os extractos alcalinos de outros órgãos.

Como é de prever, a acção hiperglicémica e glicosúrica é mais acentuada nos animais com pancreatectomia parcial. Nestes, a hipofisectomia melhora-os, e chega, por vezes, a fazer desaparecer a glicosúria.

A acção do extracto do lobo anterior da hipófise é complexa, não se sabendo se diminui ou neutraliza a secreção da insulina, mas, segundo o A., há, sem dúvida, uma acção extra pancreática.

Nos animais hipofisectomizados, tanto a diabetes pancreática como a floridzinica é menos acentuada que nos não hipofisectomizados.

Em cães sem hipófise e pâncreas observa-se uma diabetes pouco grave, comparada com animais sem pâncreas a que se conservou a hipófise.

Em trabalhos anteriores não pôde o A. acentuar os sintomas de diabetes com extracto do lobo anterior da hipófise, por duas razões: insuficiente dosagem e duração de tratamento. Mas, satisfeitas estas premissas, conseguiu obter os resultados que previa.

Houssay pensa que a hipófise regula a assimilação dos hidratos de carbono, afirmando que, a seguir ao pâncreas e ao fígado, é a hipófise o órgão que principalmente desempenha aquela função.

OLIVEIRA MACHADO.

¿É a histamina o estímulo mais forte das glândulas gástricas? (*Ist Histamin der stärkste Reiz für die Magendrüsen?*), por JAC. J. DE JONG. — *Klin. Woch.* N.º 21. 1933.

É geralmente aceite que a histamina constitue o mais poderoso estímulo da secreção gástrica, rotulando-se de aquillas absolutas os casos em que não se observa ácido clorídrico livre no suco gástrico após injeccção daquela.

O A., tendo observado numa doente valores baixos de ácido depois da injeccção de histamina e, pelo contrário, valores elevados (80 de H Cl livre e 120 de acidez total) numa colheita feita cinco horas depois duma refeição de prova, suspeitou que a histamina nem sempre seja o estímulo mais forte da secreção gástrica.

A refeição adoptada era composta de um prato de sopa, 150 grs. de carne, 50 grs. de puré de batata e um pão pequeno, com manteiga.

Chamada a atenção do A. para êste facto, foi-lhe dado seguir mais três doentes em que verificou o mesmo, pelo que, a-pesar do número reduzido de observações, aconselha não se falar de aquilla absoluta quando, após a injeccção de histamina, se não obtém H Cl, mas só quando simultâneamente não houver algumas horas após a ingestão da refeição de prova.

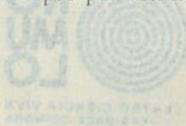
OLIVEIRA MACHADO.

Icoral — um novo analéptico circulatório e respiratório. (*Icoral — ein neues Kreislauf-und Atemanalepticum*), por H WEESE. — *Klin. Woch.* N.º 21. 1933.

Resumo :

O icoral é um preparado injectável para combater o colapso. Representa a combinação dum princípio sinteticamente preparado, de acção semelhante à da lobelina, e duma oxiefedrina. A última eleva a tensão arterial por tonificação directa e duradoura da musculatura dos vasos e aumento simultâneo da actividade cardíaca. A oxiefedrina pode ser injectada à vontade, sempre com a mesma acção.

O icoral combate, portanto, o colapso por estímulo simultâneo e dura-



doiro do centro respiratório e tonificação directa da circulação. Assim, as suas indicações compreendem o tratamento de envenenamentos (opiados, hipnóticos, óxido de carbono) e do colapso post-operatório e tóxico.

OLIVEIRA MACHADO.

Acérca do valor da reacção intracutânea nos alérgicos para obtenção dos alergenos. (*Über den wert der intracutanreaktion beim Allergiken zur ermittlung von Allergenen*), por H. REICHEL. — *Klin. Woch.* N.º 21. 1933.

Mais um estudo sôbre o assunto, mostrando que a hipersensibilidade específica aos alergenos só se encontra com regularidade nos doentes com febre de feno, emquanto que nos asmáticos e doentes com urticária se observa raras vezes.

Nos asmáticos, a mais freqüente é a hipersensibilidade polivalente.

No edema de Quincke e rinite vaso-motora, o A. não observou nenhum caso de hipersensibilidade específica.

A utilização prática da reacção resume-se, pois, à febre do feno e poucos casos de asma e urticária, e, como a maior parte dêsses doentes referem a verdadeira relação entre o alergeno e a doença, o valor do *test* cutâneo é mínimo.

OLIVEIRA MACHADO.

Acérca da eliminação de prolan pela urina das mulheres velhas. (*Über die Ausscheidung von Prolan im Harn alder Frauen*), por C. HAMBURGER. — *Klin. Woch.* N.º 24. 1933.

Os investigadores não estão de acôrdo sôbre êste assunto. Emquanto Osterreicher concluiu dos seus estudos que em 90% dos casos—mulheres sem sintomas de doenças endócrinas ou tumorais—há eliminação de 80-330 U. R. por litro, Zondek só encontrou prolan numa percentagem reduzida (15-16%).

O A., surpreendido por tal discordância em investigadores que tinham adoptado nas suas experiências a mesma técnica, estudou o assunto, e é do parecer de Osterreicher.

Na urina das mulheres velhas encontrou aumentada a eliminação de prolan A mais ou menos nas mesmas quantidade e freqüência que se observam após a castração operatória, quere dizer, em 75% dos casos.

OLIVEIRA MACHADO.

Bibliografia

Précis de Neurologie, por L. RIMBAUD. — Collection Testut, G. Doin & Cie, Paris. Volume de 991 páginas, com 222 figuras, sendo algumas a cores.

Os tratados de Neurologia, para alunos, contendo as últimas aquisições deste ramo de medicina, são relativamente raros. Abundam, de preferência, as monografias sobre um ou outro assunto da especialidade. As obras elementares de conjunto constituem um sacrifício maior para quem as elabora, por não se poderem nelas aprofundar determinados assuntos, mesmo quando sobre eles tenha particularmente incidido a atenção do autor.

Nesses trabalhos de conjunto os investigadores que produziram trabalho original têm de abstrair da sua personalidade e, em grande parte, dos resultados das suas observações, para poderem dar equilíbrio ao tratado, na distribuição harmónica das disciplinas versadas.

Em França, particularmente depois da obra notável de Déjerine — *Sémiologie des affections du système nerveux* — felizmente de novo reeditada, têm escasseado os tratados de Neurologia. Já não falamos de um grande tratado deste ramo de medicina que, pela sua extensão, seria muito dispendioso e de difícil elaboração, mas de manuais de Neurologia para uso de estudantes.

O Prof. L. Rimbaud, de Montpellier, vem agora preencher essa lacuna publicando, na conceituada colecção Testut, um *Précis de Neurologie*, escrito naquela linguagem clara que é apanágio da maioria dos autores franceses e vasado em métodos modernos e lógicos, dando assim as maiores facilidades aos que iniciam os seus estudos de clínica médica, da qual a Neurologia é um ramo muito próximo.

Em algumas Faculdades em que ainda não existe o ensino autónomo da Neurologia, absorve o seu estudo uma das clínicas médicas.

Quando saímos pela primeira vez de Portugal para nos dedicarmos à especialidade, seguimos, em Bordeus, a clínica do Prof. Pitres, que, ocupando uma das cadeiras da clínica médica da Faculdade, a restringia apenas a estudos neurológicos. A especialidade só veio a criar-se, em Bordeus, depois da guerra e ainda assim ligada à psiquiatria, o que julgamos um êrro. Preferimo-la ligada à clínica médica com que tem mais afinidades, embora julgemos que se impõe hoje a sua autonomia em tôdas as Faculdades de Medicina, como foi votado no primeiro congresso internacional neurológico de Berne, pela sua extensão e ainda pela técnica particular da sua semeótica.

Em Montpellier a Neurologia tem cultores ilustres, e entre eles está o

professor de clínica médica Rimbaud, autor do livro que nos propomos examinar nesta pequena notícia bibliográfica.

Como diz na introdução do seu livro, não se trata de uma obra de ciência neurológica pura, mas de um livro de medicina prática. O A. pretendeu, apenas, apresentar e condensar num volume, facilmente manuseável, o que todo o médico geral deve saber de patologia nervosa.

A base do seu *Précis de Neurologie* é, com efeito, o ensino clínico orientado num útil sentido prático, e tanto que o Prof. Rimbaud se esforça por demonstrar os notáveis progressos realizados pela terapêutica no campo das doenças nervosas. E, assim, defende enérgicamente a ideia de que as doenças nervosas são, em geral, curáveis, ao contrário do que supõem muitos médicos de orientação excessivamente pessimista, que ainda hoje se apegam a esta velha crença, para não darem à Neurologia a atenção que ela merece.

A obra está dividida em quatro partes: doenças do encéfalo, da medula, dos nervos periféricos e das meninges. Este último assunto nem sempre é bem estudado nos tratados de Neurologia, a-pesar-de ser da maior importância prática.

O Prof. Rimbaud dedica-lhe um particular cuidado.

No início de cada uma das partes enumeradas, faz o A. uma exposição bastante completa dos grandes sindromas, apreciados sob o aspecto semeológico e descritivo. Em nosso entender, constituem êsses capítulos, como orientação didáctica, a melhor recomendação da obra, pois são da maior utilidade não só para o estudante, mas também para o prático, como elemento fundamental da boa compreensão das descrições das enfermidades que, em seguida, apresenta com os seus quadros sintomatológicos, patogenia, diagnóstico, anatomia patológica e tratamento.

Um outro capítulo é dedicado às doenças familiares e em particular às doença de Wilson, de Friederéich e miopatias: três afecções bem isoladas e de sectores diversos do sistema nervoso.

Engloba nas perturbações funcionais o hemiespasma facial, as câibras profissionais, os tics e o *torticolis* espasmódico.

Finalmente, no grupo das neuroses, apenas se ocupa, e bem, da histeria e da neurastenia-psicastenia. Dêste *groupe d'attente*, como o denomina, saíram a maior parte dos chamados estados neuro-funcionais que, ainda não há muitos anos, ali eram englobados, por terem encontrado lugar entre as doenças orgânicas, de abstracto anatómico bem definido.

O livro do Prof. Rimbaud não é um tratado para especialistas que, ainda assim, tirarão ensinamentos da sua leitura; é um manual de iniciação neurológica, muito útil aos clínicos gerais, que nêle encontrarão elementos orientadores na prática corrente.

EGAS MONIZ.



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdades de Medicina

De Coimbra

Realizaram-se as provas de concurso para professores auxiliares do 5.º grupo da Faculdade de Medicina. Concorreram os Drs. António Meliço Silvestre e Manuel Gomes de Matos Beja.

Foi admitido o Dr. Meliço Silvestre.

— Na Faculdade de Medicina criou-se o laboratório de ortopedia, que funciona anexo à clínica ortopédica e se destina ao tratamento de doentes e ensino da especialidade.

De Lisboa

Foi nomeado definitivamente professor auxiliar do 4.º grupo (Medicina legal e toxicologia forense) da Faculdade de Medicina o contratado Dr. Artur Cardoso Pereira.

— Durante o mês de Junho realizaram-se, na Faculdade, os seguintes concursos: para dois lugares vagos de professor auxiliar de Anatomia — concorrentes os Drs. Manuel Bernardo Barbosa Soeiro e Vítor Hugo Moreira Fontes; para um lugar de professor auxiliar de Pediatria médica e cirúrgica — candidato o Dr. Leonardo de Sousa Castro Freire; para um lugar de professor auxiliar de Farmacologia e terapêutica geral — concorrente o Dr. José Toscano de Vasconcelos Rico.

As provas do concurso de Anatomia começaram no dia 5 de Junho, as de Pediatria no dia 6 e as de Farmacologia no dia 8.

A primeira prova de Anatomia constou da apreciação e discussão dos trabalhos científicos, incluindo a dissertação dos dois candidatos, cujas teses se intitulavam: «Os músculos intrínsecos da mão nos portugueses de condição humilde», pelo Dr. Vítor Fontes, e «A morfogenia de algumas variações raquidianas no homem», pelo Dr. Barbosa Soeiro. Foram argüentes os Profs. Hernani Monteiro, do Pôrto, e Henrique Vilhena, de Lisboa.

No dia 7 realizaram-se as lições à sorte, de entre as seguintes: «História da anatomia»; «Evolução da osteologia»; «O ôsso temporal (lição para os alunos de anatomia descritiva — 1.º ano)»; «O ôsso ilíaco»; «Introdução à artrologia»; «Articulações da coluna vertebral»; «Articulações do pé»; «In-

rodução à miologia»; «Músculos mímicos»; «Artérias do membro superior»; «Introdução à neurologia»; «Nervo maxilar superior»; «Andar supra-mesocólico»; «Andar inframesocólico»; «Coração». As lições foram discutidas pelos Profs. Hernani Monteiro, do Pôrto, Maximiano Correia, de Coimbra e Henrique Vilhena, de Lisboa.

No dia 9 foram pronunciadas as lições à escolha, intituladas: «Introdução ao estudo do sistema arterial no homem», do Dr. Barbosa Soeiro, e «Os tipos nerfológicos, sua análise», do Dr. Vitor Fontes.

Nos dias seguintes realizaram-se as provas práticas.

O concurso para a vaga de Pediatria iniciou-se pela discussão dos trabalhos do candidato único, Dr. Castro Freire, que apresentou uma tese intitulada: «O eritema nodoso (sua interpretação e valor clínico)».

No dia 9 realizou-se a lição à sorte, tirada de entre as seguintes: «Tetania»; «Cetose e acidose»; «Cardiopatias infantis (patogenia e diagnóstico)»; «Desenvolvimento somático normal e patológico»; «Desenvolvimento psíquico normal e patológico»; «Anemias»; «Doenças hemorrágicas dos recém-nascidos»; «Doença de Little e aspectos cirúrgicos»; «Poliomielites e aspectos cirúrgicos»; «Osteocondrites, doença de Perthes»; «Pneumopatias crônicas não tuberculosas»; «Tuberculoses ósseas e articulares — aspectos cirúrgicos»; «Doenças hereditárias e familiares»; «Avitaminoses». Coube ao candidato esta última lição, que foi discutida pelos Profs. Salazar de Sousa e Adelino Padesca.

A lição à escolha realizou-se no dia 12 e teve por título: «Metabolismo aquoso nos lactantes».

Seguiram-se-lhes as provas práticas.

A discussão dos trabalhos do concorrente à vaga de Farmacologia e terapêutica geral, Dr. Toscano Rico, realizou-se no dia 8 de Junho. A tese apresentada denominava-se: «O antagonismo entre o magnésio e alguns catiões monovalentes; certos aspectos do equilíbrio iónico humoral». Foram argüentes os Profs. Feliciano Guimarães, de Coimbra e Adelino Padesca, de Lisboa.

Os pontos das lições à sorte, de Farmacologia, foram: «Estruturas químicas e acção fisiológica dos medicamentos»; «Variabilidade das acções e efeitos dos medicamentos»; «Medicação anti-malária»; «Quimioterapia arsenical da sfilis»; «Farmacodinâmia das terminações nervosas sensitivas»; «Águas sulfúricas portuguesas, suas principais acções físicas e terapêuticas»; «Anestésias gerais»; «Constituição química e acções hipnóticas»; «Absorção, eliminação, acumulação de medicamentos»; «Farmacologia da diurese»; «Acções digitálicas»; «Matérias corantes em farmacologia e terapêutica»; «Acções fisiológicas e terapêuticas dos elementos climáticos»; «Farmacologia do sistema nervoso vegetativo»; «Medicamentos cardio-tónicos».

O ponto tirado foi: «Farmacologia das terminações nervosas sensitivas».

A lição à escolha teve por título: «Sobre relações entre constituição química e acção farmacológica».

O concurso terminou também por provas práticas.

Foram aprovados os quatro candidatos a professores auxiliares.

Hospitais Cívicos de Lisboa

Os Hospitais Cívicos de Lisboa receberam seis mil escudos do legado Dr. Ardisson Ferreira. Na antiga enfermaria de S. João Baptista colocou-se uma lápide de pedra, por disposição testamentária do referido médico.

Academia das Ciências

Na sessão da Academia das Ciências de Lisboa, realizada no dia 15 de Junho, o Dr. Silva Carvalho fez uma comunicação sobre a «História da física médica em Portugal».

Sociedade das Ciências Médicas

A Sociedade das Ciências Médicas reuniu-se no dia 14 de Junho, sob a presidência do Prof. Salazar de Sousa.

O Dr. Abel Alves fez uma comunicação sobre sinusites maxilares crónicas latentes. Discutiram esta comunicação o Prof. Carlos de Melo e os Drs. Carlos Larroudé, António Assis Brito, Meireles do Souto e Prof. Salazar de Sousa.

O Prof. Reinaldo dos Santos falou sobre a anestesia geral pelo Ezipan intravenoso.

O Dr. Augusto Lamas apresentou um caso de doença de Buerger, operado por gangliectomia lombar e depois suprarenalectomia. Os Drs. Amândio Pinto e Canela de Abreu pronunciaram-se sobre esta comunicação.

-- No dia 28 realizou-se uma nova sessão da Sociedade.

O Dr. José de Pádua falou sobre radiodiagnóstico da apendicite crónica. O Prof. Salazar de Sousa discutiu o assunto desta comunicação.

Sobre «Cuidados com a primeira denteição», fez uma comunicação o Dr. António Bonfim. Este trabalho foi discutido pelos Drs. Ferreira da Costa, Tiago Marques, Pereira Varela e Prof. Salazar de Sousa.

Maternidade Alfredo da Costa

Reuniu-se, mais uma vez, no dia 14 de Julho, o corpo clínico da Maternidade Alfredo da Costa.

Presidiu o Prof. Francisco Gentil, especialmente convidado para êsse fim, e assistiu o Prof. Amoedo, cirurgião espanhol.

O Dr. Jorge Monjardino fêz uma comunicação sôbre perisalpingites pseudo-tuberculosas.

O Dr. Teixeira de Sampaio falou sôbre sífilis e gravidez.

O Dr. Gomes de Oliveira referiu o movimento do serviço de anatomia patológica e pôs em relêvo o interêsse desta secção, cujos trabalhos estão a seu cargo.

O Dr. Jorge Monjardino pronunciou-se sôbre esta comunicação.

Por fim, o Prof. Francisco Gentil acentuou a baixa mortalidade verificada nos serviços da maternidade.

Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge

Prorrogou-se até o dia 15 de Julho o prazo para entrega de requerimentos para exames do curso de medicina sanitária, no Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge.

Viagens de estudo

O Prof. Augusto Monjardino, director do serviço clínico dos Hospitais Civos de Lisboa, foi encarregado, em comissão gratuita de Serviço público, durante sessenta dias, de estudar a organização das maternidades em Itália, França, Suíça, Alemanha, Bélgica e Holanda.

— Vai também a Espanha, França, Bélgica, Holanda e Alemanha, estudar os progressos do ensino da hygiene, o Dr. Manuel de Oliveira Feijão.

— O Prof. Reinaldo dos Santos assistiu, como delegado de Portugal, ao Congresso Internacional de Urologia que se effectuou em Londres, de 7 a 20 de Julho.

Ao mesmo Congresso foi também encarregado de assistir o Dr. Alberto Gomes, cirurgião dos Hospitais Civos.

Conferências

No serviço de Estomatologia dos Hospitais Civos de Lisboa o Dr. Tolentino da Costa realizou uma conferência sôbre «Histopatologia da piorreia».

O Dr. Oliveira Duarte apresentou um trabalho acêrca do tratamento protético das fendas do paladar.

Também o Dr. Ferreira da Costa, director do serviço, fêz uma conferência sôbre «Preliminares da ortopedia estomatológica».

Médicos escolares

Publicou-se um decreto que manda abrir concurso para o provimento dos lugares de médicos escolares dos liceus.

As provas do concurso, que deverá realizar-se em Novembro, são cinco: três teóricas, uma prática e a discussão duma tese. As primeiras versarão sobre higiene física e moral, educação física, psicologia e psiquiatria escolares; a segunda sobre um dos seguintes pontos, à escolha do júri: crítica de um horário liceal; e exame geral ou especial, no que respeita a conformação de um ou mais alunos e exame oftalmológico e oto-rino-laringológico de um ou mais alunos.

O resultado do concurso será apenas definido por uma de duas classificações: aprovado e eliminado.

A tese a discutir deverá versar sobre qualquer assunto de higiene física e moral, educação física, psicológica e psiquiatria escolar.

Esta tese deverá ser impressa ou dactilografada e o candidato apresentará dez exemplares na secretaria geral do Ministério da Instrução, pelo menos vinte dias antes do dia marcado por êle para a realização do concurso: sete com destino aos membros do júri examinantes e três com destino à biblioteca da Direcção Geral de Saúde Escolar.

O júri compor-se-á de sete membros: dois professores de medicina da Universidade, um dos quais presidirá e o outro interrogará em higiene física e moral; o director dos serviços de educação física; um médico oftalmologista; um médico oto-rino-laringologista; um médico neurologista; e um médico escolar de um dos liceus de Lisboa.

O provimento dos lugares de médicos escolares será feito por contrato anual, renovável.

O vencimento anual d'êste cargo é de 18.000\$00, com a obrigação das mesmas horas de serviço semanal obrigatório que os professores efectivos do ensino secundário com menos de dez anos de bom e efectivo serviço e mais as que lhes forem impostas nos regulamentos a publicar.

Cargos médicos

O Prof. Aires Kopke foi autorizado a exercer, em regime de acumulações, os cargos de: médico da Armada, na reserva, professor da Escola de Medicina Tropical, com as inerências de director da Escola e director do respectivo laboratório, e de chefe dos serviços bacteriológicos da Assistência Nacional aos Tuberculosos.

— O Dr. José Gomes de Almeida Crespo demitiu-se do cargo que exercia no Corpo Activo da Cruz Vermelha.



Reunião de curso

O quinto ano do curso médico de 1910 reuniu-se, num domingo do mês de Junho, num jantar de confraternização. Combinou-se a realização de reuniões anuais semelhantes.

Homenagens

O Dr. João de Moura Freitas, delegado de saúde de Lisboa, foi louvado pela acção desenvolvida na detesa contra as doenças epidémicas aparecidas nesta cidade.

— No Pôrto foi oferecido um almôço de homenagem ao Dr. Armindo Morais.

Neurologia

Faleceu o Dr. Joaquim Augusto Ferreira da Fonseca, que foi director do Hospital Auxiliar da Cruz Vermelha, durante a guerra, e deputado no antigo regime.

Carros médicos

O Prof. Aires Kopke foi autorizado a exercer, em nome de acmulos, os cargos de médico da Armada, na reserva; professor da Escola de Medicina Tropical, com as funções de director da Escola e director do Serviço Laboratório e de chefe dos serviços bacteriológicos da Armada. Foi nomeado para o cargo de chefe do Serviço de Diagnóstico e de Tratamento dos Tuberculoses. O Dr. José Gomes de Almeida Gomes foi nomeado para o cargo de chefe do Serviço de Diagnóstico e de Tratamento dos Tuberculoses no Corpo Activo da Cruz Vermelha.





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 DA DIABETES E SUAS MANIFESTAÇÕES

PELA INSULINA BYLA

ADOPTADA NOS HOSPITAIS DE FRANÇA

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

Rua da Palma, 240-246 — LISBOA

CRISTOLAX

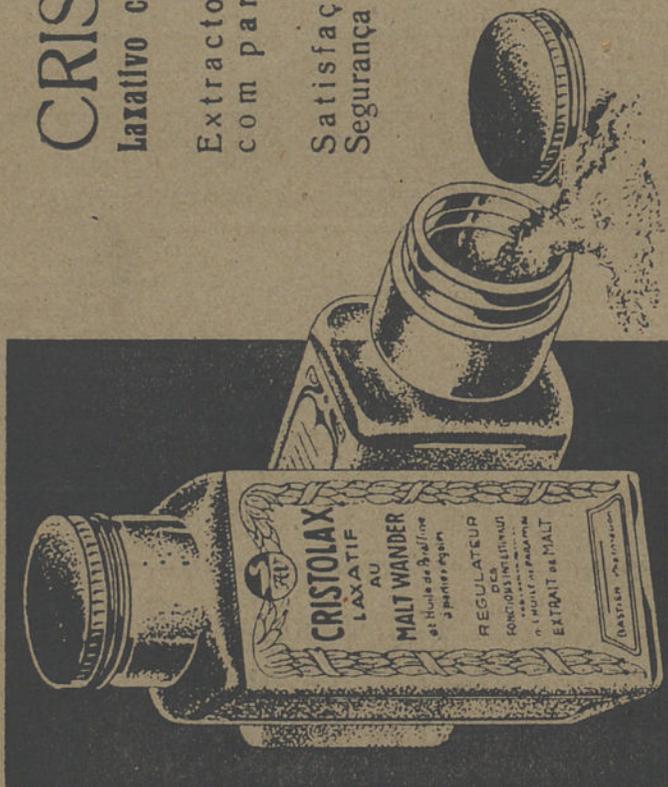
Laxativo com Malte Wander

Extracto de malte seco
com parafina líquida

Satisfação no emprego
Segurança na acção laxativa

Dr. A. WANDER, S.-A., Braga
À VENDA EM TODAS AS FAR-
MACIAS E DROGARIAS A 25\$00

UNICOS CONCESSIONARIOS
— PARA PORTUGAL —
ALVES & C.ª IRMAOS
RUA DOS CORREIROS, 41, 2.º
L I S B O A



CRISTOLAX WANDER

Sala
Est.
Tab.
N.º