



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

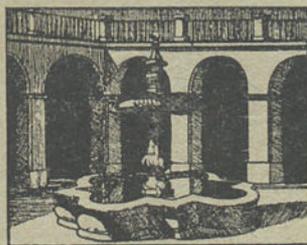
*Custódio Cabeça, Belo Moraes, Egas Moniz,
Pulido Valente, Adelino Padesca, António Flores,
Henrique Parreira*

SECRETARIO DA REDACÇÃO

A. Almeida Dias

REDACTORES

*Vasco Palmeirim, Moraes David, Fernando Fonseca,
António de Menezes e Eduardo Coelho*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

FLUOTHYMINA

Com base de Fluorofórmio e Thymina

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

COQUELUCHE E TOSSE REBELDE

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colónias

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — R. Nova da Trindade, 9, 1.^o — LISBOA

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

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

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

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

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

3, Boulevard St-Martin Paris — PHARMACIAS.

CARNE LIQUIDA

— do Dr. Valdés Garcia de Montevideo —
TONICO RECONSTITUINTE DE
— **GRANDE PODER NUTRITIVO**

Contem mais de 19% de verdadeira peptona de carne.

— **INDICAÇÕES:** Anemia, Debilidade geral, Afecções nervosas, Tuberculoses e convalescenças —

Pedir amostras e literatura nos Depositarios para Portugal e Colónias:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a

Rua Nova da Trindade, 9-1.^o — LISBOA

Sala 8

Est. 9

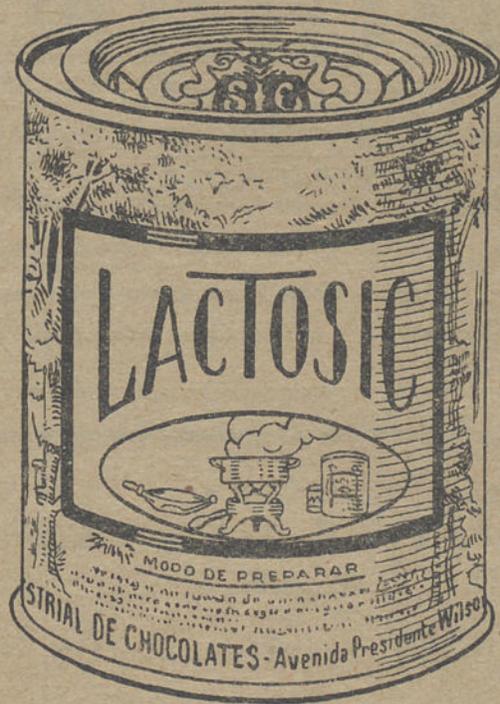
Tab. 1

N.^o 43

LISBOA MÉDICA

LACTOSIC

O MELHOR ALIMENTO



PARA

CREANÇAS VELHOS

DOENTES

Sociedade Industrial de Chocolates SIC

Av. Presidente Wilson, 6 — LISBOA

LISBOA MÉDICA

COMBINAÇÃO IODO-PEPTONADA
GOTTAS, INJECTAVEL

I O D O N E

"ROBIN"

Arteriosclerose, Affecções cardiacas,
Obesidade, Rheumatismo, Syphilis

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

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

N.º 832
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias

GIMENEZ-SALINAS & C.^A-R. Nova da Trindade, 9, 1.^o-LISBOA

DAVITA, L.^{DA}

RUA EUGÉNIO DOS SANTOS, 81, 1.^o

Ampolas, Esterilisações

: : Análises clínicas : :

: Produtos químicos :

ALIMENTOS
E ESPECIALIDADES

ALLENBURYS

DE REPUTAÇÃO MUNDIAL

ALIMENTOS LÁCTEOS, qualidades adaptadas às idades.
BIBERONS, do melhor modelo, bico e válvula trans-
parentes.

BISCOITOS, para o desmame e dentição.

CARNE LÍQUIDA, fortificante concentrado.

DIET, para doentes, dispepticos e velhos.

EXTRACTO DE MALTE do mais puro.

FARINHA PARA DIABÉTICOS.

FRUITINE, sais de frutos.

HEMOGLOBINA «BYNO», fácil de tomar e assimilar.

INSULINA «A. B.», para a diabetes.

OLEO DE FÍGADO DE BACALHAU com malte.

OLEO DE RÍCINO especial.

PARAFINA «CHRISMOL», contra a prisão de ventre.

PASTILHAS de mentol e eucalipto, para a garganta.

SABONETE ESPECIAL para crianças.

TETINAS E VÁLVULAS para os biberons.

ESPECIALIDADES COM MALTE, etc., etc.

FOLHETOS GRÁTIS AOS EX.^{MOS} CLÍNICOS

Representante em PORTUGAL de ALLEN & HANBURYS, LTD., de Londres:

COLL TAYLOR, L.^{DA} — R. Douradores, 29, 1.^o — LISBOA

Agente no PORTO:

MANUEL P. SILVA, R. das Flores, 114

Agente em COIMBRA:

Centro Comercial de Drogas, R. Ferreira Borges, 34, 1.^o

TERMÓMETROS CLÍNICOS HICKS

OS MAIS APRECIADOS PELOS MÉDICOS

N.^o 2, prismático, Um minuto — N.^o 3, prismático, Meio minuto

Canetas de tinta permanente com termómetro, etc.

Tabelas de preços grátis. Representante geral:

COLL TAYLOR, LDA. R. Douradores, 29, 1.^o - LISBOA — Telefone C. 1386



Arseno-ferratoze

Combinação orgânica de ARSÊNICO-FERRO-ALBUMINA

Elixir de gosto agradável.

Preparação ideal na medicação ferro-arsenical

INDICAÇÕES:

Neurastenia, Histeria, Epilepsia, Corea e outras moléstias nervosas

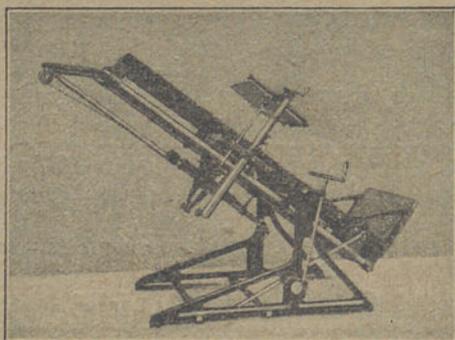
Anemia, Clorose, Convalescença das doenças inficiosas

Frascos originaes de cêrca 250 gramas

Literatura e amostras grátis aos Srs. Médicos

Representante Geral e depositário para Portugal:

ALFREDO CAST & C.^{IA} - RUA LISBOA AUREA, 140



Os melhores aparelhos de

Raios X

Electromedicina

Electrodentaria

são os da

Siemens-Reiniger-Weiss

O melhor instrumental CIRURGICO, de DESINFECÇÃO, HOSPITALAR é o da

casa M. Schaerer S. A., de Berne

Agentes exclusivos para Portugal:

J. Roma, L.^{DA}, Engenheiros, RUA DOS FANQUEIROS, 334-LISBOA

INSTITUTO PORTUGUÊS
DO RÁDIO

DIRECTOR

DR. BÉNARD GUEDES

DIRECTOR DO SERVIÇO DE RADIOLOGIA DO HOSPITAL ESCOLAR

TRATAMENTO

DO

CANCRO E OUTROS TUMORES

PELO

RÁDIO

E PELOS

RAIOS X ULTRA-PENETRANTES

TODOS OS DIAS ÀS 4 HORAS DA TARDE

NA

CALÇADA DO SACRAMENTO, 10

(AO CHIADO)

TEL.: C. 1636

TRATAMENTOS GRATUITOS A CANCEROSOS

PROVADAMENTE POBRES

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO — TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

VANTAGENS: Injecção subcutanea sem dôr.
Injecção intramuscular sem dôr.

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos

TOXICIDADE consideravelmente inferior

á dos 606, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(injecções em série)

Muito EFICAZ na orquite, artrite e mais complicações locais da Blenorrágia, 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

PHAGOLYSINE

TUBERCULINOTERAPIA POR VIA BUCAL

ENDOTINE em elixir do Prof. Gabrilovitch

Ex-médico director dos Sanatórios Imperiais da Halila (Finlandia),
Membro correspondente
da Academia das Ciências de Petrogrado

Modificador específico do «terreno», a PHAGOLYSINE
é a medicação por excelência
dos estados que fatalmente conduzem à tuberculose,
sob qualquer das suas várias formas

Únicos representantes para Portugal e Colónias:

TEIXEIRA LOPES & C.^a, L.^{DA} 45, 2.^o R. Santa Justa
LISBOA

CHINOSOL

Antiséptico, solúvel na água, de acção intensa e desinfectante de efeito antiparasitário poderosíssimo.

Este produto é hoje utilizado em toda a Alemanha, Inglaterra, América do Norte e muitos outros países, por toda a classe médica e também usado em todas as casas particulares por não ter os inconvenientes do sublimado corrosivo e de outros desinfectantes. Mereceu a honra de obter uma medalha de ouro na recente exposição de produtos farmacêuticos realizada por ocasião do Centenário das Escolas Médicas de Lisboa e Porto.

Utilizado no Instituto Bacteriológico Câmara Pestana.

Depositários exclusivos: **RAÚL VIEIRA, Limitada**

Rua da Prata, 51—LISBOA

Telefone **3586** Central



Verodigeno

PRINCÍPIO ACTIVO DE DIGITALIS

Administração bucal, rápida absorção

Indicado em todos os estados de:

**Afecções cardíacas,
adinamia circulatória**

Tubos com 12 e 25 comprimidos de 0,8 mgr. c/u.

Amstras e literatura à disposição dos Srs. Médicos

Depositários gerais para todo o Portugal:

ALFREDO CAST & C.^A, Rua Aurea, 140, LISBOA

Laboratórios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche

PARIS (França)

Pegisto comercial: Seine N.º 103 278

ARHÉOL

$C^{15} H^{26} O$



Princípio activo da Essência de Sandalo
Blenorrhagia. Cystite. Pyélite. Pylonephrite.
Catarrho vesical.

KOLA ASTIER

GRANULADA

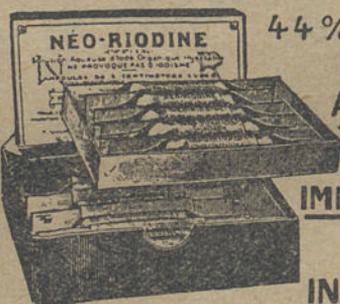


Antineurasténico. Regulador do coração
Gripe. Astenia. Surmenage.
Convalescência das doenças infecciosas

NÊO-RIODINE

$C^3 H^6 O_4 I_5 Na$

Solução Aquosa de Iodo
Organico Injectavel



44 % de Iodo

ACÇÃO

IMMEDIATA

INTENSA

Em injeccões intramusculares e intra-venosas.

Dose: de 1, 2, 3 a 5 cm³, segundo os casos.

NÃO PROVOCAM ACCIDENTES DE IODISMO

Perturbações cardio-vasculares. Arterio-esclerose. Escleroses pulmonares. Affecções respiratorias chronicas. Rheumatismo. Lymphatismo. Escrófula. Tuberculose. Doenças especificas e em todos os casos em que a medicação iodada ou iodurada é indicada.

RIODINE

$(C^{18} H^{33} O^3)^3 (IH)^2 C^3 H^5$

Derivado organico iodado
Ether glycerico
iodado do acido
ricinoleico.



ACÇÃO

LENTA

PROLONGADA

Composto definido e estavel
Dose media: De 2 a 6 perolas por dia
após as refeições.

Depositários gerais para Portugal e Colónias:

GIMENEZ-SALINAS & C.ª Rua Nova da Trindade, 9, 1.º — LISBOA



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Formas atípicas da encefalite epidémica</i> , por Egas Moniz.....	pág. 105
<i>As bases fisiológicas da electrocardiografia e o seu valor clínico</i> , por Eduardo Coelho.....	» 122

Bibliografia

<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	» 150
<i>Biblioteca da «Lisboa Médica»</i>	» 164

FORMAS ATÍPICAS DA ENCEFALITE EPIDÉMICA

POR

EGAS MONIZ

Professor de Neurologia na Faculdade de Medicina de Lisboa

A encefalite epidémica, que desde 1918 nos vem visitando periódicamente, embora com decrescente intensidade, apresenta, por vezes, uma diversidade clínica tão marcada que dois doentes atingidos pela enfermidade podem não apresentar sintomas alguns comuns. O mesmo doente, como acentua Achard, em duas fases distanciadas do seu mal, pode exhibir uma sintomatologia tão discordante que, à primeira inspecção, pode supor-se que duas doenças diversas e sucessivas o atingiram.

A principio, a maior parte dos clínicos chamou a atenção para a sonolência como sintoma dominante, e tanto que à sua sombra se criou a designação de «encefalite letárgica». E quando bem acentuada e contínua, como por vezes a encontrámos, é bem característica. Tirando a tripanosomiase gambiense, difficilmente se pode confundir com a manifestação de qualquer outro estado mórbido.

Mas logo a seguir se registaram, como não sendo menos importantes, outros sintomas clínicos de ordem geral e local, do campo sensitivo (algias) e motor (paralisias), variadas formas hipercinéticas e hipertónicas, perturbações respiratórias, alterações do líquido raquídio, etc. A-pesar desta variedade sintomática, havia, nos primeiros anos, uma certa prevalência e até uma sucessão mais ou menos similar de algumas das manifestações mórbidas, na sua evolução.

Notaram-se mais tarde as chamadas seqüelas da encefalite, averiguadas por vezes em indivíduos em que só uma cuidada investigação retrospectiva conseguia descobrir o acidente inicial. Mas não tardou a constatar-se que essa sintomatologia, a principio só encontrada na evolução do mal, meses e anos depois, podia ser o primeiro rebate da doença.

Assim o próprio parquinsonismo pode surgir desde o início.

A mioclonia muitas vezes abre a scena mórbida e foi até considerada como sinal de prognóstico grave; mas também pode aparecer tardiamente. Ora é passageira, ora mantém-se quando já os outros sintomas desapareceram.

As coreias, os movimentos atetósicos, os espasmos de torsão, etc., podem aparecer em tôdas as alturas de invasão encefalítica. O mesmo podemos dizer das perturbações respiratórias, variadas alterações do sono (sonolência, insónia, inversão do sono), algias, paralisias, etc.

As próprias perturbações psíquicas, com as suas características diferenciais no adulto e na criança, podem ser manifestações a distância, ou a primeira exteriorização do mal.

Tudo depende da localização do desconhecido morbo nos diferentes andares do neuraxe e da difusão e extensão das lesões provocadas.

Nenhuma outra doença iguala a encefalite epidémica no polimorfismo sintomático.

Ultimamente, porém, tem-se alterado esta fisionomia especial da encefalite, que passou a apresentar-se mais discretamente, com menos opulência de exibições sintomáticas.

Casos há — e estamos convencidos que são em muito maior percentagem nos últimos três anos — em que tudo se reduz inicialmente a um sintoma bem marcado.

São formas aparentemente *monosintomáticas*.

O diagnóstico tem que firmar-se num exame mais cuidado, em provas laboratoriais e na evolução da doença.

Os sintomas de ordem geral não se despistam na investigação mais cuidada da anamnese; nenhum dos complexos sintomáticos, tantas vezes observados, surge a esclarecer a diagnose.

As perturbações mentais, as mioclonias, as contracções espasmódicas, etc., podem abrir, desacompanhadas, o cortejo mórbido, e se, em alguns casos, são seguidas de elementos de dia-

gnóstico suficientes, em outros, só depois de exames complementares se averiguam os pequenos sinais que completam o quadro clínico.

A doença de Economo tem história progressa. Querem encontrar-lhe as origens remontando aos práticos da Grécia. Não querendo ir tão longe, não oferece dúvida que as descrições dos médicos de séculos mais chegados comprovam que não se trata de uma epidemia nova. Mas esse passado não oferece o interesse clínico que nos mostra a história da doença na rápida evolução que tem feito, nos oito ou nove anos da sua última expansão.

Assim, de uma maneira geral, podemos afirmar que a sintomatologia é hoje mais pobre, menos característica, do que era inicialmente.

Em 1920, talvez hesitássemos em diagnósticos que hoje firmamos com relativa facilidade, o que não quer dizer que, ainda agora, não tenhamos, amiúde, hesitações justificadas. São raros os casos que recordam a descrição de Economo e dos patologistas que marcaram a sintomatologia encontrada nos doentes dos primeiros tempos.

*
* *
*

Numa doente, de forma mental inicial, que observámos o ano passado e que desde o começo apenas apresentou alucinações e a seguir delírios oníricos, gestos esteriotipados, confusão mental e um certo estado demencial, só mais tarde mostrou uma série de pequenas perturbações (febre passageira, sialorreia, mioclonia na face direita, fraca reacção pupilar, ligeira hiperlinfocitose raquídia) que nos documentou com precisão o diagnóstico (1).

Nos casos que vamos referir a sintomatologia é também bastante escassa.

O primeiro doente é um rapaz de 17 anos, que veio pela primeira vez à consulta de Neurologia em 26 de Janeiro último. Torneiro de metais no

(1) Egas Moniz — *Um caso de encefalite epidémica de forma mental* — *Medicina Contemporânea*, ano XLIII, n.º 11, de 15 de Março de 1925.

Parque de Automóveis Militares, era muito considerado pelos superiores e tanto que foi premiado pelos seus serviços e conduta.

Em Dezembro de 1925, sem que nada justificasse essa atitude e sem doença alguma anterior, começou a maltratar os irmãos mais novos, tendo idêntico procedimento para tôdas as crianças que encontrava no caminho ou na vizinhança. Foi êste facto que determinou a família a trazê-lo à consulta. Averigua-se que tem uma certa sonolência de há tempo para cá. Estado confusional acentuado.

Queixa-se de cefaleias, mais fortes à direita, ligeiras algias nas pernas e braços; mas as suas declarações são vagas e por vezes um pouco contraditórias a tal respeito.

Gatismo: evacua e urina nas calças.

Internado em 30 de Janeiro, ainda defeca algumas vezes na cama e a enurene continuou a dar-se durante a noite, a-pesar das melhoras experimentadas.

Vinte dias depois da sua admissão na enfermaria, conversa regularmente, embora não esteja bem orientado no tempo e espaço e dê explicações infantis a-propósito dos actos irregulares cometidos.

O seu fundo amoral e agressivo, especialmente para as crianças, ainda se não desvaneceu.

Reflexos vivos, mas iguais, de ambos os lados. Não há sinais da via piramidal (Babinski, Gordon, Oppenheim, Rossolimo, Schâffer, da flexão plantar passiva do pé, etc.)

Nada de mioclonia e paralisias. Nunca teve diplopia. As pupilas reagem bem. Não há sialorreia.

Punção cisternal em 3 de Fevereiro. O líquido sai gotejando. Albumina normal. Pandy negativo. Linfócitos: 3 por mm³. na célula Nageotte. Açúcar: 1,20 por litro.

Nova punção cisternal realizada a 26 de Março. A dosagem do açúcar mostra uma baixa para o normal: 0,47 gr. por litro.

Tratamento desde 1 de Fevereiro com bismugel.

Em fins de Março o seu estado é muito melhor. As perturbações mentais estão bastante atenuadas.

Alta. Volta ao serviço em Abril, por não poder ainda trabalhar e a-fim-de continuar com o tratamento. Nunca mais agrediu os irmãozitos ou outras crianças.

Neste caso de forma mental da encefalite epidémica o diagnóstico firma-se num grupo de sintomas bastante importante, de forma a não oferecer dúvidas. A sonolência, a forte hiperglicorráquia (1,20 em vez de 0,50 ‰), as algias, embora não possamos dar inteiro crédito às informações do doente, formam o fundo do quadro nosográfico, em que avulta um estado mental muito típico: confusão mental, gatismo e, especialmente, uma funda alteração do senso moral que se revela no ataque feito a crianças

Schering

Arcanol

O novo remédio eficaz contra a gripe
e constipações

INDICAÇÕES:

Todas as afecções gripais especialmente catarros das vias respiratórias superiores e anginas.

O Arcanol reúne o conhecido efeito antiflogístico do ATOPHÁN com o antipirético do ácido acetyl-salicílico.

Chemische Fabrik auf Actien

(VORM. E. SCHERING.)

BERLIN

Pedir AMOSTRAS E LITERATURA ao representante:

J. BURMEISTER, LISBOA, Rua Almeida Brandão, II

Ex.^{mo} Sr.

Queira remeter-me amostras e literatura do

ARCANOL-SCHERING

Nome :

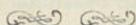
Enderêço :

Discurso sobre
“A Arte de curar,”

escrito e recitado por

ANTÓNIO DE ALMEIDA

na Abertura das Aulas de Cirurgia em o ano de 1815



Reimpressão feita por ocasião do 1.º Centenário da

Régia Escola de Cirurgia
de Lisboa

*Tiragem especial de 110 exemplares
numerados e rubricados com capas especiais*

Preço 15\$00

PEDIDOS Á

“Lisboa Médica,”

Ex.^{mo} Sr.

J. Burmeister

Rua Almeida Brandão, II

Lisboa

indefesas por forma insólita e despropositada. Esta perversidade, que atinge, por vezes, aspectos graves, é a característica destes doentes, posta em relêvo, entre nós, em trabalhos do Professor Sobral Cid (1) e de Luis Pacheco (2).

É nos casos de encefalite epidémica infantil de forma mental que se notam estas perturbações de carácter. As crianças tornam-se provocadoras, agressivas, mentirosas, irritantes. Sentem a necessidade de maltratar animais, pessoas indefesas e as crianças mais novas. Por vezes são impelidas à prática de crimes graves (3).

Como acentua Gabrielle Levy (4), há uma diferença essencial entre as perturbações psíquicas dos adultos e as das crianças atingidas pela encefalite epidémica de forma mental.

Nos adultos, ao lado dos delírios oníricos, estados alucinatórios e confusionais, de sintomas hebefreno-catotónicos, predominam as formas depressivas, ao passo que na criança dominam a excitação psico-motora de uma grande variabilidade e acentuadas perturbações do carácter com tendência para a prática impulsiva de maldades e violências perversas.

Estas perturbações mentais têm sido notadas, principalmente na evolução da doença, como sintomas tardios.

No nosso caso, porém, como naquele a que fazemos atrás referência, surgem a iniciar o quadro mórbido. Neste rapaz foram o sinal de alarme, que sobressaltou a família. Procurou-nos, receosa de o ver, amanhã, a contas com os tribunais.

Deve notar-se que o doente tem 17 anos. O quadro psíquico apresentado corresponde a uma idade inferior. O aparecer em pleno período de puberdade representa já uma raridade digna de nota.

(1) Professor Sobral Cid — *Síndromas psico-motores: Encefalite e esquizofrenia*, Lisboa, 1924

(2) Luis Pacheco — *Perturbações do carácter e da emotividade após a encefalite letárgica*. — *Lisboa Médica*, n.º 3, ano II, pág. 155-159.

(3) Observámos ultimamente um caso, num rapaz de 14 anos, com graves perturbações no campo genésico: tentativa de violação numa criança de dois anos, masturbação repetida e sem recato, etc. Não são, porém, vulgares as psicopatias sexuais na encefalite epidémica.

(4) Gabrielle Levy — *Les manifestations tardives de l'encéphalite épidémique*. Paris, 1925.

*

* *

Os outros dois casos apresentam-se com um aspecto muito similar, embora sejam de épocas diferentes :

M. X., médico de 50 anos, vem-nos consultar por sofrer desde há três anos de uma mioclonia dos músculos do membro inferior esquerdo, que lhe sobem por vezes à região abdominal. A princípio eram movimentos espaçados, rápidos, como se resultassem de uma descarga eléctrica que atravessasse a região. Vinham acompanhados de dores, por vezes bastante intensas.

Últimamente a intensidade diminuiu, mas as crises tornaram-se mais frequentes.

As algias que acompanhavam as primeiras mioclonias foram substituídas por parestesias bastante incómodas, localizadas particularmente ao joelho esquerdo.

Estas mioclonias *nunca foram rítmicas* e, ou se repetem diariamente cinco e seis vezes, ou sucedem-se com três e quatro dias de intervalo.

Não senti quaisquer outros sintomas. Faltaram a sonolência, febre, cefaleias, paralisias, sialorreia, etc. Nunca teve diplopia ou nistágmo. As pupilas reagem bem à luz, acomodação e convergência. Sòmente um certo grau de irritabilidade e mal-estar, que parecem exagerados, mas que podem justificar-se num médico, devido ao receio resultante do significado destas cinecias anormais.

Contudo o doente tem podido fazer a vida clínica sem grande constrangimento.

Últimamente decidiu-se a consultar neurologistas, preocupado com a causa de tão persistente sintoma. Sobretudo as sensações desagradáveis, e que não pode definir com precisão, à altura do joelho, que sobrevêm em crises rápidas, acompanhadas de ligeiro tremor fibrilar, são-lhe penosas. A precursão do crânio é negativa. A dor é igual de ambos os lados. O fundo dos olhos nada apresenta de patológico.

Os reflexos são normais e iguais dos dois lados. Nada que denote qualquer alteração da via piramidal. A fôrça, após as crises mioclónicas, mantém-se íntegra e igual nos dois membros inferiores. Os abalos musculares, como no *paramioclonus multiplex*, descrito por Friedreich, não determinam movimentos dos segmentos do membro atingido.

Sensibilidades superficiais e profundas normais.

W R negativa.

Punção cisternal, com o doente sentado, em 18 de Janeiro. Líquido saindo rapidamente gota a gota, denotando um possível grau de hipertensão. Retirámos nove centímetros cúbicos sem incómodo algum para o doente.

Análise :

Albumina — limite do normal.

Pandy — negativo.

Cloretos — 9,59 por litro.

Glicose — 0,50 por litro.

Linfócitos, 3 por mm³. na célula Nageotte.

O líquido raquídio apresenta uma elevada taxa de cloretos, que de 7^{gr},25 passou a 9^{gr},59 por litro.

Este aumento de cloretos foi notado em alguns casos de encefalite epidémica (Laporte et Ronjard, H. Roger, etc.) Moriez e Pradal julgam que esta hiperclororráquia ou mesmo a existência da taxa normal dos cloretos, servem como elemento de diagnóstico diferencial entre a encefalite e a meningite tuberculosa em que a hiperclororráquia é a regra.

O aumento da taxa dos cloretos, especialmente de uma forma tão marcada, talvez deva ser considerado na encefalite como um elemento de diagnóstico a considerar.

As perturbações sensitivo-motoras, sobrevindo por acessos com predomínio mioclónico; a evolução das crises hipercinéticas, que, diminuindo de intensidade, aumentaram em número; a dor forte, que acompanhava os primeiros abalos musculares e que depois se transformou em simples parestesia paroxística, atingindo hoje apenas o joelho esquerdo; a ausência de qualquer paralisia ou mesmo da mais ligeira diminuição de fôrça após as crises; a integridade dos reflexos, que se mantêm iguais dos dois lados; a falta de quaisquer sinais da via piramidal e finalmente a hiperclororráquia encontrada no líquido, fazem-nos firmar o diagnóstico da encefalite epidémica, que parece em via de regressão.

*

* *

O último caso semelha-se também ao que acabamos de descrever. É, como o do primeiro doente, do corrente ano.

J. R., de 33 anos, trabalhador, começou a sentir em 25 de Dezembro, sem doença alguma anterior ou enfermidade concomitante, mioclonias rápidas, que lhe abrangiam todo o lado esquerdo, por vezes atingindo a face, com deslocação dos membros e tronco. Conseguiam deitá-lo ao chão, tal era a violência. A princípio estas *hemimioclonias* eram raras, mas muito fortes. Chegava a passar cinco dias sem as ter. Mais tarde tornaram-se mais frequen-

tes (10 a 15 por hora), embora menos intensas. Foi nesta fase que o observámos pela primeira vez, quando deu entrada no Hospital. Últimamente voltaram à primitiva forma. Tornaram-se tão fortes que caía continuamente, pelo que teve de recolher ao leito.

Não as tinha durante o sono, mas impediam-no de dormir. Nunca se acompanharam de dores ou parestesias. Iniciavam-se, às vezes, por uma flexão dos dedos do pé esquerdo.

Em princípios de Fevereiro apareceram-lhe movimentos coreicos típicos da mão esquerda, do punho e, em especial, dos dedos. O ante-braço também participava dêles, mas em limitada escala. Só muito excepcionalmente se estendiam ao braço.

Nos dedos do pé do mesmo lado também surpreendemos um ou outro movimento coreiforme.

A vontade tinha uma acção muito restrita sôbre a suspensão ou diminuição dêstes movimentos; mas em nada influiu sôbre a crise hemimiclónica. O doente, quando entrou no Hospital, executava contudo com essa mão os pequenos exercícios usuais. Abotoava-se, conseguia fazer cigarros, etc., desde que as mioclonias não viessem interrompê-lo na prática dêstes actos.

Do lado dos antecedentes pessoais conta o doente que dera uma forte pancada com a cabeça no *pano* da chaminé de sua casa, oito dias antes do aparecimento dêstes movimentos. A pancada parece ter sido mais forte à direita.

Exames sucessivos e várias radiografias do crânio mostraram que nenhum vestígio ficara dêsse traumatismo.

Exame dos reflexos em 4 de Fevereiro: No membro superior: radiais, cubitais, tricipitais normais, sem olecranianos (ósseos).

No membro inferior: patelares, aquilianos normais. O plantar em flexão, parecendo mais vivo à esquerda. Nenhum sinal da via piramidal. Os abdominais e cremasterianos iguais dos dois lados.

O doente marchava e movia-se com agilidade. A fôrça mantinha-se normal nas duas mãos. Ao dinamómetro: 40 à direita e 45 à esquerda. O doente era canhoto.

Nunca sentiu, até 10 de Março, após os acessos miclónicos, a menor diminuição de fôrça nos membros superiores ou inferiores, nem tão pouco observámos a mais ligeira alteração nos reflexos explorados logo em seguida às crises.

Sensibilidades superficiais e profundas normais.

W R negativa.

Fizemos-lhe a punção cisternal, em 5 de Fevereiro, sentado. Líquido gotejando com freqüência. Extracção de 6 c. c.

Albumina — normal.

Pandy — negativo.

Cloretos — 7,10.

Açúcar — 0,83 por litro.

Linfócitos 1,8 por mm³. na célula Nageotte.

Nova punção em 24 de Fevereiro. A glicose passou de 0,83 para 1,00. Coincidiu êste aumento com as piores do doente.

Em 10 de Março recolheu à cama. Só a custo podia levantar-se, tendo de ser amparado para não cair.

Nessa data os movimentos coreicos quási tinham desaparecido. A mão esquerda apresentava-se parestiada. Reflexos enfraquecidos no membro superior esquerdo. Uma certa obnubilação mental. Não dava grande importância ao agravamento do mal. A face, que vinha tomando pouco a pouco o ar da imobilidade parquinsónica, tornou-se mais característica. As crises hemimiolónicas, sempre *arrítmicas*, sucediam-se, ora fracas, ora violentas, com intervalos irregulares.



Fig. 1

Pouco a pouco tóda a sintomatologia se agravou. O doente fechava os olhos, declarando não poder abrí-los. Estas crises de bléfaro-espasmo duravam uns minutos para recomeçarem de novo.

As paralisias avançaram. O braço esquerdo, a perna esquerda, os membros direitos, foram-se, sucessivamente, imobilizando.

Sobreveio-lhe uma sudação abundantíssima, primeiro do tronco e membros superiores, e mais tarde também dos membros inferiores.

Deixou de falar a 18. A temperatura, que raras vezes atingiu 37°, passou, em 11, a 37°,4, para voltar a 36°,5-37° até o dia 18, em que baixou a 36°-36°,6. Em 19 sobe a 38°, em 20 a 40° para descer súbitamente. Morte nesse mesmo dia, às 8 e meia horas da noite.

Autópsia. Ao exame macroscópico nada de anormal no cérebro e medula.

O exame microscópico revelou as lesões da encefalite epidémica. Foram feitos cortes do córtex de um e outro lado (1).

À obsequiosidade do Prof. Parreira devemos o desenho de uma das preparações (fig. 1) mais típicas. Mostra uma forte infiltração parvi-celular na bainha adventícia de um vaso venoso e difusamente no parênquima nervoso. Os elementos celulares que constituem esta infiltração são, na maior parte, linfócitos, vendo-se também alguns plasmócitos e mononucleares. As lesões são talvez mais intensas no córtex do lado esquerdo.

Êste caso torna-se interessante sob variados aspectos.

Notemos a fraca sintomatologia inicial, que se reduz a uma forma invulgar de *hemimioclonia* esquerda, violenta e *arritmica*, inteiramente similar ao doente do caso anterior.

Esta hipercinesia sai dos moldes das mioclonias que observámos na primeira fase da invasão encefalítica. Não tinham esta extensão e os movimentos sucediam-se com ritmo ou, pelo menos, com uma certa regularidade.

A circunstância de abranger tôda a musculatura de metade do corpo intrigou-nos um pouco. O traumatismo na região parietal direita dias antes do aparecimento da hemimioclonia, fez-nos pensar na hipótese, logo desvanecida, de uma lesão irritativa da zona motora, pois não conseguia explicar a sintomatologia negativa da observação neurológica, visto o doente não ter sinaj algum de alteração da via piramidal, e menos ainda podia justificar a existência de movimentos coreicos inconfundíveis da mão esquerda, que não podiam derivar de uma lesão da circunvolução frontal ascendente. Não havia, porém, na anamnese quaisquer indicações, quer de ordem geral (febre, cefaleia, etc.), quer do quadro especial da encefalite epidémica, que nos fizesssem decidir imediatamente por êste diagnóstico.

A análise do líquido raquídio, que foi repetida, esclareceu-nos definitivamente.

O aumento do açúcar (cêrca de 0,83 e, dias depois, de 1,00 gr., em vez de 0,50 por litro); a maneira como sobrevieram os movimentos mioclónicos, rápidos, sem a sucessão clónica que se observa na epilepsia jacksoniana; os movimentos coreicos limi-

(1) Um dos Assistentes livres do serviço de Neurologia ocupar-se há detalhadamente do estudo anátomo-patológico do neuraxe.

tados à mão esquerda; a integridade motora após as crises; a ausência de fenómenos denunciativos de alteração da via piramidal, formavam um quadro bastante completo da encefalite epidémica.

Os factos subseqüentes: paralisias, *facies* parquinsónico (agravado com a evolução da doença), blefaroespasma, decadência mental, confirmaram a nossa maneira de ver. A autópsia patenteou as lesões típicas no encéfalo.

Devemos pôr em relêvo a circuntância de se ter produzido neste doente um aumento da taxa do açúcar no líquido raquídio coincidindo com o agravamento do mal, ao contrário do que observámos no primeiro caso descrito, em que se deu a regressão da hiperglicorráquia de 1,2 a 0,47 gr., ao mesmo tempo que se acentuaram as melhoras. É necessário fazer mais pesquisas neste sentido, repetindo as análises do líquido raquídio na evolução da encefalite epidémica.

A confirmarem-se estes factos teríamos encontrado um precioso elemento de prognóstico, tanto mais de apreciar quanto é certo que nesta doença, fora desta presumível base, nada podemos dizer sôbre a sua evolução.

*

* *

Dos casos descritos dois pertencem ao ano actual e são os primeiros da época de que temos conhecimento.

É nos meses de Dezembro, Janeiro, Fevereiro e Março que se nota, no nosso clima, o maior número de encefalíticos. Não vem para aqui estudar as relações que possam existir entre a gripe, o soluço epidémico, de que já tivemos um caso êste ano (vindo de Évora) (1), e que no ano transacto grassou com certa insistência, e a doença de Ecónomo. Já em outro artigo abordámos a questão.

Pelo que podemos dizer dos casos observados êste ano não nos parece que a encefalite tenha tido grande expansão, faltan-

(1) Homem de 37 anos que nos visitou ao sexto dia da enfermidade. Já há três anos, em seguida a um ataque de gripe, como agora, teve o soluço epidémico, que lhe durou três dias sem deixar vestígios.

do-nos, contudo, elementos, à data em que escrevemos, para fazer asseverações seguras.

Os casos é que se apresentam, em geral, com uma sintomatologia escassa, sem a sucessão das manifestações mórbidas que se observavam nos primeiros anos. Mostram-se até numa forma monossintomática.

* * *

Para concluir, algumas palavras sôbre o tratamento.

Ultimamente conseguimos registrar algumas curas ou, pelo menos, muito acentuadas melhoras, que parecem persistir. Não ousamos tomá-las desde já por definitivas, tão traiçoeira se nos tem mostrado a encefalite. Como referimos num anterior trabalho (1), pode observar-se um largo período de latência para de novo surgir a doença com sintomatologia inesperada. As formas tardias do parquinsonismo estão neste caso.

O termo *seqüela* é má designação. Não há seqüelas: há novos sintomas de uma doença em marcha (2) cujo termo não pode ser precisado pelo médico de uma maneira absoluta.

De há tempos para cá vimos aplicando no Serviço de Neurologia as injecções de sais de bismuto que, em alguns casos precocemente tratados, parece terem produzido um resultado benéfico.

Recorda-nos uma doente de forma parquinsónica inicial que melhorou consideravelmente. Hoje só lhe notamos um forte desenvolvimento do tecido adiposo.

Em mais quatro ou cinco doentes, de formas diferentes, os resultados foram similares. Parecem curados. Mesmo em alguns casos antigos, com as chamadas seqüelas, temos verificado, por vezes, algumas melhoras.

Nem sempre, porém, assim sucede. Casos temos em que a

(1) Egas Moniz — *Parquinsonismo tardio post-encefalítico*. — Lisboa Médica, 1924.

(2) Vidé trabalho acima citado.

SYPHILIS, AMIBIASE, IMPALUDISMO, PIAN, FEBRE RECORRENTE

SULFO-TREPARSENAN

Dioxydiaminoarsenobenzene methylene sulfonato de soda.

ARSENOBENZENE INJECTAVEL PELA VIA HIPODERMICA.

Adultos : Doses I (0 gr. 06) a X (0 gr. 60), por progressão de 6 cgr.

Creanças de peito : 0 gr. 02 e 0 gr. 04.

Caixa de 1 ou de 10 ampolas.

NEO-TREPARSENAN

(914 francez)

Dioxydiamidoarsenobenzol methylene sulfoxylato de soda.

Doses : I (0 gr. 15) a VII (1 gr. 05), por progressão de 15 cgr.

Caixa de 1 ou de 10 ampolas.

1667

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

ADRÉNALINE CLIN

(CHLORHYDRATO)

Principio activo das capsulas suprarenaes.

SOLUÇÃO DE ADRÉNALINE CLIN a 1/1000.

FRASCO de 5, 10, e de 30 c. c.

COLLYRIO DE ADRÉNALINE CLIN a 1/5000 e a 1/1000.

Em EMPÓLAS conta-gotas de 10 c. c.

Associações : COLLYRIOS CLIN em Empólas conta-gotas de 10 c. c.

Adrenaline-Cocaine. — Adrenaline-Éserine.

GRANULOS DE ADRÉNALINE CLIN dosados a 1/4 de milligr

SUPPOSITORIOS D'ADRÉNALINE CLIN a 1/2 milligr.

TUBOS ESTERILISADOS DE ADRÉNALINE CLIN

para Injecções hypodermicas.

Soluções tituladas a : 1/10 milligr. — 1/4 milligr. — 1/2 milligr. — 1 milligr.

Associações : TUBOS ESTERILISADOS CLIN

de ADRÉNALINE-COCAÏNE
de ADRÉNALINE-STOVAÏNE
de ADRÉNALINE-SYNCAÏNE

Dosagens usuas
em caixas de 6 e de 12 empólas.

1668

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

INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS

MICROSCÓPIOS REICHERT

....

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS

SÓROS MUEFORD

....

TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

SÓROS MARAGLIANO

....

Material para laboratórios

Mobiliário cirúrgico

ESTABELECIMENTOS

ÁLVARO CAMPOS

12, 1.º, LARGO DO CHIADO, 12, 1.º

LISBOA

Telegr. ALCALI—Telef. C. 1017

droga foi, de todo, improficua, como por exemplo no último doente, que alternou o bismuto com o bromidrato de escopolamina, sem que conseguíssemos entrar a marcha da doença ou diminuir a violência dos movimentos hemimioclónicos. Mas nem por isso deixamos de inclinar-nos a aconselhar o medicamento como podendo produzir vantagens apreciáveis (1).

Nas perturbações parquinsónicas, aniquiladoras da capacidade de acção e de trabalho das suas vítimas, associamos à acção dos preparados de bismuto os conhecidos tratamentos pela escopolamina e pela hioscina.

A propósito destes alcalóides levantou-se ultimamente uma proveitosa discussão na *Société Neurologique* (2) de Paris, que convém ser aqui recordada.

Como se sabe, a escopolamina e a hioscina são consideradas idênticas e tem-se-lhes atribuído a mesma acção terapêutica. Ora a prática demonstra que assim não é. Antes do aparecimento da encefalite epidémica, empregámos na doença de Parkinson, com algum resultado, o cloridrato de hioscina, *per os*, em doses de dois miligramas diários com vigilância dos doentes, pois alguns manifestam imediata intolerância para a droga. A *secura da bôca*, um certo estado vertiginoso e acentuado mal-estar, devem levar-nos a diminuir a dose ou mesmo a abandonar o medicamento.

De há dois anos para cá preferimos o emprêgo do bromidrato de escopolamina em injeções hipodérmicas a um quarto de miligrama por centímetro cúbico. Já há anos o empregámos com proveito em alguns casos mentais. Os resultados pareceram-nos especialmente favoráveis tanto no parquinsonismo encefalítico como na doença de Parkinson. Sòmente tínhamos notado que os benefícios eram muito diferentes segundo a proveniência das empôlas.

Trénel afirma que a diversa acção das hioscinas de várias origens, partindo do princípio que são produtos quimicamente puros, pode ser atribuída ao facto, que nem todos os farmacêuticos conhecem, das hioscinas se transformarem a 100° em um isómero inactivo. A esterilização destas empôlas no autoclave inuti-

(1) Temos usado o bismugel ou o bismuthoidol,

(2) *Revue Neurologique*, 1926, pág. 40.

liza por completo a sua acção, ao passo que, preparadas por tinda-lização, tanto a hioscina como a escopolamina permanecem com as suas qualidades terapêuticas íntegras.

Devemos ainda notar que os solutos dêstes alcalóides também diminuem com o tempo o seu valor calmante. Hans Lauger demonstrou que a actividade das soluções de escopolamina em empôlas esterilizadas diminui, em 5 meses, de cerca de $\frac{2}{3}$ e, em 9 meses, de $\frac{16}{17}$. Por outras palavras: as empôlas que no início da sua preparação continham, por exemplo, 0,0003 gr. de escopolamina, acabavam, ao fim de 9 meses, por ter 0,00017 gr. de substância activa.

Temos tido na nossa prática a confirmação desta maneira de ver.

Sobre a acção diferencial da escopolamina e da hioscina não encontramos uma explicação inteiramente satisfatória. Se é certo que R. Ernst afirma que as preparações conhecidas sob a designação — hioscina — não são mais do que a escopolamina impura, Bruhl, no *Die Pflanzen Alkaloïden*, manifesta opinião contrária considerando a hioscina e a escopolamina como idênticas. A designação «escopolamina» é apenas uma nova denominação comercial da hioscina.

Contudo, os depoimentos clínicos não são de molde a considerar a acção dos dois alcalóides como inteiramente igual.

Froment considera os efeitos dinamogénicos do bromidrato de escopolamina, inferior aos obtidos pelas injeções do cloridrato de hioscina. Alquier perfilha a mesma opinião, considerando a acção da escopolamina mais deprimente. Prefere administrar a hioscina em pílulas. Constata, como todos os que empregam cotidianamente estes alcalóides, que há doentes que os toleram facilmente, e outros que apresentam, desde logo, acidentes tóxicos, alguns iniciados por crises agudas impressionantes.

Alquier julga poder atenuar êsses efeitos com doses fracas de digitalis ou de digitalina.

Babinski cita o caso de um parquinsónico que, durante alguns anos, suportou doses de 0,5 a 1,4 miligramas, por via gástrica, de bromidrato de escopolamina, sem inconveniente algum. Durante os primeiros tempos o doente fazia interrupções, — prática que constantemente seguimos — para mais tarde o tomar quasi permanentemente.

Não é, porém, a regra. Quer a hioscina, quer a escopolamina, são medicamentos que devem ser manejados com prudência.

Em geral empregâmo-los por via hipodérmica por ser mais fácil determinar a quantidade exacta absorvida pelo organismo; embora por via gástrica possam ser ministrados em dose mais elevada.

Pelo que respeita à preferência a dar a um dos dois alcalóides, pois pertencemos ao número dos que os consideram com actividades próximas, mas não idênticas, quer-nos parecer mais eficaz e mais facilmente tolerável o bromidrato de escopolamina.

Sicard segue uma prática clínica aconselhável. Faz ensaios medicamentosos de cêrca de uma semana, prescrevendo sucessivamente aos seus doentes a escopolamina, a hioscina e a hiosciamina. Êles escolhem depois a droga que lhe produziu melhores resultados.

Tem verificado que ora preferem a escopolamina, ora a hioscina; mas não a hiosciamina.

Estamos em crer que a proveniência do alcalóide, o processo porque é obtido, e ainda a diferença do sal empregado (bromidrato ou cloridrato) são a razão principal das diversas acções constatadas pelos clínicos.

É, porém, positivo que um e outro, (quer se prefira o bromidrato de escopolamina ou o cloridrato de hioscina), são medicamentos preciosos, especialmente no parquinsonismo. A sua acção é, por vezes, proveitosíssima.

RÉSUMÉ

L'histoire de l'invasion de l'encéphalite épidémique, une courte histoire de huit ans, est assez mouvementée. La symptomatologie polymorphe de la maladie a produit des changements surtout remarquables dans la succession et association des symptômes.

Dans plusieurs cas de ces trois dernières années la maladie se présente parfois sous un aspect monosymptomatique.

L'Auteur insiste sur les formes mentales initiales, de caractéristiques bien différentes selon que les malades sont des enfants ou des adultes. Parfois les adultes présentent des troubles psychiques (hallucinations, délires oniriques, confusions, stérotiy-

pies, etc.) sans aucun autre symptôme. Dans un de ses cas, en 1925, on n'a pu établir au début le diagnostic que par l'examen du liquide rachidien. D'autres symptômes (sialorrhée, myoclonie faciale, etc.) sont survenus quelques jours plus tard.

Dans un cas de cette année, un garçon de 17 ans, d'abord très équilibré, on a noté des perturbations initiales de méchanceté. Il frappait ses plus jeunes frères d'une manière brutale et aussi les autres enfants qu'il rencontrait dans la rue. Gâtisme. C'est à cause de ces perturbations qu'il est venu à l'Hôpital. Tout ça était déjà assez caractéristique, mais le malade présentait aussi une certaine somnolence et de l'hyperglycorrhachie. Au commencement 1,2 gr. par litre. Un mois et demi après elle est descendue à 0,47 gr. par litre, ce qui a coïncidé avec une amélioration.

Chez d'autres malades l'A. note encore une tendance monosymptomatique plus accentuée.

Un cas de myoclonie, chez un médecin, date de 1924. Ces myoclonies sont limitées à la jambe gauche et aux muscles de l'abdomen. Elles sont survenues avec de fortes algies. Maintenant les myoclonies, moins intenses, s'accompagnent de paresthésies gênantes, localisées au genou. Pas d'altérations de réflexes ou de signes de la voie pyramidale. L'examen du liquide rachidien a montré une augmentation des chlorures (9,59 gr. ‰), et glycose normale.

Un des malades de cette année présentait au début, depuis le 25 Décembre, des myoclonies violentes de tout le côté gauche, qui parfois l'ont fait tomber.

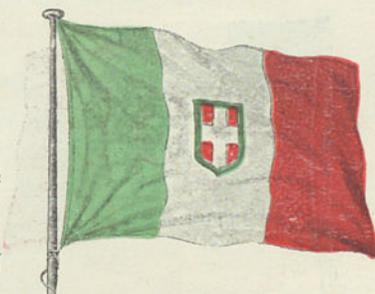
Ces *hémimyoclonies* n'ont eu aucun rythme, et elles ont été très intenses. Le malade a passé cinq jours sans les avoir. Peu à peu elles ont augmenté de fréquence et diminué d'intensité. L'A. a compté 12 à 20 *hémimyoclonies* par heure, sans rythme; mais le malade passe, dans la même journée, des intervalles de quelques heures sans les avoir.

Les myoclonies disparaissaient pendant la nuit; mais parfois l'empêchaient de dormir.

Un mois et demi après l'*hémimyoclonie* initiale, ont apparu des mouvements choréiformes continus à la main gauche.

Les myoclonies avaient repris leur intensité deux mois et demi après le début de la maladie, et il a dû se mettre au lit

ISTITUTO NAZIONALE
MEDICO
FARMACOLOGICO
DE ROMA
(PROF. SERONO)



Produtos
SERONO e ERGON

BIOPLASTINA SERONO — Lecitina e luteína para uso hipodermico, reconstituente. — Ampolas de 5 cc. e de 1 1/2.

METRANODINA SERONO — Antidismenorreico e anti-hemorragico, a gotas.

IPOTENINA SERONO — Hipotensivo contra a arterio-esclerose, a gotas.

CARDIOLO SERONO — Cardiocinetico nas formas crônicas e miocardites, a gotas.

VIOSAN SERONO — Antiluetico por via bucal, com base de mercúrio em combinação orgânica, em pilulas.

UROLITINA ERGON — Antiurico, diuretico desinfectante das vias urinárias; granulada efervescente, em frascos.

ALUMNOSE ERGON — Descongestionante. Antiséptico para uso externo. Não tóxico. Tubos de comprimidos.

Opoterapicos SERONO

EXTRATOS GLICERICOS TOTAIS, preparados com glandulas de animais recentemente sacrificados. 1 cc. corresponde a um quarto de grama de substancia glandular fresca.

Por via hipodérmica, são levados à dose conveniente diluindo-os, de preferência a glicerina, com soro fisiológico para evitar a acção irritante da glicerina.

PEPTOPANCREASI SERONO — Poderoso digestivo com base de enzimas; antidiabético — frascos.

OVARASI SERONO — Estimulante e regulador da função ovarica — frascos e caixas.

ORCHITASI SERONO para cicatrização — caixas.

SURRENASI SERONO — Adinamia. Tosse convulsa. Asma — f^o e c^o.

TIROIDASI SERONO — Antimixedematoso. Antigotoso, accelera o metabolismo. Não tóxico — frascos e caixas.

RENASI SERONO — Contra a insuficiéncia renal, nefrite etc. — f^o e c^o

IPOFISASI SERONO — Na insuficiéncia ipofisaria, diabetes insipida, etc. — frascos e caixas

LIENASI SERONO — Contra a prisão de ventre de causa nervosa, paludismo, etc. — frascos e caixas.

EPATASI SERONO — Na insuficiéncia hepatica; diabetes assucarada, etc. — frascos.

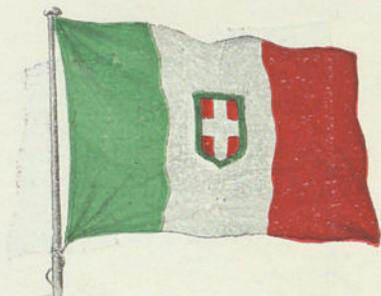
MASTASI SERONO — Descongestionante. Contra os fibrômas e fibromiômas uterinos — frascos.

BILEASI SERONO — Na insuficiéncia biliar, prisão de ventre habitual, diabetes, etc. — frascos de pilulas.

EUGOZIMASE FEMININA SERONO — Pluriglandular: ovarios, suprarenal e tiroideia — caixas de 3 frascos.

EUGOZIMASE MASCULINA SERONO — Pluriglandular: testiculos, suprarenal e tiroideia — caixas de 3 frascos.

As doses indicadas nas instruções, relativas a cada um dos opoterapicos, devem considerar-se como a indicação do maximo; em opoterapia só o Medico assistente pode estabelecer as doses conforme a tolerancia do doente e o caso que está tratando.



LABORATORIO DI TERAPIA SPERIMENTALE
Dott. Prof. A. BRUSCHETTINI de Genova

Estes produtos levam entre parentesis depois do nome uma palavra que será sufficiente indicar nos pedidos telegraficos em vez do nome completo.

VACINA ANTIPIOGENICA POLIVALENTE BRUSCHETTINI (Antipio) — Estreptococica, estafilococica, etc.

VACINA ANTIGONOCOCICA BRUSCHETTINI (Antigono) — Nas formas agudas e nas cronicas. Polivalente.

POLIVACINA ANTIPIOGENICA BRUSCHETTINI (Tubpio) — Associações microbianas da tuberculose.

SORO-VACINA BRUSCHETTINI (Bistubsiero) — Antitubercular — Acção profilatica e curativa.

VACINA CURATIVA BRUSCHETTINI (Tubvaccino) — Antitubercular — Acção curativa.

VACINA CURATIVA 2.º GRAU — VC-AC, BRUSCHETTINI (Bistubvaccino) — Antitubercular — Nas formas graves.

Dr. L.º ZAMBELETTI S. A. de Milano

ARSENIATO DE FERRO SOLUVEL ZAMBELETTI— Ferro electro-negativo organico alimentar, simples e com estricina, quer em caixas de 1.º e 2.º grau, quer em frascos; reconstituente.

IODOSAN ZAMBELETTI— Iodo soluvel atomico nascente, aromatizado, em frascos.

ARSENOBROMOTONICAS ZAMBELETTI— Fosforo, ferro, arsenio, bromo e valeriana fresca; sedativo e reconstituente: no histerismo, neurastenia, nas varias nevroses, etc., em caixas.

BISMARSOL ZAMBELETTI— Solução esteril injectavel de arsenobismutato de sodio. Sifilis, tabes dorsal, sifilis hereditaria, paralisia, lesões, malária.

CALOMELANOS ELECTROLITICO AQUOSO ZAMBELETTI — Em soro leucocitogenio. Sifilis, framboesia.

SORO IODADO ZAMBELETTI COM GAIACOL— Na tuberculose ossea, glandular e peritoneal—caixas de 1.º e 2.º grau.

TEOBROMINA COMPOSTA ZAMBELETTI— Arteriosclerose, angina pectoris. Frascos de comprimidos.

INJECCÃO ANTIASMATICA ZAMBELETTI—Suprarenopituitaria. Asma bronquial, acesso.

Amostras á disposição dos Srs. Medicos.

ITALO-PORTUGUEZA, L.ª
APARTADO 214 — LISBOA

Telefone C. 3096
FERREGIAL BAIXO 33, 1.º
Telegr.: ITALPORTUGUEZA

pour ne pas tomber. Le malade prenait, à cette époque, un *facies* parkinsonien, présentait des paralysies, d'abord à gauche, ensuite à droite, blépharospasme, affaiblissement mental. Il est mort le 20 mars.

Deux analyses du liquide céphalo-rachidien ont montré une augmentation de glycose de 0,8 à 1,0 gr., ce qui a coïncidé avec l'aggravation de l'état du malade.

L'A. prétend que *l'augmentation du sucre dans le liquide rachidien est un signe de mauvais pronostic, et que la diminution en est un bon symptôme* comme il l'a remarqué dans le I cas.

L'A. aborde aussi la question thérapeutique. Il a constaté que les *sels de bismuth* peuvent donner de bons résultats surtout dans les cas récents. Pour les manifestations parkinsoniennes, il les associe à la scopolamine tyndallisée, en injections hypodermiques, mais les résultats ne sont généralement pas aussi efficaces.

L'A. accentue que l'épidémie diminue en nombre de cas. Les guérisons et les améliorations lui paraissent aussi plus fréquentes ; mais il fait des restrictions à ce propos, parce que les cas mauvais sont encore assez nombreux.

AS BASES FISIOLÓGICAS DA ELECTROCARDIOGRAFIA E O SEU VALOR CLÍNICO (1)

POR

EDUARDO COELHO

Assistente

Quando em Portugal ninguém seguia, ainda, os métodos de Corvisart e de Laenec, desconhecendo-se por completo a percussão e a auscultação do tórax, um trabalhador modesto e isolado praticava em 1825 — há precisamente um século — no recolhimento das enfermarias de S. José, a percussão e a auscultação do coração.

Era António de Sousa Salgado.

E o dr. Lima Leitão, nomeado lente de clínica médica na fundação da Régia Escola, em 1825, começou, no ano seguinte, a ensinar, pela primeira vez em Portugal, a percussão e a auscultação mediata e imediata do coração.

Mas êsses métodos não bastavam à semiótica cardíaca. Com o rodar dos anos, novos, precisos processos apareceram. Mackenzie era ainda um modesto prático da pequena cidade de Lancashire quando começou a recolher nos seus doentes traçados de diferentes partes do aparelho circulatório para os interpretar à luz dos dados coetaneos da fisiologia.

(1) Lição realizada no Serviço da 2.^a Clínica Médica, por ocasião do primeiro centenário da Régia Escola de Cirurgia. Sendo a mesma em doutrina, esta lição é, agora, ligeiramente modificada na forma.

A radiologia trouxe também a sua valiosa contribuição. Quando fôr possível fazer passar todos os doentes pelo *écran* radioscópico, estou em crer que a percussão terá os seus dias contados.

Da esfigmomanometria nenhum prático pode prescindir.

Em alguns Serviços universitários da Europa central, principalmente no de Kraus, em Berlim, e no de Wenckebach, em Viena, começa a entrar na rotina da clínica cardiológica a análise dos gases do sangue e a determinação do volume da sístole cardíaca (*Schlagvolumens*) por meio da análise dos gases. A primeira tem prestado grandes serviços ao estudo do trabalho cardíaco; a segunda, sem grande valor prático, vai oferecendo o flanco à crítica.

A energometria e a pletismografia, que têm ainda os seus defensores, não são de molde — ao que parece — a merecer grande atenção dos clínicos.

Outro tanto não acontece com o método gráfico. Não podemos estudar a fisiopatologia cardíaca nem o efeito realizado pelas drogas no funcionamento do coração sem recorrermos a processos que nos permitam substituir as noções clínicas, subjectivas, por documentos preciosos, como os que nos dá êsse método.

Os traçados mecânicos, que resultam de elevações sucessivas provocadas pela contracção das aurículas e dos ventrículos ao nível dos vasos do pescoço e da ponta, são demasiado grosseiros, muito insuficientes, embora sejam inscritos com as suas relações cronológicas.

Vão mais longe os traçados electrocardiográficos. Mostram-nos as modificações das funções do miocárdio, muitas anomalias da revolução cardíaca, as acções farmacodinâmicas de certos medicamentos; atribuem às perturbações rítmicas a sua topografia provável; revelam-nos, por exemplo, a interrupção de um ramo da grande comissura cardíaca, a origem ventricular da aceleração; isolam clinicamente as trombozes coronárias — factos, estes, da maior importância em virtude da gravidade do prognóstico — e não há, emfim, electrocardiogramas que não nos possam dar, pelos seus pormenores, ensejo às mais interessantes, sugestivas interpretações.

A electrocardiografia aplicada à prática clínica constitui, ainda, um método novo. E como tal não escapou aos entusiasmos exagerados dos que viam nêle a solução de todos os proble-

mas da cardiologia, nem ao scepticismo estéril e doentio dos que de tudo desconfiam.

Não podemos seguir o caminho dos primeiros, que a supunham capaz de representar, por meio de uma curva determinada, cada estado patológico do coração, nem aceitamos a opinião dos segundos que, como Hering, vêm declarar a sua falência.

Os trabalhos de Einthoven, Kraus, Lewis, Strübel, e investigações mais recentes, têm permitido tirar das curvas electrocardiográficas indicações decisivas e sólidamente estabelecidas para a cardiologia. Sem que nos tenha dado a chave de tôdas as incógnitas de tantos problemas que preocupam o cardiologista, o método electrocardiográfico fornece ao clínico ensinamentos valiosos para *precisar* um diagnóstico e prescrever uma terapêutica *racional*.

Por isso, na rotina da cardiologia entrou já, nos serviços devidamente organizados, a electrocardiografia, que adquiriu, hoje, direitos de cidade em clínica.

*

É muito simples o princípio em que assenta o mecanismo dos traçados electrocardiográficos. A contracção muscular é acompanhada de diferenças de potencial com os elementos que permanecem inactivos; a parte do músculo que entra em actividade

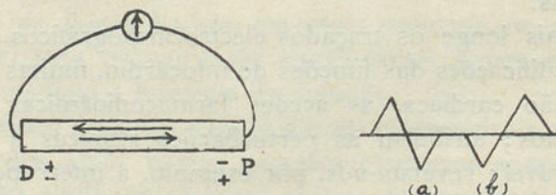


Fig. 1

torna-se relativamente negativa em relação à parte inactiva, do mesmo modo que o *Zn* de uma pilha é negativo em relação ao *Cu*.

Estas variações eléctricas ou diferenças de potencial entre a parte inactiva (+) e a parte activa (—) do músculo podem ser registradas por um galvanómetro.

Seja o músculo PD (Fig. 1) ligado pelas suas extremidades (P, proximal; D, distal) a um galvanómetro. Quando o músculo é estimulado na sua extremidade proximal, uma onda de excitação caminha de P para D; quando o músculo se torna activo em P, fica relativamente negativo em relação a D, como nos mostra a oscilação da agulha galvanométrica; a oscilação faz-se numa direcção definida, idêntica à que nos é dada se substituirmos P pelo Zn duma pilha. A onda atinge D, permanecendo, depois, em P; a extremidade distal torna-se activa. Nesta modificação, D é relativamente negativo em relação a P, e a oscilação do galvanómetro é, então, invertida. O efeito eléctrico total compreende duas deflexões de direcção oposta, dando uma *curva difásica* (a).

Se a excitação se faz na extremidade distal, a direcção da onda é invertida; D é primeiramente negativo, depois P. Resulta ainda uma *curva difásica* (b), mas o sentido da oscilação é diferente.

As variações eléctricas modificam-se com o deslocamento da onda de excitação, e o seu sentido e amplitude dependem das relações do ponto activo com os dois contactos. Assim, quando se excita uma das extremidades, estando os dois contactos (que derivam a variação eléctrica para o galvanómetro) nas duas extremidades, o desvio é máximo; a amplitude diminui se o ponto activo se aproxima do segundo contacto, e é nula quando o ponto activo está a igual distância dos dois contactos; se a onda de excitação está mais próxima do segundo contacto do que do primeiro, cessando nos pontos primitivamente excitados, o sentido é invertido; quando todo o músculo entra em actividade é atingido o estado *isoelectrico*, isto é, são anuladas as diferenças de potencial.

O coração pode ser considerado como um músculo isolado na caixa torácica e cercado de tecidos bons condutores. As suas contracções são acompanhadas das mesmas diferenças de potencial — *correntes de acção* — sendo as partes activas do miocárdio electronegativas em relação às partes inactivas. Estas variações eléctricas propagam-se nos tecidos, podendo ser derivadas sobre a própria superfície do corpo.

Com efeito, verificaram os fisiologistas que, quando ligavam a base e a ponta do coração a um galvanómetro, a agulha se desviava durante a sístole ventricular.

Esta corrente foi evidenciada, primeiramente, por uma pata galvanoscópica, e por esta experiência, fisiologicamente idêntica: aberto o tórax de um cão, seccionou-se-lhe o nervo frénico esquerdo; produziram-se no diafragma abalos rítmicos, relacionados com a sístole cardíaca. O nervo frénico encontra-se excitado pela *corrente de acção* do coração, e, como passa directamente sobre o próprio coração, funciona de pata galvanoscópica. Demonstrou-se que esta *corrente de acção* existe no coração do

homem, e que se difunde à superfície do corpo segundo as leis de difusão das correntes eléctricas, onde se pode recolher.

Assim, se ligarmos duas regiões da pele humedecida a um galvanómetro ou a um electrómetro capilar de Lipmann, nos extremos duma linha que passe pelo meio do coração e que vá do vértice da espádua esquerda ao hipocôndrio direito, verifica-se: que os pontos situados abaixo desta linha se tornam negativos durante a sístole cardíaca, enquanto que os pontos situados acima ficam positivos; que fenómenos inversos se produzem no fim da diástole; e que,

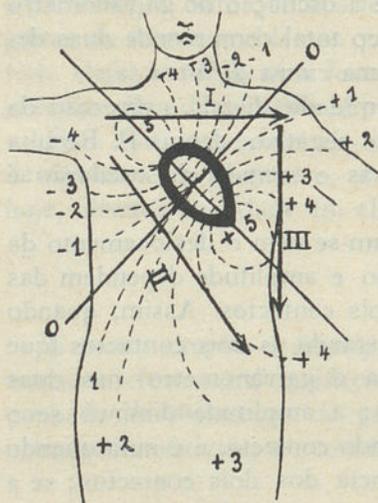


Fig. 2

Esquema de Waller e Nicolai
O O linha equatorial +5 — 5 linha axial

durante esta, tôdas as partes do corpo regressam à neutralidade.

As *correntes de acção* nascem na ponta ou na base, sendo as diferenças de potencial máximas nas duas extremidades do eixo anatómico do coração. O potencial é nulo na linha equatorial que corta perpendicularmente e pelo meio a linha axial. Como, entre estes dois pontos extremos se encontram pontos intermediários, de potenciais diferentes, para se recolherem as *correntes de acção* é preciso escolher as regiões periféricas que as possam derivar.

Waller e Nicolai representaram a distribuição das linhas do campo eléctrico por um esquema (Fig. 2), que todos os cardiologistas

conhecem, concluindo que em repouso o coração se mantém em equilíbrio eléctrico, e que, durante a sístole, a ponta se torna negativa, enquanto que a base fica positiva. A distribuição das linhas do campo é tal que a metade direita do tórax, o braço direito e a cabeça estão no campo que corresponde à base do coração; a metade esquerda do tórax, o braço esquerdo e os membros inferiores estão no campo que corresponde à ponta. Daqui resultam as três derivações habitualmente empregadas.

É nestes princípios, sucintamente desenvolvidos, que se baseia a electrocardiografia, permitindo registrar por meio destas variações eléctricas a actividade do coração.

Tendo sido descoberta em meados do século passado, a diferença de potencial eléctrico que acompanha a contracção cardíaca, só muito tarde começou a ser registrada para fins clínicos. Com efeito, foram Kölliker e Muller quem primeiro demonstrou a existência da *corrente de acção* no coração, em 1856, por meio da pata galvanoscópica. As suas observações foram prosseguidas por numerosos investigadores, em especial por Burdon Sanderson, que trabalhavam com os tipos primitivos de reótomos e galvanómetros. Waller, servindo-se do electrómetro capilar, mostrou em 1887 a *possibilidade* de se registrarem as pulsações do coração humano. Todavia, só em 1892 os fisiologistas ingleses Bayliss e Starling recolheram as primeiras curvas nos mamíferos. Em 1903, apresentou Einthoven o seu novo instrumento — o *galvanómetro de corda* — e mostrou que a contracção ventricular é comparável a um abalo muscular simples. É tal a precisão deste galvanómetro que imediatamente se sobrepôs a todas as outras formas. Embora Einthoven tenha feito exames eléctricos sistemáticos dos doentes, as suas investigações mantiveram-se alguns anos alheias à comarca da medicina prática, só entregue a investigações experimentais do ritmo.

O galvanómetro de corda, modelo de Einthoven, faz parte do grande electrocardiógrafo de Edelman, de München, que se encontra no Laboratório de Electrocardiografia deste Hospital. Aparelho muito complexo, o electrocardiógrafo reduz-se, em última análise, ao seguinte: — Um galvanómetro de corda de platina de 0,0025 mm., colocado no campo dum electromagnete; um arco voltaico (Bogenlampe) e uma tina de água destilada para

absorver os raios caloríficos; uma lente condensadora colocada entre o arco e a tina; um microscópio composto de um sistema de condensação e de um sistema de projecção; aparelhos para a determinação da resistência do corpo, da sensibilidade do galvanómetro, e para a compensação da corrente da pele; um aparelho para registrar a curva eléctrica. Regulamos a tensão da corda de tal maneira que, quando passar uma corrente de um milivolt, a amplitude das suas oscilações seja de 1 centímetro. A isto chamamos *sensibilidade do galvanómetro*.

Junto do aparelho de registro há um diapasão eléctrico que produz 50 vibrações por segundo.

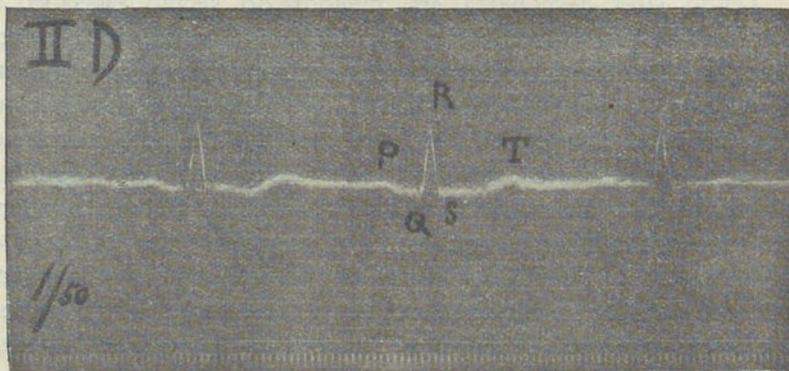


Fig. 3

Electrocardiograma red. $\frac{1}{5}$

O electromagnete é alimentado por uma bateria de seis elementos, sendo um dos elementos introduzido no circuito para compensar a corrente do corpo, por meio de uma corrente da mesma intensidade e de sentido inverso. Direi de passagem que os electrocardiógrafos, nos quais a *corrente do corpo*, em vez de anulada, é condensada, não nos dão curvas exactas. Está neste caso o aparelho francês, que também possui o galvanómetro de corda.

Conforme a derivação escolhida, introduzem-se dois membros do doente (braço direito e braço esquerdo, braço direito e perna esquerda, braço esquerdo e perna esquerda) em tinas, contendo uma solução de cloreto de sódio a 6 ‰. A corrente de acção

tem, em cada derivação, o sentido indicado pelas setas da fig. 2. Depois de compensada a corrente da pele, passa na corda, apenas, a variação eléctrica do coração. A corda oscila, e é esta oscilação que nós registramos por meio dum aparelho fotográfico. Assim obtemos um traçado que vamos analisar (Fig. 3), e que constitui o tipo fisiológico do electrocardiograma.

Nesta fig. está representado um electrocardiograma tirado na segunda derivação (braço direito e perna esquerda).

Durante a diastole o coração mantém-se em equilíbrio eléctrico. São as aurículas que, primeiro se contraindo, no estado normal, rompem o equilíbrio, dando a primeira elevação positiva *P*. Segue-se uma linha horizontal, representando um *período isoeléctrico*, durante o qual nenhuma corrente passa na corda. Vem depois a contracção dos ventrículos em tempos diferentes. Segundo Einthoven, a onda contráctil propaga-se da ponta para a base; é a ponta que primeiro se torna electronegativa, dando assim a pequena oscilação *Q*. A onda de contracção propaga-se depois para a base, que se torna negativa, e dá a grande oscilação *R*, de duração muito breve — 0".03 a 0".04. A onda contráctil volta para a ponta, dando a pequena oscilação negativa *S*, que é de amplitude variável. Todo o ventrículo está, neste momento, em contracção, anulando-se, portanto, as diferenças de potencial; a curva é, então, horizontal ou ligeiramente ascendente, seguindo a linhas das abcissas — *período isoeléctrico*. Cessando a contracção cardíaca, produzem-se variações eléctricas de sentido inverso. A base do ventrículo esquerdo e o ventrículo direito mantêm-se em sístole mais tempo do que a ponta; a retirada da onda de contracção traduz-se gráficamente pela ondulação positiva *T*. As quatro ondulações *QRST* formam o grupo ventricular.

Seguimos, nesta descrição, a nomenclatura de Einthoven, universalmente aceita.

QRS têm uma duração total máxima de 0",1, e são, em regra, $\frac{1}{3}$ da duração do grupo ventricular total.

Às vezes, existe, ainda, na derivação II a ondulação *U*, que corresponde ao comêço da diástole.

As vibrações finas que muitos electrocardiogramas apresentam são devidas à actividade eléctrica dos músculos estriados dos membros, que não estão completamente relaxados, ou ainda aos

efeitos dos reflexos vasomotores. Nos doentes nervosos, estes movimentos são quasi continuos.

Na fig. 4 estão comparadas, no tempo, as ondulações eléctricas com as curvas dos traçados mecânicos.

P precede a 0''.1 — 0''.15

R precede c 0''.1 — 0''.15

Segundo a estatística organizada por Lewis, em 52 casos de indivíduos novos e normais,

$P R = 0''.13 - 0''.21$.

A duração da onda P é de 0''.07 — 0''.10; de T, aproximadamente 0''.19; do espaço isoléctrico ST 0''.09 — 0''.11. Não nos deteremos na voltagem dos diferentes accidentes, que é muito variável de indivíduo para indivíduo.

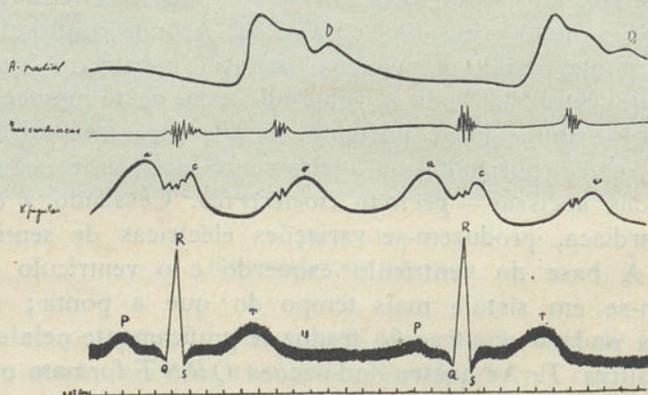


Fig. 4

As modificações que sofre o electrocardiograma fisiológico na amplitude das suas oscilações, e no indivíduo normal, mostra-las hemos daqui a pouco.

¿ A que atribuir a origem desta variação eléctrica?

Henrijean notava recentemente que o electrocardiograma representa a inscrição de fenómenos eléctricos que têm a sua

origem em mecanismos especiais, idênticos aos que se observam nos peixes eléctricos ou nos tecidos susceptíveis de mudar de forma.

Mas... ¿deve atribuir-se esta diferença de potencial, como a produção do calor, à própria contracção muscular? ¿Dependerá de fenómenos químicos que preparam esta contracção, ou da onda de excitação que a provoca?

É preciso procurar no próprio coração o lugar exacto onde se produz a diferença de potencial, com o seu foco de intensidade máxima a cada instante da revolução cardíaca, para respondermos à chamada:

Recordemos rapidamente as formações onde se origina a onda de excitação e o caminho que segue até que cesse a sístole cardíaca, para, depois, localizarmos, no tempo e no espaço, as variações eléctricas.

Nos animais inferiores, o coração é formado, apenas, de duas cavidades, possuindo as fibras do miocárdio a dupla função *contráctil e excito-condutora*. São fibras com estrutura semelhante à das fibras embrionárias do coração dos mamíferos, sendo o protoplasma que cerca o núcleo central muito rico em glicogénio. As fibrilhas musculares só em pequeno número se diferenciam.

Nos animais superiores, com a diferenciação anatómica aparece também a diferenciação funcional. Reduz-se a quantidade de protoplasma e de glicogénio, enquanto que nas fibras do miocárdio se formam fibrilhas musculares em abundância. São estas fibrilhas que presidem à condutibilidade. A função excito-condutora é exercida por certas fibras que mantêm a sua estrutura embrionária. Esta diferenciação anatómica e funcional do miocárdio, no homem, dá-se só nos ventrículos, porque nas aurículas, que quasi só desempenham um trabalho muscular—e pouco importante—persiste a estrutura embrionária com a dupla função excito-condutora e contráctil.

Emquanto que nos animais inferiores a condução, que parece seguir pelo protoplasma axial, é muito lenta—não ultrapassa 100 mm. por segundo—nos animais superiores, a excitação, que nasce no nódulo de Keith e Flack, caminha nas aurículas com uma velocidade uniforme de 1.000 mm., por segundo, à sua superfície, propagando-se nas próprias fibras musculares. A condução das fibras contrácteis dos ventrículos é muito reduzida; anda aproximadamente por 300 a 500 mm. por segundo. Como convém

a um bom funcionamento do miocárdio que as fibras ventriculares se contraíam simultaneamente, existe um tecido de estrutura embrionária e de grande capacidade de condução (3.000 a 5.000 mm. por segundo), permitindo que a excitação percorra toda a superfície ventricular em duas a três centésimas de segundo, ao passo que nas aurículas, de menor extensão que os ventrículos, leva cinco centésimas de segundo.

Esse tecido excito-condutor com a estrutura das fibras cardíacas embrionárias é formado pelo nódulo de Tawara, o feixe de His, os seus ramos, ramificações, e pela rede de Purkinge que forra a face subendocardica dos ventrículos.

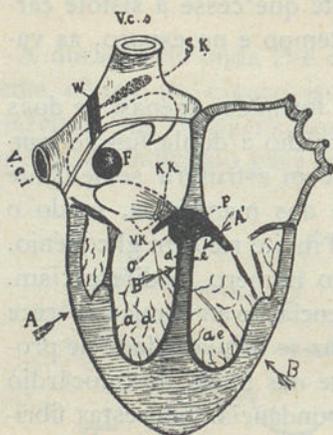


Fig. 5

Sistema excito-condutor do coração do homem (segundo Koch).—SK nódulo de Keith e Flack.—W feixe de Wenckebach.—K K, V K nódulo de Tawara (parte auricular e parte ventricular).—o origem do feixe de His.—d, e ramos direito e esquerdo do feixe de His.

Compõe-se, como acabamos de ver, e como está representado na fig. 5, de dois segmentos. O primeiro, ou nódulo de Keith e Flack, está situado junto da veia cava superior, ao nível da sua embocadura, na aurícula direita, e estende-se ao longo do *sulcus terminalis* num comprimento de dois centímetros. Dêste nódulo partem fibras, que se distribuem pelas aurículas, tendo-se individualizado os feixes de Wenckebach, de Thorel e Cuna que vão para o nódulo de Tawara, situado na parte posterior e direita do septo interauricular, adiante do orifício da veia coronária e junto da inserção da tricúspida. O feixe de His, ou segundo segmento do sistema excito-condutor, parte do nódulo de Tawara, percorre o

septo interauricular até à parede membranosa do septo interventricular; atravessa êste septo, dividindo-se em dois ramos na parte anterior da *parsmembrana*.

O ramo esquerdo, que caminha sobre a face esquerda do septo, divide-se, a meio dêste, em três ramos — o médio dirige-se para a ponta, o anterior e posterior para os pilares correspon-

dentos. O ramo direito, mais oblíquo que o tronco, segue a face direita do septo, penetra no feixe arqueado e dirige-se para a base do pilar anterior, na base do ventrículo, dando ramos para a ponta, base e infundibulum. As últimas ramificações dos dois ramos formam a rêde de Purkinge. Em alguns animais, p. ex., nas aves, as terminações da rêde de Purkinge penetram na profundidade do ventrículo, de sorte a tornar mais rápida a propagação da excitação; ao passo que, no homem, ficam na superfície interna dos ventrículos.

Ora, supôs-se que as variações eléctricas, que acompanham a contracção cardíaca, dependiam da própria contracção das fibras miocárdicas.

Não é exacto. Mostrou Lewis, nos seus notáveis trabalhos experimentais e clínicos, que as variações de potencial aparecem primeiro nas fibras especiais excito-condutoras para, em seguida, se propagarem aos tecidos vizinhos.

As variações eléctricas, segundo o parecer de Lewis, sólidamente fundamentado, dependem da onda de excitação que se propaga pelas fibras excito-condutoras. A onda de excitação nasce no seio de Keith e Flack, onde aparece também a primeira variação eléctrica, distribui-se na superfície das aurículas, é recebida no nódulo de Tawara, segue a grande comissura cardíaca ou feixe de His, as suas ramificações, a rêde de Purkinge, voltando, depois, para a base dos ventrículos. A onda de excitação acompanha-se, portanto, de uma electronegatividade que com ela se desloca, criando um campo eléctrico variável.

As ilações importantes que devemos tirar das pacientes investigações de Lewis são estas: Enquanto a onda de excitação percorre as aurículas, o nódulo de Tawara e o tronco do feixe de His a variação eléctrica é simples; quando a onda de excitação começa a percorrer os dois ramos do feixe de His a variação eléctrica é dupla — a curva electrocardiográfica é, então, a resultante de dois efeitos eléctricos. Efeitos eléctricos que são do mesmo sentido quando a onda de excitação percorre os dois ramos aproximadamente paralelos, no septo interventricular; efeitos eléctricos de sentido contrário no momento em que a onda de excitação segue os dois ramos, já de direcção oposta.

Na primeira fase existe um *monograma*, embora alguns auto-

res já falem dum complexo auricular eléctrico, no homem (1).
Na segunda fase há a combinação de um *levograma* e de um

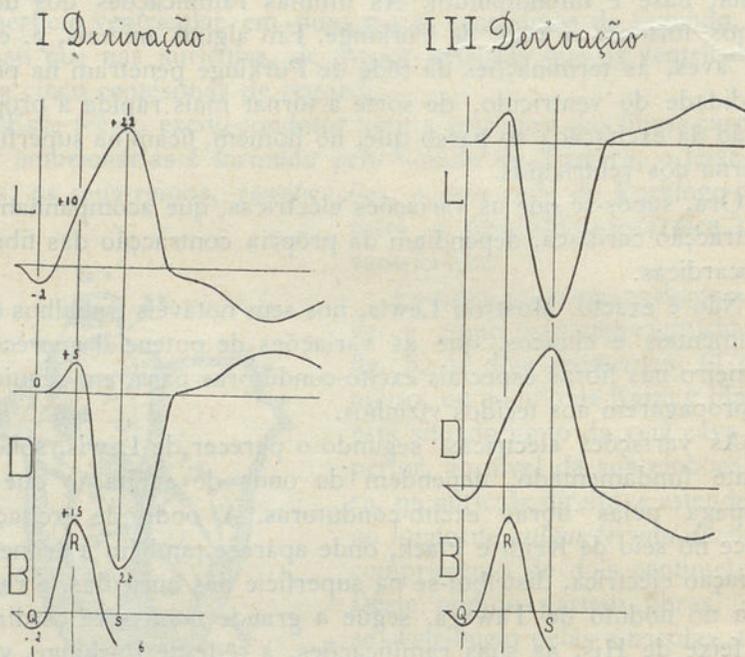


Fig. 6

dextrograma, ou seja um *digrama* resultante — complexo ventricular eléctrico.

(1) Em alguns animais inferiores existe um complexo auricular, como tivemos ocasião de mostrar, apresentando um electrocardiograma. Segundo os trabalhos de Fredericq, há também, no homem, um *complexo auricular* formado de duas ondas, correspondendo uma à aurícula direita, a outra à aurícula esquerda. E, ao contrário do que se dá nos ventrículos, são do mesmo sentido e da mesma amplitude, visto que a direcção do eixo eléctrico das duas aurículas é aproximadamente a mesma.

Hering, Eyster e Meck admitem um complexo auricular com ondulações correspondentes à excitação do seio de Keith e Flack, das aurículas e da parte superior do nódulo de Tawara. Normalmente, as ondas fundem-se, dando um *monograma auricular*.

Analisemos pormenorizadamente a constituição do complexo ventricular.

Podemos obter experimentalmente um levograma ou um dextrograma — curvas inteiramente diferentes das do digrama — depois da destruição de um dos ramos do feixe de His, ou excitando a parede de um dos ventrículos. Desta maneira a excitação passa unicamente por um dos ramos.

A fig. 5 mostra-nos que cada ventrículo possui um sistema

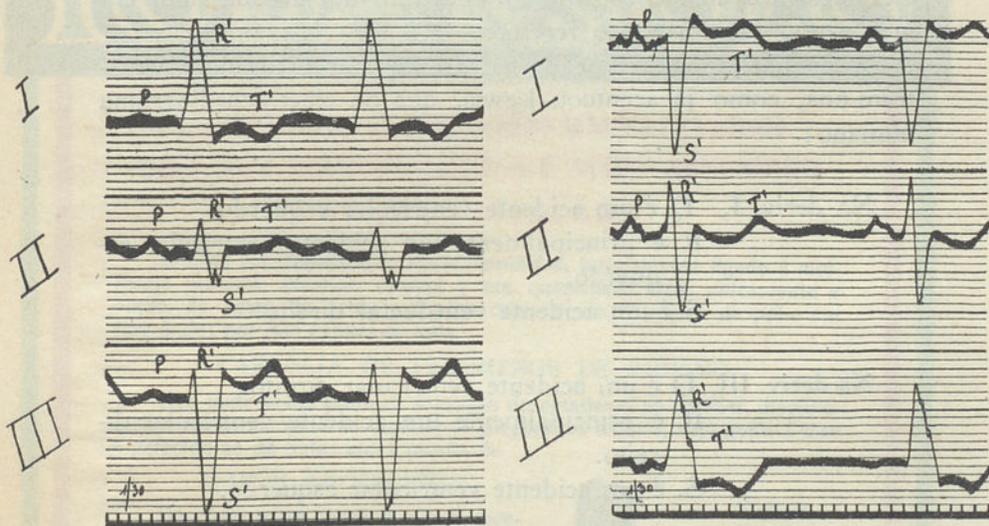


Fig. 7

Levogramas e dextogramas nas três derivações

separado e completo de fibras, e como se podem obter curvas correspondentes a cada um dos ventrículos por qualquer dos processos designados. Uma lesão do feixe em A' faz com que a excitação siga somente o feixe direito. Assim obtemos um electrocardiograma semelhante na forma ao que se obtém pela excitação do ventrículo direito em A. Da mesma maneira, uma lesão do ramo direito em B' leva o estímulo a caminhar unicamente pelo ramo esquerdo, e o traçado eléctrico obtido é também semelhante ao que resulta da excitação do ventrículo em B. A fig. 6 apresenta-nos os traçados respectivos, correspondentes às

derivações I e III— *levograma*, *dextrograma* e *digrama*. Como se vê pelo exame desta fig., os acidentes do digrama representam a soma algébrica dos acidentes do levograma e do dextrograma. É a combinação dos dois efeitos eléctricos que dá a curva normal ou *digrama*.

As curvas electrocardiográficas da fig. 7 representam os levogramas e dextrogramas nas três derivações, evidenciando defeitos funcionais dos dois ramos do feixe de His.

O levograma e o dextrograma não só nos mostram como o electrocardiograma é constituído, mas têm um grande valor clínico, como daqui a pouco veremos.

A análise do diagrama da fig. 5 e das curvas da fig. 6 mostram-nos, como já acentuou Lewis, que no electrocardiograma humano:

Na deriv. I, Q é um acidente ventricular esquerdo.

R é principalmente um acidente ventricular esquerdo.

S é um acidente ventricular direito.

Na deriv. III, Q é um acidente ventricular direito.

R é principalmente um acidente ventricular direito.

S. é um acidente ventricular esquerdo.

Êste predomínio dos acidentes do digrama pode ser representado da seguinte maneira:

Preponderância direita

I			III		
Q	R	S	Q	R	S
-	-	+	+	+	-

Preponderância esquerda

Q	R	S	Q	R	S
+	+	-	-	-	+

Baldacci

O PRIMEIRO PRODUCTO DE IODO E ARSENIO

IODARSOLO

O PRODUCTO QUE CONTEM MAIS ELEVADAS
DOSES DE IODO METALLICO E ACIDO ARSENIOSO

PUROS — INTEGROS

O *iodo em combinação tanico-proteica*, intimamente ligado á molécula proteica, mantido estavel e em quantidade fixa: unicamente a acção, ao calor, do acido sulfurico concentrado, é capaz de pol-o em liberdade; por isso explica-se toda

CARENCIA DE FENOMENOS DE IODISMO

Não pode assim produzir sensação desagradavel ao paladar, inconveniente muito marcado de numerosos preparados iodicos, cujo gosto é acre e parecido ao da tinta; antes resulta de

SABOR EXCELLENTE

Desejado pelas creanças e bem recebido pelas pessoas de paladar delicado.

NÃO IRRITA AS MUCOSAS

O *acido arsenioso* está combinado em forma organica segundo um metodo especial:

NÃO PRODUZ INTOLERANCIA ARSENICAL.

INJECTAVEIS

Uma ampola cada dia. Injecções intra-musculares profundas nas nadegas.

Para amostras e prospectos dirigir-se ao Agente para a Península Iberica:

MARIO VIALE

Provenza 427

BARCELONA (ESPAÑA)

Concessionario exclusivo para a venda:

Sociedade Industrial Pharmaceutica
Rua do Mundo, 42—LISBOA



ELIXIR

Duas ou tres colheres diarias para os adultos e duas ou tres colheres pequenas para as creanças. : : : :

OUTROS PRODUCTOS DO LABORATORIO CHIMICO
FARMACEUTICO V. BALDACCI—PISA (ITALIA)

ZIMEMA

HEMOSTATICO FISIOLÓGICO

Solução obtida pelo fermento ou enzima coagulante do sangue (trombina, fibroenzima, fibrinofermento) dado pelos leucocitos ou plaquetas.

Em qualquer hemorragia a hemostase definitiva não se obtém senão com um só meio: a formação do coágulo do sangue. É coisa sabida que a coagulação é obtida por meio da reacção do fermento coagulante do sangue (fibroenzima) com o fibrinogeno, cujo producto é a fibrina.

É assim racional a ideia de aproveitar o enzima coagulante em questão na therapeutica com fim hemostatico. Porém, se foi intentada a opertherapia hemathica, nunca existiu até hoje um producto que, para cohibir as hemorragias, utilisasse o fibroenzima.

Tal producto tem sido estudado e apresentado ao Medico pelo nosso Laboratorio sob o nome de **ZIMEMA**.

Absolutamente innocuo em qualquer periodo e idade

NÃO EXISTEM CONTRA-INDICAÇÕES

INJECCÕES — Em ampolas de 3 cc. São ministradas uma diariamente, e nas hemorragias insistentes e graves, duas ou tres ampolas diarias, a juizo do Medico.

INDICAÇÕES — Todas as hemorragias.

LEJOMALTO

ASSUCAR ALIMENTICIO

Composição: Mistura especial de DEXTRINA e MALTOSE com amylase inactiva.

Acção do Lejomalto

Alimentação Artificial, Mixta — *Ajuntado ao leite de vaca, confire a este as características do leite materno.* No estomago do lactante a mistura de leite de vaca, agua, e Lejomalto, coagula em grumos pequenos, friaveis, gelatinosos. No leite de vaca diluido, o Lejomalto ministrado nas proporções devidas cobre totalmente o deficit de lactose e gordura sem produzir fermentações intestinaes.

Perturbações Gastro-Intestinaes do Lactante — Volta á alimentação depois da dieta hydrica — Desmamamento — Tem uma acção preventiva e curativa, pois que impede a putrefacção azoadada dos germens e das toxinas intestinaes, accionando mecanica e quimicamente contra os germens e contra os seus productos.

Não contem farinhas e portanto pode ser ministrado desde o nascimento

NÃO É FERMENTESCIVEL

Estas conclusões têm muita importância, sobretudo na hipertrofia dos ventrículos—como é fácil deduzir-se—que pode aparecer em várias situações patológicas do coração, dando ao electrocardiograma uma forma predominantemente levograma ou predominantemente dextrograma.

O levograma e o dextrograma na II derivação são caracterizados por um acidente positivo R, seguido imediatamente de uma onda negativa S.

O primeiro acidente positivo corresponde ao momento em que a onda de excitação caminha na primeira parte do ramo esquerdo. O grande acidente negativo corresponde ao momento em que a onda de excitação atravessa a parte arqueada do mesmo ramo, resultando a inversão do campo eléctrico.

É o acidente principal positivo (R) que caracteriza o dextrograma. A modificação da distribuição do campo eléctrico, resultante da incurvação do ramo direito, não basta para inverter a polaridade.

Emquanto que o levograma e o dextrograma são caracterizados pela grande amplitude das suas ondulações, no digrama resultante a amplitude é menor, porque os efeitos eléctricos, sendo em sentido oposto, se anulam em parte.

A clínica pode dar-nos essas formas parciais do electrocardiograma nas extrasístoles ventriculares direitas ou esquerdas provocadas por excitação de qualquer dos ramos do feixe de His ou do próprio miocárdio ventricular. O traçado tem a forma de um monograma.

Mas, quer se trate de monogramas clínicos ou experimentais, nunca se obtêm contracções isoladas de um dos ventrículos.

O monograma só é puro na primeira parte. A excitação atravessa o ramo ileso e difunde-se no septo interventricular. De sorte que a excitação atinge a rede de Purkinge do ventrículo oposto com um atraso de $0''{,}04$.

Importa agora reconstituir o *digrama normal*, que é caracterizado na II derivação por R positivo, S negativo, linha isoelectrica, onda positiva T.

Se os dois traçados—direito e esquerdo—de desenvolvimento simétrico e oposto, fôsem síncronos, a resultante seria nula. Recordar-lhes hemos que os dois ramos do feixe de His não têm simetria, e, portanto, a excitação segue trajectos diferentes, à direita e à esquerda; na primeira parte dos dois ramos, a ex-

citação tem o mesmo sentido e os efeitos eléctricos são positivos; quando os ramos divergem, como o esquerdo se inflecte mais tarde que o direito, o contrafeito esquerdo é retardado, só começando $0'',015$ — $0'',020$ depois, ao passo que o dextrograma atinge tôda a sua amplitude aos $0'',025$.

A soma das duas curvas de sentido oposto dá um traçado resultante, no qual o acidente positivo do dextrograma é predominante em relação à onda negativa do levograma.

Há ainda outros factores que provocam a dissemetria, como a espessura do miocárdio esquerdo, e que retardam a chegada da onda de excitação até à superfície.

Os acidentes que até aqui temos considerado, na análise do dextrograma e do levograma, constituem a primeira fase do complexo ventricular eléctrico e correspondem à invasão da onda de excitação, na qual existe pequena electronegatividade. Quando termina a invasão da onda de excitação, anulam-se as diferenças de potencial, o coração mantém-se em estado isoeléctrico (ST) e formam-se variações eléctricas invertidas.

O acidente T deve ser, portanto, em sentido oposto ao último acidente. Se S é muito acentuado, T é positivo; se o acidente principal R não é seguido dum acidente negativo S, então T é negativo. No dextrograma, T é negativo, e no levograma é positivo (deriv. II). No digrama, os efeitos fundem-se, se a curva se desenvolve lentamente; e separam-se, se o desenvolvimento é rápido.

As derivações exercem grande influência na formação do digrama. Se, em regra, nós nos reportamos quasi sempre à II derivação é porque, no estado normal, essa derivação apresenta mais simetria em relação ao eixo eléctrico principal, entendendo-se o eixo eléctrico dirigido da base para a ponta do coração, segundo o eixo anatómico, e tendo uma direcção fixa. Mas, quando os dois ramos do feixe de His divergem, o eixo eléctrico do dextrograma e do levograma sofrem uma rotação inversa, a distribuição do campo modifica-se com as fases da revolução cardíaca; nunca os diferentes contactos se encontram igualmente situados em relação ao eixo principal. Daquí resulta que a amplitude das ondas se modifica nas diferentes derivações, sendo o seu sentido muitas vezes invertido. Mostra a fig. 7, com efeito, as seguintes modificações:

—na D. I.: *levograma*—grande oscilação principal positiva R seguida do acidente negativo; *dextrograma*—ondulação positiva R de pequena amplitude, acidente negativo S de grande amplitude, acidente T positivo, ao passo que no bigrama normal R é positivo e grande, e S negativo e pequeno.

É, portanto, nesta derivação que o levograma predomina sobre o dextrograma. Isto é devido ao seguinte facto: a onda positiva R, do levograma, adquire rapidamente a sua amplitude, tendo o seu máximo (0''.03) depois do início.

No dextrograma há, primeiro, um efeito positivo no mesmo sentido, começando a onda negativa 0''.02 depois do seu início, e só adquirindo o seu máximo aos 0''.035. Vem, portanto, muito tardiamente contrariar o efeito do levograma.

A derivação III dá, para os monogramas puros e para os digramas normais, traçados do mesmo sentido que a derivação II, havendo, apenas, uma maior amplitude das ondulações principais dos monogramas.

Há sempre vantagem, embora os autores franceses afirmem o contrário, em tirarmos ao mesmo tempo electrocardiogramas em duas derivações (I e II, principalmente), como se faz, para todos os casos, no Serviço de Kraus.

O conhecimento da forma dos digramas e dos seus componentes é imprescindível para a interpretação dos traçados anormais.

Em indivíduos normais, as curvas electrocardiográficas podem mudar de forma sob a influência de vários factores.

Assim, na respiração, os diferentes acidentes podem aumentar ou diminuir, conforme nos mostra o seguinte esquema:

P	R	S	T		
>	<	>	<	I D	} inspiração
>	<	<	>	III D	
<	>	<	>	I D	} expiração
<	<	>	<	III D	

A idade e os exercícios físicos podem aumentar a amplitude de T. O deslocamento do coração pode também modificar os acidentes auricular e ventriculares. Sendo de grande simplicidade,

o registro dos traçados torna-se, muitas vezes, de uma dificuldade extrema, mesmo para os que estão habituados a fazer a sua leitura.

Há ondulações que, normalmente, em casos atípicos, se encontram muito alteradas, em confronto com o electrocardiograma puro. Relatemos as principais:

S, na primeira derivação, ou pode não ter o menor indício ou, pelo contrário, apresentar um acidente de grande amplitude.

Q, que, na experiência dos investigadores alemães, não tem nenhuma importância prática, pode também desaparecer. *R* pode apresentar um desdobraimento do seu ápice.

*

Queremos referir-nos, agora, aos electrocardiogramas patológicos sem perturbações do ritmo, reportando-nos às observações de Lewis e à estatística organizada por Schrumph e Weber.

P é, em muitos casos, principalmente quando é aumentado o poder de contracção da aurícula esquerda — na estenose mitral,

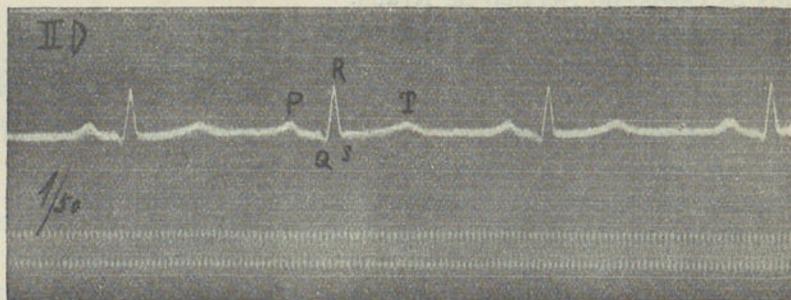


Fig. 8
Electrocardiograma red. $\frac{1}{50}$

p. ex.^o — de grande amplitude, nas derivações I e II. Quando o poder de contracção da aurícula diminui, *P* é, então, muito pequeno. Se aparecem muito nitidamente duas ondas *P*, pode tratar-se de uma estenose mitral.

Mostramos na fig. [8 um electrocardiograma de uma nossa doente com apêrto mitral, no qual *P* está aumentado.



(LEITE EM PÓ)

Nos tempos que ora vão correndo o médico preocupa-se muito quando, ao fazer a sua prescrição, procura equilibrar esta de forma a ser consentânea com as posses do cliente.

O preço dos medicamentos é hoje um factor importante que os médicos não desprezam e com que em geral contam sempre.

E, nesta ordem de ideas, cabem todos os produtos que, não sendo medicamentos, estão sendo usados pela Medicina em mil e um casos de absoluta e rigorosa necessidade. É longa a lista, mas apenas apontamos o *leite em pó*, devido a ser um dos de maior uso.

Imensos individuos gozam os beneficios desta classe de alimentos, mas muitos mais os gozariam se o seu preço fôsse bastante acessível. Em geral apenas os bafejados da fortuna teem podido usar ou alimentar os seus filhos com o leite em pó. De ora avante tudo se vai modificar e êste produto poderá ser usado com muito maior largueza.

O DRYCO, que entre nós tem vitoriosamente resistido a todos os entraves que se teem levantado para a sua introdução e vencido todos os obstáculos que se teem oposto ao seu progresso, e isto por ser o *melhor de todos*, baixando mais uma vez os seus preços para ser também o *mais barato de todos*, procura corresponder ao favor que os Ex.^{mos} Médicos lhe teem dispensado.

Assim, o preço actual do DRYCO é o seguinte:

Lata pequena (340 gramas)	Esc. 15\$00
» grande (1360 »)	» 57\$00

Desta forma, collocando o nosso produto em boas condições de acessibilidade, julgamos ter contribuido dentro das nossas forças para pôr nas mãos dos Ex.^{mos} Médicos um alimento de *absoluta confiança* e de *mínimo preço*.

THE DRY MILK COMPANY, 15 PARK ROW. NEW YORK
(Instituição Internacional para o Estudo e Preparação de Produtos de leite puro)

Depositários para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a
RUA NOVA DA TRINDADE, 9, 1.º—LISBOA

PILULAS **OPOBYL** PILULAS

TRATAMENTO PHYSIOLOGICO

das *Ictericias, Hepatites e Cirrhosas, Angiocholites e Cholecystites, Lithiasis biliares, Enterocolites,*

Prisões de ventre chronicas, Estados hemorrhoideos.

COMPOSIÇÃO

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

**INSUFFICIENCIAS
Hepatica e Biliar**

PHARMACODYNAMIA

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

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

Amostras gratuitas, a um simples pedido endereçado aos:

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

”

Ceregumil
Fernández

Alimento vegetariano completo em base
de cereais e leguminosas

Contem no estado coloidal:

*Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidrocarbonados
e principios minerais (fosfatos naturais)*

Insostituivel como alimento, nos casos de intolerân-
cias gástricas e afecções intestinais. — Especial para
crianças, velhos, convalescentes e doentes
do estomago

Sabor agradavel, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo

FERNANDEZ. & CANIVELL Y C.^{as} — MÁLAGA

Deposítarios: GIMENEZ SALINAS & C.^{as}

Rua Nova da Trindade, 9-1.^o

LISBOA

Na insuficiência aórtica, é, muitas vezes, *R* de grande amplitude. Mas em indivíduos normais pode *R* apresentar amplitudes variáveis.

Quando *R* e *S* apresentam uma forma atípica, com grande ou pequena amplitude, como aparece nas extrasístoles, isto indica-nos uma perturbação do sincronismo de ambas as contracções ventriculares, e é sempre um sinal de graves perturbações anatómicas do coração.

Se *T* aparece pouco desenhado, sendo *R* de grande amplitude, existe uma diminuição do poder de contracção do músculo ventricular.

A ausência de *T* na derivação III, tornando-se negativa na I e na II, sendo *R* atípico em tôdas as derivações, indica-nos que há graves perturbações orgânicas dos ventrículos. *T* negativo, em casos de doenças congénitas, mostra-nos que o prognóstico é grave.

Doentes com esclerose coronária têm apresentado o *T* negativo nas derivações I e II.

Alguns dados interessantes se têm colhido como indício gráfico da hipertrofia cardíaca. Mostrou Einthoven que, nas hipertrofias do ventrículo direito, havia o enfraquecimento de *R* e o exagêro de *S* na derivação I, o exagêro de *R* e o enfraquecimento notável de *S* na derivação III. O contrário se observa, segundo Einthoven, nas hipertrofias do ventrículo esquerdo. Electrocardiogramas com qualquer destas formas indicam-nos que existe uma preponderância esquerda ou direita.

Traçados eléctricos análogos aos que Einthoven colheu nas hipertrofias se têm encontrado em indivíduos com doenças congénitas do coração, nos casos de Mütze, Groedel e Monckeberg, que possuíam comunicações interventriculares verificadas na autópsia. Electrocardiogramas análogos encontraram Kraus num caso, Ratuer em doze e Hoffmann em sete observações clínicas.

Lewis caracteriza as doenças congénitas do coração direito dêste modo: Na derivação I, *R* é muito pequeno, e sempre maior nas derivações II e III; *S* é muito acentuado na derivação I e sempre mais pequeno nas derivações II e III.

Essas modificações dos traçados são devidas à preponderância do ventrículo direito. Ora, a hipertrofia localizada a um dos ventrículos acompanha-se imperiosamente de modificações na

direcção do eixo eléctrico, apresentando o electrocardiograma as modificações que apontamos.

Nas doenças congénitas, a electrocardiografia fornece quasi sempre ensinamentos de grande utilidade nos casos duvidosos (1).

Os electrocardiogramas anormais, mas rítmicos, de que vimos tratando, aparecem, numa palavra, em tôdas as condições patológicas que produzam *deficits* funcionais de qualquer dos ramos do feixe de His, preponderância do ventrículo esquerdo ou do ventrículo direito, ou aumento do poder de contracção das aurículas. O conhecimento da formação de P e do complexo ventricular justifica o asserto.

A intervenção da electrocardiografia experimental e clínica tem sido decisiva no estudo da patologia coronária.

Lewis e Smith conseguiram, pela laqueação das coronárias, explicar o mecanismo dos acessos de taquicardia paroxística.

Em geral, à laqueação de um dos ramos das coronárias correspondem extrasístoles, que se traduzem por acessos de taquicardia (acima de 200). Tem-se também verificado bradicardia, dissociação aurículo-ventricular, fibrilação auricular e alternância.

Nos cães laqueados por Smith, que puderam ser seguidos num período de, aproximadamente, dois meses, os traçados electrocardiográficos, além da preponderância do levocardiograma ou do dextrocardiograma — conforme a topografia da laqueação — revelaram importantes alterações da onda T. Nos casos agudos, a sua inversão é precoce nas três derivações, ou aparece achatada, e diminuída, portanto, na sua amplitude.

Quando o território da coronária esquerda é apenas parcialmente obliterado, a onda T começa por tomar uma amplitude superior a R, para se achatar em seguida, e, por fim, ficar definitivamente negativa. A autópsia, feita nestes casos, mostrou como substracto das anomalias do electrocardiograma uma degenerescência miocárdica localizada.

(1) Reservamos para um próximo artigo as considerações que desejamos fazer ao facto apontado por alguns autores alemães (Kraus, Nicolai, Hoffmann, Romberg e Blumenfeldt) da *inversão de R* nas doenças congénitas do coração.

Lewis, provocando a obliteração de diferentes territórios das coronárias, conseguiu, ainda, mostrar, pela electrocardiografia, a origem heterotópica ventricular dos acessos de taquicardia e a variedade topográfica das extrasístoles.

A clínica, realizada em verdadeiras condições experimentais, veio confirmar os achados do laboratório; o desaparecimento da corrente sanguínea num território determinado implica, antes que a morte sobrevenha, variadas perturbações do ritmo.

Estas condições de clínica experimental foram determinadas pelo tratamento das feridas cirúrgicas do coração. Estas caem muitas vezes sôbre as coronárias, principalmente sôbre a esquerda. Em alguns dos casos reunidos (que já ultrapassam duas dezenas), os traçados electrocardiográficos, feitos quinze dias depois da operação, apresentavam a onda T negativa nas três derivações. Oito meses e meio mais tarde, T retomou a forma normal, indicando-nos que tinham desaparecido as alterações miocárdicas.

A inversão de T, sobretudo quando a onda é muito pronunciada, parece, portanto, caracterizar uma obliteração coronária.

Herrick e Wearn que, durante vários anos, têm procurado isolar as conseqüências clínicas da esquemia dos territórios dos diferentes ramos das coronárias, observaram, em três casos de trombose, electrocardiogramas sem aritmia, diminuição da amplitude das ondulações, e alterações da onda T sobreponíveis às modificações dos electrocardiogramas experimentais de Smith.

A intervenção da electrocardiografia nos casos de obliteração coronária revelou, portanto, como conseqüência de zonas esquemizadas, perturbações rítmicas ou sòmente contrácteis, discretas ou intensas, permitindo localizar com precisão a sua sede, e pôr, com probabilidade, um prognóstico.

Novos trabalhos serão necessários a confirmar ou enfermar a irrefutabilidade das noções já adquiridas e o valor demonstrativo dos electrocardiogramas.

Parece-me que é por êste caminho que chegaremos a determinar a patogenia da *angina pectoris*, ainda não esclarecida e que continua a provocar largas discussões, como a que o ano passado dirigiu Wenckebach, na *Gesellschaft für innere Medizin*, de Viena.

Quando o complexo ventricular fica inalterável, as contrações normais e as pulsações rítmicas, em indivíduos com sintomas an-

ginosos, não deve haver lesões das coronárias; uma dilatação da aorta, p. ex., justifica tôda aquela sintomatologia.

Mas a existência de intensas perturbações funcionais, de aritmia, de fibrilação ventricular, numa palavra, de grandes alterações dos complexos electrocardiográficos; não nos indicarão que, nestes casos, a *angina pectoris* tem a sua origem coronária?

Se hoje a electrocardiografia já permite que assim seja pôsto êste problema, amanhã, por certo, contribuirá largamente para a sua definitiva resolução.

Ainda quanto ao prognóstico da angina algumas observações dignas de nota se têm apontado.

Prusik, de Praga, estudou o prognóstico da angina pectoris baseado na electrocardiografia. Verificou em 75 anginosos que a onda T, considerada sob o ponto de vista clinico, é uma expressão da fôrça do miocardio. Para êste cardiologista, a mortalidade cresce progressivamente com a diminuição da onda T, emquanto que o prognóstico é relativamente benigno com um total das ondas T superior a 6 mm.

Á patologia das ramificações do feixe de His veio a electrocardiografia trazer também uma larga contribuição, explicando perturbações cardíacas outrora incompreensíveis e um grande número de bradicardias. Já não falamos da dissociação aurícula-ventricular, assunto por demais conhecido, cujo diagnóstico, muitas vezes, só a electrocardiografia pode fornecer, para nos determos sôbre outras, interessantes, curiosas perturbações da grande commissura cardíaca.

Sendo os dois ramos do feixe inter-ventricular divergentes desprovidos de anastomoses, esta disposição anatômica leva-nos a supor que nem sempre são lesados em conjunto, e que a mutilação de qualquer dos ramos implique perturbações no funcionamento do miocárdio. O caso clinico estudado por Eppinger e Stoeck é de-veras elucidativo. Estes dois clínicos de Viena verificaram, na autópsia de um dos seus doentes, uma lesão grave de um dos grandes ramos do feixe de His, estando o outro completamente ileso.

Quando isto se verifica, o ventrículo correspondente, como

mostraram Eppinger e Stoeck, na sua memória, projecta o sangue na artéria aferente com o atraso de $0''_{04}$, havendo um retardamento da contracção em relação ao outro ventrículo. E o complexo ventricular do electrocardiograma (no início) reduz-se a dois acidentes dispostos em sentido contrário (nas d. I e III) conforme o ramo que está destruído. Assim, se se trata do ramo direito, encontra-se uma elevação imediatamente seguida duma depressão; quando é o ramo esquerdo, observa-se uma depressão seguida duma elevação. As curvas recordam as imagens extrasistólicas ventriculares, correspondendo o esquema «tipo direito» a uma perturbação do ramo esquerdo, e vice-versa. Todavia, emquanto que a extrasístole se apresenta como um acidente que desmancha a regularidade do ritmo, a perturbação dos ramos do feixe é, em regra, permanente. A sua destriça clínica é, portanto, fácil.

As modificações gráficas são, aqui, dum alto valor. Os sinais electrocardiográficos dêste caso clínico dão-lhe o significado dum caso verdadeiramente experimental.

Os casos de Lewis, de Cohn e Lewis, de Rosenthal, de Carter, de Mathewson põem em evidência a modificação da curva electrocardiográfica. Mas a forma dos traçados, característica da mutilação ou da impotência de um dos feixes da grande comissura cardíaca, pode ser realizada por outras perturbações, p. ex., pela hipertrofia isolada de um dos ventrículos, ou por uma intensa modificação na direcção do eixo.

As modificações de volume e de situação do coração podem dar anomalias electrocardiográficas semelhantes às perturbações isoladas dos ramos do feixe de His, como já vimos.

De sorte que, nestes casos, o exame electrocardiográfico, quando associado do exame radioscópico, decidirá se se trata de uma lesão dos ramos do feixe inter-auriculo-ventricular, de deslocamento, ou de uma hipertrofia de um dos seus ventrículos.

Nunca devemos interpretar clinicamente um electrocardiograma com complexo ventricular idêntico ao que acabamos de nos referir, sem termos presente o exame radiográfico.

De-veras interessantes são ainda os trabalhos de dois clínicos americanos, Rothschild e Oppenheimer, segundo os quais, nos individuos atingidos de *miocardite crónica*, é vulgar encontrar-se lesões preponderantes da zona sub-endocárdica dos ventrículos de uma maneira electiva, atingindo, por consequência, as rami-

ficações terminais de feixe de His. Estas conclusões apoiam-se num número avultado de exames histopatológicos. Pois bem, todos os doentes, nos quais a autópsia verificou esta variedade de miocardite, possuíam electrocardiogramas com as seguintes anomalias: os acidentes Q R S apresentavam uma duração excessiva e diminuição considerável da sua amplitude; a elevação R em forma de chanfradura.

Em alguns casos, estas anomalias electrocardiográficas coincidem com a curva característica do mau funcionamento do tronco do feixe de His.

Estes factos foram confirmados pelas observações de Carter, pelos numerosos casos de Wilis, assentando na relação do alongamento do grupo Q R S com uma variedade de miocardite difusa, que atingia, em especial, as terminações do feixe de His, pondo desde logo um prognóstico de acentuada gravidade. A esta alteração do complexo ventricular chamam Oppenheimer e Rotschild *block de arborização*.

A despeito da reserva e da prudência com que as modificações dos electrocardiogramas devem ser interpretadas, tal a multiplicidade de factores que as realiza, os factos, que acabamos de apontar, são de um enorme alcance para o estudo da patologia das ramificações do feixe de His e para o diagnóstico e prognóstico de muitas miocardites crónicas, que passam desconhecidas ao ouvido e à sagacidade dos clínicos.

Não cabe no âmbito desta lição a descrição pormenorizada dos electrocardiogramas em cada aritmia. São mais conhecidos e andam já, há alguns anos, em todos os livros de cardiologia. Porque as variações eléctricas dependem da onda de excitação e não da própria contracção, a electrocardiografia poucos ensinamentos nos dá sobre o estado da contractilidade cardíaca. É, portanto, nas perturbações da excitabilidade e da conductibilidade que a electrocardiografia nos fornece ensinamentos precisos, constituindo o método de escolha do seu diagnóstico.

O estímulo cardíaco pode ter a sua origem em regiões anormais do tecido excito-condutor, em consequência de perturbações da excitabilidade, produzindo-se, então, *extrasístoles*; encontrar no seu trajecto condições anormais que lhe ofereçam resistência,

ou que impeçam completamente a sua passagem, dando o *block*. As extrasístoles sinusais, auriculares e atrioventriculares reconhecem-se facilmente nos traçados eléctricos. As extrasístoles ventriculares dão deformações ainda mais características, e diferentes — segundo a excitação anormal se produz no ventrículo direito ou no ventrículo esquerdo; assim, no primeiro caso (consideramos a II derivação), R é acentuadamente positivo e T fortemente negativo; no segundo, R é fracamente positivo, S acentuadamente negativo, sendo T fortemente positivo.

As perturbações no progredimento do estímulo dão-se, como já vimos, no tronco ou em qualquer dos ramos do feixe excito-condutor, e principalmente ao nível da zona atrio-ventricular. O impedimento funcional atrio-ventricular manifesta-se, nas curvas eléctricas, da mesma sorte que nos traçados mecânicos — por um alongamento mais ou menos acentuado do tempo de condução.

Mas o estímulo cardíaco pode ser completamente bloqueado entre o seio de Keith e Flack e a aurícula, entre a aurícula e o ventrículo, entre o nódulo de Aschoff-Tawara e um dos ventrículos. No primeiro caso produz-se um *block* seio-auricular; no segundo, atrioventricular; no terceiro, *block* ventricular direito ou esquerdo. O mais freqüente e o mais importante é o *block* atrioventricular que se encontra nas extrasístoles, na taquicardia paroxística parcial, na aritmia completa, em certos tipos de bradicardias, com formas variadas, sendo contínuo e permanente na dissociação aurículo-ventricular completa.

As diferentes variedades de *block* dão imagens electrocardiográficas muito nítidas.

A fig. 9 representa um caso de dissociação aurículo-ventricular, na qual P₂ coincide com T, e P₄ com R.

Sabem todos os clínicos que a sífilis realiza com mais freqüência a laqueação fisiológica do feixe excito-condutor. Se o electrocardiograma nos dá, por um lado, um diagnóstico da maior precisão, por outro lado conduz-nos também a uma terapêutica da qual se podem esperar os melhores resultados.

A actividade das aurículas pode ser perturbada ao nível do seio de Keith e Flack, dando bradicardias ou taquicardias sinusais de fácil diagnóstico clínico; ou fora do seio, dando perturbações heterotopias, cuja topografia — exceptuando o tipo de taquicardia

paroxística, chamado «doença de Bouveret» — só a electrocardiografia pode determinar. São as extrasístoles auriculares; a aritmia completa, ora se apresentando com o aspecto de taquisistolia auricular (*flutter*), de fibrilação auricular — perturbações devidas essencialmente a um simples movimento circular que se estabelece na aurícula —, ou com o aspecto mixto. Qualquer destas variedades de actividade anormal das aurículas dá curvas eléctricas com aspectos muito diferentes.

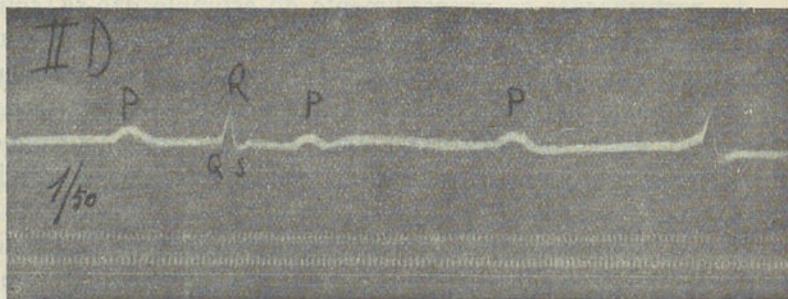


Fig. 6

Electrocardiograma red. $\frac{1}{5}$

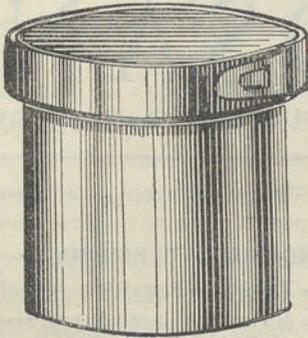
Para finalizar, queremos ainda referir-nos às modificações do electrocardiograma nos doentes submetidos ao tratamento pela dedaleira, e à importância prática da electrocardiografia como indicação do tratamento.

A dedaleira não só provoca, por vezes, uma verdadeira *blockage*, com a sua acção inibidora da condutibilidade, como diminui a amplitude da onda T ou, até, a inverte.

Estes fenómenos foram primeiramente observados por Cohn e, depois, confirmados por Hasley e Wilson.

As modificações que a dedaleira provoca na onda T provam que a sua acção se exerce na fase terminal da contracção do ventrículo, visto que devemos atribuir a formação de T a um acto terminal do efeito eléctrico produzido por Q R S.

Não são modificações privativas da dedaleira; dão-se com todos os medicamentos que exercem uma influência activa sobre o coração. Mostrou Jamieson que a estrofantina provoca um aumento do tempo de condução e inversão da onda T, quando é po-



Entéro-Colite

PRINCIPALMENTE NAS CRIANÇAS

melhora rapidamente e a cura é facilitada pela aplicação de Antiphlogistina quente no abdómen. A



descongestiona os vasos do intestino e do peritónio, estimula o plexo solar e hipogástrico, faz desaparecer o tenismo, a contractura muscular e a dor.

DOENÇAS DA PELE (Dermatites)

As alterações da derme, qualquer que seja a sua origem: queimaduras, mordeduras de insectos e de reptis, tão frequentes no verão, melhoram com a aplicação precoce da Antiphlogistina. Em geral deve aplicar-se quente.

O calor húmido aplicado continuamente nos casos de congestões restabelece prontamente a circulação normal; é o primeiro passo no processo de reparação de qualquer inflamação. A Antiphlogistina fria é mais agradável nos primeiros tratamentos das queimaduras.

CONTUSÕES

Entorse, feridas, sinovites traumáticas, caimbras e outras congestões devidas aos exercicios desportivos cedem rapidamente às applicações da Antiphlogistina quente.

Enviam-se amostras e literatura grátis aos Ex.^{mos} Médicos.

Sede principal:

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO.
NEW YORK CITY, U. S. A.

LABORATÓRIOS: Londres, Paris, Berlim, Barcelona, Buenos-Aires, Sydney, México, City, Montreal, Florença.

Depositários em Portugal:

ROBINSON, BARDSLEY & C.ª L.^{DA}
Cais do Sodré, 8, 1.º — Lisboa



TRÉPOSAN

(Sucinato de BISMUTO em SUSPENSÃO OLEOSA)

.... Embolas de 3 centímetros cúbicos doseadas à razão de 10
.... centigramas de produto activo por centímetro cúbico

.... **SÍFILIS PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA**

Sífilis nervosa. — Heredo sífilis. — Tabes. — Paralisia geral

.... Comunicação ao Congresso de Dermatologia de Paris (8 de Junho de 1922)

.... Tese do Dr. BERTHER (Faculdade de Medicina de Paris) 8 de Julho de 1922

TRÉPOSITOIRES (Supositórios com base de TRÉPOSAN)

.... Amstras gratuitas à disposição dos Ex.^{mos} Médicos

.... LES ETABLISSEMENTS CHATELAIN de PARIS

A. VINCENT, L.DA — R. Ivens, 56 — Lisboa

.... Concessionários para Portugal e Colónias

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

(PAGAMENTO ADIANTADO)

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60\$00

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO: 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

Todos os assuntos referentes à administração devem ser dirigidos ao Dr. Almeida Dias, Secretário da Redacção e Administrador da *Lisboa Médica*, — Hospital Escolar de Santa Marta, Lisboa.

sitiva, e maior amplitude, quando é negativa. Se é dada em altas doses, pode provocar a morte por fibrilação auricular. Lewis, Drury e Iliesco mostraram recentemente que a estrofantina diminui a onda de excitação em todo o percurso.

Como corolário das modificações electrocardiográficas provocadas pela dedaleira, alguns clínicos americanos julgam os seus efeitos pelo grau dessas perturbações eléctricas.

É também a electrocardiografia que nos deve guiar na aplicação da quinidina, nos casos de fibrilação auricular, podendo dar-nos o prognóstico da lesão.

Com efeito, quando pelos electrocardiogramas se verifica a fibrilação auricular típica, os resultados da terapêutica quinidínica são duvidosos. Se as fibrilações cessam, uma ou outra vez, para darem lugar a contrações auriculares normais, ou se a «*auricular flutter*» (taquisistolia auricular) se transforma em fibrilação, para regressar à normalidade do ritmo, o prognóstico é benigno; o contróle da electrocardiografia diz-nos da evolução da fibrilação submetida à quinidina, e dá-nos, portanto, o prognóstico.

Estes factos mostram-nos como, em variados casos, a electrocardiografia nos pode prestar indicações terapêuticas vantajosas.

Para terminar. Podemos afoitamente dizer que o método electrocardiográfico é o mais precioso meio de exploração clínica do coração, destinado a desvendar muito terreno oculto da sua patologia. Não esqueçamos que a electrocardiografia é um método novo. E, se nos não deu, ainda, todos os seus segredos, caminha pela experimentação e pela clínica para determinar com precisão as localizações cardíacas, para valorizar o seu significado fisiopatológico, para estabelecer um electrodiagnóstico, prescrever, por vezes, uma terapêutica, e, alfim, para edificar um electroprognóstico em que tantos cardiologistas trabalham com de-nôdo (1).

(1) Foram apresentados vários electrocardiogramas ampliados como demonstração das afirmações feitas na exposição desta matéria.

Revista dos Jornais de Medicina

Técnica e cuidados postoperatórios da operação de Albee no mal de Pott do adulto. (*Technique et soins postopératoires de l'opération d'Albee dans le mal de Pott chez l'adulte*), por L. BÉRARD e G. CREYSSEL. — *Lyon Chirurgical*. Tôm. XXIII. N.º 1 — Janvier-Février 1926, pág. 1-13.

O método de Albee para o tratamento da espondilite tuberculosa (mal de Pott) é ainda, segundo os AA., e a-pesar-de todos os factos publicados, um método discutido e cujo valor não é unanimemente admitido.

Querem neste artigo discutir apenas, uma vez estabelecida a indicação, qual é a melhor maneira de realizar a intervenção com menos risco para o doente e maiores probabilidades de successo. Entendem também necessário que a intervenção não esteja unicamente ao alcance dos especialistas, pela sua dificuldade técnica ou pela sua instrumentação especial complicada.

Preferem o método de Albee ao de Hibbs, que acham demorado e chocante, exigindo vigilância minuciosa após a operação, o que não sucede com o enxerto anquilosante de Albee. Descrevem a técnica inicial de Albee e todas ou quasi todas as modificações propostas, as da incisão cutânea, as da preparação do leito para o enxerto, as do ponto em que este se deve fixar, as da posição desse leito em relação às apófises espinhosas, as da qualidade do enxerto, etc. (Dalla Vedova, Calvé, Tavernier, Leclerc, Raduleso, Dujaier, de Quervain, Lapointe, Imbert, Nové-Josserand, Savariaud, Lloyd-Brown, Laroyenne, Ombrédanne e Tuffier).

Por fim expõem a técnica que preconizam, isto é, a técnica da colocação do enxerto ósseo numa goteira, aplicável à maior parte dos casos, e a técnica de Tuffier, aplicável ao caso particular do mal de Pott sub-occipital ou sub-axoïdiano.

A exposição é detalhada e não a descrevemos porque a sua leitura está facilmente acessível a quem se interesse e levar-nos-ia muito espaço. O enxerto é colocado na face lateral das apófises espinhosas depois de a terem ruginado e é fixado com ansas de cutgut forte, através dos ligamentos vizinhos. Desenvolvem a descrição dos cuidados postoperatórios, da imobilização e do decúbito, e dos incidentes e accidentes no decurso do tratamento.

Nota do Redactor: O artigo e a matéria exposta pelos AA. padecem, a meu ver, do mal capital de terem uma orientação antiquada. É hoje corrente entre a maioria dos cirurgiões da tuberculose óssea que a operação de Albee nunca pode ser um modo de tratamento do mal de Pott, mas sim um post-tratamento, um apoio para a coluna vertebral uma vez curadas as lesões, tal e qual como o colete de gesso ou o colete ortopédico, que também NÃO TRATAM o mal de Pott, mas AJUDAM A FIXAR a coluna do convalescente da espondilite tuberculosa.

Embora em cada congresso ortopédico, por exemplo os congressos da Sociedade Alemã de Ortopedia, se discuta e se diga mal quasi unanimemente da operação de Albee, como conseqüências, há sempre quem a continui pra-

ticando e estudando na própria Alemanha e quem dela ainda venha falar, jamais como tratamento para o mal de Pott, que acima de tudo *nunca pode ser um tratamento ambulatório, como o é o de Albee.*

O longo e fundamental trabalho publicado em 1923 por Biesalski (de Berlim-Dahlem) no *Archiv f. klin. Chirurgie*, após uma prática de dez anos da operação de Albee, em que caso a caso se aumentava a descrença, mas em que se quis formar uma opinião definitiva sobre o método, deu o golpe de morte nesta operação como terapêutica do mal de Pott. As peças anatómo-patológicas apresentadas mostravam à evidência a insuficiência da operação. As lesões nos corpos vertebrais ou nos discos intervertebrais *raras vezes se limitam* à zona da gibosidade, àquela onde portanto se coloca o enxerto. As peças de Biesalski mostravam que muito acima ou abaixo dessa zona, às vezes com intervalos de cinco, seis e mais discos intervertebrais intactos, se encontravam um ou dois ou mais discos também atingidos pelo processo tuberculoso, portanto o início dum novo foco. Daí se concluía que a imobilização obtida pela operação de Albee era insuficiente, e *que só uma imobilização de toda a coluna vertebral* garantia o tratamento perfeito do mal de Pott, imobilização essa que se obtém por exemplo com o leito gessado de Lorenz, considerado hoje, depois de conjugado com o método de Fink, o tratamento ideal da espondilite tuberculosa.

MENEZES.

Novos resultados das investigações sobre o diagnóstico, terapêutica e profilaxia da escarlatina. (*Neue Forschungsergebnisse über Diagnose, Prophylaxe und Therapie des Scharlachs*), pelo Prof. Dr. U. FRIEDMANN e Dr. H. DEICHER. — *Ther. d. Gegenwart*. N.º 3, 1926.

Consideram resolvido o problema da etiologia da escarlatina pelos bacteriologistas americanos Dick e Dochez. Com efeito estes autores verificaram:

- 1.º que o estreptococo da escarlatina constitui um tipo especial diferenciável serologicamente dos restantes estreptococos.
- 2.º que com culturas desse estreptococo se pode provocar artificialmente a aparição de escarlatina no homem.
- 3.º que o mesmo agente liberta nos meios de cultura líquidos toxinas que, injectadas no homem, causam o aparecimento dos sintomas mais característicos da escarlatina, especialmente o exantema.

Este estreptococo encontra-se quasi regularmente nas amígdalas dos escarlatinosos e por isso hoje a escarlatina deve ser considerada não como uma infecção geral, mas como uma intoxicação causada por uma infecção local das amígdalas. A técnica do diagnóstico bacteriológico da escarlatina ainda não é suficientemente perfeita. Entretanto o fenómeno de Schultz-Charlton permite o diagnóstico diferencial entre o exantema da escarlatina e outros exantemas tóxicos (salvarsan, quinino, doença sérica).

Sob o ponto de vista profilático, frisam o valor da reacção de Dick, o

da imunização passiva com sôro curativo ou de convalescentes e o da imunização activa com o auxilio da toxina escarlatínica.

Empregaram o sôro curativo no tratamento de 25 doentes graves. O efeito é rápido nos casos sem complicações: a febre, o exantema e os sintomas tóxicos desaparecem em 12-24 horas. Estes notáveis resultados foram observados pelos autores nos casos mais graves de escarlatina, sendo a injecção de sôro feita no primeiro dia de doença. Parece mesmo que até ao quarto dia a injecção dá resultado e que a partir dessa data os efeitos, embora não tão rápidos, teem ainda certo valor. Quanto mais precocemente fôr feita a injecção de sôro, tanto mais eficaz será.

Empregaram o sôro de Dochez na dose de 40 cc. (intra-muscular) e o de Behring-Werken na de 50 cc.

F. FONSECA.

O efeito do exercicio sôbre a acção da insulina na diabetes. (*The effect of exercise on insulin action in Diabetes*), por R. D. LAWRENCE. — *Brit. Med. Jour.* N.º 3406, 1926.

O efeito do exercicio sôbre a glicosúria e a glicemia diabéticas é conhecido há muito e a sua acção foi nitidamente demonstrada por Allen e outros. Alguns dos doentes de Allen só se tornavam aglicosúricos quando faziam regularmente exercicio.

O A. estuda a acção do exercicio sôbre a hipoglicemia causada pela insulina e conclui o seguinte:

1.º O exercicio aumenta a hipoglicemia determinada pela insulina e, de tal forma, que um diabético que faça exercicio pesado e prolongado necessita apenas metade da dose habitual de insulina.

2.º Com uma dieta constante, um aumento de exercicio durante dias e semanas implica uma redução na insulina injectada. Esta é uma das razões porque se pode muitas vezes diminuir a insulina quando os doentes abandonam o hospital e retomam a sua vida de trabalho. Se se não faz esta redução podem aparecer sintomas de hipoglicemia. Quando o doente deixa de fazer exercicio a insulina deve ser novamente aumentada.

F. FONSECA.

Estudo clinico de 221 casos operados de estenose congénita hipertrófica do piloro. (*Clinical Study of 221 operated cases of hypertrophic congenital pyloric stenosis*), da Clínica dos drs. A. ISAAC e A. STRAUSS. — *The Med. Clin. of N. América.* N.º 5, 1926.

Apresenta as seguintes conclusões:

1.ª A estenose pilórica é mais frequente nas crianças de sexo masculino do que nas de sexo feminino.

2.^a Na maioria dos casos os sintomas aparecem entre a terceira e quinta semanas da vida.

3.^a O diagnóstico pode ser facilmente feito, tendo em conta os seguintes sintomas: vômitos, perda de peso, obstipação, ondas de peristalse visíveis.

4.^a Em todos os casos pode ser o diagnóstico confirmado pelo exame radiológico.

5.^a A mortalidade é menor, desde que, antes da operação, se melhore o estado geral do doente com a administração de sôro fisiológico e glicosado.

6.^a A piloroplastia de Strauss dá melhores resultados do que o simples Rammstedt.

7.^a O tratamento de escolha da estenose pilórica congénita é o cirúrgico.

F. FONSECA.

Aplicação de Raios X na anúria e oligúria. (*Röntgenbestrahlung bei Anurie und Oligurie*), por JOSEF SAHLER. — *Wien. Klin. Woch. N.º 50*, 1925.

Foi Stephan quem primeiro fez aplicações de raios X aos rins em três casos de nefrite aguda hemorrágica com uremia incipiente e grande oligúria ou completa anúria. Em qualquer desses casos o prognóstico era mau e o último tratamento a tentar o cirúrgico: descapsulação do rim. 5 a 8 horas depois de uma pequena irradiação a diurese atingiu a quantidade normal e assim se manteve até à cura, que se deu decorridas algumas semanas. Depois de Stephan numerosos autores teem assinalado os bons efeitos dos raios X em casos de anúria ou oligúria, acompanhando quasi sempre doenças agudas do rim, pois que nos casos crónicos a sua acção não é tão favorável, chegando a não se obter resultado algum, como por exemplo nos 3 doentes de Casper. A maioria dos autores aconselha doses fracas de raios X (Stephan: 25 % de H. E. D.; Schwarz: tubo Coolidge, filtro: 5 mm Al., F. H. D.: 40 cm, grande campo de ambos os lados 7 H).

Volhard e Casper obteem bons resultados com o emprêgo dos raios X no tratamento das hemorragias renais.

O mecanismo da acção dos raios X na oligúria, anúria e hemorragia renal é explicado de maneira diferente pelos vários autores consoante o modo porque interpretam o processo anátomo-patológico do rim. Assim, Stephan admite uma acção estimulante sobre as células renais; os autores que seguem a maneira de ver de Aschoff pretendem que os raios X provocam uma destruição do exsudado leucocitário, aliviando a pressão ao nível dos glomérulos e facilitando assim o processo de filtração; Volhard é de opinião que os raios X resolvem a constrição dos *Vasa afferentia* com consequente melhoria da circulação renal e da diurese. Trabalhos experimentais (Gabriel, Müller, etc.), mostrando a acção vasodilatadora dos raios X, apontam a favor da teoria de Volhard.

O A. tratou pelos raios X e com êxito um caso de anúria sobrevinda numa doente com gangrena gasosa (depois de abôrto).

F. FONSECA.

Quando é o nicho gástrico um sintoma de cancro? (*Wann ist die Magenische ein Carcinomsymptom?*), por KARL PRESSER — *Klin. Woch.* N.º 15, 1926.

Haudek, em relação às duas doenças mais importantes do estômago (úlcera e cancro), diz que ao exame radiológico há na úlcera um aumento da sombra em virtude da presença do nicho (Schattenplus), enquanto no cancro há uma deficiência da mesma sombra (Schattenminus). Entretanto têm sido assinalados vários casos de neoplasia gástrica em que o diagnóstico foi confirmado pelo exame anátomo-patológico e que no exame radiológico mostravam o sintoma característico de úlcera — o nicho. Anátomo-patologicamente estes casos mostram, além da infiltração carcinomatosa da parede do estômago, a presença duma profunda úlcera crateriforme, que a maior parte das vezes se desenvolve no próprio tumor (consideramos hoje pouco freqüente a transformação carcinomatosa da úlcera péptica).

O autor apresenta 5 casos, que ao exame radiológico mostravam a presença de nicho e dos quais um era uma úlcera péptica, com nicho de contorno regular, outro uma neoplasia que se traduzia na radiografia por um nicho de contorno irregular e irregularidades da grande curvatura e os restantes, também de neoplasia, mostravam um nicho de forma irregular sem deficiência da sombra gástrica. Num destes casos o autor conseguiu (no exame radiológico feito com o doente em decúbito ventral) caracterizar faltas de sombra dentro do próprio nicho. Êste era de consideráveis dimensões em todos os casos.

As conclusões do autor são as seguintes:

Diagnóstico — O facto de encontrar um nicho do tamanho ou maior que uma cereja permite com alguma probabilidade o diagnóstico de afecção maligna de estômago. Essa probabilidade é maior se o nicho mostra irregularidade de configuração ou contorno e ainda aumenta mais se dentro do próprio nicho há faltas de sombra (para êste fim são especialmente indicados os exames em decúbito dorsal e ventral).

Terapêutica — Em qualquer caso o facto de encontrar um grande nicho constitui, se não há razão em contrário, indicação para laparotomia.

F. FONSECA.

Novos caminhos no território da electroterapia. (*Neue Wege auf dem Gebiet der Elektrotherapie*), por THEODOR B. WEISS — *Wien. Klin. Woch.* N.º 40, 1925.

O autor apresenta o resultado das suas experiências, mostrando que é possível o transporte de electrolitos (iontoforése) ou coloides (Kataforése) aos tecidos profundos por meio da corrente eléctrica. Empregou prata e sais de prata e estudou a impregnação dos ossos com estas substâncias. Entende que assim se pode obter na tuberculose óssea uma acção directa da substância usada sobre o bacilo profundamente situado, que a impregnação do osso

não destruído lhe fornece material de protecção, que é obturado (Plombierung) o osso inicialmente doente e excitado o processo de regeneração óssea. Baseado nestas experiências, iniciou o tratamento em doentes com tuberculose óssea, esperando que passe tempo suficiente para apresentar os resultados desta terapêutica, que julga boa.

F. FONSECA.

Doença diftérica na imunidade activa. (*Diphtherie Krankheit bei aktiver Immunität*), por MAX HAIDVOGL — Münch, *Med. Woch.* N.º 9, 1926.

Teve ocasião de observar 12 casos de difteria com reacção de Schick negativa e por isso conclui que uma toxinoreacção negativa nem sempre traduz a não existência de difteria.

F. FONSECA.

Reacções leucocitárias na variola, na varicela, na escarlatina, no sarampo e no tresporelho. (*Leukocytic reactions in smallpox, chickenpox, scarlet-fever, measles and mumps*), por BUNTING e THEWLIS. — *Arch. Path. and Lab. Med.* Vol. 1 N.º 2, Fevereiro de 1926.

Para estabelecer as variações hematológicas que as várias doenças referidas no título do artigo imprimem (variações dos glóbulos brancos quanto ao número e quanto à fórmula) os autores fizeram estudos sistemáticos do sangue em indivíduos doentes, na clínica escolar da Universidade de Wisconsin.

Escarlatina: No dia da eclosão do *rash* há uma leucocitose neutrófila; depois vai baixando o número de glóbulos brancos e dos neutrófilos no decurso da doença. Na convalescença há um aumento dos linfócitos com eosinofilia.

Variola: Há uma leucopénia inicial variável que persiste até 2 a 4 dias da época da erupção cutânea e que é seguida de uma acentuada leucocitose. Com a leucopénia corresponde uma neutrofilia relativa e absoluta que passa depois sucessivamente para uma monocitose marcada.

Varicela: As variações sanguíneas da varicela são análogas às que se encontram na variola quanto à fórmula; quantitativamente, as variações hematológicas são mais reduzidas.

Sarampo: Na fase de exantema mantém-se uma leucopénia. Depois verifica-se um aumento gradual dos leucócitos, ligeiramente acima do normal. À leucopénia corresponde uma neutrofilia relativa com linfopénia. Segue-se depois uma mudança numérica inversa nestas duas categorias de elementos do sangue.

Tresporelho: Contemporaneamente à tumefacção parotidiana há uma leucopénia. Depois vai-se gradualmente subindo o número de glóbulos até atingir valores normais ou até ultrapassá-los. De princípio aumentam os neutrófilos e diminuem os eosinófilos e mais tarde aumenta a percentagem destes elementos e dos linfócitos.

Pelo exame global de tôdas estas variações hematológicas pode estabelecer-se a seguinte conclusão:

Há um aumento dos neutrófilos em tôdas as doenças agudas referidas, mais pronunciado na escarlatina. No decurso destas doenças diminuem os neutrófilos (por inibição medular) para voltarem de novo ao normal. A variação linfocitária é inversa da dos neutrófilos. As alterações na percentagem dos eosinófilos teem correlação com as manifestações cutâneas.

A reacção neutrofilica é expoente da repercussão dos agentes infecciosos no organismo, emquanto que a reacção linfocítica é expoente da impregnação do organismo pelas toxinas.

MORAIS DAVID.

O tratamento do envenenamento pelo mercúrio. (*Traitement de l'impoisonnement par le mercure*), por LANDAU, MARJANKO, FERGIN. — *Presse Med.*, 9 de Dezembro de 1925.

Os autores expõem o método de tratamento da intoxicação mercurial pelo bismuto e descrevem um caso de envenenamento pelo sublimado, particularmente grave, com anúria durante sete dias e que, a-pesar disso, se curou.

Os autores administram carbonato e subnitrito de bismuto, setenta e cinco cgr. de cada, quatro a seis vezes por dia e simultâneamente os métodos adjuvantes consagrados.

O prognóstico dos casos de intoxicação depende muito mais das escaras produzidas na mucosa digestiva pelo produto tóxico e que depois se infectam secundariamente, do que da albuminúria e da azotémia. Os bons resultados da terapêutica pelo bismuto estão perfeitamente relacionados com a acção que êle exerce sôbre a mucosa digestiva.

Os vômitos, a diarreia profusa, as dores abdominais são fenómenos ligados à infecção secundária das ulcerações do tubo digestivo. O regime dietético é muito reduzido a princípio: água açucarada e laranjadas.

Só depois é que se completa a dieta com um pouco de albumina. Em 12 casos os AA. obteem uma percentagem de 80 % de curas.

MORAIS DAVID.

O tratamento do bócio exoftálmico. (*Treatment of exophthalmicgoitre*), por F. FRASER. — *Brit. Med. Jour.* 27 de Março de 1926.

A re-introdução de tratamento iódico o reconhecimento da afecção tiroidea como causa de fibrilação auricular e de insuficiência cardíaca e a actual pericia cirúrgica das intervenções na glândula tiroidea explicam os progressos terapêuticos actuais do bócio.

No artigo faz-se uma classificação anátomo-clínica dos bócios (doença

de Graves primária ou secundária) referem-se os factores predisponentes e o decurso da doença.

Nos casos classificados como doença de Graves primária — bócio de cortejo sintomático mais complexo, caracterizados anátomo-patologicamente por uma hiperfunção celular sem aumento da substância colóide, por um aumento global da glândula com hipervascularização freqüente e com uma evolução clínica rápida — o tratamento deve ser instituído o mais cedo possível. Nas formas de doença de Graves secundária — formas de evolução mais arrastada com intermitências de agravamento de sintomas, ordinariamente de sintomatologia mais discreta, com alterações parcelares da glândula e depósito de substância colóide — sendo mais rebeldes ao tratamento médico, são mais susceptíveis de melhoria por intervenção cirúrgica.

O tratamento comum às duas formas compreende: o repouso, a vigiância metódica, a eliminação de todos os focos de infecção (dentes, amígdalas, etc.) e iodo. O A. emprega a tintura a 10 %.

MORAIS DAVID.

Colecistografia. (*Cholecystography*), por C. ENGEL — *Bost. Med. and Surg. Jour.*, 10 de Dezembro de 1925.

A tetraiodofenoltaleína é o composto de escolha para esta variedade de exame porque além de outras virtudes tem as de ser menos tóxico e utilizável em dose muito menor que os outros compostos congêneres. Deve empregar-se a droga por via oral e, quando esta não corresponda integralmente nos seus resultados, a via intra-venosa.

Alguns autores tiram chapas radiológicas da vesícula 4, 8, 24, 32 horas depois da absorção do medicamento, outros a intervalos 6, 9, 12, 24 e 36 horas.

A sombra da vesícula normal aparece já 3 horas depois da absorção da tetraiodofenoltaleína, mas o máximo de nitidez obtem-se só passadas 6 a 12. A sombra desaparece em 32 a 36 horas. Em duas estatísticas verificam-se respectivamente 92,5 e 95 % de diagnósticos correctos.

MORAIS DAVID.

Tratamento insulínico dos estados de desnutrição em indivíduos não diabéticos. (*Traitement insulínique des états de denutrition chez les sujets non diabétiques*), por R. FEISLY — *Presse Med.* 13 de Fev.º de 1926.

O conhecimento da patogenia da magreza é primacial para um tratamento correcto. A-pesar disso, deparam-se casos refratários às medidas mais lógicas.

Do que se passa com os diabéticos em tratamento pela insulina, da acção particular da hormona pancreática no aumento do pêso, no metabolismo azotado, derivou há muito a ideia de utilizar a insulina nos magros constitucionais.

Falta e vários outros investigadores lançaram mão da insulina e com bons resultados.

Os AA. trataram por êste processo 6 indivíduos, magros constitucionais e igualmente com o maior successo.

Os doentes sujeitos ao tratamento mostraram de-pressa uma notável mudança no apetite pelos alimentos e chegaram por vezes à verdadeira bulímia. Como comem mais, engordam, mas parece que nem só êste factor explica o aumento de pêso. Comendo mais assimilam melhor? Parece não haver modificações no metabolismo basol nem no quociente respiratório, nem nas funções digestivas. Com o aumento de pêso há um simultâneo aumento na consistência e elasticidade dos tecidos e tão rápida que exclui seguramente a hipótese de que possa depender de uma hiperplasia celular. Talvez estejam estas modificações dependentes de uma retenção hídrica, ainda que faltem as provas clínicas de uma tal retenção. Não há edema, mas pode talvez haver um aumento da água intra-protoplasmática. Como o tratamento insulínico provoca uma maior alcalinidade dos humores, é provável que por esta modificação se alterem as condições biológicas dos tecidos no sentido de uma imbebição particular dos elementos celulares.

MORAIS DAVID.

Patogenia da angina de peito; indicações cirúrgicas. (*Pathogénie de l'angine de poitrine; indications chirurgicales*), por RICHON — *Rapport au XVIII Congrès de médecine de Nancy* de 1925. Masson, Paris, 1926.

Depois da discussão realizada na sociedade de medicina interna de Viena por Wenckebach, Tschermak, Danielopolu, Eppinger e G. Hofer sobre a patogenia e indicações cirúrgicas da *angina pectoris*, fizeram-na os franceses no último congresso de medicina.

Neste relatório, o autor dá a descrição da dor anginosa, mostrando-nos os conhecimentos que existem sobre a sensibilidade do coração e da crossa da aorta, no estado normal e em diferentes situações patológicas.

A dor parece ser, em parte, pelo menos, uma dor a distância, como indicou Mackenzie, transmitida aos hemisférios cerebrais, e *reflectida* para a zona do corpo donde provêm os nervos centrípetos que se dirigem para os mesmos segmentos medulares dos nervos centrípetos viscerais. É o chamado reflexo viscerosensitivo.

O autor refere-se, a seguir, às diferentes hipóteses que pretendem explicar a crise da angina do peito: a teoria da *distensão cardíaca*, de Vaquez; a teoria do *esgotamento do miocardio*, de Mackenzie; a teoria da *fadiga do miocardio*, de Danielopolu; as *teorias aórticas*, sustentadas por Wenckebach

e Clifford Albutt. A *teoria coronária*, um pouco esquecida, voltou de novo a ser discutida depois que a electrocardiografia mostrara várias perturbações do complexo ventricular, consecutivas à laqueação das coronárias.

As diferentes teorias cardíacas aplicar-se hiam, afinal, às crises anginosas dos doentes, cujas lesões aórticas em evolução não podem ser invocadas como causa das perturbações dolorosas observadas.

Quanto às diferentes intervenções cirúrgicas propostas nos últimos anos contra a *angina pectoris*, todas elas se apoiam neste princípio: é preciso interromper as vias nervosas de origem cardio-aórtica que conduzem a excitação aos centros nervosos. Esta intervenção, que interrompe, ao mesmo tempo, as vias centrípetas dos reflexos pressores ou inibidores, parece estar indicada sobretudo nas formas aórticas. Devemos escolher o processo operatório que interrompa maior número de filetes nervosos centrípetos vindos do coração e da aorta. Ponto difficil, visto que ainda se não conheceu, no homem, com precisão, o trajecto das fibras centrípetas nos cordões simpáticos e no pneumogástrico, bem como o dos filetes depressores, apenas conhecidos no coelho.

O autor acha preferível a conservação dos gânglios estrelados.

E. COELHO.

Úlcera gastro-duodenal e refeição de prova. (*Magen-Duodenalgeschwür und Probefrühstück*), por T. BÁRSONY.— *Wiener Klin. Wochen.*, N.º 6, 1926.

O A. pretende demonstrar neste artigo que o valor *prático* da refeição de prova é muito pequeno nos doentes com úlcera gastro-duodenal.

Reporta-se à sua estatística para afirmar que só num pequeno número de casos de úlcera de estômago existe hiperacidez, e que, portanto, esta não constitui um sintoma característico da úlcera. Torna-se necessária a existência de sintomas radiológicos.

O suco gástrico, depois de uma refeição de prova, pode apresentar acidez normal ou diminuída em indivíduos com úlcera do estômago. O conhecimento da acidez, quando já existe um diagnóstico radiológico, não nos dá quaisquer esclarecimentos. Nestes casos de úlcera do estômago a refeição de prova como meio de diagnóstico é inútil.

Na úlcera duodenal existe um grande número de casos com hiperacidez. Esta constitui um dos seus sintomas característicos. Mas, como pode haver também uma acidez normal ou inferior à normal, a refeição de prova tem um valor secundário

Em presença de um doente com perturbações gástricas, o A. aconselha, em primeiro lugar, um exame radiológico. Se este nos dá modificações orgânicas características, torna-se supérflua a refeição de prova. Sòmente nos casos em que não aparecem essas modificações se deve proceder ao exame do suco gástrico depois dessa refeição.

Na segunda parte dèste artigo, o autor mostra-nos que, até para o trata-

mento da úlcera duodenal, nenhuma vantagem deve do conhecimento do grau de acidez do suco gástrico. Nem para a indicação do tratamento cirúrgico — ressecção ou anastomose; nem para a escolha do tratamento médico — dieta, repouso, radioterapia, medicamentos (bismuto, atropina, papaverina, luminal) e proteïnoterápia.

E. COELHO.

O tratamento da tuberculose pulmonar pela sanocrisina. (*Sanocrysin-behandlung bei Lungentuberkulose*), por F. KLEMPERER.— *Deut. Med. Woch.* 5, 1926.

Klemperer publica, neste artigo, os resultados das suas observações. Estudou 42 casos num período de tempo de 11 1/2 meses.

Depois de historiar largamente os seus casos clínicos, conclui:

1.º Não se deve empregar o sôro de Möllgaard.

2.º As doses de sanocrisina recomendadas por Möllgaard (0,5 e 1,0) são perigosas.

3.º Devemos empregar as doses de 0,1 e 0,25; se o doente não apresenta reacção, podemos aumentá-las gradualmente até 0,5 e 1,0.

4.º Em muitos casos o tratamento pela sanocrisina é vantajoso; noutros casos não tem nenhuma utilidade.

5.º A sanocrisina não tem uma acção quimioterápica directa (bacteriolítica), mas indirecta, actuando sobre os tecidos doentes; a sua acção é semelhante à do crisolgan e do trifal e, provavelmente, também à da tuberculina.

6.º A sanocrisina é, entre tantos outros, um medicamento que aparece para combater a tuberculose, mas nunca o «remédio da tuberculose», como quere Möllgard.

E. COELHO.

Sobre a «cura de engorda» pela Insulina. (*Ueber Mastkuren mit Insulin*), pelo Prof. E. VOGT.— *Münch. Med. Wochenschrift.* N.º 1, 1926.

Observações feitas nos últimos anos nos diabéticos tratados pela Insulina permitiram reconhecer na hormona pancreática uma acção *trófica* caracterizada principalmente pelo restabelecimento do equilíbrio azotado e pelo aumento de pêso.

Em 1923, os pediatras americanos, em presença destes resultados, aventaram a hipótese de que essa acção trófica era susceptível de ser utilizada nos indivíduos débeis não diabéticos, nos magros, nos insuficientes celulares; e os seus relatórios são favoráveis ao emprêgo da Insulina nas hipotrofias infantis, assim como os trabalhos franceses já publicados.

A aplicação deste método nos adultos foi recomendada por Falta, ba-

seando-se em duas hipóteses que êle estabeleceu em 1913, e que nós podemos resumir desta maneira:

1.º O organismo deve dispor dum pâncreas de sistema endócrino perfeito para poder suportar com êxito uma cura de superalimentação.

2.º Pode admitir-se a existência de estados mórbidos relacionados com o exagêro da função endócrina do pâncreas, resultando dêste estado uma acumulação de reservas gordurosas, isto é, uma obesidade de origem insular.

Com a descoberta da Insulina apareceu a possibilidade de se demonstrar essa hipótese.

Vogt applicou a Insulina em 1924 e 1925 em recém-nascidos, estudando não só a sua acção sôbre o pêso, como sôbre o metabolismo da água.

Foram 20 os casos que Vogt descreveu em trabalhos anteriores. No presente trabalho expõe as conclusões do emprêgo da Insulina em mulheres com magreza patológica estudadas na clínica ginecológica de Tübingen. Na primeira plana para a engorda pela Insulina, coloca Vogt as doentes com anomalias constitucionais, com astenia, que apresentam numerosos sintomas ginecológicos, doentes que depois de um longo período febril por doença ginecológica ou após uma operação ficam em estado de acentuada miséria fisiológica.

Como contra-indicação formal aponta o autor a caquexia carcinomatosa e a diátese vasoneurótica.

A cura dura três semanas. O autor começa com 5-10 unidades por dia, elevando a dose até 40, 50 e 60 unidades. Cada refeição post-insulinica, deve ter 30 gr. de hidratos de carbônio.

As conseqüências do tratamento consistem no aumento de appetite e no rápido acréscimo de pêso. O autor aponta ainda as melhoras psíquicas das doentes.

E. COELHO.

Para o tratamento cirúrgico da doença de Basedow. (*Zur operativen Behandlung des Basedow*), por G. Hotz. — *Deut. Med. Woch.* N.º 15, 1926.

Acentua Hotz que representa um grande progresso para a cirurgia dos hipertiroídeos a determinação do metabolismo basal dêsses doentes, antes e depois da operação.

O metabolismo basal aumenta 30, 70 % e mais.

Nas remissões ou melhoras dá-se uma baixa.

É nas clínicas americanas de Maio e de Crile que estas investigações se fazem sistematicamente.

Hotz procede à determinação do metabolismo basal em todos os seus casos de hipertiroidismo desde 1923, observando na mor parte um aumento de 50 %.

São 40 (38 mulheres e 2 homens) os doentes descritos neste artigo.

Primeiro, procedeu à laqueação das tiroídeas; depois, à ressecção de metade da glândula; e finalmente à ressecção da outra metade. Desta sorte,

operou 18 casos numa sessão, 14 em duas sessões, 6 em três sessões e 2 em quatro. Dois doentes morreram.

Hotz associou ao tratamento cirúrgico o tratamento pelo iodo (lugol, etc.), obtendo melhoras, com diminuição do metabolismo basal.

E. COELHO

Para a terapêutica da bronquiectásia. (*Zur Therapie der Bronchiektasie*), pelo Prof. J. H. AAIJER. — *Deut. Med. Woch.* 9 de Abril de 1926.

Depois de passar em revista os diferentes processos cirúrgicos propostos para o tratamento da bronquiectásia, o autor mostra-nos alguns casos curados pelo seu processo de escolha — toracoplastia parcial com afastamento do periosteó e da musculatura intercostal.

E. COELHO.

Sobre a röntgenterápia na nevralgia do trigémio. (*Ueber Röntgenbehandlung der Trigemius neuralgie*), pelo Professor WALTER e F. LAX. — *Münch. Med. Wochenschrift.* 15 de Abril de 1926.

Os autores publicam um resumo do emprêgo dos Raios X como sedativos da nevralgia do trigémio, desde que Stembo, em 1900, iniciou êsse tratamento e dão-nos os resultados dos seus 30 casos. Alguns tinham sido tratados por injeções de alcool. Em 18 houve, no comêço do tratamento, reacções agudas provocadas pelos Raios X, que os autores combatiam com piramidão e fenacetina.

Dos 30 casos tratados, 19 curaram; 8 melhoraram; 1 teve poucas melhoras; 1 caso refratário; finalmente, um caso teve tão grande reacção depois do primeiro tratamento, que foi imediatamente operado. Houve, portanto, 63 % de curas e 27 % de melhoras.

E. COELHO

O que se deve entender por hipertonia do estômago. (*Was versteht man unter Hypertonie des Magens*), por W. ZWEIG — *Wiener Klin. Wochenschrift.* N.º 15, 1926.

Segundo a experiência do autor, a hipertonia gástrica tem um lugar tão marcado na patologia como a atonia. As suas causas podem ser puramente nervosas; na vagotonia há um aumento da tonicidade gástrica, não se sabendo

do, porém, se é uma hormona — a colina — que vai aumentar a sensibilidade do vago, ou se são excitações nervosas. Mas a hipertonia gástrica pode ser ainda secundária à litiase bilar, à úlcera duodenal, a uma gastrite crônica, etc.

Os seus sintomas subjectivos são muito característicos: enfartamento, pressão sobre o estômago, e, muitas vezes, dores.

O exame do suco gástrico não nos dá nada de característico, podendo apresentar hiperacidez.

A radiografia mostra-nos o estômago em contracção espástica.

A terapêutica deve ser conduzida de forma a atacar a causa da hipertonia. Se é secundária a qualquer doença, impõe-se o tratamento desta. Na hipertonia primária cuida-se em primeiro lugar do tratamento dietético; depois do medicamentoso: atropina, novatropina, eumidrina, papaverina, etc. A hiperacidez é tratada pelos alcalinos e pela beladona.

E. COELHO.

Sobre magreza e engorda insulinica. (*Ueber Magerkeit und Insulinmast*), por FALTA. — 16 pág., *Wiena*, 1926.

Neste trabalho de conjunto, expõe Falta as suas concepções teóricas sobre o emprêgo da insulina na magreza (*Magerkeit*) e no emmagrecimento (*Abmagerung*), mostra-nos os diferentes tipos de emmagrecimento, a sua técnica da cura insulínica, e resume os diferentes trabalhos publicados sobre esta matéria.

Com o resumo dos seus casos, Falta faz várias considerações sobre o papel do pâncreas no emmagrecimento sobre a gordura pancreática (*insular*) e sobre o metabolismo da água na engorda pela insulina.

Falta emprega a insulina em doses altas — 10 -130 unidades por dia e por cinco vezes — sendo as refeições muito ricas em hidratos de carbónio.

Finalmente, diz-nos Falta que tem obtido bons resultados com este tratamento nos tuberculosos não diabéticos.

E. COELHO.

A adenite tuberculosa tratada pelo rádio. (*Tuberculous adenitis treated by Radium*), por PH. GOOSSE. — *Lancet*. N.º 5356, 1926.

O autor publica uma série de 50 casos estudados no Instituto do Radium de Londres, com os seguintes resultados: 37 curados; 9 melhoram; 3 não melhoram; 1 morto.

Os doentes que tinham sido tratados previamente pelos Raios X não reagiam tão bem ao tratamento pelo radium.

E. COELHO.

A seroterapia na difteria. (*The serum Treatment of diphtheria*), por DONALD MACINTYRE. — *The Lancet*, 24 de Abril de 1926.

O autor faz um estudo comparativo da mortalidade na difteria, na febre tifóide e na escarlatina, mostrando-nos as relações da mortalidade com a dosagem do soro e os diferentes metodos de administração. Prefere a via subcutânea para a maior parte dos casos e a via intravenosa nos mais graves.

Em conclusão:

A sua experiência mostrou-lhe que o valor da antitoxina fica limitado aos três ou quatro primeiros dias da doença.

Para se reduzir a mortalidade impõe-se, portanto, um diagnóstico e tratamento precoce.

E. COELHO.

Biblioteca da "Lisboa Médica,"

Obras recebidas:

Sobre a encefalite letárgica, por EGAS MONIZ. (Extracto do *Jornal de Ciências Matemáticas, Físicas e Naturais*, 3.ª série, n.º 19). Lisboa, Imprensa Nacional, 1925.

Neste trabalho o A. volta a ocupar-se dum caso por elle descrito em 1914 e em que diagnosticou *pólio-encefalite sub-aguda* de Wernicke. Nesta época não era ainda conhecido o quadro clínico descrito por Economo.

Faz considerações várias sobre o diagnóstico diferencial entre a encefalite letárgica e a encefalite de Wernicke. É de parecer que, sem a descoberta do agente das duas enfermidades, não é possível com segurança afirmar ou negar a identidade das duas doenças. Não compartilha, portanto, da opinião do Prof. Achard, que quer ver no caso descrito pelo A. um caso indiscutível de encefalite letárgica.

Parece-nos que o Prof. Egas Moniz está na boa doutrina.

La pachyméningite spinale hypertrophique et les cavités médullaires, por EGAS MONIZ. (Separata da *Revue Neurologique*, T.º II, n.º 4), Outubro de 1925.

A propósito de um caso clínico faz o A. um minucioso estudo sobre as paquimeningites e da sua relação com as cavidades medulares.

Dêste estudo, por nos parecer de interesse, transcrevemos as conclusões: «1º La pachyméningite spinale hypertrophique d'étiologie inconnue est caractérisée par de forts épaisissements méningés, surtout du côté de la dure-mère, de l'arachnoïde, et des cavités médullaires.

2° Ces épaissements sont formés par une prolifération connective fibreuse, consistante, stratifiée, parfois accompagnée de dégénérescence hyaline, de vacuolisation de la dure-mère et de gros corpuscules calcaires concentriques. On ne trouve pas dans cette pachyméningite fibroplastique les lésions caractéristiques de la syphilis ou de la tuberculose.

3° Le siège de la lésion est variable. La pachyméningite peut être généralisée ou localisée. Dans ce cas elle paraît préférer la région cervicale ou dorsale moyenne.

4° Les cavités de cette forme de pachyméningite sont différentes de celles rencontrées dans la syringomyélie. Elles sont souvent multiples, indépendantes du canal central, moins bien limitées, irrégulières, anfractueuses et envahissent presque toujours et parfois de préférence la substance blanche. Leur revêtement névroglial est moins intense que dans la syringomyélie.

5° Le diagnostic entre cette pachyméningite et les pachyméningites tuberculeuses et syphilitiques est généralement possible. Les pachyméningites tuberculeuses sont presque toujours liées au mal de Pott et le liquide céphalo-rachidien donne souvent de fortes réactions cytologiques. Les pachyméningites syphilitiques sont dénoncées par l'anamnèse, la W. R., la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien et le résultat du traitement spécifique.

Dans la syringomyélie les perturbations de la sensibilité sont assez différentes; le liquide céphalo-rachidien ne présente pas la dissociation albumino-cytologique de la pachyméningite d'étiologie inconnue; l'évolution est plus lente et moins grave et l'épreuve de Sicard montre la perméabilité du canal rachidien.

Le diagnostic reste surtout difficile avec les compressions médullaires par des tumeurs ou par des méningites séreuses circonscrites.

6° L'épreuve lipiodolée de Sicard peut néanmoins donner quelques éléments pour séparer cette pachyméningite des autres compressions.

a) L'injection sous-arachnoïdienne de l'huile iodée produit dans ces cas des réactions plus fortes que dans les cas de tumeurs ou même de méningite circonscrite.

b) Les images lipiodolées observées en série pendant quelques semaines montrent le passage difficile de l'huile qui s'engrène selon une forme spéciale.

c) La fixation primitive du lipiodol, deux ou plusieurs segments au-dessus du point indiqué par la limite supérieure des perturbations de la sensibilité (*dissociation sensitive-lipiodolée*) est aussi un signe assez probable de l'existence d'une pachyméningite.

7° Les réflexes de défense peuvent aussi nous fournir quelques indications. Quand leurs limites supérieures sont très éloignées de la ligne supérieure des troubles sensitifs, on doit penser à la possibilité d'une pachyméningite assez étendue (forme généralisée) de préférence aux tumeurs et aux méningites séreuses circonscrites.

8° La traitement chirurgical, qui pourra être discuté dans les cas de pachyméningites tuberculeuses et syphilitiques, doit être préconisé dans les pachyméningites d'étiologie inconnue, surtout dans les cas localisés. Même dans les cas généralisés, quand on a une zone spécialement atteinte de troubles moteurs graves, le traitement décompressif doit être la règle. La rése-

ction d'une partie des méninges parait être, pour le moment la pratique à recommander. Ce point thérapeutique suffit à montrer l'importance de l'étude des diverses formes de pachyméningite.»

O Padre Faria na História do Hipnotismo, por EGAS MONIZ (Publicação comemorativa do 1.º Centenário da Régia Escola de Cirurgia de Lisboa).— Lisboa, Imprensa Libânio da Silva, 1925.

Este interessante estudo sobre o padre português é a ampliação, dividida em capítulos, da Conferência plenária realizada pelo A. na Faculdade de Medicina, em 19 de Dezembro de 1925, por ocasião das festas do 1.º Centenário da Régia Escola de Cirurgia de Lisboa.

Das muitas lições e conferências realizadas nenhuma como esta prendeu a atenção do público médico e não médico, que encheu por completo a sala dos Actos da Faculdade de Medicina de Lisboa e que com o maior interesse ouviu a brilhante exposição do Prof. Egas Moniz.

Este trabalho tem despertado no estrangeiro uma viva curiosidade e vários jornais franceses a êle se têm referido, dando-lhe o maior apreço.

Damos a palavra ao Prof. Roger, de Marselha, que na *Marseille-Médical* de 5 de Fevereiro dêste ano, se occupou do estudo do A:

A propos de l'Abbé Faria.

«A l'occasion du premier centenaire de la Faculté de Médecine de Lisbonne, notre excellent collègue et ami, l'éminent professeur de Neurologie portugais, a choisi comme sujet d'une conférence publique la vie et l'œuvre de l'abbé Faria et l'histoire de l'hypnotisme.

L'abbé Faria n'a pas été le simple personnage de légende du roman de *Monte-Christo*, dont on montre la cellule aux visiteurs du Château d'If. Egas Moniz s'est attaché, en des chapitres du plus haut intérêt, à nous faire revivre l'existence de son illustre compatriote.

Né en 1756 aux Indes Portugaises, dans la province de Goa, José Custodio de Faria, dans les ancêtres duquel on comptait un brahmane, vint à Lisbonne vers l'âge de 15 ans; de là il alla étudier la théologie à Rome, au Collège de la Propagation de la Foi et fut ordonné prêtre en 1780, après une thèse de doctorat sur l'existence de Dieu, dédiée à la reine Marie et au roi Pedro III de Portugal.

Ultérieurement impliqué, ainsi que son père, dans la conspiration de Goa de 1787 contre la domination portugaise dans l'Inde, Faria vint se réfugier à Paris où il séjourna durant la Révolution. Sa figure ascétique, son teint bronzé d'Indou, sa qualité ecclésiastique ne pouvaient le laisser passer inaperçu. Il fut l'objet de dénonciations, auxquelles on ne sait comment il échappa. C'est à Paris qu'il fut mis en rapport avec le marquis de Puységur (disciple de Mesmer), auquel il rendit ample justice dans la dédicace de son livre. Dès lors il s'adonna aux pratiques du magnétisme et les continua jusqu'en 1811, date

à laquelle il fut nommé professeur de philosophie à l'Académie (actuellement lycée) de Marseille.

Par quelles relations y fut-il nommé ? Est-ce en raison de connaissances acquises durant ces études à Rome ? Est-ce grâce à quelque protecteur influent qu'il aurait gagné à lui par ses pratiques de magnétisme ?...

Quoi qu'il en soit, d'après ses biographes, l'almanach impérial de 1811 le signale comme ayant séjourné un an à Marseille. Il aurait été à ce moment là, quoique non médecin, élu «membre de la Société de médecine».

Les recherches qu'à la demande du prof. Moniz nous avons entreprises pour trouver trace du passage de Faria dans notre ville sont malheureusement restées infructueuses. Les archives du Lycée ne remontent pas à une date aussi éloignée. Et nous n'avons pas pu retrouver vers cette date le nom de Faria dans la liste des membres de la Société de médecine de l'époque, liste publiée habituellement à la fin du compte rendu de la séance solennelle annuelle, au cours de laquelle sont remémorées les principales publications faites dans l'année.

Faria fut, en 1812, nommé à l'Académie de Nîmes, comme professeur suppléant, ce qui doit sans doute être considéré comme une disgrâce, à laquelle son tempérament ne put se plier.

Il vint en 1813 à Paris tenter fortune comme professeur libre et faire un cours public sur le sommeil lucide.

Il est assez curieux qu'A. Dumas qui, en faisant place en 1841-45 à l'abbé Faria dans son *Monte-Christo*, a sans doute simplement utilisé une réminiscence de sa jeunesse sans se soucier beaucoup de la vérité historique, ait fait séjourner son prisonnier au Château d'If vers la même époque (1811) où celui-ci était nommé professeur de philosophie à Marseille.

C'est rue de Clichy que Faria tenait ses séances de somnambulisme auxquelles venaient les belles dames de la capitale, moyennant un droit d'admission de cinq francs. La *Gazette de France* fulmine contre lui et contre les «charlatans» étrangers qui ont, à diverses reprises, envahi la capitale.

Il consacra les dernières années de sa vie à la rédaction d'un ouvrage qu'il comptait publier en 2 ou 3, ou 4 volumes, mais dont un seul, sur le sommeil lucide, eut le temps de paraître. Il mourut à Paris, en 1819, à l'âge de 63 ans, emporté par une attaque d'apoplexie, après avoir dû résister aux nombreuses attaques de ses adversaires, et en particulier de certains membres intolérants du clergé qui l'accusait de pactiser avec le diable.

Si l'on essaie de dégager l'esprit de la doctrine de Faria, tant d'après son ouvrage que d'après ceux de ses disciples, si surtout on débarrasse son œuvre de la partie purement scholastique, parfois un peu nébuleuse, Faria, aux dires d'Egas Moniz, doit être considéré comme un précurseur : il montre surtout l'importance prépondérante de l'état psychique de celui qui s'endort, alors que jusque là on faisait jouer le rôle principal au fluide du magnétiseur. Pour lui le sommeil lucide ne différait pas essentiellement du sommeil normal.

Pour endormir, Faria se contentait le plus souvent, trente ans avant Braid, de demander au malade de fermer les yeux en pensant au sommeil, et il lui intimait trois à quatre fois l'ordre de dormir ; parfois il touchait légèrement de ses doigts le front ou une autre partie du corps.



Comme la plupart de ceux qui lui ont succédé, Faria réalisait dans le «sommeil lucide» les diverses paralysies auxquelles, depuis Charcot, on donne le nom d'hystériques. Il modifiait à volonté la personnalité de ses hypnotisés et leur suggérait avec succès des actes à accomplir à l'état de veille.

Il utilisait, lui aussi, la valeur thérapeutique des suggestions hypnotiques. Le général Noizet, un de ses disciples, raconte l'histoire d'un capitaine de cavalerie qui avait été condamné par de nombreux médecins et qui fut ainsi guéri en trois semaines d'un «ulcère du poumon». L'absorption d'un peu d'eau avec l'idée de se purger produirait, d'après Faria, le même effet qu'une purge.

Les caricaturistes de l'époque ne manquèrent pas de dauber sur les magnétiseurs thérapeutes, avec des légendes aussi mordantes de celles de «Monsieur Requiem, fameux médecin, qui a guéri tous ceux qui sont morts», ou du charlatan qui crie à la foule : «Cassez-vous les bras, les jambes ; moi, avec mon remède, je m'en moque».

Ou voit par cette courte analyse tout l'intérêt que présente l'ouvrage d'Egas Moniz sur l'abbé Faria, «l'un des premiers parmi ceux qui ont orienté l'étude du somnambulisme dans une voie scientifique».

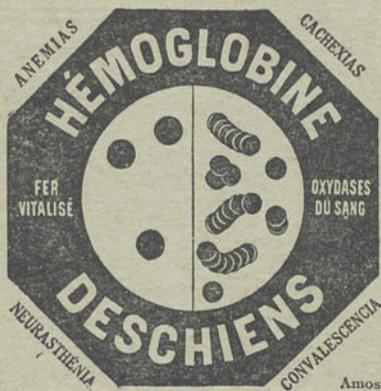
Ou peut ne pas partager toutes les idées de l'auteur sur le sommeil lucide qui, d'après bien des psychiatres contemporains, ne serait qu'un sommeil simulé ; mais on ne peut que savourer le portrait vraiment saisissant de ce Portugais de l'Inde, descendant de Brahmane, qui, après des études de théologie à Rome et une conspiration ourdie contre son pays, vient se réfugier à Paris et y déchaîner jusqu'à sa mort autant d'enthousiasme que d'acribes critiques. — H. ROGER.»

Donativo à Assistência Nacional aos Tuberculosos

A importante casa de Paris — ETABLISSEMENTS CHATELAIN — ofereceu, por intermédio do seu representante em Lisboa o sr. A. Vincent (Rua Ivens, 56) uma série de produtos de sua fabricação.

Damos a seguir a nota da generosa oferta, que bem merece ser posta em relêvo :

Poral, Poralin, Rhino-Fogyl, Romanyl Fogyl, Globeol, Kola Granulada, Glycerophosphate de chaux, Noctyl, Jubol, Vamianine, Treposan, Vamiol, Pyran, Cacodilate de soude, Methylarsinate disodique, de fer e de gaiacol.



Opothérapie Hemática *Total*

Xarope e Vinho de DESCHIENS
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineracas do Sangue total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS

Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas

DESCHIENS, D^r em P^l, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8^e)

Amostras e Littérature: SALINAS, rua Nova da Trindade 9, LISBOA

PRODUTOS OPOTERÁPICOS BYLA SEM CHEIRO

GLANDULAS BYLA

COMPRESSIDOS DRAGEADOS

AMPOLAS BYLA

ASEPSIA RIGOROSA

Agentes para Portugal: GIMENEZ-SALINAS & C.^a

RUA NOVA DA TRINDADE, 9 — LISBOA



Tratamento completo das doenças do fígado e dos syndromas derivativos

Litíase biliar, insuficiência hepática, colemia familiar, doenças dos paizes quentes, prisão de ventre, enterite, intoxicações, infecções



Opothérapias hepática e biliar
associadas aos colagogos

2 a 12 pilulas por dia
ou 1 a 6 colheres de sobrezeira de SOLUÇÃO

PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os ultimos trabalhos científicos

Lavagem
de Extracto de Billis
glicerinado
e de Panbiline.



1 a 3 colheres em 160 gr.
d'agua fervida
quente.
Creações: 1/2 dose

Depósito Geral, Amostras e Literatura: LABORATÓRIO da PANBILINE, Annonay* (Ardèche) FRANÇA

Representantes para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a, Rua Nova da Trindade, 9-1.º — LISBOA

Produtos Opoterápicos

Uma opoterapia verdadeiramente eficaz só se pode realizar pela administração simultânea de produtos extraídos de diversas glândulas endocrínicas, em doses convenientes. Está provado que os syndromas de origem endocrínica são na maior parte dos casos, devidos a alterações funcionais de várias glândulas, mais ou menos profundamente afectadas pelo processo mórbido.

Por isso, só as combinações de hormonas diferentes permitem tratar com êxito as endocrinopatias.

Os preparados de:

G. W. CARNRICK & C^o.
New-York

oferecem todas as garantias: são fabricados com glândulas frescas, de animais domésticos perfeitamente sãos, por químicos especializados, nos laboratórios da casa, e devidamente analisados sob o ponto de vista fisiológico e farmacológico.

HORMOTONE — (Hormonas hipofisárias, tiróidicas e gonádicas) — Anemia. Perturbações menstruais. Menopausa. Senilidade. Nutrição insuficiente.

SECRETOGEN — (Substâncias activas das mucosas duodenal e pilórica) — Dispepsia fermentativa. Flatulência. Catarro gástrico crónico, indigestão intestinal.

AMYLAGYNE — (Extracto de pâncreas fresco) — Aquilia gástrica, etc.

TRYPSOGEN — (Hormonas pancreáticas) — Diabetes.

KINAGYNE — (Hormonas tiróidicas, hipofisárias, pancreática) — Desnutrição, descalcificação do organismo, tuberculose, etc.

VIRILIGEN — (Substâncias pituitária, suprarrenal, tiróidica e testicular. Perturbações sexuais. Impotência.

Todos estes preparados são em comprimidos, cápsulas ou empolas rigorosamente doseados.

DEPOSITÁRIO EM PORTUGAL
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

Sala

Est.

Tab.

N.º