

COIMBRA MÉDICA

ANO XI

JANEIRO DE 1944

N.º 1

SUMÁRIO

	Pág.
OSTEOPATIAS QUÍSTICAS — dr. Luís Raposo. . .	1
NOTAS CLÍNICAS — APLICAÇÃO DAS ONDAS CURTAS EM TERAPÊUTICA — dr. José Nunes da Costa . . .	30
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES . . .	1

MOURA MARQUES & FILHO

COIMBRA

DIRECÇÃO CIENTÍFICA

Prof. Lúcio Rocha—Prof. Serras e Silva—Prof. Elísio de Moura
—Prof. Alvaro de Matos—Prof. Almeida Ribeiro—Prof. J.
Duarte de Oliveira—Prof. Rocha Brito—Prof. Feliciano Guil-
marães—Prof. Novais e Sousa—Prof. Egidio Aires—Prof. Maxi-
mino Correia—Prof. João Pôrto—Prof. Afonso Pinto—
Prof. Lúcio de Almeida—Prof. Augusto Vaz Serra—
Prof. António Meliço Silvestre

REDACÇÃO

João Pôrto

Redactor principal

António Nunes da Costa
João de Oliveira e Silva
José Bacalhau
José Correia de Oliveira

Luis Raposo
Manuel Bruno da Costa
Mário Trincão
Tristão Ilídio Ribeiro

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

Continente e Ilhas — ano	50\$00
Colónias	65\$00
Estranjeiro	75\$00
Número avulso — cada.	10\$00

PAGAMENTO ADIANTADO

Só se aceitam assinaturas a partir do primeiro número de cada ano.

Dez números por ano—um número por mês, excepto Agosto e Setembro.

Editor e Proprietário—Prof. JOÃO PORTO

Toda a correspondência deve ser dirigida

à Administração da “COIMBRA MÉDICA”.

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19—Largo de Miguel Bombarda—25

COIMBRA

Em resumo, las experiencias feitas para avaliar o poder inhibitorio e o poder antiseptico conclue-se que o Aseptal tem um alto poder antiseptico e inhibitorio sobre as bacterias pathogenicas, o que torna valioso o seu uso na luta contra os microbios

Côimbra 14 de dezembro de 1910

Alcides Figueira



NA HIGIENE
ÍNTIMA
DA MULHER

“Aseptal.”
ANTISEPTICO-PERFUME
PODEROSÍSSIMO E INOFENSIVO

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA NACIONAL

Alcalinésia BISMUTICA

Hiper-acidez, gastrites, digestões difíceis, etc.

"Aseptal,"

Ginecologia, Partos, Usos antisépticos em geral.

BioLactina

Auto-intoxicação por fermentações intestinais, enterites, enterocolite, etc.

Bromovaleriana

Doenças de origem nervosa, insónias, epilepsia, histeria, etc.

'Diaspirina,'

Gripe, reumatismo, enxaqueca, dor de cabeça, dor de dentes, nevralgias, cólicas menstruais.

DYNAMOL

Anemias, emagrecimento, tuberculose incipiente, neurastenia, fraqueza geral, depressões nervosas, convalescências, etc.

"Glucálcio,"

Descalcificação, tuberculoses, linfatismo, raquitismo, fraqueza geral, pleurisias, pneumonias, escrofulose, asma, etc.

Hepatodynamol

Normalização da eritro-e da leucopoése, regularização da percentagem de hemoglobina e do valor globular.

"NARCOTYL,"

As indicações da morfina. Previne a habitação e morfomania dentro de certos limites.

Proteion

Medicamento não específico actuando electivamente sôbre os estados infecciosos.

PULMÔ-SORO

Doenças das vias respiratórias, inflamações da laringe, da traqueia e dos brônquios, pneumonia, etc.

SUAVINA

Laxativo suave e seguro. Comprimidos ovóides de sabor agradável.

Terpioquina

Medicação anti-infecciosa.

Transpneumol

Quinoterápia parentérica das afecções inflamatórias bronco-pulmonares.



OSTEOPATIAS QUÍSTICAS ⁽¹⁾

POR

LUÍS RAPOSO

I

Quistos simples (doença de MICKULICZ)

Noções gerais: — *Quistos essenciais, quistos solitários, quistos simples, doença de Mickulicz*, tantos são os nomes por que se conhece uma e a mesma afecção. Êste pormenor, porém, é de somenos importância; tôdas as fórmulas estão bem, assim como tôdas são imprecisas. Se preferi a de *quistos simples* foi por me parecer a menos imperfeita; na realidade: a) quistos essenciais,

(1) Convém dizer que êste meu estudo constituiu matéria de uma lição proferida ao Curso de Patologia Cirúrgica em 15/1/944. Espero, portanto, ser absolvido de não dar ao assunto o desenvolvimento que porventura estimariam encontrar alguns leitores desta *Revista*. Visei, simplesmente, pôr os alunos ao corrente do essencial sôbre *Osteopatias Quísticas*. Depois, quis parecer-me que não seria despiciente torná-lo conhecido dos assinantes da *Coimbra Médica*. Trata-se de um trabalho de compilação, esquematizado, que não dá novidades aos eruditos mas nem por isso deixará de interessar aos *clínicos*.

Omito quaisquer referências aos *quistos verdadeiros dos maxilares*, por os considerar mais do domínio da Odontologia do que da Patologia Cirúrgica Geral. Aquêles a quem interesse o seu conhecimento recomendo a leitura de um trabalho, da autoria do Dr. LUÍS ADÃO, publicado no n.º 27 de 1933 de *A Medicina Contemporânea*.

As fotografuras foram colhidas, na sua maior parte, nas Teses de DUCHAMP (1932) de HALLÉ (1937) de CORROLLER (1938) e no Tratado de Ombredanne (1937). A última reproduz uma estampa, de uso corrente no Instituto de Oncologia, oferecida obsequiosamente pelo Prof. F. GENTIL ao meu Assistente Dr. ALEXANDRE SILVA.

no fim de contas, são tôdas as osteopatias quísticas sôbre cuja origem nada sabemos de positivo (doença de RECKLINGHAUSEN, condromas quísticos, etc.); *b*) quistos solitários são também, a maior parte das vezes, os quistos hidáticos, além de que os quistos simples não são forçosamente unitários, visto que podem aparecer em mais de um ponto. Logo, pareceu-me que a fórmula *quistos simples* era talvez a mais apropriada. É bom dizer, contudo, que não faço disso questão, nem valia a pena, uma vez que não ignoro que no fundo qualquer destas designações tem muito de convencional. Com efeito, nem sequer está provado que de quistos verdadeiros se trate, por não haver revestimento endotelial da superfície interna. Mas sejam verdadeiros ou falsos, o facto não altera o ritmo das considerações que passo a fazer.

— O problema dos quistos ósseos vem sendo debatido desde há muito. SCHWARTZ (1876) é o primeiro a apresentar uma classificação conveniente. Seguem-se os estudos de VIRCHOW, NELATON, MICKULICZ (1904), KUMMER (1906), LECÉNE e LENORMANT (1912). Estes os nomes de mais autoridade e melhor conhecidos, mas há outros, muitos outros (ALBERT MOUCHET, LE GAC, TESTOUD, BLOOGHOOD, SILVER, MURPHY, SIMMONS, MANOLDI, LORENZETTI, PFEIFFER, STUMPF, LOOSER, etc. etc.).

Em 1904, MICKULICZ definia assim os quistos simples: «uma doença benigna do período de crescimento, localizada nos ossos longos dos membros, em particular na vizinhança da epífise fértil, e caracterizada por uma formação quística solitária com lesões de osteíte fibrosa» (1).

Em homenagem a MICKULICZ, cujo estudo até à data havia sido o mais consciencioso, a sua definição perdurou, e, mais do que isso, a afecção passou a ser conhecida, por vários, como doença de MICKULICZ.

A definição de ROEDERER é mais elucidativa, pecando apenas por ser um pouco mais extensa. Tratar-se-ia, segundo êle, de: «uma afecção do esqueleto desenvolvida em regra na epífise de um osso longo, no jôvem, sem que uma doença geral ou uma lesão conhecida do organismo possa explicar directamente a sua

(1) MICKULICZ — Zentralblatt für Chirurgie, 1904, pág. 1323.

patogenia, sem sinais acumulados no tecido vizinho e cuja evolução é favorável. Não dá metástases nem recidivas» (1).

Como se vê, as características fundamentais consistem em tratar-se, quasi sempre, de um quisto solitário que surge durante a infância ou adolescência na epífise fértil, ou proximidades, de um osso longo e sobre cuja etiopatogenia nada de averiguado se conhece. Um pouco por esta última condição, mas, também, por outros factores, relacionados sobretudo com a clínica, podemos hoje perfilhar as palavras escritas em 1912 por LECÉNE e LENORMANT: «il n'est peut-être pas dans toute la pathologie osseuse de question plus complexe et actuellement encore plus confuse que celle des kystes non parasitaires des os longs des membres» (2).

Pode entrar também nesta apreciação a osteíte fibro-geódica, igualmente ignorada na sua essência.

O quisto simples dos ossos é uma doença rara e atinge em geral, como se disse, os jovens, em pleno crescimento e indemnes de raquitismo ou de qualquer outra afecção do esqueleto. Observa-se em particular entre os 6 e 18 anos e costuma tocar por ordem de preferência o fémur, o úmero e a tibia. Os quistos localizam-se, praticamente sempre, na região epifisária ou metafisária e justamente do lado da epífise mais fértil (superior no úmero e tibia e inferior no fémur). Só por excepção se observa mais de um quisto no mesmo doente.

Pelo que respeita à grossa morfologia interessa dizer que não existe reacção óssea em torno do quisto, que o líquido contido é na maior parte dos casos seroso e só por excepção sero-hemático. POLICARD e PHÉLIP, dizem ter encontrado no conteúdo algumas massas de colesterina. O crescimento é excêntrico. O processo osteolítico pode interessar todo o tecido ósseo de forma a êste ficar limitado exclusivamente pelo periósteo.

Sob o ponto de vista histológico, importa referir: a) que a camada interna do quisto é constituída por tecido conjuntivo sem quaisquer características epiteliais secretoras (isto não impede SCHLANGE, BECK e DOR, de descreverem uma membrana própria,

(1) ROEDERER — Les kystes des os — *Relation au V.º Congrès d'Orthopédie de Paris*, 1923.

(2) LECÉNE et LENORMANT — Les Kystes solitaires non parasitaires des os longs — *Journal de Chirurgie*, 1912, t. VII, pág. 605.

individualizada); b) que a camada média corresponde à cortical óssea alterada, apresentando muitos osteoclastos e grandes espaços medulares cheios de tecido conjuntivo, separados por trabéculas ósseas; c) que a externa é formada de tecido conjuntivo denso não se notando hiperosteose nem reacção periosteia. Segundo LECÉNE e LENORMANT, tratar-se-ia de falsos quistos por amolecimento do tecido conjuntivo anormalmente desenvolvido nos espaços medulares.

Etiopatogenia:— Nada se sabe de positivo sôbre a origem dos quistos simples. Qualquer das teorias apresentadas não tem fundamento sério que a justifique, como vamos ver:

Influência dos traumatismos:— Certos autores pensam que existe uma relação de causa para efeito entre os traumatismos e os quistos simples. Tratar-se-ia, a dar-lhes crédito, de uma osteíte pós-traumática. LERICHE é partidário desta teoria. Os traumatismos dariam lugar: 1.º a vaso-constricção; 2.º a vaso-dilatação. Esta última pode manter-se durante muito tempo, o que contribuiria para o processo de osteólise atrás referido.

A verdade, porém, é que nada se conhece de positivo. A interdependência que tem procurado estabelecer-se a êste respeito resulta, sobretudo, de não ser raro observarem-se fracturas em ossos affectados de quistos simples mercê de um pequeno traumatismo. Não devemos tomar o traumatismo como causa do quisto, mas antes o quisto como causa da fractura. Nesta questão de causa para efeito, ou de efeito para causa, entre o quisto, o traumatismo e a fractura, nada sabemos de concreto.

Influência dos processos inflamatórios:— TESTOUD, em 1922, supôs reconhecer, depois de vários exames histológicos, a existência de periostite crónica e de fenómenos de endovascularite, tal como se encontram em certos processos inflamatórios arrastados. Outros dizem ter notado, a mais, fenómenos de perivascularite. Admita-se, embora, a inflamação dos vasos, o certo é que pouco ou nada adiantamos em matéria de patogenia.

A verdade, porém, é que êste achado, ou qualquer outro em abono da natureza inflamatória, não foi confirmado em estudos feitos por outros.

MOUCHET e SABRAZÈS, não encontraram no liquido quístico nada que lhes permitisse afirmar de certeza a sua natureza inflamatória, apesar de MOUCHET ter escrito: «il semble bien, à l'heure actuelle, que l'ostéomyélite, les tumeurs à myeloplaxes et le kyste essentiel des os présentent des liens de parenté. En mettant à part la maladie de RECKLINGHAUSEN, qui atteint plusieurs os et qui est fatale dans son évolution, on doit admettre que l'ostéite fibreuse localisée est la première étape du kyste osseux, la lesion fondamentale qui le prépare» (1).

Certos autores (LAPOINTE, ROEDERER, BLOOGHOOD e LE GAC), com maior ou menor entusiasmo, admitem a possibilidade da sífilis dar origem a quistos ósseos simples. Mas a circunstância de poderem existir associados a sífilis e os quistos simples, não nos autoriza a considerar aquela como causa destes. Lembremos que a sífilis pode tomar uma feição quística, ainda que raras vezes. Recordo a este propósito um caso bastante curioso que o Prof. LÚCIO DE ALMEIDA publicou em 1936.

A sífilis hereditária pode, sem dúvida, dar ao osso o aspecto de «osso soprado» como lhe chamou LENORMANT, mas quer esta, quer outras lesões de natureza sífilítica, imprimem sempre certas características que permitem diferenciá-las dos quistos simples. O exame radiográfico presta para o caso um contributo valioso. Efectivamente, na sífilis a cortical está sempre bastante espessada; em vez da mancha clara mais ou menos uniforme, peculiar dos quistos simples, encontramos várias manchas permeáveis ao lado de zonas condensadas: traduzem as primeiras fenómenos de amolecimento e as segundas fenómenos de hiperosteose. Além disso as lesões de sífilis óssea de forma quística nunca são tão limitadas como as dos quistos simples; aquelas estendem-se não raro para a diáfise ao contrário do que acontece nos quistos. É habitual, também, manifestarem-se em mais de um ponto.

Em resumo, podemos dizer: que se é possível a sífilis, de um modo especial a heredo-sífilis, dar lesões de aparência quística, nada há que nos leve a admitir que os quistos simples são de natureza sífilítica.

(Com isto não pretendamos excluir a possibilidade da sífilis dar origem uma vez ou outra a lesões em tudo semelhantes às

(1) *La Semaine des Hopitaux de Paris*, 1927. n.º 7, pág. 190.

dos quistos simples, que mais não seja — como já escrevi algures — por a sífilis poder dar lugar a tudo. . .).

Influência de perturbações endócrinas ou tróficas:— Sempre que nos vemos em apuros para explicar qualquer coisa em patologia é certo e sabido que não nos dispensamos de invocar a dissinergia neuro-endócrina. A hipótese presente, claro é, não foge à regra.

É provável que a tiróide, as paratiróides, a hipófise, as suprarrenais, os ovários, etc., tenham influência capital no aparecimento dos quistos simples, o que permitiria considerar estes como verdadeiras *distrofias*. O papel que às paratiróides tem sido atribuído na patogenia da doença de RECKLINGHAUSEN e de que mais adiante farei menção, pode muito bem aplicar-se ao caso dos quistos simples; a verdade é que, pelo momento, esta doutrina não passa de mera hipótese sem qualquer fundamento experimental, biológico ou clínico.

Sinais clínicos e radiológicos:— Algumas vezes os quistos simples revelam-se apenas por dores de tipo reumatóide, não violentas; em outros casos é o aumento de volume da região epifisária ou metafisária de um osso longo e o crescimento progressivo, que mais chamam a atenção do doente ou da família. Os tegumentos não são interceptados no processo. A palpação permite reconhecer uma massa de consistência dura, não pulsátil nem dolorosa, como regra, fazendo corpo com o osso e não invadindo os tecidos moles circunvizinhos, inclusive o periósteo. Em certos pontos pode notar-se crepitação pergaminhada e flutuação; tudo depende, como diz LENORMANT, do grau de destruição da cortical pela pressão excêntrica do quisto.

O volume é variável, como se compreende, mas só raramente excede o de um ovo de galinha. O estado geral não é tocado; não há rebato ganglionar; a articulação próxima não é atingida, nem se observam perturbações funcionais dignas de registo.

Os Raios X prestam auxílio precioso no diagnóstico, visto os quistos simples terem uma fisionomia radiológica em certo modo inconfundível. Não devemos, pois, dispensar o seu concurso. Dão uma imagem clara (ovalar, triangular ou fusiforme), de aspecto regular, como que constituindo uma verdadeira inflação do canal



Os Medicamentos e Produtos Químicos

de E. Merck, Darmstadt, gozam, há mais de 100 anos,
da maior confiança dos médicos, farmacêuticos e químicos.

E. Merck

FÁBRICA DE PRODUTOS QUÍMICOS — DARMSTADT

medular. O osso pode apresentar-se engrossado, ou não, segundo o volume do quisto. Se os quistos são multiloculares podem notar-se aos Raios X pequenos e finos septos divisórios. Em torno vê-se uma linha regular e uniforme, que corresponde à cortical adelgada. É raro que a continuidade da imagem da cortical sofra alterações, mas uma vez ou outra estas podem verificar-se. A cartilagem metafisária não é tocada, como regra. Em resumo, domina a mancha clara de contornos finos, a ausência de toda a reacção de hiperosteose por parte do periosteio, e de modificações do lado da diáfise. Em certos casos, raros, observam-se sinais diferentes dos relatados, particularmente uma imagem baça e reticulada, mas, repito, este achado conta apenas como excepção. As figs. 1 e 2 dão idéia da imagem radiográfica usual.

Diagnóstico diferencial: — As lesões que podem confundir-se com os quistos simples são a osteíte fibro-geódica localizada, o quisto hidático, o condroma quístico, a sífilis óssea, a osteíte tuberculosa, o abcesso de BRODIE, a periostite albuminosa, o tumor de mieloplaxos e o osteosarcoma.

Como algumas destas afecções são tratadas também na presente lição em breve veremos os elementos que permitem o diagnóstico diferencial. Consagrarei algumas palavras apenas às afecções não incluídas no número das osteopatias quísticas.

Assim:

a) *A sífilis óssea* de forma quística distingue-se sobretudo e como já disse mais acima, pela sua feição poliquística, pelas localizações múltiplas, e pela reacção periosteia e óssea de condensação, a alternar com zonas de amolecimento.

b) *A osteíte tuberculosa* dá dor espontânea e à palpação mais viva, acompanha-se de atrofia das massas musculares contíguas, dá rebate geral maior ou menor e quanto ao exame radiográfico sabemos que mostra zonas difusas de rarefacção em torno do foco central, de per si mal limitado. Os tegumentos são atingidos pelo processo e a fistulização não é rara.

c) *O abcesso de Brodie* oferece dificuldades diagnósticas apreciáveis. Como regra, porém, sabe-se da existência prévia de um processo de osteomielite. A radiografia mostra uma mancha clara semelhante muitas vezes às dos quistos simples, mas em

torno o osso está fortemente condensado e o periosteio mostra também fenómenos de hiperosteose (fig. 3).

d) A *periostite albuminosa* pode prestar-se, de igual modo, a confusões, tanto mais que a sua sede usual e, outrossim, a idade em que costuma aparecer, são justamente as dos quistos ósseos. Como meio de diagnóstico a registar temos a dor precoce e persistente, viva nas formas agudas, menos severa, mas nem por isso ausente, nas formas crónicas.

Habitualmente, dá febre, arrepios e abatimento geral, mas nas formas frustes estes sintomas podem faltar. A tumefacção difunde em extensão, a pele não costuma ser tocada, mas nota-se sem custo, nas formas mais pronunciadas, circulação venosa de retorno bastante apreciável. A capacidade pode atingir um a dois litros. A punção mostra um líquido sero-albuminoso, cuja análise bacteriológica revela quasi sempre estafilococos. As características do líquido dos quistos simples são diferentes como sabemos.

A periostite albuminosa atinge os adolescentes e os jovens e localiza-se em especial nas metáfises dos ossos longos, particularmente do fémur, da tibia e do úmero. No início a afecção é sub-periosteia, mas, depois, chega a perfurar o periosteio ou a difundir na própria intimidade do osso. Em alguns casos, mais raros, a localização é desde logo extra-periosteia.

A marcha da doença pode ser aguda, subaguda ou crónica. As formas agudas e subagudas mostram uma certa semelhança com os processos de osteomielite; aliás a coexistência das duas afecções não é rara e, digamos, a natureza do processo é, ou parece ser, idêntica.

A afecção termina pela resolução completa ou pela fistulização, se antes não se procede ao tratamento cirúrgico conveniente. Como o osso é tocado pela inflamação, secundária ou primitivamente, não é raro que na hipótese de fistulização sejam expulsos sequestros.

As formas crónicas prestam-se a confusões com a tuberculose óssea e com o osteosarcoma; um exame atento, porém, permite, na grande maioria dos casos, uma distinção fácil.

A radiografia dá indicações diferentes da dos quistos simples. A imagem da parte compacta e medular do osso não está, como regra, alterada. A colecção líquida sombreia a parte exterior e

quási sempre num sentido fusiforme, tal como acontece nos fleimões simples sub-periosteos. O periosteio mostra-se espessado. Nos ossos chatos percebe-se uma diminuição regular da opacificação óssea, de limites em regra esbatidos (fig. 4).

e) *O tumor de mieloplaxos*, considerado por EUGÈNE NÉLATON como uma distrofia benigna, é constituído por um tecido vermelho-escuro muito hemorrágico. A imagem radiográfica mostra habitualmente um aspecto alveolar e não de cavidade única, como é corrente no quisto simples.

Segundo MOLONGUET os elementos radiológicos do tumor de mieloplaxos são: imagem destrutiva e nunca construtiva do osso, limitação em todos os sentidos da zona tocada e distensão da cortical ou do periosteio, com respeito da sua integridade (fig. 5).

Muitas vezes, porém, o diagnóstico radiológico oferece uma certa dificuldade, tão comuns se apresentam os traços. A forma sub-periosteia distingue-se melhor (fig. 6).

A punção dá um líquido hemático em vez de incolor. O tumor de mieloplaxos é como regra benigno, não devendo ser considerado no número dos sarcomas.

De ordinário localiza-se para fora da cartilagem de conjugação.

f) *O osteosarcoma*, particularmente o tumor de EWING (sarcoma medular), pode confundir-se nos primeiros tempos, uma vez que a imagem radiológica nesta altura e os restantes sinais nada têm de característico; no período final, porém, não deixa dúvidas algumas, tal a impressionabilidade dos seus sintomas. O osteosarcoma dá dores precoces, em muitos casos extraordinariamente vivas, e os seus contornos são desde o início mais irregulares. É, como regra, pulsátil. Os tegumentos cêdo se mostram aquecidos e rubefeitos. A circulação venosa é muito desenvolvida. A imagem radiográfica mostra vacúolos pouco regulares, contornos nebulosos, perfuração precoce da camada compacta, osteogénese e reacção periosteia pronunciada (fig. 7).

Evolução: — *A*) — Os quistos simples não atingem ordinariamente grande volume e enquanto pequenos nós compreendemos que possam passar completamente despercebidos. O crescimento é, em regra, extremamente lento.

Admite-se, mesmo, que algumas vezes possam manter-se estacionários durante vários anos (LAUNAY, BRUNSCHWIG). A cura

espontânea que MAUCLAIRE diz ter observado num caso deve considerar-se como verdadeiramente excepcional. O lógico em matéria de evolução dos quistos simples é o crescimento progressivo até o osso fracturar, mercê de qualquer pequeno traumatismo, que neste caso equivale à gota de água a fazer trasbordar o copo. . . E facto curioso, muitos quistos são apenas diagnosticados por ocasião de fracturas tidas como inexplicáveis à primeira vista.

Sob o ponto de vista clinico estas fracturas revelam-se por sintomas muito atenuados: pequena tumefacção das partes moles, ligeiras ou nenhuma equimoses, dor pouco pronunciada e não raras vezes ausência de mobilidade anormal. Compreende-se, portanto, que tais fracturas possam passar clinicamente despercebidas. Só o exame radiográfico dará a medida exacta do que se passa a nível do osso. Como regra a fractura mostra-se com um traço transversal, muitas vezes incompleto, sem angulação ou cavalgamento apreciáveis, apesar de ser possível observar uma ligeira penetração dos tôpos. As esquirolas, se existem, são em pequeno número e de reduzidas dimensões.

¿Qual a influência da fractura na evolução do quisto? Na maior parte dos casos a explosão do quisto constitui razão de ser suficiente para a cura espontânea. A própria fractura consolida com uma facilidade surpreendente. Radiografias repetidas mostram que se faz bem o enchimento progressivo da cavidade por tecido ósseo e que a consolidação da fractura acompanha com regularidade a cura do quisto.

Qual o mecanismo que preside à regeneração óssea, quer a nível do quisto, quer do foco de fractura, é coisa que se não conhece ainda com precisão. Para TESTOUD a osteogénese seria facilitada pela irritação perióstea produzida pelo líquido quístico. Para FORNI, e, em certa maneira, para LERICHE, teria maior influência a hiperemia e o edema, por favorecerem a fixação dos sais de cálcio e a sua própria libertação do foco de fractura. Seja como fôr, a verdade é que em muitos casos a fractura constitui um bom e simples meio de cura dos quistos simples.

Apesar disto não consideremos semelhante evolução como a melhor. Quistos há que não curam por efeito da fractura (ESTOR, MOUCHET, LE GAC, ROUX, FRANKEN, etc.). Se a fractura consolida praticamente sempre, o quisto pode não curar e muitas

vezes não cura de facto. As fracturas recidivadas assim o atestam e elas não constituem raridade, como é sabido.

Pelo que respeita a êste aspecto da evolução dos quistos fixemos, portanto, que a fractura espontânea não deve constituir o ponto de vista ideal na marcha dos quistos. Quando se observe respeitá-la-emos, comportando-nos em face do quisto em expectativa benévola; melhor, porém, será intervir antes que ela se produza.

B)— Outro aspecto a considerar na evolução dos quistos simples é a possibilidade da sua degenerescência maligna. Êste assunto é versado por PIERRE DUCHAMP (*De l'évolution des kystes essentiels des os*, 1932, págs. 34 a 46) com bastantes pormenores. Refere-se às observações de KOULIÉBAKINE, de SATTÀ, de MORTON e DUFFY, consideradas como favoráveis à hipótese da degenerescência, mas na realidade pouco claras, visto que melhor se ajusta a estes casos o diagnóstico de tumores quísticos malignos do que propriamente de quistos simples degenerados. Efectivamente a degenerescência dos quistos simples não está provada, não havendo, portanto, motivo para a tomar em linha de conta ao apreciar a sua evolução.

Tratamento:— Como já disse, se o quisto determina espontaneamente fractura devemos aguardar os acontecimentos, procedendo a novas e repetidas observações no decurso dos primeiros meses que se seguem. ¿Obteve-se a cura completa do quisto?... muito bem, o caso está arrumado. Não se obteve?... actuaremos em face dêle como no caso geral.

A intervenção sistemática que alguns aconselham nos próprios casos de fractura parece-me ilógica e falha de sentido clínico.

Todo o quisto simples diagnosticado fora do período de fractura deve ser operado sem hesitação. Como FORNI diz «a operação é económica, conservadora e mesmo reconstrutiva».

¿Que espécie de operação escolher?

Na maior parte dos casos basta a abertura do quisto seguida de curetagem da superficie interna. Incisam-se os tecidos moles no ponto que permite melhor acesso; com uma rugina desperiosta-se uma pequena superficie e penetra-se depois em plena cavidade. A seguir cureta-se. Sôbre a cartilagem de conjuga-

ção a cureta não deve actuar com muita força, para não correr o risco de a destruir, o que teria sérios inconvenientes. Suturam-se os tecidos moles sem drenar.

Acontece, porém, que a simples curetagem nem sempre basta. Nos quistos volumosos, em especial, há tōda a vantagem em estimular o processo de osteogénese por meios mais eficazes. Daqui a indicação dos enxertos, hoje adoptados pela grande maioria dos cirurgiões. A plumbagem e a parafinagem da cavidade não são já feitas por ninguém, visto ter-se reconhecido que em nada beneficiam a regeneração óssea. Os enxertos favorecem em alto grau o processo de osteogénese. Trabéculas ósseas sucedem com facilidade à reabsorção das que foram levadas pelo cirurgião; com efeito, a aposição de materiais ósseos e periosteos na cavidade quística estimula grandemente o processo de ossificação. Quanto ao tipo de enxertos, alguns autores ficam-se pelos *ósteo-periosteos simples*, outros preferem os *maciços*. À parte os quistos com grande perda de substância, onde estão mais indicados os maciços (por permitirem apoio ao ósso frágil), os *ósteo-periosteos simples* satisfazem perfeitamente. A colheita dos enxertos faz-se habitualmente a nível da tibia. É evidente que a sua colocação deve ser precedida de curetagem da superfície interna da loca.

A ressecção óssea da área quística só excepcionalmente está indicada. Não há necessidade, portanto, de lhe fazer referência especial.

II

Osteíte fibro-geódica

Noções gerais:— *Osteíte fibro-quística e osteíte fibro-geódica* têm o mesmo significado. A segunda designação é, todavia, mais correcta, visto que a característica geódica sobreleva à quística. Pode até acrescentar-se que em caso algum a morfologia das lesões equivale a verdadeiros quistos. Isto não impede de continuar a dizer-se osteíte fibro-quística, em obediência ao uso consagrado. Além de que o tērmo de osteíte é inexacto. Melhor seria designá-la, como alguns, entre elles JIMENEZ DIAZ, por osteodistrofia fibro-quística ou fibro-geódica.

Trata-se de uma afecção bastante rara, especialmente na nossa Península e na Itália. Na Inglaterra parece ser frequente.

A afecção é caracterizada pelo aparecimento em certos pontos do esqueleto de cavidades intra-ósseas múltiplas que dão lugar a deformações e a fracturas espontâneas. Estas cavidades não contém líquido seroso, mas apenas uma pasta acastanhada ou inclusive uma massa sólida. Na forma de RECKLINGHAUSEN observam-se, à mistura, sôbre os ossos pequenas neo-formações sólidas, castanho-avermelhadas, que segundo alguns corresponderiam a tumores de mieloplaxos.

No 1.º tempo da afecção a medula normal transforma-se em medula fibrosa, ao mesmo tempo que se observa uma rarefacção óssea considerável; no 2.º aparecem na intimidade do tecido conjuntivo pequenas cavidades — geodes — que dão ao osso um aspecto radiográfico inconfundível. Em consequência a camada compacta adelgaça-se muito, dando lugar ao aparecimento de fracturas.

Admite-se que a afecção tenha a sua origem na infância, mas é raro que se diagnostique antes dos 20-30 anos. Toca quasi sempre muitos ossos, mas existem também formas localizadas.

Etiopatogenia: — A afecção parece coresponder a um processo de osteólise com evolução fibrosa do tecido conjuntivo.

— Segundo RECKLINGHAUSEN e a escola alemã do tempo, a osteite fibro-geódica teria na maior parte dos casos uma etiologia traumática. Tôda a contusão óssea, ligeira ou intensa, é capaz de produzir perturbações circulatórias «in loco»; daqui resultariam, em seu parecer, as condições primordiais da sua génese. Em boa verdade, porém, a teoria traumática pouco ou nada nos diz; efectivamente não é possível, através dela, compreender as formas generalizadas, aliás as mais frequentes e características; também por seu intermédio não conseguimos explicar o aparecimento desta lesão em doentes que jamais sofreram qualquer traumatismo apreciável. Por outro lado, nós sabemos, depois dos trabalhos de POLICARD e LERICHE, que a estagnação sangüínea, consecutiva à maior parte das contusões, longe de prejudicar favorece a fixação dos sais calcários e concomitantemente a ossificação. Na realidade a teoria traumática não tem hoje a mais pequena aceitação.

— Pensou-se, depois, numa origem *infecciosa*. O próprio RECKLINGHAUSEN admitiu a sua possibilidade. Segundo esta teoria a osteíte fibro-geódica sucederia a uma infecção atenuada de origem local ou geral. A periostite, as perturbações da vascularização óssea, a fibrose e formação geódica, eis os tempos do processo inflamatório. A circunstância da afecção começar habitualmente na infância ou na adolescência — idades em que são frequentes os toques inflamatórios ósseos — parece favorecer este ponto de vista.

A sífilis hereditária é chamada a gozar um papel importante dentro da teoria infecciosa. Segundo ROEDERER, já citado, «nous serions tentés d'invoquer le spirochète pour les formes d'ostéite à logettes multiples et pour les kystes à géodes à bords nets». É bom notar, todavia, que falta nas imagens radiográficas aquilo a que CHAUVEAU chama a assinatura da sífilis, quere dizer, a hiperosteose e a condensação óssea.

— A *teoria tumoral* não tem o mais ligeiro fundamento; na verdade, a osteíte fibro-geódica tem por vezes uma marcha regressiva — o que tanto basta para eliminar a hipótese de tumor — não mostra proliferações celulares de tipo tumoral, nem oferece qualquer aspecto de malignidade, se bem que esta última condição não é absolutamente impeditiva.

— A *teoria endócrina* goza de grandes favores. Cabe às paratiróides a responsabilidade principal, sobretudo por serem bem conhecidas as relações estreitas da hormona paratiróideia com o metabolismo do cálcio e por outro lado as modificações da calcemia, aliás quasi sempre presentes, nos doentes de osteíte fibro-geódica. As injeções experimentais de extractos paratiróideus, em particular a parahormona de COLLIP, parece ter permitido a alguns autores (BAUER, ALBRIGHT, AUB, JAFFÉ, BODANSKY, JOHNSON e WILDER) a determinação de osteítes fibrosas do tipo RECKLINGHAUSEN, por excessiva mobilização dos sais de cálcio dos ossos. Por outro lado WEIL aceita que a radioterapia das paratiróides pode beneficiar a marcha da doença. Segundo NONIDEZ e GORDOY, nos ratos carenciados em vitamina D e em radiações ultra violetas, observa-se aumento compensador das paratiróides. Tratar-se-ia de uma espécie de acção vicariante por parte destas glândulas no metabolismo do cálcio. JIMENEZ DIAZ vê nestes factores a explicação da raridade da doença de

Noveril

WANDER

Para o tratamento de:

*gripe, influenza, nevralgias, enxaquecas,
cefaleias, gota, reumatismo, dores de ou-
vidos, etc.*

Tubos de 20 comprimidos

por comprimido:

0,30 g. de ácido acetilsalicílico

0,20 g. de hidrato de alumínio coloidal

0,05 g. de fosfato bibásico de cálcio

FABRICANTES

DR. A. WANDER S. A.

BERNE • SUÍÇA

CONCESSIONÁRIOS

ALVES & C.^A (IRMÃOS)

Rua dos Correeiros, 41-2.º • LISBOA

Sub-Agente em Coimbra: **F. PINTO DOS SANTOS** Rua Martins de Carvalho, 2-2.º

Sulfametazina cálcica

Absorção mais rápida do que a sulfapiridina, sulfatiazol ou sulfadiazina.
Grande solubilidade na água:
Praticamente eliminadas as complicações renais.
Eliminação lenta:
Excreção urinária nas 24 horas: 25 a 50 %.

INDICAÇÕES:

Pneumococos, estreptococos, estafilococos, B. Friedlander e Welch, meningococos.
Máxima actividade e polivalência.
Perfeita tolerância.

DIAZINOL

WANDER

Tubo de 20 comprimidos

FABRICANTES

DR. A. WANDER S. A.

BERNE • SUÍÇA

CONCESSIONÁRIOS

ALVES & C.^A (IRMÃOS)

Rua dos Correeiros, 41-2.º • LISBOA

Sub-Agente em Coimbra: F. PINTO DOS SANTOS Rua Martins de Carvalho, 2-2.º

RECKLINGHAUSEN nos povos meridionais, ricos em luz e em vitamina D na sua alimentação. ASKANAZY, MANDL, LUÍS ADÃO, JIMENEZ DIAZ e outros, aceitam a origem paratiróideia por hiperfunção (hiperplasia simples?, adenoma?).

Para os partidários da teoria endócrina, pois, tem alta importância o papel da hormona paratiróideia, sobretudo depois de se verificar experimentalmente que a paratiróidectomia parcial nos ratos e gatos jovens retarda o desenvolvimento do esqueleto.

Em conclusão, pode dizer-se que embora nada se saiba de concreto sobre a etiopatogenia da osteíte fibro-geódica a teoria do adenoma paratiróideu goza modernamente de manifestos favores.

Formas anátomo-clínicas — A — *Osteíte fibro-geódica de Recklinghausen*: — Êste tipo corresponde à *forma generalizada* clássica.

No período de estado a doença de RECKLINGHAUSEN revela-se sempre por três ordens de sinais: 1.º) dores em vários pontos, astenia e redução do tono muscular; 2.º) deformações ósseas, acompanhadas das mesmas dores e de impotência funcional progressiva das regiões afectadas; 3.º) fracturas espontâneas simples ou múltiplas.

Nas duas últimas fases todos ou quasi todos os ossos estão tocados, do que resultam anomalias extravagantes do esqueleto que dão ao corpo uma configuração absolutamente disforme. No início os sinais são menos impressionantes. Em qualquer período, porém, a confirmação do diagnóstico só nos é dada pelo exame radiográfico. A imagem é típica, com as suas manchas areolares, geódicas, de invólucro fino, segundo se observa nas figuras 8 e 9.

Na criança o diagnóstico pode oferecer dúvidas com o raquitismo e no adulto com a doença de PAGET. Haverá, pois, de tomar em consideração a idade dos doentes.

— Pelo que interessa ao raquitismo trataremos de averiguar da existência dos sinais próprios, sobretudo a nível do tórax e do crânio. Nos casos de osteíte fibro-geódica não há atraso da ossificação das fontanelas. As incurvações dos ossos longos, o genu-varum ou valgum, e as fracturas espontâneas, podem aparecer numa hipótese e noutra; registre-se, contudo, que enquanto o raquitismo é muito freqüente na infância, a osteíte fibro-geódica é extremamente rara. O caso relatado pelos Prof. PARREIRA e

Prof. CASTRO FREIRE (18 meses) é apontado como uma verdadeira raridade.

O exame radiográfico suprime desde logo tôdas as dúvidas que possam existir. No raquitismo observa-se descalcificação geral e se uma vez ou outra se notam pequeninos vacúolos breve se repara que não se assemelham aos geodes da osteíte de RECKLINGHAUSEN. Os septos que os separam são densos, ao contrário do que acontece na osteíte fibro-geódica.

— A osteopsatirose de LOBSTEIN dá lugar, também, a fracturas espontâneas, mas não se esqueça que se trata de uma afecção das primeiras semanas de vida, justamente quando a hipótese de osteíte fibro-geódica não tem lugar nenhum de ser considerada. Costuma curar na puberdade.

— Pelo que respeita à doença de PAGET (osteodistrofia deformante progressiva), é possível a confusão enquanto não entramos em linha de conta com o exame radiológico. Com efeito, uma e outra dão lugar a dores ligeiras, a impotência funcional, mais ou menos pronunciada, a tumefacções e deformações ósseas variadas. Mas enquanto na PAGET o maciço ósseo craniano e as clavículas são precocemente afectadas por hiperosteose, na RECKLINGHAUSEN isto só acontece num período avançado. Dúvidas que haja, repito, elas desaparecem com a radiografia. Ao aspecto clássico da osteíte fibro-geódica opõe a doença de PAGET o osso aumentado nas suas dimensões a contrastar com a redução da estatura geral. Não há geodes típicos, os ossos são como que torcidos e mostram estratificações periféricas e turbilhões formados por trabéculas finas anastomosadas entre si. A camada compacta é sede de proliferação grande e o canal medular está obliterado muitas vezes. (Fig. 10). A doença de RECKLINGHAUSEN dá com mais frequência lugar a fracturas do que a doença de PAGET.

B — *Osteíte fibro-geódica localizada*: — Nas formas de osteíte fibro-geódica localizada as dificuldades diagnósticas são muito maiores. A localização pode ver-se em qualquer osso, mas as formas que justamente se mostram de diagnóstico delicado são aquelas que têm por sede os ossos longos. Não sucede outro tanto com as localizações a nível do crânio ou do maxilar inferior, aliás descritas por alguns autores.

Na osteíte fibro-geódica localizada aos ossos longos os geodes ora se vêem na diáfise — e então o diagnóstico não oferece dúvidas — ora somente na metáfise (fig. 11). Neste último caso a confusão com a doença de MICKULICZ ressalta à vista. Explica-se, assim, que muitos autores englobem na mesma designação os quistos simples e a osteíte fibro-geódica localizada.

Aqueles que apontam a adolescência e a infância como a idade de predilecção dos quistos simples e a idade adulta como a preferida pela osteíte fibro-geódica, respondem os unicistas que esta última se inicia também nas idades baixas, o que parece ser exacto.

Em boa verdade as teorias patogénicas de uma e outra afecção são idênticas e a feição clínica, radiológica e anatomo-patológica, tem bastantes pontos de contacto. De uma maneira geral, porém, nós verificamos que na osteíte fibro-geódica a localização corresponde, em regra, à diáfise ou à metáfise e não à epífise enquanto que nos quistos simples se observa o contrário. Sob o ponto de vista radiológico nota-se ordinariamente que a mancha correspondente aos geodes da osteíte fibrosa é mais opaca do que a dos quistos ósseos (MARCEL FEVRE). Por outro lado — e êste pormenor tem extraordinária importância para o caso — a osteíte fibro-geódica localizada é praticamente uma «osteíte fibrosa sólida» (NOVÉ-JOSSERAND e TAVERNIER) e não quística. Com efeito, os geodes costumam estar cheios de um tecido esbranquiçado, fibróide.

Não obstante a semelhança referida não estamos autorizados a concluir pela sua absoluta identidade nosológica. BROCA, MARCEL FEVRE e outros, são nitidamente dualistas e fundamentam o seu parecer nas diferenças que acabo de apontar.

A análise minuciosa da questão não nos permite uma conclusão certa, é verdade, mas não me parece que haja vantagem em levar tão longe as possibilidades da osteíte fibro-geódica localizada. As formas circunscritas à epífise dos ossos longos podem, talvez, corresponder a uma modalidade de osteíte fibro-geódica localizada, mas o natural é que sejam consideradas como uma manifestação da doença de MICKULICZ. Verifica-se o contrário em relação às formas fibro-geódicas diafisárias, que podendo corresponder a quistos simples são geralmente tidas como osteítes geódicas. Pois bem, como não falamos em quistos simples localizados à diáfise de certos ossos não devemos falar também em osteítes fibro-geódicas circunscritas às epífises. Êste critério

pode não ser exacto sob o ponto de vista biológico e patogénico, mas tem manifesta razão de ser sob o ponto de vista clínico. Bem sei que há formas intermédias que nos embaraçam, mas apesar de tudo eu julgo vantajoso considerar em separado as duas modalidades.

Tratamento: — Têm fracassado tôdas as tentativas de tratamento médico. Os anti-luéticos foram ensaiados mas sem resultados apreciáveis. Outro tanto podemos dizer pelo que respeita à calcioterapia, à hormonoterapia paratiróideia ou qualquer outra. Enquanto se ignore a verdadeira causa da afecção não devemos alimentar grandes esperanças no tratamento médico.

Pelo que respeita ao tratamento cirúrgico a sua indicação restringe-se às formas localizadas e de um modo particular às diafisárias. Nas restantes, isto é, nas generalizadas, tipo RECKLINGHAUSEN, é inútil mexer-se, a não ser para intervir sôbre um adenoma paratiróideu que porventura se observe concomitantemente ou, na falta dêste, para se proceder à extirpação das paratiróides de um lado apenas, para cujo fim se fará a hemitiroidectomia extra-capsular.

A intervenção directa sôbre os ossos não dá resultados que se aproximem dos observados nos quistos simples, o que em certa maneira depõe no sentido da natureza diferente das duas afecções.

As fracturas da doença de RECKLINGHAUSEN também não costumam evolucionar com a mesma felicidade das dos quistos simples, decerto por o osso estar tomado numa extensão maior e talvez por se mostrar mais profundamente alterado o metabolismo do cálcio.

Quanto à roentgenterapia os ensaios até agora realizados não são ainda de molde a inspirar grande confiança.

Em resumo, *a*) o arsenal terapêutico é pouco rico em peças de combate à doença de RECKLINGHAUSEN, *b*) no respeitante à forma localizada o tratamento cirúrgico pode dar resultados favoráveis.

III

Condromas quísticos

Entre as osteopatias quísticas é justo mencionar os condromas quísticos dada a possibilidade da sua implantação em pleno tecido ósseo.

Num trabalho meu, a publicar na *Coimbra Médica*, estudo a questão pormenorizadamente, não valendo portanto a pena consagrar-lhe aqui mais palavras do que as precisas para nos darem uma idéia de conjunto que se harmonize com o plano geral desta lição.

Os condromas têm a sua sede de eleição nas cartilagens do tórax, dos metacarpos, metatarsos e das falanges, mas não são extremamente raros nas metáfises férteis dos ossos longos, em especial do fémur, da tibia e do úmero. Tal como os quistos simples vêm-se sobretudo nos adolescentes e nos jovens.

As formas sólidas dos condromas, aliás as mais freqüentes, não me interessam neste caso de maneira especial. Quanto às quísticas sabe-se que podem assumir dois aspectos etiológicos distintos: 1.º) *mixo-condroma*, resultante de amolecimento da parte central dos condromas sólidos; 2.º) *condroma quístico*, propriamente dito, que oferece desde logo estrutura quística. Como se compreende só a última variedade é digna de ser considerada adentro das osteopatias quísticas.

Os condromas quísticos puros são extremamente raros. No início têm uma sintomatologia discreta. Trata-se de uma massa em regra esférica, bem delimitada do lado dos tecidos moles, de consistência firme e de tolerância perfeita. O crescimento costuma ser mais rápido que o das formas sólidas. Quando o volume é pronunciado a sintomatologia é mais rica não faltando dores nem perturbações funcionais da região.

Se os condromas em geral têm uma certa acção erosiva sobre o osso em que estão implantados, nos quísticos esta acção é como regra muito evidente. O exame radiológico torna bem patente o desgaste a que me refiro, de tal maneira que podemos, através dêle, suspeitar do diagnóstico. A imagem erosiva do osso não oferece a regularidade que se encontra nos quistos simples.

Quanto à imagem radiográfica da massa tumoral em si nada revela de característico. Não se vêem as sombras lobuladas, ligadas por pontes mais ou menos densas, como é próprio dos condromas sólidos, mas tão somente uma mancha circular com a tonalidade das coleções líquidas e regularmente delimitada pelo pericôndrio.

Apesar de tudo, o diagnóstico exacto só pode ser feito por punção exploradora ou no momento da intervenção cirúrgica.

O condroma quístico, duma maneira geral, deve ser tomado como um tumor maligno, embora a estrutura morfológica não forneça indicações seguras nesse sentido. Com efeito, evoluciona progressivamente acabando por conduzir os doentes a um estado de caquexia e finalmente à morte. Aceita-se a possibilidade de dar lugar a metástases, tal como o sarcoma ou o carcinoma, se bem que o estudo histológico nem sempre revele alterações características das neoplasias malignas.

Outro atributo de malignidade que pode notar-se nos condromas quísticos é a invasão dos tecidos da proximidade, dando lugar a formas que alguns designam de *condroma quístico invasor* e outros tomam como pertencendo à variedade dos *condro-sarcomas*. Seja como fôr, devemos ter presente que os condromas quísticos são tumores cuja malignidade importa ter presente.

— O tratamento dos condromas quísticos é essencialmente cirúrgico. Obedece às mesmas particularidades dos condromas em geral. Devem extirpar-se a distância, de contrário a recidiva é de regra. É bom dizer, todavia, que na maior parte dos casos a operação radical não é exequível, a menos que se proceda a grandes mutilações. Não hesitaremos em levá-las a cabo sempre que a análise histológica ou a feição clínica do exemplar nos não deixe dúvidas sobre a malignidade do processo; nos casos restantes é preferível temporizar, pedindo ao R. X. o complemento terapêutico conveniente, por aleatória que possa parecer a sua acção.

IV

Quisto hidático

A localização óssea do quisto hidático é bastante rara. O ráquis e a bacia são os pontos preferidos. Admite-se que o embrião hexacanto é transportado por via sangüínea, mas o mecanismo exacto da sua penetração no sistema arterial apresenta ainda bastantes dúvidas.

O obstáculo oferecido pelo tecido ósseo ao crescimento impõe-lhe a infiltração entre as malhas do dito tecido ou então favorece a proliferação, fora da face externa do quisto, de vesículas filhas. Acontece por isto: 1.º) que se observa com freqüência a feição morfológica do tipo alveolar e 2.º) que o quisto pode semear-se no tecido esponjoso, do que resultará a lesão tornar-se múltipla e não simples como é próprio do quisto hidático nas localizações de outros órgãos. Em consequência da acção destrutiva do quisto o osso rarefaz-se, o periósteo é distendido e por último perfurado.

A equinococose óssea ora é simples ora é difusa. Esta modalidade é a que se observa com mais freqüência. Em qualquer dos casos o osso pode mostrar-se reduzido à cortical adelgada. Não se forma hiperosteose compensadora. Os tecidos da vizinhança são sempre tocados, quer no sentido das articulações próximas, quer no dos tecidos moles.

Sintomatologia: — A evolução do quisto hidático costuma ser lenta, assim como é raro que desperte reacção inflamatória em tórno.

No período de início pode não se notar a mais pequena sintomatologia. No período de estado a afecção torna-se aparente pela tumefacção óssea local. A pressão não determina dor. A consistência é dura. É freqüente haver dor espontânea, podendo em certos casos assumir uma acuidade extraordinária. O volume é variável. Em certos casos confunde-se com um abcesso frio. A fractura espontânea observa-se com freqüência (70 a 80 % segundo PRAT e BARCIA). Um movimento um tudo-nada mais brusco basta para a determinar. Como regra a fractura é indolor e o edema insignificante.

O exame radiológico mostra o osso adelgado, levemente soprado e sem traços de reacção óssea condensante. As cavidades são transparentes e têm um formato irregular. São separadas por septos sombreados correspondentes a trabéculas ósseas não alteradas. Os limites da afecção são pouco precisos. (Fig. 12).

Nas localizações do ráquis, as mais freqüentes aliás, a diagnose tem de fazer-se com a tuberculose, a sífilis, o carcinoma e as osteo-artrites das vértebras de forma hipertrófica.

Nas formas de diagnóstico difícil pode tentar-se a punção exploradora. Mas é bom dizer que se esta por um lado permite o diagnóstico com relativa facilidade, por outro não é isenta de perigo, por contribuir para a difusão do processo. O «liquor» das hidátides ósseas é em regra límpido e não gelatinoso, como se vê nos discutidos quistos alveolares verdadeiros.

Os quistos antigos complicam-se freqüentemente de infecção. Quando assim, a marcha clínica assemelha-se à de um vulgar processo inflamatório.

Segundo PIERRE LOMBARD as formas difusas «são caracterizadas clinicamente por uma evolução muito arrastada, pela existência de fracturas e de colecções líquidas semelhantes a abcessos frios, pela difusão das lesões à totalidade do osso ou até a um osso vizinho, na hipótese de haver contacto entre ambos, e, ainda, pela presença de locas mais ou menos regulares, cavando, alargando e adelgando as diáfises ou as epífises sem nenhuma espécie de reacção perióstea. Se existe fractura os bordos dos tôpos são esfumados e o calo forma-se penosamente, ficando sempre frágil» (1).

Sob o ponto de vista geral é de preceito pesquisar-se a eosinofilia, a reacção de WEINBERG e de CASONI, se bem que qualquer destes exames seja falível.

O quisto hidático dos ossos é uma lesão grave. Devido à sua marcha insidiosa acontece que muitas vezes só é diagnosticado quando as lesões são já irreparáveis. Por isso, em muitos casos, conduz à morte ou à necessidade da mutilação de um membro.

(1) OMBREDANNE — *Traité de Chirurgie Orthopédique*, t. I, pág. 271, 1937.



OS FÂRMACOS

Homburg

Continuam mantendo as qua-
lidades que os consagraram

CHEMIEWERK *Homburg* AKTIENGESELLSCHAFT
FRANCFORT S/MENO

Informações : EMILIO PELLEN

LISBOA

Rua da Horta Sêca, 7-3.º

Tel. 26841



ADONIGEN

Extr. stand. de Adonis Vernalis

Gotas	frascos 10 e 30 cc.
Comprimidos	frascos 30 compr.

DERIFILINA

Teofilina + dietanolamina

Ampôlas	caixas 5 amp. / 5 cc.
Gotas	frascos 10 cc.
Supositórios	caixas 6 sup.

DERIFILINA-ESTROFANTINA

Derifilina + estrofantina k

Ampôlas	caixas 5 amp. / 5 cc.
Supositórios	caixas 10 sup.

DERIMINAL

Derifilina + ácido feniletilbarbitúrico

Ampôlas	caixas 6 amp. / 2 cc.
Gotas	frascos 10 cc.
Supositórios	caixas 6 sup.

FOSVITANON

Quinina-cola-piscidia-viburno-lúpulo-fosfato-cobre-ferro-manganês-magnésio-bromo

frascos 200 cc.

HOMBURG 680

Ext. estab. da raiz de beladona búlgara

Gotas	frascos 10 e 30 cc.
-------	---------------------

KAMILLORAL

Kamillosan concentrado

Gotas	frascos 10 cc.
-------	----------------

KAMILLOSAN

Extr. stand. de camomila

Líquido	frascos 30 e 100 cc.
Pomada	bisnaga 25 gr.

SEPTOQUINA

Solvoquina + p-aminofenilsulfonamida

Ampôlas	caixas 3 amp. / 2 cc.
Comprimidos	tubos 10 e 20 compr. / 0,5 gr.

SINTOBILINA

p-tolilmetilcarbinolcanfor-éster ácido - dietanolamina

Ampôlas	caixas 6 amp. / 1 cc.
Comprimidos	tubos 25 compr.

SOLVOQUINA

Soluto aquoso quinina básica a 25%

Ampôlas	caixas 3 amp. / 2 cc.
---------	-----------------------

SOLVOQUINA-CÁLCIO

Solvoquina + glutaminato de cálcio

Ampôlas	caixas 3 amp. / 2,5 e 5 cc.
---------	-----------------------------

SPIROBISMOL

Suspensão oleosa de tartarato de potássio-sódio-bismuto e iodo-bismutato de quinina

Ampôlas	caixas 6 e 12 amp. / 2 cc.
---------	----------------------------

TEMOEBILINA

Temoe Lawak, hortelã pimenta cominho e canomila

Comprimidos	tubos 10 compr.
-------------	-----------------

TRANSPULMINA

Quinina, cânfora e óleos essenciais

Ampôlas	caixas 6 e 12 amp. / 1,2 cc.
---------	------------------------------

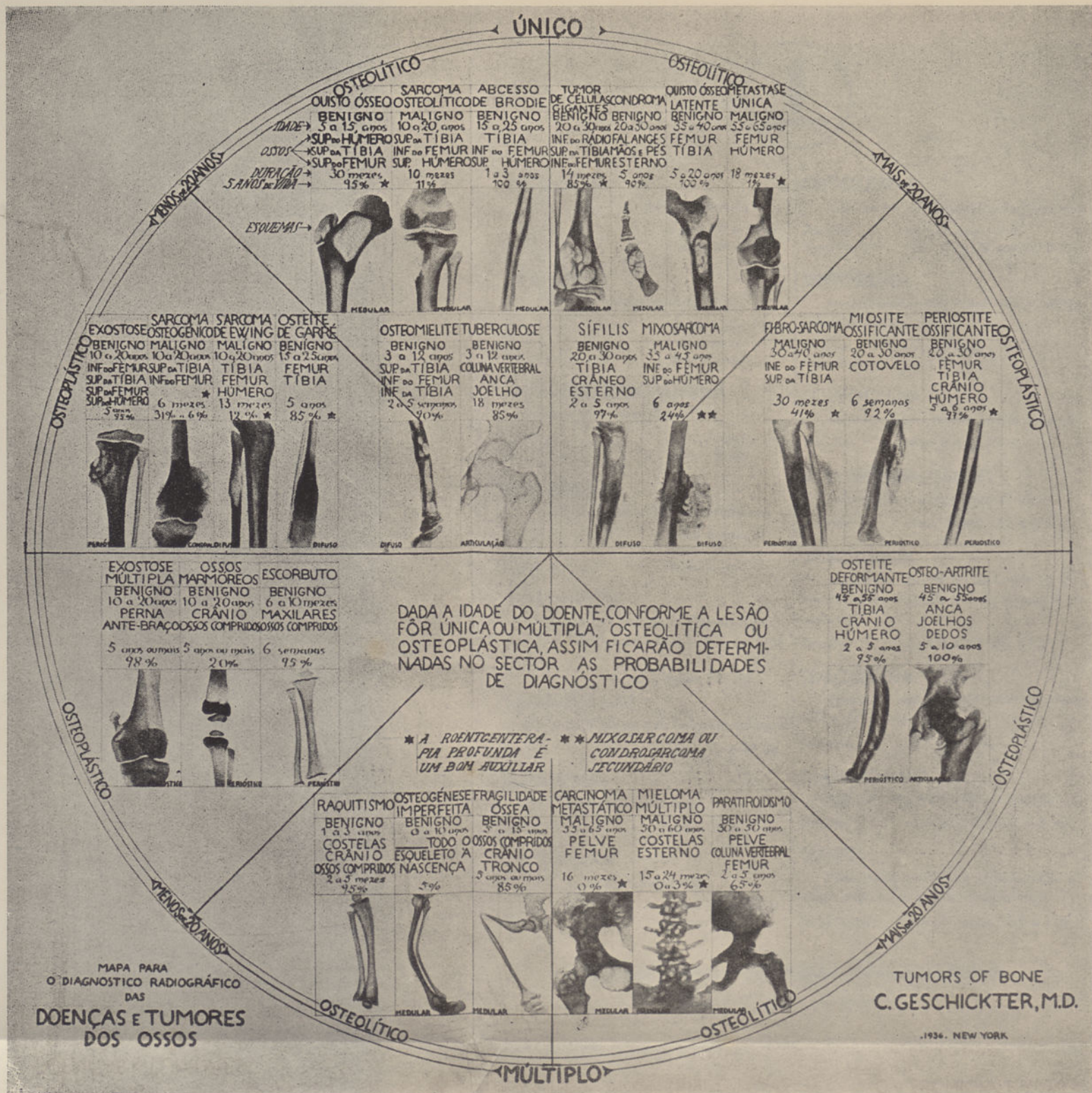
TREUPEL

Fenacetina, narcotina, ácido acetilsalicílico, sulf. sódio e sais de Homburg

Comprimidos	tubos 10 compr. / 0,5 e 1 gr.
-------------	-------------------------------

Chemiewerk *Homburg* Aktiengesellschaft

FRANCFORT S / MENO



MAPA PARA O DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO DAS DOENÇAS E TUMORES DOS OSSOS

Fig. 13

Tratamento:— As indicações gerais do tratamento da equinococose óssea resumem-se àquilo que PIERRE LOMBARD escreveu no *Tratado de Cirurgia Ortopédica*. Por isto as aproveito na sua parte fundamental.

Nas formas *circunscritas* deve fazer-se a abertura larga do foco, a ablação das vesículas e demais anexos quísticos, a formolização da secção óssea e a eterização larga das partes moles para evitar enxertos pós-operatórios.

Nas formas *difusas* a conduta varia com a sede e a extensão.

Em qualquer dos casos a operação costuma ser demorada devido à pesquisa difícil dos elementos parasitários; daqui o choque habitual e a morte não raras vezes. A drenagem é quasi sempre indispensável e como consequência é corrente observar-se infecção, facto que vem ainda sobrecarregar mais o prognóstico. Nas localizações a nível dos membros pode ser necessário apreciar a hipótese da ressecção óssea ou, inclusive, da amputação. Nos casos complicados de infecção a conduta é semelhante, simplesmente é indispensável deixar o foco drenado ou a descoberto.

* * *

A fig. 13 dá uma idéa esquemática das doenças e tumores dos ossos. Como já disse reproduz uma estampa em uso corrente no Instituto Português de Oncologia. Pareceu-me digna de se juntar a êste trabalho.

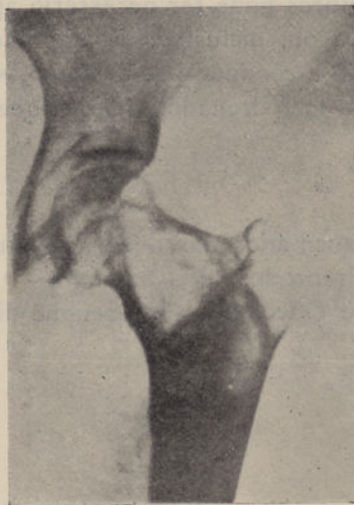


Fig. 1
Quisto simples unilocular
do fémur



Fig. 2
Quisto simples multilocular
do úmero



Fig. 3
Abscesso de Brodie da tibia



Fig. 4
Periostite albuminosa do íliaco direito



Fig. 5
Tumor de mieloplaxos



Fig. 6
Tumor sub-periosteó
de mieloplaxos



Fig. 7
Osteosarcoma da tibia



Fig. 8
Osteíte de Recklinghausen

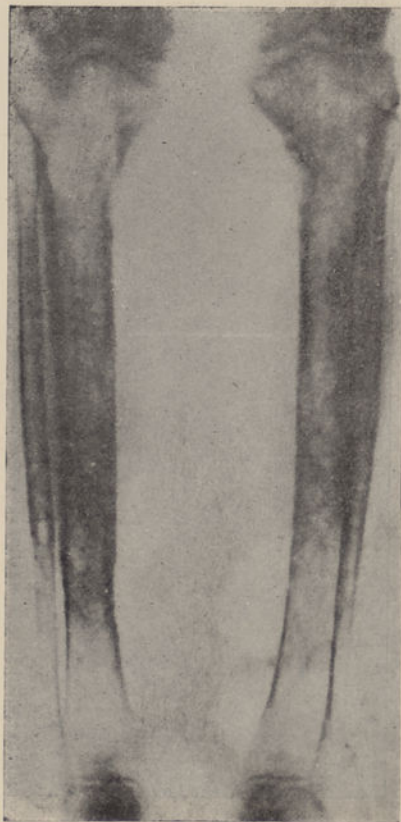


Fig. 9
Osteíte de Recklinghausen

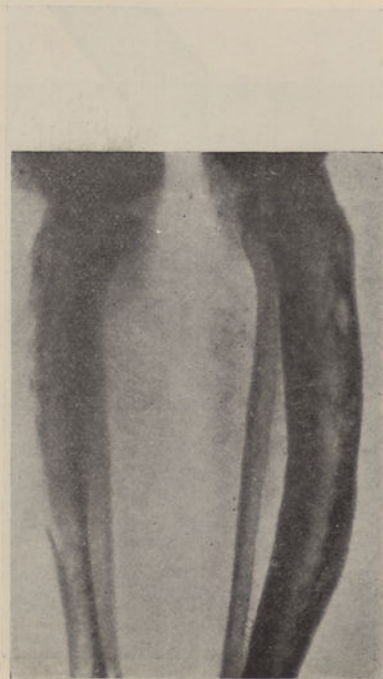


Fig. 10
Osteíte deformante de Paget



Fig. 11

Osteíte fibro-geóidica localizada



Fig. 12

Quisto hidático do úmero e da tibia

NOTAS CLÍNICAS

Aplicação das ondas curtas em terapêutica

POR

JOSÉ NUNES DA COSTA

Os agentes físicos, factores terapêuticos de reconhecida e comprovada importância, cujas aplicações e indicações terapêuticas são cada vez maiores, não conseguiram ainda conquistar a inteira confiança de alguns médicos, pois continuam a enviar os seus doentes aos serviços de fisioterapia, com uma grande descrença nos seus efeitos.

Isto provém de não se terem vulgarizado suficientemente, os trabalhos sobre os mesmos agentes, baseados em factos experimentais e em casos em que a sua acção é manifesta e comprovada. Provém ainda que esta terapêutica, se bastantes vezes é de efeitos imediatos e nítidos, muitas vezes é uma terapêutica a longo prazo e de efeitos demorados, embora seguros. É semelhante à terapêutica pelas águas medicinais e pelas vitaminas, cujos efeitos, muitas vezes, só se fazem sentir tempo depois de terminado o tratamento.

Ainda, por outro lado, freqüentemente se espera dos agentes físicos por si só, a cura de certos males quando ela só se pode observar pela associação a outros agentes terapêuticos, cuja acção reforçam e auxiliam.

É motivo, ainda, de descrença, o facto de não se obterem em determinadas afecções, os efeitos esperados e reclamados para esses casos e que, logicamente, se deviam obter. Um grande número de vezes é isto devido a técnica imperfeita e incorrecta de aplicação, pois, a Fisioterapia constitui, hoje, uma especialidade que exige, por isso, um determinado número de conhecimentos teóricos e práticos. Não deve ser praticada por qualquer médico sem uma aprendizagem prévia do seu uso, em serviços especializados, os quais felizmente alguns possuímos e dirigidos por pessoas competentes (em Lisboa, por exemplo, o Dr. Formigal Luzes, mereceu a honra de colaborar com Delherm e Laquerrière, no seu «*Traité D'Eléctro-Rádio-Thérapie*»).

Torna-se por tudo isto necessário levar, mais freqüentemente, ao conhecimento dos médicos, os benefícios que podem esperar da aplicação



*felizes dos que puderam
recolher-se em si próprios
porque só esses entenderam
a linguagem do filósofo.*

Almo-Lab

Sedativo do sistema nervoso

Prevenção e
tratamento das
infecções
estreptocócicas

por via bucal

SEPTAZINE

(Benzil-amino-benzêno-sulfamida)

PRODUTO INCOLOR, INSÍPIDO
MEDICAÇÃO NÃO TÓXICA
BEM TOLERADA PELO TUBO DIGESTIVO

Comprimidos a 0 gr. 50 (Tubos de 20)
POSOLOGIA : 4 a 10 comprimidos por dia.

por via parentérica

SOLUSEPTAZINE

(γ -fenilpropilamino- α - γ -fenil sulfamida disulfonato de sódic)

SOLUÇÃO AQUOSA, INCOLOR, NEUTRA
PERFEITAMENTE TOLERADA PELO ORGANISMO

Solução a 6% de Sal

**INJEÇÕES INTRAMUSCULARES
INTRAVENOSAS E SUBCUTÂNEAS**

Empólas de 5 e 10 cc. (Caixas de 5)
POSOLOGIA : 10 a 20 cc. por dia

TRATAMENTOS ASSOCIADOS

por via bucal e parentérica

DOETTE
LÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE **SPECIA**
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS (8^e)

bem feita destes valiosos auxiliares da terapêutica, dando também noções mais exactas do seu uso, aos alunos de medicina.

É sabido que, uma grande parte destes, completa o seu curso médico, conhecendo os agentes físicos, apenas pela pequena referência que se lhe faz nas aulas e nos livros de patologia. Por isso, depois de formados, mandam os seus doentes fazer *tantas applicações de tantos minutos*, deste ou daquele agente físico e não informam do diagnóstico, pelo menos provável. Fazendo isto, esquecem-se que não se pode estabelecer previamente, para qualquer doente, nem o número nem a duração de cada tratamento, pois tudo depende do caso e da maneira de reagir de cada um. Só o respectivo especialista encarregado do serviço pode, em presença do doente e na posse do diagnóstico da respectiva afecção, graduar e, até, algumas vezes, indicar qual o agente físico que mais convém.

Por necessidade frequentamos, desde os primeiros anos da nossa aprendizagem médica, o Laboratório de Electrologia da Faculdade de Medicina. Ali, tivemos ocasião de observar e tratar muitos doentes. Ouvimos a propósito de cada um, os conselhos judiciosos, competentes e sempre muito úteis, do respectivo Chefe de Serviço, Ex.^{mo} Sr. Dr. Correia Soares, a quem estamos muito gratos e a quem, depois de formados, substituímos algumas vezes, no desempenho das respectivas funções, a última vez das quais durante seis meses.

É, por isso, e porque alguma coisa temos lido, que possuímos alguns conhecimentos sobre o assunto e podemos fazer aquelas considerações que ouvimos também, algumas vezes, ao Sr. Dr. Correia Soares.

Durante o tempo que estivemos encarregado daquele serviço, tivemos ocasião de nos familiarizar com os respectivos instrumentos, alguns dos quais, por vezes, reparámos como pudemos, por não haver electricista privado daquela secção.

Não é, porém, nossa intenção falar de todos os agentes físicos.

Simplesmente queremos dizer alguma coisa, sobre o último a entrar na terapêutica e, agora, muito em moda: as ondas curtas.

Além do estágio no Laboratório de Electrologia, estivemos durante dois anos, encarregados de um aparelho de ondas curtas que funcionava no novo edificio do Banco dos Hospitais.

Tratámos bastantes doentes por este meio e, podemos dizer alguma coisa dos resultados obtidos em algumas afecções, segundo a nossa experiência. Acrescentaremos a estes os resultados obtidos por outros com a mesma terapêutica, compilando algumas notas de alguns dos numerosos trabalhos que se têm publicado sobre o assunto.

* * *

A terapêutica pelas ondas curtas, é uma modalidade da chamada terapêutica pela alta frequência. Esta foi introduzida em medicina por D'Arsonval, depois da sua descoberta do fenómeno da inexcitabilidade neuro-muscular, o qual se observa a partir de uma certa frequência da corrente eléctrica.

Por isso, no Congresso de Berlim de 1913, foi proposto que, em homenagem a este cientista, se desse o nome de D'Arsonvalisação, a qualquer das formas de aplicação médica da alta frequência.

As correntes usadas por D'Arsonval em terapêutica, eram da frequência de um milhão de oscilações por segundo, o que corresponde a um comprimento de onda de 300 metros. São correntes de ondas médias, ainda hoje usadas na chamada diatermia clássica.

Os progressos da física e da electrotécnica, o melhor conhecimento das vibrações electromagnéticas e os fenómenos observados nos individuos que trabalhavam longas horas com postos emissores de ondas curtas, fizeram com que, a partir de 1926, se comesçassem a estudar e a usar em terapêutica, correntes de muito mais alta frequência e, portanto, de menor comprimento de onda.

Assim, surgiu a chamada terapêutica pelas ondas curtas, de que tanto se fala e que é, ainda, como já dissemos, uma das formas de D'Arsonvalisação.

O comprimento destas ondas, utilizado em terapêutica, vai de 30 metros a um metro, ou seja da frequência de 10 milhões a 300 milhões de oscilações por segundo, havendo já aparelhos que dão ondas de menor comprimento mas que não são ainda utilizadas.

As ondas de comprimento entre 10 e 1 metro, são também chamadas extra ou ultra-curtas mas, em geral, englobam-se tôdas na designação de ondas curtas.

Como actua as ondas curtas

Dividem-se, ainda hoje, as opiniões quanto ao modo de acção das ondas curtas.

Dizem uns, que os seus efeitos são devidos, exclusivamente, a uma acção calorífica sobre os órgãos submetidos ao tratamento.

Dizem outros, que a esta acção calorífica, se vem juntar uma acção específica da corrente eléctrica produzida pelas ondas curtas.

São estes últimos que me parece estarem dentro da razão, embora seja difícil provar, de forma categórica, a acção específica, por os seus efeitos não poderem ser isolados dos efeitos produzidos pela primeira.

É sabido que, na terapêutica pelas ondas curtas, o efeito mais evidente é, em geral, o do aquecimento dos tecidos o qual, mais facilmente, podemos fazer sentir aos doentes que tratamos por este meio.

Esta acção pode ainda evidenciar-se por várias formas:

Pelo aquecimento de soluções salinas colocadas entre os electrodos de um aparelho de ondas curtas; este aquecimento é diferente para soluções diferentes e, tanto maior, quanto menor o comprimento de onda (Schliephake e M. Artigue);

Pelo aquecimento e esterilização de culturas microbianas colocadas nas mesmas condições (experiências de Schliephake e outros);

Pela prática da «febre artificial» ou Electropirexia.

É, pois, manifesta a acção calorífica e, sabemos bem, o papel que desempenha o calor na resolução dos processos inflamatórios, e de outros estados mórbidos.

Mas, os resultados produzidos pelo calor das ondas curtas, são muito diferentes dos produzidos por outra fonte calorífica qualquer, embora dando a mesma quantidade de calor; os primeiros são mais nítidos e mais eficazes, distanciando-se muito dos segundos.

É lógico, portanto, admitir que alguma coisa mais actua, além do calor.

Por isso, os defensores da acção eléctrica específica, a pretendem provar por:

1.º — Uma acção anti-microbiana.

In vitro, não se pode admitir esta acção, independentemente de efeito térmico suficiente (experiências de Schliephake, já citadas). In vivo, porém, nas infecções experimentais, Liebesny com bacilos tíficos, Carpenter com espiroquetas, conseguiram pelas ondas curtas, atenuar a virulência dos gérmens inoculados e, em muitos casos, impedir que a infecção se desenvolvesse.

Perin, por exemplo, diz «na sífilis, a actividade curativa e sobretudo preventiva é fora de dúvida. Ela traduz-se por uma pronta cura do acidente primário, pelo desaparecimento dos treponemas que encerra, pela modificação morfológica do parasita, pela esterilização dos gânglios linfáticos e do nevraxe e, pela transformação das reacções humorais positivas em negativas». Isto observa-se em 50 a 60 por cento dos casos. Ora, acrescenta Lièvre, «pensamos que as diferenças biológicas existentes entre o homem e os seus micróbios, não são suficientes, para permitirem esterilizar os últimos, por um calor inofensivo para o primeiro».

Isto levou, Levaditi e outros, no Congresso Terapêutico de 1933, a afirmar «as ondas curtas não actuam directamente sobre a actividade do gérmem inoculado mas, indirectamente, por intermédio do organismo». Haveria assim, uma acção anti-microbiana secundária ao aumento dos meios de defesa humorais ou celulares, por acréscimo da fagocitose e da formação de anticorpos e, ainda pela modificação electroquímica do meio, cujo pH tende a baixar (Leroy e Leconte du Nouy, citados por Lièvre).

Tudo isto por uma acção térmica? Não nos parece.

2.º — Uma acção analgésica.

Saidman e outros verificaram que no tratamento de diversas nevrites, se obtinham bons resultados, sobretudo, com doses fracas sem efeito térmico apreciável; o calor intenso exagerava a dor.

Mas, contestam Halphen e Auclair, não podemos confiar nas impressões do doente, para apreciar a temperatura; um fraco aumento desta, não percebido pelo doente, pode ser suficiente para produzir uma acção sedativa. Experimentalmente, escreve Perrin, os tecidos atravessados pelas ondas curtas, tornam-se menos excitáveis, a sua sensibilidade parece diminuir e, Audiat, notou um abaixamento da

reobase e da cronaxia, enquanto que o calor produz um aumento da reobase.

Nós tivemos ocasião de verificar, nos doentes que tratámos, que não era quando elles sentiam maior calor, que os efeitos se tornavam mais nítidos. Compreende-se que assim seja, em virtude da maneira de actuar das ondas curtas, que é principalmente em profundidade; a pele e o tecido celular subcutâneo com a sua massa adiposa, pouco aquecem, sendo a êste nível que os doentes accusam o calor, quando êle se manifesta.

Por outro lado, também verificámos o beneficio das doses fracas, no tratamento das algias e dores abdominais mas, só no início do tratamento. Quando tentávamos começar com sessões demoradas e de maior intensidade, regra geral, os doentes accusavam uma exacerbação do seu sofrimento. Tal não acontecia, começando com sessões curtas e de fraca intensidade, procurando adaptar a dose à sensibilidade do doente.

No primeiro caso, porém, se insistissemos no mesmo processo das doses fortes, a dor acabava por se atenuar e desaparecia como no segundo caso. Passava-se uma coisa que se pode comparar à crise termæ das águas medicinais e bem conhecida do vulgo quando diz que uma água para fazer bem tem de começar por fazer mal. Observamos com as ondas curtas que a exacerbação do sofrimento do doente no início do tratamento, em alguns casos era de efeito benéfico para o resultado da terapêutica. É que o organismo parece, por vezes, adaptar-se a determinados estados mórbidos e, para reagir, necessita de uma excitação mais forte, como que de uma nova agressão. É nisto que consiste a chamada técnica de reacção.

Se quisermos, portanto, evitar a exacerbação da dor devemos começar o tratamento por doses fracas; feitos assim dois ou três tratamentos, podemos aumentar a dose que, em regra, já não tem inconveniente. Deve-se, no entanto, fazer um aumento progressivo.

Esta maneira de proceder, diz respeito aos casos a que nos referimos, pois, noutros como por exemplo nos fleimões, a dose tem de ser forte de início.

- 3.º — Uma excitação do crescimento celular, como mostram as experiências de Denier sôbre várias sementes e ratinhos e, de Jellinek, sôbre os ovos de galinha. Aqui, são ainda as doses fracas que actuam neste sentido.
- 4.º — Por uma vaso-dilatação que se observa sôbre os capilares.

Esta acção não é impedida nem inibida pela adrenalina, como é a produzida por outras formas de calor.

Do que acabamos de relatar concluímos que é difficil separar, nas ondas curtas, a acção térmica da acção eléctrica especifica vibratória ou outra.

É porque as duas se somam e se completam. Da sua reunião, resultam os efeitos maravilhosos, obtidos com a irradiação dos órgãos pelas ondas curtas e que não se observam com outras formas de irradiação.

Dados em que assenta a utilização terapêutica das ondas curtas e efeitos biológicos resultantes da sua aplicação

O estudo das ondas curtas, veio mostrar que o fenómeno de D'Arsonval ou da excitabilidade neuro-muscular, é ainda verdadeiro, como para o caso das ondas médias. E assim, escreve H. Fischgold, os individuos collocados num campo alternante de muito alta frequência, não notam as enormes intensidades que os atravessam; nenhum dos seus músculos se contraem. A inexcitabilidade neuro-muscular é absoluta; as únicas sensações acusadas, são de ordem térmica. Isto não exclui uma acção poderosa sobre os vasomotores, a vida celular e as trocas nutritivas do organismo.

Com o seu mais perfeito conhecimento, outras propriedades lhes têm sido atribuídas.

Verificou-se que, as ondas curtas, têm dentro de certos limites, uma determinada acção selectiva, sobre os tecidos. Assim, cada tecido apresenta um máximo de absorção, para um determinado comprimento de onda e, vice-versa, cada comprimento de onda aquece, de maneira diferente, os diversos tecidos.

É clássica a experiência citada por todos: três vasos concêntricos contendo, o mais externo água, o segundo gordura e, o do centro, um soluto de cloreto de sódio. Se collocarmos este dispositivo no campo eléctrico criado pelas ondas curtas, observamos que, o soluto de cloreto de sódio, aquece mais que a gordura e, esta, mais que a água. Com as ondas médias dá-se o contrário.

Uma coisa semelhante, succede com qualquer parte do corpo humano colocado nas mesmas condições: com as ondas curtas, a pele e o tecido celular subcutâneo com a sua gordura, aquecem menos que os órgãos profundos e, a corrente eléctrica por elas produzida, atravessa todos os tecidos.

Tomemos ainda como exemplo, o citado por Saidman: o joelho. Enquanto que, com a diatermia clássica, a corrente eléctrica contorna a articulação, seguindo os tecidos moles sem penetrar nos ossos, com as ondas curtas, a corrente eléctrica atravessa todos os tecidos incluindo o ósseo e toda a articulação banha no campo eléctrico. É que, as ondas curtas, pelas suas propriedades físicas, originam uma corrente eléctrica que penetra de maneira diferente no organismo, esta penetração sendo favorecida, pelo afastamento dos electrodos da pele.

Ainda, no estudo da selectividade das ondas curtas para os tecidos, se verificou que, o comprimento de onda óptima para a absorção da respectiva corrente seria: para o pulmão e osso, de 28 metros; para o fígado e cérebro de 16; para o músculo de 4 e para os nervos entre 4 e 8 metros. É, baseando-se nesta acção selectiva, que as casas construtoras dos respectivos aparelhos os fornecem hoje, dando já vários comprimentos de onda.

Natural se torna esperar que, da sua aplicação, se possam colher resultados terapêuticos e biológicos novos, dirigindo e concentrando essa acção, sobre uma determinada região anatómica.

Como já dissemos, a utilização das ondas curtas em terapêutica, teve por origem, os fenómenos observados nos indivíduos que trabalhavam longas horas com postos de muito alta frequência.

Consistiam esses fenómenos em cefaleia e perturbações subjectivas, quer de excitação com insónia, quer de sonolência, terminando num estado de fadiga que obrigava os indivíduos a interromperem o trabalho.

Estudados então os efeitos biológicos no homem, verificou-se o seguinte :

As ondas curtas produzem localmente uma sensação de aquecimento intenso, devido ao aumento da temperatura local dos tecidos, por absorção.

Produzem, ainda, uma grande dilatação das arteríolas, dos capilares e das veias, dando lugar a uma hiperemia activa, profunda e durável, acompanhada de hiperlinfia. Esta hiperemia é devida ao calor e a uma acção directa específica sobre o tonus da parede dos vasos. É este exagero da circulação sanguínea e linfática, escreve Fischgold, que nos explica porque actuam as ondas curtas sobre os tecidos inflamatórios crónicos, acelerando os fenómenos de reabsorção e, sobre os tecidos cicatriciais (aderências), melhorando as suas condições de nutrição. Explica também, a acção das ondas curtas sobre as glândulas de secreção interna que é, regra geral, de excitação do seu funcionamento.

Actuam sobre o metabolismo exagerando as trocas celulares, donde resulta um maior consumo de oxigénio e maior libertação de anidrido carbónico.

Tem uma acção calmante sobre os músculos e nervos, a qual não está em relação com a quantidade de calor produzida. Esta acção antálgica, dizem alguns, que parece menos nítida sobre as nevralgias essenciais que sobre as dores secundárias a estados crónicos, inflamatórios ou tóxicos. Não observámos estas diferenças nas ciáticas que tratámos.

A sua acção inibitória é sobretudo marcada nos músculos lisos e, principalmente, nos esfínteres, donde a sua utilidade nos espasmos viscerais e esfínterianos.

Tem ainda uma acção sedativa sobre o sistema vegetativo, ou melhor, as ondas curtas têm, sobre este sistema, como os farmacos, uma certa acção anfótropa, seguindo as regras enunciadas por Laignel-Lavastine, as quais resumem as acções farmacodinâmicas sobre o mesmo sistema vegetativo.

Este problema é de uma grande complexidade, na opinião de Pellegrino, porque, segundo aquelas regras, «os agentes físicos, como as substâncias farmacodinâmicas, actuarão diferentemente no mesmo individuo de um momento a outro»; porque as acções simpáticas e para-simpáticas, se manifestam em sentidos diferentes, segundo o órgão ou a função encaradas, em virtude da existência, não de um sistema simpático geral, mas de grupos simpáticos e para-simpáticos regionais.

Por outro lado, certas acções gerais da fisioterapia, resultam de uma acção primária sobre as glândulas de secreção interna, com uma acção secundária sobre o sistema nervoso vegetativo.

Este autor, no trabalho que publicou sobre o assunto e onde vêm citados os trabalhos sobre o simpático, dos portugueses, H. Monteiro, Rodrigues, Carvalho e Sousa Pereira, chega às seguintes conclusões: as ondas curtas, em dose fraca, possuem uma acção reguladora sobre o sistema vegetativo e, nos indivíduos normais, dão uma modificação dos reflexos para a simpaticotonia.

No sangue, aumentam o número de glóbulos brancos exaltando a fagocitose; aumentam e favorecem a formação de anticorpos e segundo Leroy e Leconte du Nouy, fazem baixar o pH, sendo por isso de aconselhar, cautela e prudência na sua aplicação em indivíduos com tendência para a acidose, principalmente na sua forma de aplicação generalizada.

Tem também uma acção anti-tóxica, pela sudação a que dá lugar a sua aplicação pois, mesmo quando esta é localizada, aquela pode ser abundante, devido ao exagêro da circulação sanguínea e ao transporte do calor a distância, pelo sangue. Este transporte é feito, sobretudo, pelos glóbulos, os quais têm um poder de absorção calorífica maior que o plasma.

De todas estas acções resulta também uma acção anti-microbiana, embora secundária, atenuando a virulência dos germes patogénicos e, auxiliando o organismo a defender-se deles, por exaltação dos seus meios de defesa.

As ondas curtas têm ainda, segundo Saidman, um efeito psíquico, dando aos doentes certo grau de euforia.

Pelo que diz respeito, mais particularmente, aos efeitos biológicos, da forma de aplicação generalizada das ondas curtas, observam-se os seguintes, segundo Perin, que transcrevemos:

«A temperatura central sobe até 41 e mesmo 42 graus; certos indivíduos, porém, não vão além de 38-38,5. Depois, em 3 a 4 horas, a temperatura volta ao normal.

Nos indivíduos normais a tensão arterial baixa: a máxima em 85 % dos casos, a mínima em 70 %. No intervalo das aplicações a tensão volta a subir.

Nos hipertensos produz-se sobretudo uma baixa da máxima, por vezes duradoura.

Nos hipotensos tem igualmente lugar esta baixa. É preciso notar que depois das sessões, se obtém por vezes oscilações supra-máximas que se podem confundir com uma subida da tensão máxima. Segundo Drouet, as ondas curtas teriam uma acção intensiva reguladora.

O índice oscilométrico aumenta e pode mesmo atingir o dobro. O peso do indivíduo diminui e o metabolismo basal aumenta.

O exame do sangue mostra:

Um aumento dos glóbulos vermelhos por unidade de volume, mas com um aumento comparável da concentração das proteínas do soro, de modo que o aumento é mais aparente que real.

Uma hipoleucocitose alguns minutos depois da irradiação devida, segundo Pflomm, a uma emigração nas paredes capilares, que é rapidamente substituída por uma hiperleucocitose máxima, nas duas ou três horas seguintes. Os neutrófilos e eosinófilos aumentam, os linfócitos e monócitos baixam.

A reacção de Wassermann torna-se muitas vezes negativa e a tensão venosa aumenta.

Do lado do rim, notamos diminuição do débito urinário e da constante d'Ambar; a ureia e o pH elevam-se ligeiramente.

No L. C. R. há baixa de albumina com descida ligeira de tensão.»

As propriedades e efeitos biológicos que acabamos de descrever, são as bases em que assenta, a aplicação terapêutica das ondas curtas.

Aplicação das ondas curtas

As ondas curtas podem substituir as ondas médias, em tôdas as suas aplicações médico-cirúrgicas. Assim, podem ter aplicações de Técnica Cirúrgica e aplicações propriamente médico-cirúrgicas.

Na Técnica Cirúrgica, podem usar-se para fazer a incisão ou secção de tecidos, isto é, em todos os casos em que o bisturi eléctrico está indicado e que são, hoje, em número mais reduzido, por vários inconvenientes que lhe têm sido apontados; podem usar-se para fazer coagulações e punções, sendo este último processo, segundo M. Artigue, um método de escolha para o tratamento estético dos furúnculos e dos grossos elementos de acne.

As aplicações médico-cirúrgicas, constituem o que vulgarmente se conhece pelo nome de Diatermia de Ondas Curtas, por opposição à Diatermia de Ondas Médias ou Diatermia Clássica e têm, ainda, duas modalidades: aplicações locais ou loco-regionais e aplicações generalizadas. Esta última forma, serve para obter a «febre artificial», na prática da piretoterapia sendo, por isso, conhecida pelo nome de Electropirexia.

Diatermia de ondas curtas em aplicação local ou loco-regional

Esta forma de aplicação das ondas curtas, pode ser usada nos mesmos casos em que é usada a diatermia de ondas médias, mas tem sobre esta, as seguintes vantagens:

- 1.º — Efeitos mais nitidos e mais eficazes.
- 2.º — Possibilidade de realizar o tratamento com os electrodos afastados da pele.

DEPOIS DA GRIPE...

O PESO AUMENTA!
tomando



COMPOSIÇÃO :

Suco de carne crua conc	250	grs
Oxihemoglobina	50	>
Glicerofosfato de cálcio	3	>
Glicerofosfato de sódio	3	>
Glicerofosfato de magnésio	1	>
Glicerofosfato de potássio	1	>
Glicerofosfato de quinina	0,5	>
Glicerofosfato de estrienina,	0,015	>
Veiculo glicerinado q. b. p ₃	1000	c.c.

Frasco 20\$00

PREPARAÇÃO DOS

LABORATORIOS JABA

Rua Actor Taborda, 5 - Lisboa N.

DELEGAÇÃO NO PORTO
Rua dos Caldeiros, 31

DEPÓSITO EM COIMBRA
Avenida Navarro, 53

SULFARSEÑOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO - TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Adaptando-se por consequência, a todos os casos.

TOXICIDADE Consideravelmente inferior à de todos os produtos similares.

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^o)

Depositários
exclusivos

TEIXEIRA LOPES & C.^a, L.^{da}

45, R. Santa Justa, 2.^o
LISBOA

PROMONTA

O melhor tónico para os nervos

Preparado orgânico tendo por base lipóides da substância do sistema nervoso central em combinação com a vitamina nervina e metabólica B₁ (Aneurina) e outros factores vitamínicos, bem como cálcio, ferro, albuminas e hidratos de carbono.

Fabrico da CHEMISCHE FABRIK PROMONTA G. m. b. H.
HAMBURGO — Unicos Representantes para Portugal e Colónias:

HERMANN BIENER L.^{da}

COIMBRA

EMBALAGENS DE ORIGEM

EM PÓ

Caixas de 100 e 250 grs.

EM PASTILHAS

Caixas com 54 pastilhas de 2 grs.

Aos mesmos preços de antes da guerra

- 3.º — Possibilidade de realizar o tratamento sem necessidade de despir os doentes.
- 4.º — Não havendo necessidade de colocar os electrodos em contacto com a pele, faz-se a profilaxia das queimaduras que, com as ondas curtas, praticamente não existem.
- 5.º — Facilidade de tratamento das crianças e individuos medrosos que, com a diatermia clássica, fazem freqüentemente queimaduras.
- 6.º — Possibilidade de usar intensidades maiores sem perigo, pois a distribuição da corrente eléctrica pelos tecidos faz-se de uma maneira mais regular.
- 7.º — Melhor penetração térmica, com fraco aquecimento das camadas superficiais e, acção eficaz, sobretudo, em profundidade.

Contra-indicações: Praticamente, nem a tuberculose, nem as cardiopatias descompensadas, nem a hipotensão arterial são contra-indicações absolutas ao tratamento local pelas ondas curtas.

Quanto aos perigos, também praticamente não existem, se houver o cuidado de afastar os objectos metálicos e aguçados do contacto com a pele; de afastar mais os electrodos nas regiões proeminentes e, principalmente, vigiando os doentes.

Pelo que diz respeito à dose, é determinada pela potência, duração e número das sessões. Afirma Fischgold, que a dose é uma coisa absolutamente clinica e subjectiva. São as informações fornecidas pelos doentes, as suas reacções e a prática, que nos orientam a êsse respeito. Pode dizer-se, quanto à temperatura, que enquanto a pele não acusar mais que uma elevação moderada da temperatura, os tecidos profundos estão em margem térmica tolerável.

A técnica de aplicação é variável de caso para caso. No entanto, convém frisar mais uma vez, que a aplicação de ondas curtas, não consiste apenas em colocar a região a tratar, entre os electrodos do aparelho, nem o successo do tratamento depende somente do aquecimento intenso. A forma do campo, a situação e tamanho relativo dos electrodos, a sua maior ou menor aproximação da pele, a duração das sessões, a intensidade, etc., são factores de decisiva influencia, no resultado do tratamento.

Assim, escreve Lièvre, com um ligeiro deslocamento de um dos electrodos pode observar-se, quer uma acção calmante, quer uma acção excitante e, um fracasso é, sete vezes em dez, o resultado de uma má técnica de aplicação.

Para caracterizar uma técnica, diz S. Schmidt, é preciso tomar em consideração os quatro factores principais seguintes:

- a) O comprimento de onda.
- b) As dimensões e a disposição dos electrodos.
- c) A dose.
- d) A sensibilidade individual dos doentes.

M.^{ms} Francillon-Lobre e Leroy, citados por Schmidt, concluem que o efeito fisiológico e portanto terapêutico das ondas curtas, depende inteiramente da técnica de aplicação e descrevem, para as aplicações ginecológicas,

as três técnicas seguintes, as quais se podem aplicar também nos outros casos :

- 1.º — Técnica térmica em que, como o nome indica, a acção procurada é a calorífica.
- 2.º — Técnica atérmica em que se procura, sobretudo, a acção analgésica.
- 3.º — Técnica de reacção que consiste na applicação de uma dose maciça durante um tempo muito curto.

Indicações: — Pelas suas propriedades físicas, pela sua acção vasodilatadora, pelo calor a que dá origem, pela sua acção sedativa sobre a dor e resolutiva sobre os processos inflamatórios, pelo seu poder de reabsorção sangüinea, etc., a diatermia de ondas curtas está indicada em numerosos casos.

Afecções abdominais: — Tratámos bastantes doentes com síndromas abdominais e tivemos ocasião de verificar os beneficios por elles obtidos, com o tratamento pelas ondas curtas.

Os doentes com periduodenites, perigastrites, de uma maneira geral, com peri-viscerites, os doentes com algias abdominais post-operatórias, possivelmente por aderências, melhoram muito e vêem desaparecer ou atenuar o seu sofrimento, com aquelas applicações. Estes doentes, em regra, quando o seu sofrimento se torna compatível com uma certa actividade, abandonam o tratamento antes que os beneficios sejam completos.

Nas hepatites, nas cirroses, gastrites e colites, na constipação espasmódica é de aconselhar a applicação das ondas curtas. Pela sua acção selectiva para o tecido hepático, tem nas afecções hepáticas uma das suas grandes indicações.

Há quem as aconselhe também e as use com resultado, nas úlceras gastro-duodenais, fora dos periodos hemorrágicos, durante o tratamento médico, pois, favorecem a cicatrização, dizendo alguns, que diminui também a acidez do suco gástrico.

Nos casos de apendicite crónica, têm ainda as ondas curtas a sua applicação. Grande número de doentes desta natureza que sofrem, quasi sempre, de um certo estado doloroso da fossa iliaca direita, com, por vezes, náuseas e vômitos, não vêem desaparecer o seu sofrimento depois de operados. Pelo contrario, em alguns, este sofrimento aumenta pelo traumatismo operatório.

Isto não succede, quando se faz preceder a operação, de um tratamento pelas ondas curtas, o que modifica, de certo modo, a reacção peri-apendicular e as aderências, que quasi sempre, existem nestes casos. Este tratamento prévio, modifica para melhor, as seqüelas operatórias locais e faz, até certo ponto, a profilaxia de novas aderências, principalmente, quando se repete o tratamento depois da operação. Quasi nunca os doentes se sujeitam a este tratamento demorado e, só, quando muito tempo depois o sofrimento se mantém é que se recordam dos conselhos do médico e resolvem segui-los. Nesta altura, quando as aderências já estão constituidas, o resul-

tado do tratamento é menos brilhante, mas sempre aproveitável. Com tudo isto, não queremos dizer que se cure a apendicite com as ondas curtas, pois, o seu tratamento racional é a apendicectomia.

As mulheres, têm nas ondas curtas, um alívio para os males que freqüentemente as atormentam. Muitas anexites que tanto as fazem sofrer, e que as levam, por vezes, à mesa de operações, são tratadas com bom resultado pelas ondas curtas. Bastantes mulheres devem a êste tratamento uma vida e estado funcional normais. Acresce ainda, a comodidade do tratamento que se faz com a doente vestida, raras vezes sendo preciso usar o electrodo vaginal ou rectal.

Nas doentes que tivemos ocasião de tratar, fizemos sempre a aplicação exterior de ondas curtas e podemos dizer que com bons resultados.

O mesmo afirmam Halphen e Auclair, os quais repudiando a utilização do electrodo vaginal, dizem que com a aplicação exterior de ondas curtas obtiveram resultados satisfatórios, em numerosas afecções ginecológicas, particularmente na insuficiência ovárica.

Porém, não tem a mesma opinião, H. Emeric e S. Schmidt, nos trabalhos que publicaram sobre as ondas curtas em ginecologia. Assim Emeric, diz que o método intra-vaginal se mostra superior à antiga técnica trans-abdominal. O mesmo sucede com Schmidt, quando afirma «as aplicações com electrodo intra-vaginal, segundo a técnica de Delherm dão excelentes resultados, superiores aos obtidos por simples irradiação local com electrodo a distância.

Dizem êstes autores que, em terapêutica ginecológica, as indicações das ondas curtas são de duas espécies:

a) Afecções inflamatórias.

b) Perturbações endócrinas atingindo o aparelho genital da mulher e o seu funcionamento.

Estão por isso indicadas: quando é preciso actuar sobre o elemento dor ou sobre massas anxiais ou ováricas, de natureza congestiva ou supurativa, assistindo-se, no último caso, à reabsorção rápida, quasi completa destas massas; nos casos sub-agudos ou crónicos de anexites, metrites com perimetrite e leucorreia abundante (esta leucorreia no início do tratamento pode sofrer um aumento passageiro); nas formas e surtos agudos destas afecções, devendo então proceder-se ao tratamento com cautela; nos casos de amenorreias, dismenorreias, infantilismo genital, etc.

É claro que a maior parte dêstes estados se tratam com aplicações locais outras, como as afecções gonocócicas e algumas perturbações endócrinas beneficiam mais com as aplicações generalizadas.

Afecções do aparelho cárdio-vascular: — A aplicação das ondas curtas nas afecções cardíacas, refere-se principalmente aos transtornos acompanhados de espasmos vasculares; em primeiro lugar a angina do peito e os espasmos das coronárias.

Quando se fazem irradiações sobre o coração, diz E. Raab, os doentes de angina do peito notam, muitas vezes, uma sensível diminuição dos sintomas de opressão; se o tratamento continua, diminui de maneira

notável o número e intensidade dos ataques. Electrocardiograficamente, estas melhoras podem apreciar-se por uma modificação favorável da onda T, até ao ponto de que esta se transforma de negativa em positiva. São raros os casos que não reagem em absoluto ao tratamento pelas ondas curtas; geralmente produz-se um relaxamento rápido e duradouro das artérias coronárias que se mantém durante muitos meses.

É também a opinião de P. Lièvre quando escreve «a angina do peito constitui uma das grandes indicações das ondas curtas e a forma mais influenciada, é a angina do peito de esforço, sem sinal aparente de insuficiência cardíaca. Com este tratamento, as crises de angor diminuem de intensidade e tornam-se mais espaçadas, sendo o benefício ainda maior quando associado ao tratamento habitual, o qual é imprescindível».

Usa-se quer a irradiação trans-mediastinal quer os dois electrodos colocados na face anterior do tórax.

Embora as ondas curtas tenham uma acção reguladora do tonus dos vasos, a sua utilização nas afecções vasculares fundamenta-se, sobretudo, no seu efeito vasodilatador e anti-espasmódico.

Assim, a endarterite obliterante, a claudicação intermitente, as doenças de Reynaud e Buerger, beneficiam com o tratamento pelas ondas curtas. Este benefício é tanto maior quanto maior fôr o papel que os espasmos vasculares desempenhem nesses estados e menor a acção desempenhada pelas alterações morfológicas.

Na gangrena por endarterite, afirma Raab, sob a influência da acção continuamente dilatadora e anti-espasmódica das ondas curtas, consegue-se muitas vezes, reduzir pouco a pouco o espasmo vascular em pleno desenvolvimento e vivificar os tecidos deficientemente alimentados; o tonus do simpático neutraliza-se produzindo-se uma espécie de simpatectomia conservadora.

Mas, continua o mesmo autor, uma condição *sine qua non*, para obter exitos curativos no tratamento, por ondas curtas, das doenças angio-espasmódicas, é uma dosificação bem feita. Nestas doenças deve actuar-se com quantidades mínimas de corrente de forma que o doente note apenas ligeira sensação de aquecimento na pele. A mais insignificante manifestação de dor durante a irradiação na parte submetida ao tratamento, é índice seguro de uma dose excessiva. Tudo isto, para evitar os fenómenos de sobre-aquecimento que se dariam em virtude de estar comprometida a circulação e, por isso, o calor produzido não poderia ser eliminado tão rapidamente como no indivíduo normal.

Quando este autor fala de gangrena, não quer dizer que ela se cure com as ondas curtas, mas que se pode evitar que a gangrena aumente e melhorar os estados vasculares que a ela conduzem.

Afecções articulares: — Se exceptuarmos as artrites tuberculosas, todas as outras tiram benefício das ondas curtas, sobretudo as artrites gonocócicas.

Na Clínica Urológica costumam associar as ondas curtas em aplicação local à piroterapia pelas vacinas, com bons resultados nas compli-

cações da blenorragia. Os americanos preferem nestes casos a Electro-pirexia.

Tanto se podem tratar as artrites agudas como as crónicas, variando apenas a técnica.

Tem também a sua indicação nos traumatismos das articulações. Com o aparelho com que trabalhávamos foram tratados, com bons resultados muitos jogadores da A. Académica, os quais durante os jogos, vulgarmente sofrem traumatismos articulares. Acerca destes, transcreveremos as conclusões a que chega Rostan na sua tese sobre «O tratamento das entorses e artrites pelas ondas curtas»:

- 1.º — As ondas curtas parecem possuir um poder de reabsorção sangüínea. Elas são vasodilatadoras e hipotensoras. Têm, além disso uma acção analgésica.
- 2.º — Dão excelentes resultados no tratamento das entorses. Actuam tanto mais depressa e mais completamente, quanto mais precocemente são applicadas. A tumefacção articular diminui rapidamente; a dor cede em algumas sessões e o doente fica curado dentro de 7 a 10 dias em média.
- 3.º — Esta acção constata-se tanto nas entorses simples como nas entorses com arrancamento ósseo.
- 4.º — As ondas curtas actuam igualmente nas artrites, das quais parecem ser a terapêutica de escolha.
- 5.º — Parecem ser igualmente o tratamento de escolha da rigidez articular, consecutiva à contenção dos membros por aparelhos gessados; as articulações *amolecem* rapidamente e sem dor da parte do doente.
- 6.º — Tôdas as contusões e hematomas beneficiam igualmente do tratamento pelas ondas curtas.

É sabido que nos traumatismos das articulações, se desencadeiam reflexos de ponto de partida ligamentar. Êstes reflexos fazem-se, por um lado sôbre os músculos estriados dando a contractura, por outro sôbre os músculos lisos dando um desequilíbrio vasomotor, maior no sentido da vaso-constricção, a qual se observa, em geral, imediatamente após o traumatismo articular. Esta vaso-constricção é, talvez, a origem do edema e da impotência funcional e, como pode estender-se a todo o membro, pode também ser a causa de perturbações tróficas, mais ou menos duradouras, como sejam a atrofia muscular, a hipotonia, o edema, a osteoporose, etc.

Ora, as ondas curtas, pela sua acção calorífica e específica, inibem esta vasoconstricção e, daí, a sua influência benéfica sôbre os traumatismos articulares.

Ainda, pela sua acção analgésica, fazendo desaparecer a dor da articulação traumatizada, favorecem a marcha com a qual se obtém uma massagem activa da articulação; é o princípio do método de Leriche o qual consiste em injectar um soluto anestésico nos ligamentos traumatizados.

Por último, devido quer à sua acção vasodilatadora, quer a outra acção qualquer que nos escapa, tem um certo poder de reabsorção sanguínea. Este poder é mais evidente nas lesões recentes, porque a reabsorção do sangue líquido é mais fácil que a de um coágulo ou, mesmo de uma lesão organizada com esclerose.

Na prática, diz Rostan, é nos 2 ou 3 primeiros dias após o acidente, que se deve fazer a aplicação das ondas curtas, para obter uma cura mais rápida e mais completa.

Nevralgias: — Quando não são a consequência de uma compressão ou susceptíveis de tratamento etiológico definido, as ondas curtas prestam incalculáveis benefícios. É nestes casos, porém, que é preciso ser cauteloso e ter prática do tratamento, pois, muitas vezes, as doses pequenas são as que prestam mais serviços e, uma dose mais forte, pode exagerar a dor.

Na ciática, temos aplicado as ondas curtas com óptimos resultados usando a seguinte técnica: primeiro aplicações transversais na origem do nervo; depois, mantendo ali um electrodo, colocamos o outro ao nível da coxa; por último, este segundo electrodo, é bifurcado de forma a dar dois que se colocam um na coxa e outro ao nível da perna.

Afecções musculares: — Nas mialgias, torticolis e lombagos, os resultados das ondas curtas são admiráveis. Posso falar por experiência própria. Sofri, durante muito tempo, de lumbago à esquerda, com contracções espasmódicas dos músculos lombares. Só quem sofreu alguma vez desta afecção, sabe o que é passar noites de insónia, por não encontrar na cama uma posição que alivie as dores, as quais são mais intensas de noite; sabe o que é, ser obrigado a suspender a marcha e ficar imóvel, porque uma contracção muscular, intensamente dolorosa, súbitamente nos vem flagelar. Sofri tudo isto e fiz todos os tratamentos que estão indicados nestes casos: tomei drogas, fiz fricções, diatermia clássica, infra-vermelhos, etc., e o lumbago persistia. Comecei a fazer ondas curtas e à sexta sessão o lumbago desapareceu. Fiz nesta altura uma série de 30 sessões, muitas de 30 minutos cada. A seguir fui às Termas de S. Pedro do Sul e, na volta fiz mais uma série de 15 sessões. Há dois anos não sofro de lumbago.

Supurações e inflamações: — O furúnculo tem nas ondas curtas uma terapêutica segura. Schliephake afirma que a tromboflebite, como complicação do furúnculo do lábio superior, não se observa se as ondas curtas são aplicadas a tempo. Elas evitam a supuração ou tornam a maturação mais rápida, conforme a altura em que se aplicam. No segundo caso pode, com elas, fazer-se a punção estética do furúnculo (M. Artigue).

O mesmo sucede com os abscessos e fleimões em início, os quais nunca supuram se são tratados na altura própria.

Nos abscessos dentários, costumamos usar o mesmo electrodo que serve para o tratamento dos furúnculos, com outro maior formando campo,

mas bastante afastado. É quasi, *grosso modo*, uma aplicação unipolar. Devemos dizer que não encontramos grande vantagem na aplicação unipolar em diatermia.

Os seus efeitos são ainda nitidos, no tratamento das sinusites, as quais, muitas vezes, dispensam a operação depois do tratamento, sendo noutras um bom acto preparatório para ela. A cefaleia de que, em regra, estes doentes sofrem, desaparece ao fim de poucas sessões, mas o seu tratamento para ser durável, necessita ser mais longo (às vezes algumas séries de 15 a 20 sessões com descanso intermédio). Também aqui podem ser tratadas as sinusites agudas e crónicas, variando apenas a dose, porém, com mais cuidado nas primeiras.

No tratamento das sinusites, costumamos usar também, dois electrodos de tamanhos desiguais e desigualmente afastados, applicando o de menor diâmetro próximo do seio respectivo.

Quanto às supurações pulmonares: dizem, lá fora, maravilhas deste tratamento, chegando a afirmar que os fracassos não vão além de 10%. É possível, mas o nosso optimismo não chega a tanto.

Tratámos três doentes portadores desta afecção.

Dois foram-nos enviados pelo Dr. Viana de Lemos, da enfermaria de 1.^a M. H. Tivemos de suspender o tratamento porque o seu estado se agravava dia a dia, quer como resultado do tratamento, quer pela própria evolução da doença. Pouco tempo depois faleciam. Verdade seja que estes doentes nos foram enviados, quando os recursos médicos estavam esgotados e, portanto, no período final da sua doença.

O terceiro doente era da enfermaria de 3.^a M. H. Também não obteve nenhum beneficio, mantendo-se estacionário o seu estado. Não temos, portanto, confiança na terapêutica das supurações pulmonares pelas ondas curtas. É possível, porém, que com doentes noutras condições e com um aparelho permitindo variar o comprimento de onda, se obtenham bons resultados.

Reumatismos:— Sôbre este assunto transcreveremos P. Lièvre: «Recentemente o Instituto Finsen de Copenhague, pôs *au point* uma técnica que dá excelentes resultados e que consiste, numa combinação de dois campos, um geral, outro regional, associados ao atofanil intra-venoso. A proporção dos sucessos obtidos por este método é extremamente interessante. Aplica-se aos reumatismos agudos, mesmo em período febril, aos reumatismos infecciosos, aos reumatismos deformantes e aos reumatismos vertebraes onde é possível observar radiologicamente paragem da evolução».

De facto, é grande o valor terapêutico das ondas curtas nos estados reumatismais, e, sobretudo, quando, em certos casos, associadas aos raios infra-vermelhos.

Alguns casos tratámos com proveito para os doentes.

Além dos casos a que atrás nos referimos e que podem ser incluídos no quadro geral dos reumatismos, são susceptíveis de beneficiar com as ondas curtas, excluindo os reumatismos tuberculosos, todos os reumatis-

mos crônicos a começar pelo gotoso onde, a aplicação local, favorece a dissolução dos depósitos de uratos e de ácido úrico.

Nos reumatismos, afirma A. Babin-Chevaye, obtém-se habitualmente melhoras nítidas sobre o elemento doloroso, bastante nítidas sobre o estado funcional, menos nítidas no estado anatómico.

As mesmas conclusões chega G. Duranceau quando diz «em aplicações locais no tratamento de certos reumatismos crônicos e, em particular, na artrite crônica da anca, elas dão, em geral nas primeiras sessões, resultados favoráveis que consistem em uma sedação dos fenómenos dolorosos com liberação relativa dos movimentos. Mas o controle radiográfico não mostra modificações apreciáveis das lesões ósteo-articulares».

Finalmente, as aplicações locais das ondas curtas, podem ser usadas no tratamento das fissuras anais onde favorecem a cicatrização, nas frieiras, nas úlceras varicosas, nas peladas, na hemiplegia por angio-espasmo, nas seqüelas da poliomielite e, ainda, nos casos de insuficiência endócrina, estimulando ou regulando o funcionamento da glândula ou glândulas em causa.

Algumas observações

J. L. J., de 28 anos, empregado do Hospital.

Depois de uma febre tifóide, ficou sempre com dores abdominais ao longo do cólon ascendente e na região vesicular. Ligeira congestão hepática.

Radiografias: fenómenos de colite e colecistite.

Fêz vários tratamentos sem resultado, sendo por fim aconselhado a fazer ondas curtas.

Um electrodo, umas vezes na região vesicular, outras mais abaixo, ao longo do cólon ascendente; outro electrodo maior e mais afastado da pele, na parte posterior.

Fêz 25 aplicações, começando por 5 minutos e aumentando 5 em cada dia, até 25 minutos.

O sofrimento de que era portador desapareceu e, hoje, sente-se bem. Apenas de tempos a tempos, uma leve dor, mas passageira, lhe vem recordar o sofrimento antigo. É de aconselhar mais algumas aplicações.

F. S. A., empregado do Hospital.

Tensão dolorosa na região hepática. Má disposição geral. Leucopenia com linfocitose.

Tratamento pelas ondas curtas por várias vezes; 15 a 20 aplicações de cada vez.

Diz o doente que se sente muito bem durante o tratamento e, depois, durante algum tempo; o seu sofrimento, porém, volta embora mais atenuado.

A. G. F., médico.

Fleimão em início na coxa esquerda: linfangite, rubor, tumefacção e dor.

Fêz três aplicações de ondas curtas de 20 minutos cada.

Desaparecimento completo, da sintomatologia apresentada.

Novidade!

O anti-espasmódico e analgésico

Dolantina

reune em si propriedades anti-espasmódicas excelentes e uma forte componente analgésica de caracter semelhante ao da morfina sendo ao mesmo tempo muito bem tolerado pelo organismo

A **DOLANTINA** substitue em grande escala a atropina e os alcaloides do ópio

A **DOLANTINA** não possui efeito narcotizante

A **DOLANTINA** é administravel por via oral ou parentérica

A **DOLANTINA** está indicada em: espasmos da musculatura lisa, cólicas e nos estados dolorosos mais diversos mesmo nos de maior gravidade

Comprimidos: tubo com 20 comp. de 0,025 gr.

Soluto: caixa com 5 ampolas de 2 cc.



» *Bayer* «
LEVERKUSEN

Representante:

BAYER, LIMITADA
Largo do Barão de Quintela 11,2º LISBOA

Pervitin

Analéptico central com acção prolongada sôbre a circulação



Hipotonia e suas conseqüências. Tendência para estados de vertigem e de síncope. Estados de esgotamento depois de operações e no decurso de doenças infecciosas. Analéptico respiratório e medicamento excitante a empregar depois de anestésias e de intoxicações.



TEMMLER - WERKE - BERLIN - JOHANNISTHAL

Representante para Portugal:

Alfredo Cavalheiro, L.^{da}, Rua de Entre-Campos, n.º 5, LISBOA

C. S. A., de 18 anos, filha de um empregado do Hospital.

Cefaleia constante com rinorreia intermitente, por sinusite maxilar esquerda diagnosticada radiologicamente.

Vacinas e inalações.

Fêz 4 séries de 25 sessões de ondas curtas, com descanso entre cada série.

Hoje encontra-se completamente bem.

M. H. G., espôsa de um colega.

Abcesso dentário.

Cinco sessões de ondas curtas foram suficientes para evitar a incisão.

C. A. S., mãe de um colega.

Dores no ombro e braço esquerdo, acompanhadas de impotência funcional, com limitação dos movimentos de extensão e abdução do braço, que eram dolorosos.

Ondas curtas com um electrodo posterior e outro anterior que se colocava, umas vezes no ombro, outras no braço e outras no antebraço.

Três séries de 30 sessões cada, separadas por alguns meses de descanso. Vitamina B₁.

Logo com a 1.^a série os movimentos se tornaram menos dolorosos e mais extensos. As melhoras foram lentas mas hoje está relativamente bem.

Dr. F. G., médico.

Abcesso dentário em formação.

Três sessões de ondas curtas foram suficientes para o desaparecimento completo.

Outros casos podíamos apresentar com bom resultado, de ginecologia, oto-rino, etc., mas faltam-nos as histórias clínicas por se tratar de um serviço provisório.

A história clínica seguinte é uma observação de *P. Perrin*:

G., 48 anos. Lumbago há 4 anos que há 3 meses o impede de exercer a sua profissão de electricista.

Tratamento médico por pontas de fogo, analgésicos e injeções intramusculares à esquerda, sem resultado duradouro.

Electrodos lombar e abdominal para ondas curtas locais; 4.000 mili. À 4.^a sessão o doente pode curvar-se e à 8.^a não sente mais nada.

Duração do tratamento: 3 semanas.

Ainda esta observação de *P. Lièvre*:

M. M. D., 51 anos. Sofre de angina do peito há 2 anos, com crises agudas ao menor esforço. Ausência de sinais à auscultação.

Quando nos consultou, as crises eram quasi diárias ao menor deslocamento. O doente trata-se com trinitrina.

Tratamento: Uma sessão de meia hora todos os dias durante 12 dias. Depois de 8 sessões, as crises desapareceram, o doente marcha sem inconveniente e pode retomar a sua profissão.

Visto todos os meses, este estado mantém-se há 8 meses apenas com algumas crises muito ligeiras, com intervalos de várias semanas.

Diatermia de ondas curtas em aplicações generalizadas ou Electropirexia

Não temos prática desta forma de aplicação, por não possuímos dispositivo apropriado para a realizar. O que vamos escrever é o resumo ligeiro da leitura que fizemos sobre o assunto.

Como sabemos, a piretoterapia é uma das armas da terapêutica moderna e usada em vários estados mórbidos.

Charles Richet, citado na tese de Lièvre, considera duas espécies de piretoterapia: activa e passiva.

Na piretoterapia activa, a febre, que constitui o elemento terapêutico procurado, é secundária à administração de um agente de choque (essência de terebintina no abcesso de fixação, vacinas diversas, hematozoário, etc.). Este agente, vai actuar por intermédio dos centros termogénicos do organismo, se é que actua pela temperatura produzida; caso contrário, não se trataria de uma piretoterapia verdadeira, mas sim de uma acção específica do agente introduzido no organismo.

Na piretoterapia passiva, a febre, é primitiva, isto é, vai de fora, não havendo necessidade da intervenção dos centros termogénicos; fornece-se ao organismo o calor suficiente para que a temperatura dos seus tecidos se eleve.

A esta última pertence a piretoterapia eléctrica, estudada pelos americanos, depois do melhor conhecimento das ondas curtas, e últimamente, por Halphen e Auclair, em França.

O aparecimento da piretoterapia eléctrica, escreve Lièvre, trouxe ao método da piretoterapia, uma potência de acção, uma diversidade de indicações e uma inocuidade tais, que parece constituir actualmente, a terapêutica de escolha de um grande número de doenças.

Com efeito, continua o mesmo autor, é indiscutível que a piretoterapia eléctrica ou melhor a electropirexia pelas ondas curtas, acrescenta ao efeito térmico diversas acções específicas.

A estas últimas são, provavelmente, devidas as exaltações consideráveis dos efeitos de certos medicamentos, observados na Electropirexia associada que é, sem contestação, o método do futuro.

De facto, todos os autores chegam à conclusão de que «dos processos pirogénicos, o das ondas curtas, parece ser aquêle que, pela sua regularidade e modo de acção e pela possibilidade de regular a temperatura atingida, dá resultados mais constantes».

As ondas curtas são um hipertermisante periférico por acção directa sobre os tecidos, não têm nenhuma acção sobre os centros termo-reguladores. O aumento da temperatura, faz-se por absorção das calorias fornecidas, sendo necessário dispositivos apropriados para que o ocalor fornecido seja superior à quantidade perdida por irradiação e sob o efeito dos centros termo-reguladores.

Este modo de acção da Electropirexia, permite terminar com o tratamento em qualquer altura da sessão e, regular a dose em relação ao caso

a tratar, o que não acontece com os outros processos os quais, além disso, tem como origem a introdução no organismo, de um tóxico suplementar.

Hegedus Emeric diz que, êste processo de piretoterapia, constitui o método mais seguro, o mais maneável e o mais rápido; a duração dos acessos febris dependendo unicamente do médico.

A electropirexia pode realizar-se nos albuminúricos e nos hepáticos e ser feita, com vantagem, simultâneamente com qualquer terapêutica medicamentosa, cuja acção reforçam; isto não pode fazer-se, por exemplo, com a malariaterapia.

Quanto ao modo de executar a electropirexia pelas ondas curtas, há dispositivos especiais para isso; é necessário porém, vigiar cuidadosamente os doentes, e as suas reacções.

Pelo que diz respeito aos efeitos biológicos desta forma de aplicação, já atrás nos referimos a êles.

Contra-indicações: — Tuberculose, afecções cardíacas descompensadas, hipotensão.

Indicações: — A Electropirexia por ondas curtas, tem sido experimentada em numerosos estados mórbidos, mas os seus efeitos incontestáveis foram verificados nos seguintes:

Gonococcias — Foram, sobretudo, os americanos que mais se dedicaram ao tratamento da blenorragia pela «febre artificial».

Submetiam os seus doentes a uma temperatura de 41° durante 5 horas por sessão, a qual realizavam de 3 em 3 dias. Depois chegaram a curar uma uretrite gonocócica em 12 horas o que representa um tratamento muito enérgico.

Lièvre usa a seguinte técnica: Aplicação de 3 a 4 sessões de 5 horas, de 2 em 2 dias. A temperatura geral sobe, assim, a 40° e a temperatura pélvica é levada às proximidades de 42°, por um dispositivo especial de irradiação suplementar; por vezes, dá no início da sessão, 0,5 a 1 c.c. de Dmelcos, o que favorece a subida da temperatura. Trata assim, tanto a blenorragia masculina como a feminina e, tratando dêste modo, as metro-anexites blenorragicas, evita, segundo afirma, a esterilidade que quasi sempre delas resulta e cura-a em alguns casos, quando é também a consequência das mesmas.

Os autores que se têm dedicado a êste assunto, dizem que as curas são mais rápidas e em maior percentagem que com qualquer outro método.

A electropirexia, diz Lièvre, dá nos estados blenorragicos, uma diminuição de 60% na duração do tratamento e, um aumento de 40% de curas sobre os métodos clássicos.

Não sei, no entanto, se depois dos óptimos resultados obtidos com as Sulfamidás, valerá a pena submeter os doentes a temperaturas tão elevadas.

Nas complicações da blenorragia, tais como as epididimites, as prostatites, as vesiculites e as artrites é que as ondas curtas são vantajosas e dão resultados superiores aos outros métodos.

Já nos referimos à técnica seguida na Clínica Urológica do Hospital: aplicações locais de ondas curtas associadas ao Dmelcos ou Neo-dmagon.

Sifilis Nervosa — A electropirexia pelas ondas curtas tem dado a diversos autores, resultados animadores em diferentes formas de sifilis nervosa, sobretudo quando associada ao tratamento específico.

Na paralisia geral, melhora o síndrome psíquico e o estado geral; na tabes tem dado bons resultados nas dores fulgurantes e crises viscerais.

Afecções nervosas diversas — Tem sido experimentada em diversas afecções nervosas com resultados que parece não serem para desprezar, sobretudo na esclerose em placas, nos síndromas parkinsonianos, na poliomielite, na hemiplegia por angioespasmo, etc.

Finalmente os seus resultados têm sido interessantes, em diversas formas de reumatismo, na asma, na obesidade, na hipertensão arterial, e em várias perturbações endocrinianas (amenorreias, dismenorreias, infantilismo uterino, ectopia testicular, síndrome adiposo-genital, etc.). Nestas últimas, sobretudo, quando o tratamento seja feito até à altura da puberdade.

CONCLUSÕES

Do que acabamos de expor e como resultado da nossa própria observação, podemos fazer as seguintes considerações:

- 1.º — Os efeitos terapêuticos obtidos com a aplicação das ondas curtas, são devidos a uma acção calorífica e a uma acção específica; estas duas acções somam-se e completam-se nos seus efeitos, não podem separar-se.
- 2.º — A diatermia de ondas curtas, pode fazer-se em aplicações locais ou aplicações gerais.
- 3.º — A diatermia de ondas curtas, pode aplicar-se em todos os casos em que se aplica a diatermia clássica e tem sobre esta uma grande superioridade de acção.
- 4.º — Entre as vantagens sobre a diatermia clássica podemos citar, como principais, as seguintes: comodidade de aplicação; em igualdade de circunstâncias, efeitos mais nítidos; aquecimento mais profundo e mais homogêneo dos tecidos; ausência de queimaduras; facilidade de aplicação em casos em que a diatermia clássica não pode ser aplicada ou é perigosa; facilidade de realizar a piroterapia, etc.
- 5.º — As ondas curtas permitem tratar electivamente os tecidos fazendo variar o comprimento de onda.
- 6.º — Obtivemos excelentes resultados com as ondas curtas, no tratamento de fleimões e abscessos em início, nas sinusites, peri-viscerites, ciáticas, reumatismos, dores post-operatórias, metroanexites, lombagos, traumatismos articulares, etc.
- 7.º — Podem obter-se resultados favoráveis nos espasmos vasculares, angina do peito, claudicação intermitente, distonias vegetativas,

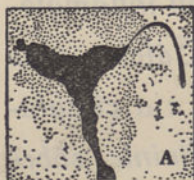
Schering

Provas definitivas da eficácia do

Progynon e Proluton

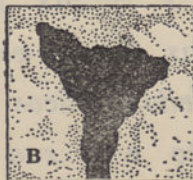
- a provocação de menstruações em mulheres castradas
- o crescimento do útero representado no desenho

Efeito do Progynon B oleoso sôbre o útero duma mulher de 36 anos amenorreica



A. útero hipoplásico

B. o mesmo útero depois de 3 semanas de tratamento com Progynon B oleoso (num total de 500.000 U. B. I.)



O que em vão se tinha esperado da organoterápia foi conseguido com esta hormonoterápia

Embalagens originais:

PROGYNON

Frasco com 15 drageas de 1.000 U. I.
" " 30 " " 1.000 "
" " 60 " " 1.000 "

PROGYNON FORTE

Frasco com 15 drageas de 10.000 U. I.

PROLUTON

Caixa com 3 amp. de 1 c.c. de 2 mgr.
Caixa com 3 amp. de 1 c.c. de 5 mgr.
Caixa com 3 amp. de 1 c.c. de 10 mgr.

PROGYNON B OLEOSO

Caixa com 3 ampolas de 1 c.c. de 10.000 U. B. I.

PROGYNON B OLEOSO FORTE

Caixa com 1 ampola de 1 c.c. de 50.000 U. B. I.
" " 5 ampolas " " " 50.000 U. B. I.

*Eficácia
significativa
economia*

SCHERING S. A. PORTUGUESA, Apartado 279, LISBOA

CALGLUQUINE

(Quinine - Calcium - Sandoz)

Reune:

1.º — *As propriedades anti-infecciosas, febrífugas, anti-nevrálgicas e a acção uterotropa do quinino.*

2.º — *As propriedades anti-inflamatórias e anti-exsudativas do Cálcio, seus efeitos tónicos sôbre o coração e a circulação e a sua acção reconstituente sôbre o estado geral.*



Empôlas de 10, 5 e 2 c.c.



: Amostras e literatura à diiposição do Corpo Médico :

SANDOZ S. A. - Bâle (Suissa)

asma, várias afecções nervosas principalmente de etiologia sifilítica, perturbações endocrinianas, etc.

- 8.º — A melhor forma de realizar a piretoterapia, é ainda, com as ondas curtas, pois apresentam sôbre os outros processos, as vantagens seguintes: possibilidade de terminar com o tratamento em qualquer altura da sessão; possibilidade de regular a temperatura atingida; possibilidade de a realizar conjuntamente com qualquer outra terapêutica medicamentosa, cuja acção reforça, etc.
- 9.º — Para que todos estes efeitos terapêuticos possam ser obtidos, é necessário que a sua aplicação seja correcta; só quem possua prática da sua aplicação, que saiba variar a dose e adaptá-la ao caso a tratar, é capaz de obter das ondas curtas, todo o benefício terapêutico que, actualmente, elas podem dar.

BIBLIOGRAFIA

- AIMÉ (M) — *Traitement de la constipation par les ondes courtes.* — IV Cong. Int. de Rad — «Presse Médicale», n.º 85, 1934.
- ANDRÉ BABIN-CHEVAYE — *Les ondes Hertziennes courtes. Leur utilisation.* — Tese de Paris, 1933.
- ANDRÉ PELLEGRINO — *Étude de l'action des ondes courtes sur le Système Vago-Sympatique* — Tese de Bordéus, 1936.
- AUCLAIR et HALPHEN — *Quatre années d'application thérapeutique des ondes courtes* — IV Cong. Int. de Rad. — «Presse Médicale», n.º 85, 1934.
- CHARLES BARDOU — *Ondes Electromagnétiques en Médecine. La D'Arsonvalisation* — Tese de Paris, 1939.
- DAUSSET (H.) — *O que sabemos actualmente da acção terapêutica das ondas curtas.* — «Rev. Fisioterapia», n.º 19, 1934.
- *A terapêutica pela D'Arsonvalisation de ondas curtas.* — «Fisioterapia», n.º 23, 1935.
- DAUSSET, FÉRIER et SIMARD — *Influences des ondes courtes sur les système endocrinien.* — IV Cong. Int. de Rad. — «Presse Médicale», n.º 85, 1934.
- DELHERM et LAQUERRIÈRE — *Traité D' Electro-Radio-Thérapie.* — 1942.
- DELHERM et M.^{ME} FAINSILBER — *Les ondes courtes en application intra-vaginale et intra-rectale* — «Presse Médicale», n.º 38, 1934.
- DUFLOT (D.) — *As vantagens teóricas e práticas das ondas curtas de 6 metros* — «Fisioterapia», n.º 28, 1936.
- ÉMILE HERZFELD — *La D'Arsonvalisation par Ondes Courtes dans certains Syndromes Circulatoires.* — Tese de Paris, 1934.
- ERNEST RAAB — *Indicaciones especiales para la terapêutica de Ondas Cortas.* «Rev. Medica Germano-Ibero-Americana», n.ºs 5 e 6, 1938.
- ERWIN SCHLIEPAKE — *La terapêutica por las ondas ultracortas de Hertz.* — «Rev. Medica Germano-Ibero-Americana», n.º 12, 1933.
- FRANCISCO FORMIGAL LUZES — *As ondas curtas em terapêutica, indicações e contra-indicações.* — «Lisboa Médica», n.º 3, 1934.
- *Algumas considerações sôbre o emprêgo dos agentes físicos no tratamento dos Acidentes do Trabalho.*
- GEORGES DURANCEAU — *Les Ondes Hertziennes Courtes en Applications Locales dans le Traitement de Certains Rheumatismes Chroniques et en particulier das le Traitement et l'Arthrite de la Hanche.* — Tese de Lion, 1933.
- GIROUX et DAUSSET — *Traitement de l'angine de poitrine par les ondes courtes.* — «Presse Médicale», n.º 5, 1934.
- HEGEDUS EMERIC — *Les Ondes Hrtziennes Courtes et leurs applications en Gynecologie.* — Tese de Paris, 1935.

- ISRAEL SILBERMANN — *Quelques considérations sur les Ondes Electriques courtes en thérapeutique.* — Tese de Paris, 1934.
- JEAN ROSTAN — *Du traitement des entorses et arthrites traumatiques par les ondes courtes.* — Tese de Marselha, 1936.
- JEAN HENRI SARTOU — *Sur Quelques Cas de Pelade Rebelle traités par des Bains Généraux D'Ondes Courtes.* — Tese de Bordéus, 1937.
- LEROY (M.) — *Comprimento de onda e duração de irradiação com as ondas curtas.* — «Fisioterapia», n.º 26, 1936.
- LOPES DE ANDRADE — *O tratamento pelas ondas curtas nas doenças do aparelho ocular.* — «Soc. Portuguesa de Oftalmologia T. II, 1940».
- L. BINET, M. LAUDAT et J. AUCLAIR — *L'Hyperthermie provoquée par les ondes courtes (Réactions biochimiques).* — «Iresse Médicale», n.º 95, 1934.
- MANOUTCHÉRIAN FERREYDOUM — *L'influence de ondes courtes sur l'élimination de l'iode.* — Tese de Paris, 1938.
- MARCEL PAHMER — *Contribution à l'étude de l'équilibre vasculo-sanguin et de la sensibilité cutanée à la tuberculine au cours de la fièvre artificielle par ondes courtes.* — Tese de Paris, 1937.
- MAURICE ARTIGUR — *Les ondes Hertziennes Ultra-courtes.* — Tese d'Alger, 1937.
- MEYER (JEAN) — *As ondas curtas em Viena.* — «Fisioterapia», n.º 26, 1936.
- PIERRE LIÈVRE — *Les indications thérapeutiques de la D'Arsonvalisation a ondes courtes.* — Tese de Paris, 1939.
- P. PIERRE PERIN — *Les ondes courtes.* — Tese de Bordéus, 1934.
- SAIDMAN (JEAN) et MEYER (JEAN) — *Les ondes courtes en thérapeutique.* — 1941.
- SAIDMAN (M.) — *A propos des ondes courtes: quelques indications et quelques techniques* — «Soc. Franc. d'Electrotherapie et de Radiologie».
- SCHLIEPHAKE — *Thérapeutique par les ondes courtes.* — IV Cong. Int. de Rad. — «Presse Médicale», n.º 85, 1934.
- SINSCHON SCHMIDT — *Les Ondes Hertziennes Courtes en Gynecologie.* — Tese de Paris, 1937.



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdades de Medicina

De Coimbra — Concluiu no dia 11 de Dezembro as provas do seu doutoramento na Faculdade de Medicina, o sr. dr. António de Matos Beja, que foi admitido por unanimidade.

A primeira prova constou da defesa da dissertação — «A conservação dos ovários na histerectomia» em que argumentou o sr. Prof. dr. Álvaro de Matos.

No último dia defendeu as teses — «Histeria é uma nevrose cujas manifestações podem ser provocadas pela sugestão, a emoção ou um *recalcamento* e que surge predominantemente em indivíduos preparados por um factor constitucional» e «Há relações tão estreitas entre a tuberculose e a linfogranulomatose maligna que podemos afirmar a etiologia tuberculosa desta afecção», em que argumentaram, respectivamente, os srs. Professores drs. Elísio de Moura e Lúcio de Almeida.

De Lisboa — No concurso para professor catedrático de Propedéutica Médica, foram aprovados em mérito absoluto os três candidatos, srs. drs. Fernando da Fonseca, Cascão de Anciães e Mário Moreira, cujas lições versaram, respectivamente, sobre «Formas exocitrocíticas da malária», «Aspectos semióticos funcionais da dinâmica cardíaca» e «Insuficiência respiratória».

Para a regência da cadeira foi escolhido o sr. dr. Fernando da Fonseca. — Foram reconduzidos no exercício das suas funções de segundos assistentes, os srs. drs. D. Berta de Jesus Morais, Ermindo Augusto Alvarez, António Morais David, Mário Jerónimo Caetano Lunatiliano Cordeiro, Manuel de Sousa Aguiar, Américo José de Assunção, Vasco Artur da Torre do Vale de Lacerda, José Ferreira de Almeida, Alberto Pereira de Carvalho, Lídia Castro Loureiro Manso Preto, Joaquim Inácio da Gama Imaginário.

Várias notas

Foram apurados em mérito relativo, pela seguinte ordem, nos concursos para internos do internato geral dos Hospitais Cívicos de Lisboa, os srs. drs. Artur Ernesto Moniz, Sérgio Fernando Sabino Ferreira, Fernando de Figueiredo Salgueiro Régo, José Macedo de Borja Araújo, José Jacinto Coelho Puga, José Nunes Lopes Saraiva, Francisco Raposo de Sousa, Rui Gomes de Oliveira, Eugénio das

Livros médicos à venda na

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

ÚLTIMAS NOVIDADES:

BACON — <i>Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del Ano, Recto e Colon Sigmoides.</i> 1 vol., 904 págs. con 507 figs., encadernado	300\$00
BÁGUENA — <i>Medicina interna de urgência. Vol. I Paroxismos cardio-respiratórios.</i> 1 vol. encad. 409 págs., (E. C. M.)	90\$00
BURMAN — <i>Enfermedades de la nariz y de la garganta.</i> 1 vol., 730 págs., con 480 ilustraciones, encadernado. (L)	264\$00
CURTIS — <i>Ginecologia.</i> Primera edición española traducida de la tercera edición inglesa. 1 vol. encad. 585 pág. y 318 figs.	390\$00
DIHINX — <i>Mal de Pott.</i> 1 vol., 206 págs., 134 fig.	85\$00
ESTAPÉ — <i>Lo angina de pecho.</i> 1 vol., 244 págs., 105 figs. (S)	85\$00
LLORCA — <i>La transfusión de sangre.</i> 1 vol., 275 págs., 95 figs. (E.C.M.)	90\$00
MARTORELL — <i>Tromboflebitis de los miembros inferiores.</i> 1 vol., 211 pág., 89 figs. (S)	110\$00
PRIETO — <i>Dermatologia y Venereologia.</i> Tomo I. 1 vol. encad. 619 págs., 331 figs.	350\$00
STOHR — <i>Tratado de Histologia y Anatomia microscopica del Hombre.</i> 1 vol. encad., ilustrado con 496 figs. muchas de ellas en em colores (S)	400\$00
TUBIÁ — <i>Biologia General.</i> 1 vol., 302 págs., seis láminas y 323 grabados. (B)	120\$00
WEIBEL — <i>Obstetricia y Ginecologia prácticas. Tómo I, Obstetricia</i> 1 vol 583 págs., con 849 figs., en parte multicolores, en el texto, y 16 laminas. (M)	255\$00

Livros médicos à venda na

Livraria Moura Marques & Filho

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

ÚLTIMAS NOVIDADES:

ARTEAGA — <i>Prevención y cura práctica de las enfermedades de los niños. Consejos de un medico para criar sanos y fuertes a cuestros hijos.</i> 1 vol., 360 págs. (J. M.)	50\$00
AZOY — <i>Amigdalectomia.</i> 1 vol. 182 págs., 37 figs., (M. S.)	54\$00
BECK — <i>Clinica Obstetrica,</i> tradução da 2. ^a edição americana. 1 vol., 868 págs., com 1050 ilustrações, encad. (I. P.)	425\$00
CURTMAN — <i>Análisis químico cualitativo.</i> 1 vol., 572 pág., 27figs., encad. (M. S.)	150\$00
GARCIA — <i>Compendio de Psiquiatria</i> 1 vol., 508 págs., encad. (C. L.)	200\$00
GIJÓN — <i>Métodos biológicos de valoración de hormonas, vitaminas y drogas.</i> 1 vol., 207 págs., 30 figs. (C)	120\$00
G. MARAÑÓN — <i>Manual de Diagnóstico Etiológico.</i> 1 vol., 155 págs., encad. (E. C.)	330\$00
HOCHEIN — <i>Enfermedades Reumáticas. Su origen y tratamiento.</i> 1 vol., 256 págs., 68 figs. (C)	90\$00
LAMBRY et SOULIE — <i>Les maladies des Coronaires. L'Infarctus du myocarde. L'Insuffisance Coronarienne.</i> 1 vol., 432 págs., 144 figs. (M) Frs.	200,00
LARREGLA — <i>Los conocimientos de Bioquímica indispensables al médico.</i> 1 vol., 293 págs., encad. (M. S.)	135\$00
LEY GRACIA — <i>Epilepsias Postraumáticas. (Tratamiento quirurgico).</i> 1 vol., 106 pág., 77 figs. (E. C. M.)	70\$00
MARTINEZ — <i>Difteria (Epidemiologia, inmunidad, profilaxis).</i> Con un prologo del Prof. JIMENEZ DIAS. 1 vol., 270 págs. (E. G. E.)	75\$00
MATEOS LÓPEZ — <i>Mama Sangrante.</i> Estudio de los afecciones de la mama que dan lugar a hemorragias por el pezón. 1 vol., 154 págs., 52 figs. (E. A.)	60\$00
PEYRI y CASTELLS — <i>Dermatologia.</i> 1 vol., 506 págs., con 71 láminas fuera de texto, encad. (S. M.)	225\$00
R. M. LE COMTE — <i>Manual de Urologia.</i> 1 vol., 320 págs. (S)	100\$00
STRANSKY — <i>Manual de Pediatria.</i> 1 vol., 442 págs. (S)	100\$00
WOLF — <i>Endocrinologia en la práctica moderna.</i> 1 vol., 1253 pág., 176 figs., encad. (S)	470\$00
YOUMANS — <i>Deficiencias nutritivas. Diagnostico y tratamiento.</i> 1 vol., 356 págs. ilustrado con 16 grabados, encad. (S)	175\$00
ZAMARRIÑO — <i>Guia de la Madre y de la Enfermera para el cuidado del niño sano y enfermo. Lecciones de Puericultura y Pediatria.</i> 1 vol., 299 págs., 49 figs. (Ag.)	100\$00