

Ano V

N.º 10

Outubro de 1928



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

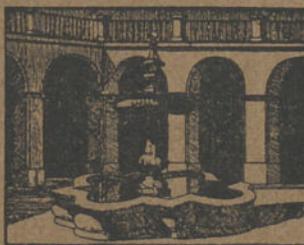
*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,
Pulido Valente, Adelino Padesca, António Flores,
Henrique Parreira*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

*Vasco Palmeirim, A. Almeida Dias, Morais David, Fernando Fonseca
António de Meneses e Eduardo Coelho*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

FLUORIFORMIO

Em solução aquosa e saturada. Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

PNEUMONIAS AGUDAS — TUBERCULOSE — TOSSE

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colonias

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. Provam que a 4 por dia produzem diurese prompta, reanimam o coração debilitado, dissipam ASYSTOLIA, DYSYPNEA, 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** CHYST.

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

Muitos Strophantus são inertes, as tinturas são infeis; exigr 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 — K PHARMACIAS.

CARNE LIQUIDA

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

Contem mais de 19% de verdadeira peptona de carne.

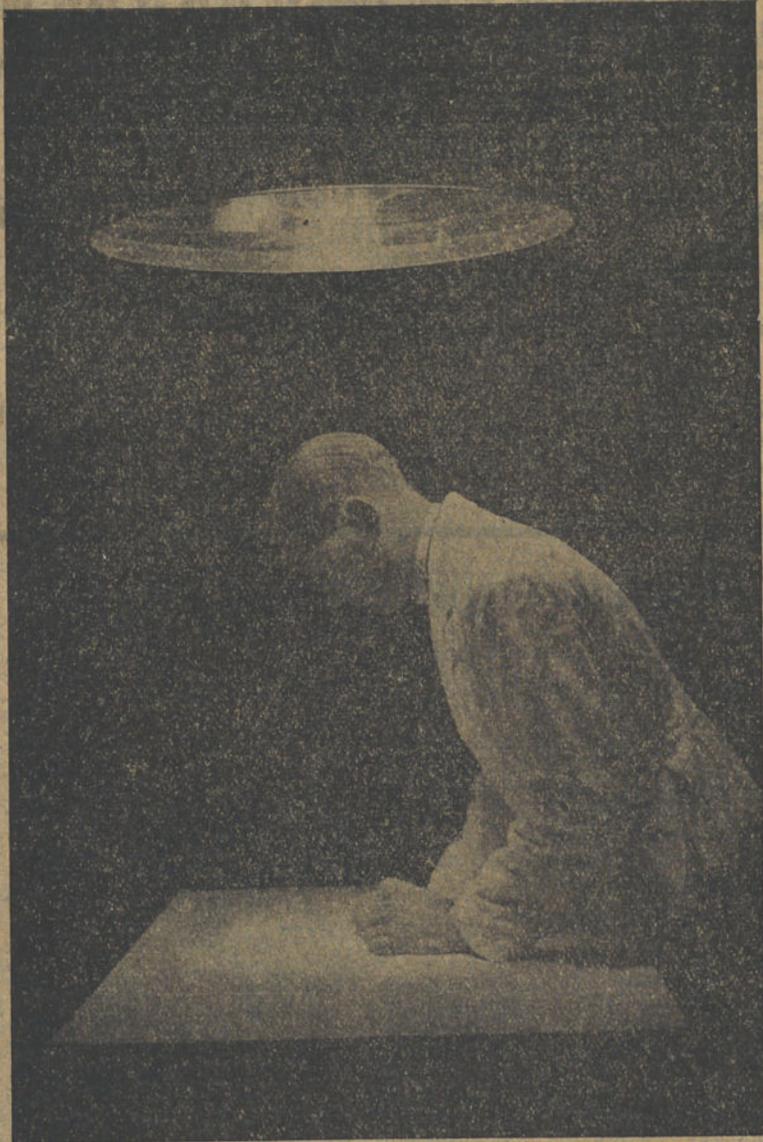
— INDICAÇÕES: Anemia, Debilidade geral, Afecções nervosas, Tuberculoses e convalescências —

Podr amstras e literatura aos Depositarios para Portugal e Colonias:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a

Rua Nova da Trindade, 9-1.^o — LISBOA

A iluminação das salas de operações cirúrgicas deve ser feita pela
LAMPADA ASCIATIQUE GALLOIS



Peça V. Ex.^a hoje mesmo esclarecimentos aos representantes

DAVITA, L.^{DA}
Genio dos Santos, 81, 1.^o — LISBOA

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

BISMUTHOIDOL

"ROBIN"

Doenças ocasionadas pelos protozoarios.
Syphilis.

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

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

N.º 4748
8 Julho 1923

Depositários para Portugal e Colónias:

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

Diectetica infantil "MAX"

Lactação artificial pelo

LEITE MATERNISADO	}	N.º 1—1.º trimestre	e seguintes
		N.º 2—2.º »	
		N.º 3—3.º »	

(Leite em pó, semelhante ao materno)

Albulactol

(Leite albuminoso, original
do Dr. Finkelstein-
GASTROENTERITES)

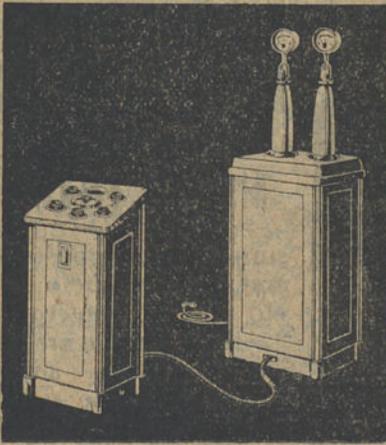
Dextromax

(Alimen'º maltado-
ENTEROCOLITES)

Pedidos de literatura e amo-
stras ao concessionário:

ANTÓNIO SERRA
Rua Almeida e Sousa, 2
LISBOA Telef. N. 3253





PARELHO DE RAIOS X «HELIODOR»
Próprio para pequenos hospitais e consultório

Os melhores
aparelhos de
RAIOS X
E
Electromedicina

são os da

SIEMENS REINIGER VEIFA

O melhor instrumental CIRÚRGICO, de DESINFECÇÃO, HOSPITALAR, é o da
casa M. Schaerer S. A., de Berna

Material para

Raios ultravioletas

Sempre em Armazem

Lampadas de vapor de mercurio (Bach e Jesioneck)

Lampadas Sollux

Lampadas de arco

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

Hämafopan

do Dr. A. WOLFF, BIELEFELD

Depositários:

Henrique Linker, L.da — LISBOA

Rua de D. Pedro V, 32-36

HEMOGLOBINA - FERRO

Extracto de Malte

RICO EM VITAMINAS

simples e composto com arsénio — brometo de cálcio — cálcio — ferro inorgânico — ferro e arsénio — gaiacol — iodo — silício — silício e cálcio — silício, cálcio e gaiacol.

Resultados excelentes!

Sabor agradável

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

VANTAGENS: Injecção subcutânea sem dor.

Injecção intramuscular sem dor.

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos 606, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

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

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

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

Alimentos ALLENBURYS

para crianças e adultos

cientificamente adaptados a cada idade

N.º 1 — lácteo, para recém-nascidos.

N.º 2 — lácteo, dos 3 aos 6 meses.

N.º 3 — maltado, além dos 6 meses e adultos.

DIET — pepnotizado, para doentes dispépticos e velhos.

BISCOITOS — para o período do desmame e dentição.

BIBERON prático, lavável, melhor modelo (2 formatos).

Representante da casa Allen & Hanburys, Ltd.-Londres, COLL TAYLOR, LTD.
Rua dos Douradores, 29-1.º-LISBOA — Telef. C. 1386 — Teleg. DELTA

AGENTES NO PORTO, BRAGA, ETC.

Termómetros HICKS

GENUINOS-CLINICOS

Usados em todo o mundo

A' VENDA NAS FARMACIAS DO PAIZ

Agente geral: COLL TAYLOR L.^{da}-Rua Douradores, 29-1.º-Lisboa-Telef. C. 1386

INSULINA "A.B."



Brand

SOLUÇÃO ESTERIL PRONTA A INJECTAR

ESTA 1 — Rapidez e exactidão na dose.

MARCA 2 — Completa actividade e estabilidade.

ASSEGURA: 3 — Ausencia de reacção e dôr na injeccão.

20 unidades por c. c. em frascinhos de:

EM DUAS 5 c. c. = 100 unidades (ou 10 doses)

FORÇAS: 25 c. c. = 500 > (> 50 >)

40 unidades por c. c. em frascinhos de:

5 c. c. = 200 unidades (ou 20 doses)

Folheto grátis sobre o tratamento — **Á VENDA NAS FARMÁCIAS**
da Diabetes pela **INSULINA**

THE BRITISH DRUG HOUSES, Ltd. e ALLEN & HANBURYS, Ltd.—LONDRES

Representante em Portugal:

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

Opinião de alguns médicos: N.º 3

A proposito da «deplecção» talvez o relato do seguinte caso tenha algum interesse: «Homem de 66 anos de idade, diabético — ; deitou-se à noite com saude; de manhã acordou com uma dôr na região do cotovêlo, o braço muito inchado, as veias túrgidas e o edema cedia à pressão. Diagnóstico provável: trombose da veia basilica.»

«Aconselhei absoluto repouso do braço e aplicações abundantes de

Antiphlogistine
TRADE MARK

coabrindo-o em seguida de algodão como de costume.»

«O doente contou no dia seguinte que as ligaduras e o algodão, assim como as roupas da cama, estavam completamente encharcadas, e o inchaço consideravelmente diminuído.»

«Ao fim de cinco dias dêste tratamento todo o inchaço desapareceu, a circulação normalisou-se e houve um completo *restitutio ad integrum* da trombose.»

The Denver Chemical MFG, Co., New-York

LABORATORIOS :

Londres, Paris, Berlim, Barcelona, Buenos

Ayres, Sydney, Montreal, Mexico City,

Florence, Rio de Janeiro.

ROBINSON, BARDSLEY & Co.

8, Caes de Sodré — LISBOA

Medicação antidiarreica

pele

GELOTANIN (Tanato de Gelatina)

Creanças : De 3 a 6 pacotes por dia, dissolvidos no
leite ou nos alimentos habituais

Adultos : 4 a 8 hostias por dia em qualquer
altura das refeições



Laboratoire CHOAY
48, Rue Théophile Gautier, PARIS

Amostras e Literatura : A. SERRA
Rua Almeida e Sousa, 2. LISBOA

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

(PAGAMENTO ADIANTADO)

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60,000

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80,000

NÚMERO AVULSO: 8,000 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

Laboratórios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche

PARIS (França)

Registo comercial: Seine N.º 103 278

ARHÉOL

C¹⁵ H²⁶ O

Princípio activo da Essência de Sândalo
Blenorragia, Cistite, Piélfite, Pielonefrite.
Catarro vesical

KOLA ASTIER

GRANULADA



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

NÉO-RIODINE

C³ H⁶ O + 1 S Na.

Solução Aquosa de Iodo
Orgânico Injectável



44% de Iodo

ACÇÃOIMMEDIATAINTENSA

Em injeções intramusculares e intra-venosas.
Dose: de 1, 2, 3 a 5 cm³ segundo os casos.

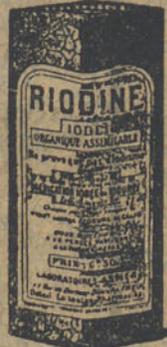
NÃO PROVOCAM ACCIDENTES DE IODISMO

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

RIODINE

(C¹⁸ H³³ O³)₃ (IH)² C³ H⁵

Derivado organico iodado
Ether glycerico
iodado do acido
ricinoleico.

ACÇÃOLENTAPROLONGADA

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>Enervação do pedículo renal</i> , por Alberto Gomes	pág.	693
<i>Corpos estranhos intra-oculares</i> , por Anastácio Gonçalves	»	716

Notas clínicas

<i>O tratamento da hipertensão arterial</i> , por Eduardo Coelho	»	735
--	---	-----

Bibliografia

<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	»	744
<i>Notícias & Informações</i>	»	LXXVII

ENERVAÇÃO DO PEDÍCULO RENAL (1)

(CIRURGIA EXPERIMENTAL)

POR

ALBERTO GOMES

O estudo da enervação do pedículo renal muito tem preocupado nos últimos quinze anos os fisiologistas que se dedicam a esclarecer se os nervos que penetram com os vasos no parênquima do rim exercem ou não uma influência especificamente secretória e se o rim deve ser considerado como uma glândula em que, como acontece, por exemplo, nas glândulas salivares, a innervação tem uma influência absolutamente indispensável ao seu funcionamento.

Edmond Papin (2) porém, em 30 de Março de 1921, partindo da idéa que uma das vias do arco reflexo das dores pielo-renais, devia ser constituída pelas fibras nervosas do plexo renal, realizou pela primeira vez no Homem, com resultado apreciável, a enervação do pedículo renal, num caso de nefralgias intensas e repetidas, ligadas à existência duma pequena hidronefrose.

Ao interêsse mèramente especulativo do estudo da enervação do pedículo renal, veio desde então juntar-se, pela sua applicação na clínica, o interêsse prático de conhecer as modificações ime-

(1) Comunicação apresentada ao 2.º Congresso espano-português de urologia.

(2) Arch. des mal. d. reins et d. org. genit.-urin. T. I, Nr. 1, 1922.

diatas da actividade do epitélio tubular e o futuro do rim, depois de semelhante intervenção.

Papin, Legueu e Flandrin, Marion e muitos outros urologistas, tem realizado a enervação do pedículo renal em mais de uma centena de casos de nefralgia por nefrite total ou parcelar, de pequenas hidronefroses extremamente dolorosas que só a pielografia ou a pieloscopia conseguem diagnosticar e ainda de casos de nefralgia essencial acompanhada ou não de hematúria, entidade nosológica actualmente quasi desaparecida e que só o desconhecimento da sua etiologia ainda mantém. São os casos em que as lesões anátomo-patológicas não justificam a pielotomia, a nefrotomia e principalmente a nefrectomia algumas vezes realizada como último recurso para alívio dos doentes, em rins de função normal, ou aproximadamente normal, e em que, actos cirúrgicos mais conservadores, como a nefropexia e a descapsulação, se não tem mostrado satisfatoriamente eficazes nos seus resultados imediatos, dando origem a frequentes recidivas.

A enervação do pedículo renal de técnica delicada mas praticamente realisável, quasi tão bem suportada pelos doentes como qualquer outra intervenção renal, tem pelo contrário dado sempre resultados que se podem considerar como brilhantes pelo desaparecimento constante do sindroma doloroso. Alguns casos, todavia, tem sido publicados (Legueu¹, Marion², Serés³), em que o rim enervado aparece sem valor funcional, o que embora se possa atribuir a qualquer acidente operatório passado despercebido que tornasse a técnica imperfeita, justifica o interesse de investigar se a enervação do pedículo renal pode influir no trofismo do parênquima, alterar o mecanismo da secreção do epitélio tubular ou prejudicar a dinâmica do bacinete, de forma a transformar o rim e o seu aparelho excretor num órgão inútil ou de funcionamento anormal.

Legueu(4), Flandrin(5), Serés e Bellido(6), admitem a hipó-

(1) Arch. Urol. de la Clin. de Necker. T. 4, f. 2, 1924

(2) Cong. franç. d'urol. T. 25, pág 452, 1925.

(3) Cong. de la Soc. Int. de Urol. Vol. 2, pág. 124, 1924.

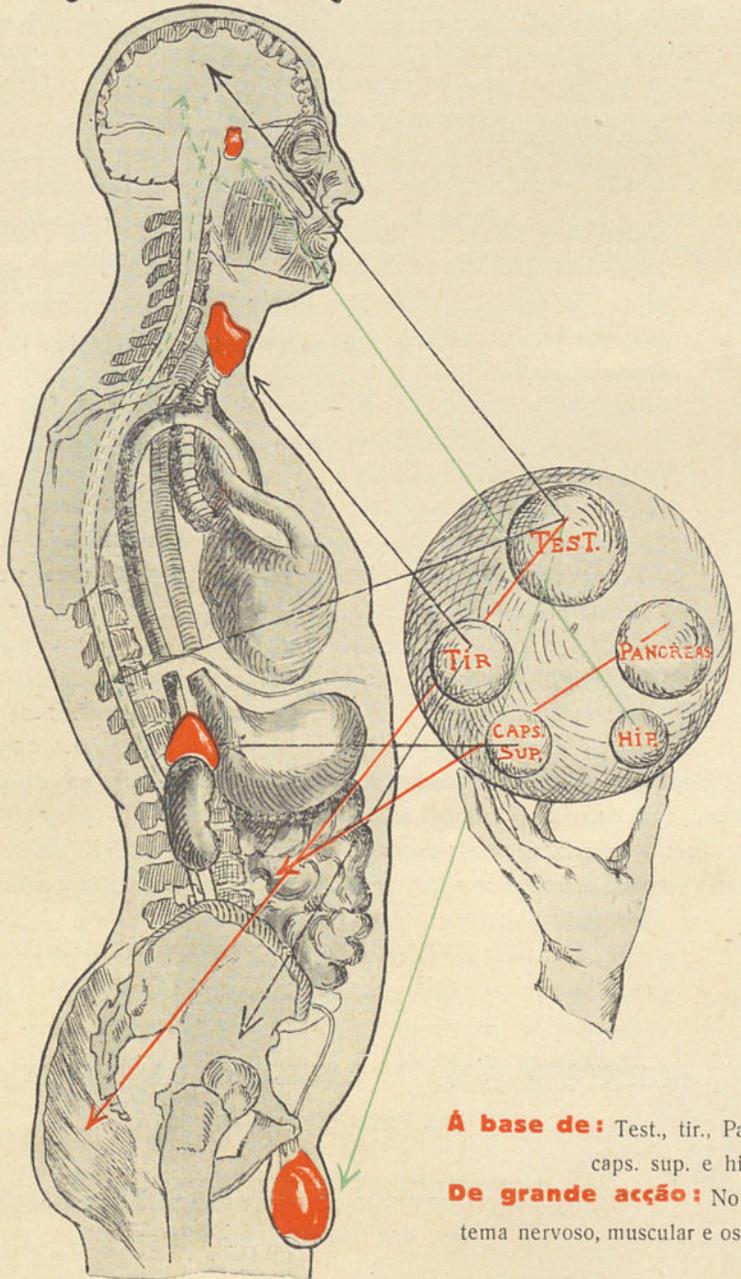
(4) Cong. de la Soc. Int. de Urol. Vol 2, pág. 86, 1924.

(5) Loco citato.

(6) Loco citato.

PLURÍGLANDULÍNA SEIXAS-PALMA

Para ambos os sexos
em todas as idades



A base de: Test., tir., Panc.,
caps. sup. e hipof.
De grande acção: No sis-
tema nervoso, muscular e osseo.

pio da vida de relação entre as glandulas. Do desequilíbrio funcional destas, é conduzido o organismo a um mal estar geral que se manifesta psiquica e fisiologicamente, causando neurastenia, cansaço, transtornos digestivos e auto-intoxicações.

Muitas vezes a simples deficiência duma só glandula de secreção interna, traz alterações tão fundas na vida de correlação entre as demais e resultando d'ahi transtornos tão complexos, que o doente chega à persuasão de estar afectado de varios males, quando afinal basta a introdução no organismo do respectivo extracto glandular que carece, para o curar.

Ora nem sempre é possível determinar qual seja a glandula em deficiência e é por isso que nós preparamos, a conselho médico, este preparado pluriglandular.

A PLURIGLANDULINA normalisa o funcionamento das glandulas em geral e por isso facilita a digestão e a reabsorção de elementos necessarios ao metabolismo, tais como o arsenio, o ferro, o calcio e a oxydção intracelular, alem de reforçar a acção medicamentosa das preparações galenicadas, tais como: o bismutho, o mercurio e o salvarsan.

A **PLURIGLANDULINA** Seixas-Palma é de magnificos resultados na:

Neurastenia geral

Fraqueza geral

Falta de appetite

Prisão de ventre

*e muito recomendada para o **crescimento**
e **desenvolvimento das creanças.***

Posologia: 3 comprimidos antes de cada uma das duas principais refeições, engolidos com um pouco de agua, 10 minutos antes das mesmas.

Para que o seu efeito seja duradouro, convem tomar a PLURIGLANDULINA durante 3 a 4 mezes seguidos e recommear o tratamento logo que novo ameaço se manifeste.

DEPOSITOS:

VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, L.^{DA}

RUA PRATA, 237, 1.º — LISBOA

LOURENÇO FERREIRA DIAS, L.^{DA}

RUA DAS FLORES, 153 — PORTO

tese de que uma enervação muito completa, anatomicamente perfeita, explicaria os casos de subsequente insuficiência renal e que investigações experimentais serão ainda necessárias para se averiguar quais os filetes nervosos que no pedículo renal devem ser respeitados e os que, pelo contrário, devem ser seccionados.

Numerosos outros pontos necessitam também de ser esclarecidos para que a operação de Papin entre definitivamente no número das intervenções de uso corrente em cirurgia urinária e ocupe o lugar a que os resultados operatórios já obtidos lhe dão direito.

A enervação do pedículo renal limitada à secção dos filetes nervosos que caminham em volta dos vasos é de fácil execução, mas a destruição das fibras nervosas que se encontram em volta do bacinete e que importa destruir para inutilizar as numerosas anastomoses existentes entre os ramos do plexo renal, provoca hemorragias que se devem evitar porque dificultam o acto operatório e podem ser prejudiciais ao funcionamento renal.

A existência de fibras nervosas na espessura das paredes vasculares tornam, porém, impossível, mesmo empregando a diaferese química pelo ácido fénico ou fazendo a desnudação arterial, ter a certeza de obter uma enervação total que só se pode conseguir com segurança pelas transplantações ou reimplantações renais.

Destruídos parcial ou totalmente os nervos do pedículo renal, é necessário ainda considerar se, num futuro mais ou menos próximo, não se produzirá a regeneração dos nervos seccionados com a recidiva dos fenómenos dolorosos que conduziram à intervenção e se o rim que sofreu a enervação do seu pedículo não ficará mais frágil em presença duma toxemia química ou bacteriana. São dois pontos importantes a que é necessário atender.

Dogliotti (1), que estudou aturadamente o tempo e a modalidade da regeneração dos nervos renais em cães, chegou à conclusão que a regeneração dos nervos do pedículo renal se realiza seguramente com uma *restitutio ad integrum* e que, num período que vai de três a cinco meses, se pode de novo considerar a innervação do órgão como normal.

(1) Bol. d. Soc. ital di biol. sperim. Vol. 2, f. 3, 1927.

Jungmann e Bernhardt (1), que estudaram as alterações produzidas por algumas substâncias químicas e toxinas bacterianas sobre o rim enervado no seu pedículo, comparando os resultados obtidos com os do rim intacto, verificaram que o aumento da diurese, e o aumento da percentagem e do débito dos cloretos, que primeiro se constatava no rim enervado, diminuía depois da acção do nitrato de urânio. O rim enervado apresenta, além disso, lesões histopatológicas muito mais pronunciadas em comparação com as lesões mínimas observadas no rim intacto, demonstrando-se assim a fragilidade originada pela destruição dos nervos no pedículo renal.

O estudo das modificações do funcionamento renal e do trofismo do parênquima do rim enervado pode ser realizado em boas condições, nas transplantações e reimplantações renais ou, menos perfeitamente, depois da destruição das fibras nervosas do pedículo renal, por secção cirúrgica, por destruição química ou por ambas simultâneamente como tivemos ocasião de realizar nas nossas experiências.

Carrel e Stich (2) são os primeiros experimentadores que praticam a transplantação do rim, não se preocupando, porém, com as modificações do funcionamento renal, mas sòmente com a possibilidade da operação e a sobrevivência operatória.

Carrel conseguiu, em 1908, que uma cadela com um rim único transplantado tivesse uma sobrevivência aparentemente normal, durante cêrca de um ano e meio. O animal morreu acidentalmente de oclusão intestinal, verificando-se que o rim transplantado tinha os vasos e os ureteros permeáveis, não revelando o exame histológico qualquer vestígio de esclerose.

Lobenhoffer (3) conseguiu ser bem sucedido em dez autoplastias do rim no pedículo do baço, estudando o poder funcional do rim transplantado depois da nefrectomia do rim normal.

Verificou que o rim transplantado conserva um funcionamento normal a-pesar-de isolado do sistema nervoso, tendo, porém, encontrado zonas de degenerescência do parênquima, tanto mais acen-

(1) Kong. Wiesbaden — 1925.

(2) Arch. f. klin. Chir. Bd. 58. S. 379. 1908.

(3) Mitt. aus d. Grenzgeb. d. Mediz. u. Chir. H. 2. S. 156. 1913.

DRYCO

Tratado pelos Raios Ultra-Violeta

para combater o aparecimento do raquitismo estacional

A grande tendência do raquitismo para se manifestar durante os meses de inverno é um facto bem conhecido de todos os médicos. Explica-se êste facto dizendo que êle é devido à menor exposição da criança à luz directa do sol durante os meses frios e nebulosos.

As investigações que levámos a efeito demonstraram-nos também que as propriedades naturais anti-raquíticas do leite são menores durante o inverno que durante o verão. Este facto da diminuição da potência anti-raquítica do leite produzido no inverno, junto aos efeitos da ausência de exposição da criança à luz solar directa, explicam em grande parte os casos de raquitismo nas latitudes do Norte.

No **DRYCO** irradiado a potência normal anti-raquítica do leite de inverno e do leite de verão é notavelmente aumentada. O leite produzido no inverno, transformado em **DRYCO** e irradiado pelos nossos métodos, tem um poder anti-raquítico superior ao do leite natural produzido no inverno ou no verão.

Colocamos à disposição do Corpo Clínico um diagrama traçado em conformidade com os dados analíticos obtidos nos nossos Laboratórios de Investigações e que demonstra a grande potência do **DRYCO** irradiado preparado com leite obtido no inverno ou no verão, bastando para isso pedi-lo aos nossos representantes.

The Dry Milk Company

15, Park Row — NEW-YORK

(Instituição Internacional para o Estudo e Preparação de Produtos de Leite Puro)

Representantes para Portugal e Colonias:

GIMENEZ-SALINAS & C.^A

Rua Nova da Trindade, 9, 1.º — LISBOA

“Quimioterapia das infecções”

A solução iódica do Professor Pregl

(Prémio Nobel de Química) para o tratamento inter-venoso de todas as infecções, usa-se com o nome de

SEPTOYODO

PREGL

Indicações: Fébre puerperal, septicemias cirúrgicas, meningites, pielonefrites, tífis e paratífis, febre de malta, etc.

CAIXAS DE 5 AMPOLAS DE 10 CC. E DE 1 CC.

Para uso externo, assim como para tratamento das cistites, endometrites, dacriocistites, etc., em lavagens ou instilações

PRESOYODO PREGL

Todas as enterites, assim como as diarreias estivais e da infancia, tratam-se com exito usando

Exito
seguro

Albotan
MARCA REGISTRADA

Efeitos
duradouros

Inofensivo mesmo para as creanças por não conter opiaceos

Tratamento causal

Peçam amostras e literatura ao concessionário dos productos S. A. L. I. A.
ANTONIO SERRA, — Rua Almeida e Sousa, 2 — LISBOA

tuadas, quanto mais recentemente o rim examinado tinha sofrido a transplantação.

Zaaijer (1) relatou a sobrevivência, com um estado de saúde florescente, de um cão com um rim único transplantado seis anos antes nos vasos ilíacos.

É Quinby (2), porém, quem faz o estudo mais completo do funcionamento do rim com os nervos totalmente seccionados no seu pedículo, em comparação com o funcionamento do rim intacto do mesmo animal. Fêz, não transplantações, como os autores precedentes, mas reimplantações *in situ*, nos próprios vasos do pedículo do rim operado, estudando comparativamente a função dos dois rins alguns dias mais tarde.

Operou quarenta e três cães, dos quais dezasseis sobreviveram em condições de lhe permitirem as observações fisiológicas ulteriores. A diurese aumentou primitivamente mas tornou-se igual à do rim intacto passado pouco tempo. Durante um período de dez a quatorze dias, o rim enervado mostrava uma superfunção, equilibrando-se depois os dois rins no trabalho fornecido.

O rim enervado mantinha o animal em sobrevivência por tempo ilimitado, depois da nefrectomia subsequente do rim intacto, sem qualquer aumento da ureia do sangue ou baixa da eliminação da fenolsulfonofaleína.

Estas experiências, contudo, não permitem com segurança excluir a acção dos nervos que com os vasos penetram no hilo do rim, sobre actividade específica do epitélio tubular. Glândulas que possuem averiguadamente nervos com influência nítida sobre o seu funcionamento, podem ser transplantadas e, portanto, isoladas do sistema nervoso, continuando a funcionar sem se notarem insuficiências na vida do animal. Demonstram elas, porém, que o rim vive e funciona suficientemente depois de transplantado ou reimplantado, tendo sofrido indiscutivelmente uma enervação total pela secção completa de tôdas as fibras nervosas que caminham no seu pedículo.

No estudo das alterações provocadas no funcionamento renal pela simples enervação do pedículo renal, diverge a opinião dos vários autores sobre as modificações produzidas.

(1) Beit. z. klin. Chir. Bd. 93. S. 223. 1914.

(2) The Journ. of exp. med. Vol. 23, pág. 535. 1916.

Os fisiologistas teem procurado, até hoje, sem um resultado satisfatório, esclarecer se as alterações observadas no funcionamento renal são o resultado da secção de fibras nervosas com uma acção directa, especificamente secretória, sôbre as células do epitélio tubular ou, pelo contrário, se se trata da simples exclusão de efeitos vasomotores de origem central ou de efeitos reguladores de natureza química e hormonal do meio sangüíneo.

Ao clínico interessa especialmente conhecer quais os efeitos immediatos e remotos provocados pela destruição dos nervos do pedículo do rim sôbre o seu funcionamento.

Nem o sentimento biológico nem as observações clinicas, por si só, podem resolver o assunto e necessário se torna recorrer às investigações experimentais, tendo sempre em vista que, não sendo os nervos do rim análogos, nos seus detalhes anatómicos, no Homem e nos vários animais, se não podem comparar em absoluto os resultados obtidos em animais diferentes, nem tão pouco concluir dêles com segurança para o que se passa no Homem.

Ambard e Papin (1) em cães, enervaram um dos rins e estudaram a secreção urinária depois de algumas semanas.

Concluíram que nas condições de vida habitual dos animais as urinas são absolutamente idênticas nos dois rins, debaixo do ponto de vista do volumè, da concentração da ureia e dos cloretos e que só em condições anormais havia uma dissemetria considerável no funcionamento renal.

Os rins enervados conservariam as suas qualidades funcionais e regulariam os seus limiares de excreção como os rins intactos, mas responderiam, pelo contrário, às excitações exteriores de maneira diferente dos rins normais.

Mais tarde, porém, em 1922, Papin (2) declara que as contradições existentes sôbre o efeito da enervação renal sôbre a secreção urinária, são originadas em se confundir os efeitos immediatos com os efeitos tardios, sem se atender às conseqüências da infecção, sôbre o funcionamento renal.

A enervação do rim teria um efeito immediato indiscutível sôbre a secreção urinária que se traduz pela poliúria, o que êle

(1) Arch. intern. de phys. T. VIII. 1909.

(2) Arch. des malad. d. reins et d. org. genit.-urin. T. 1. Nr. 1. 1922.

julga evidentemente provado pelas experiências realizadas em coelhos, por Jungmann e Meyer (1).

Esta poliúria imediata seria para Papin inteiramente efémera, não se observando, algumas horas depois, diferenças aparentes entre a secreção dum rim normal e dum rim enervado. O facto de alguns autores afirmarem que o rim enervado se tornava poliúrico seria devido a que o animal operado tinha sido infectado, respondendo o parênquima renal alterado pela infecção, por uma poliúria. Foram as conclusões a que declara ter chegado, por trabalhos experimentais no Cão, mais tarde confirmados por resultados idênticos observados no Homem.

Para Rhode e Ellinger (2), o rim enervado forneceria uma maior quantidade de urina, com densidade diminuída e abaixamento do ponto de congelação. A acidez e a concentração das substâncias fixas diminuiria, excepto para os cloretos, cuja eliminação acompanhava a diurese. O débito das substâncias fixas e a quantidade absoluta de ácido eliminado, porém, era sempre maior no rim enervado do que no rim normal.

Estas alterações do funcionamento do rim enervado mantinham-se ainda semanas e meses depois da intervenção, com as mesmas características, manifestando-se assim igualmente no que elles chamam experiências agudas e experiências crónicas.

Ellinger (3) em 1921 mantém ainda as mesmas afirmações, mas num trabalho mais recente com Hirt (4) limita-se a concluir que a enervação do pedículo renal aumenta a diurese, deixando a eliminação das substâncias fixas quasi sem alterações.

Com os resultados experimentais de Ellinger concordam as investigações de Jost (5), Marshall e Kolls (6), Stierlin e Veriotis (7). Já não é tão afirmativo, porém, Mauerhoffer (8) que declara que nem sempre notou a poliúria do rim enervado.

(1) Arch. f. exp. Path. u. Pharm. Bd 73. S. 49. 1913.

(2) Zent. f. Physiol. Bd 27. S. 12. 1913.

(3) Arch. f. exp. Path. u. Pharm. Bd 90. S. 77. 1921.

(4) Ibidem. Bd 106. S. 135. 1925.

(5) Zeitschr. f. Biol. Bd 64. S. 441. 1914.

(6) Amer. Journ. of physiol. Vol. 49, pág. 302. 1919.

(7) Deuts. Zeitschr. f. Chir. Bd 152. 1920.

(8) Zeitschr. f. Biol. Bd 68. S. 31. 1917.

Milliken e Karr (1), que estudaram em cães a eliminação do carmin de indigo por cromocistoscopia, depois da enervação do pedículo de um dos rins, avaliando o tempo da aparição, a intensidade, a impulsão e a freqüência da ejaculação ureteral, encontraram sempre uma melhor função no rim enervado do que no rim intacto.

Flandrin (2) afirma que se a experimentação no animal mostra que a enervação do pedículo renal modifica a excreção da água e a taxa dos cloretos, sem atingir o poder de concentração da ureia, os exames funcionais praticados nos doentes operados, não permitem tirar conclusões tão categóricas sobre a integridade da função ureo-secretória do rim enervado. Em dois doentes, com efeito, encontrou uma diminuição frisante do valor funcional do rim operado.

Legueu (3), Rochet e Thevenot (4), Bartrina (5), Lurz (6), Pico (7) não notaram modificações importantes na quantidade de urina eliminada depois da enervação do pedículo renal.

Serés e Bellido (8), experimentando em cães, são, porém, levados a pensar de forma diferente e concluem que, durante os primeiros dias, o rim enervado elimina maior quantidade de urina e que, na diurese provocada, a poliúria se inicia primeiro e se prolonga mais tempo do que no rim intacto. Aos oito ou dez dias o funcionamento dos dois rins aproxima-se e torna-se quasi idêntico para, mais tarde, ao fim de um mês, sem se notar qualquer infecção, o rim enervado apresentar zonas de degenerescência e se a enervação tinha sido bilateral o animal morrer com sintomas de insuficiência renal.

Hara (9), do Instituto de fisiologia da Universidade de Berne, em um cão, contiúiu uma dupla bexiga de forma a poder colher

(1) Journ. of Urol. Vol. 13. Nr 1. 1925.

(2) Loco citato.

(3) Loco citato.

(4) Cong. de la Soc. Int. de Urol. Vol. 2, pág. 90. 1921.

(5) Ibidem. Vol. 2, pág. 139. 1924.

(6) Deuts. Zeitschr. f. Chir. Bd 194. S. 25. 1925.

(7) Compt. rend. des Séances de la Soc. de Biol. Vol. 85. pág. 35. 1921.

(8) Loco citato.

(9) Zeitschr. f. Biol. Bd 75. S. 179. 1922.

a urina separadamente do rim intacto e do rim a que, num segundo tempo, enervou no respectivo pedículo. A observação começou dez dias depois da última intervenção, tempo necessário para o animal se restabelecer, chegando, por experiências sucessivas durante cinco semanas, às seguintes conclusões:

A quantidade de urina eliminada conserva-se sempre maior do lado do rim enervado do que do lado do rim intacto.

O ponto de congelação, a acidez, a concentração dos cloretos e da ureia, mantem-se inferior no rim privado dos seus nervos, com aumento da quantidade real eliminada destas substâncias.

A eliminação do carmin de indigo começa, tem o seu máximo e termina mais tarde no rim enervado do que no rim normal.

A autópsia do animal, realizada depois das experiências, demonstrou no rim enervado, além de uma pequena dilatação do bacinete, a tumefacção turva do epitélio tubular sem modificação dos glomérulos nem dos vasos. O rim mantido em conexão com o sistema nervoso estava normal.

Meyer-Bisch e Koennecke (1) admitem que a causa das divergências nos resultados da enervação do pedículo renal são originadas no facto dos vários experimentadores não terem considerado que a secção dos nervos, actuará também algumas vezes primitivamente como excitação e que ao lado das perturbações mecânicas se devem produzir, em determinadas circunstâncias, modificações reflexas que vão influir sobre os dois rins.

Repetiram em cinco cães o método experimental de Hara, que consideram o único autor que procurou excluir as causas que julgam perturbadoras das experiências dos investigadores precedentes.

Concluem que a enervação do pedículo renal provoca alterações no funcionamento renal em relação à quantidade das urinas, à riqueza de produtos azotados e à eliminação dos cloretos, mas que não é possível estabelecer uma lei determinada das modificações produzidas. Influências como a narcose, a injeccção de solutos concentrados de cloreto de sódio e de glicose influem diferentemente sobre os dois rins, produzindo alterações às vezes inversas das que existiam primitivamente.

(1) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd 45. S. 343, 1925.

A enervação do pedículo renal originaria dois órgãos absolutamente diferentes, respondendo de maneira completamente diversa às várias excitações. Assim, se a excitação actuar predominantemente por via humoral o rim enervado, livre da acção reguladora do sistema nervoso, é influenciado mais fortemente do que o rim normal. Pelo contrário, excitações que actuem principalmente por via nervosa, influem sobre o rim normal sem ter acção sobre o rim enervado.

O resumo que acabamos de fazer dos resultados obtidos pelos vários investigadores, confirma exuberantemente que apesar das numerosas tentativas experimentais, ainda não foi possível chegar a acôrdo, sobre as alterações do funcionamento renal produzidas pela enervação do pedículo do rim.

Num trabalho experimental por nós anteriormente realizado e publicado (1), no qual estudámos, em cães, a acção de algumas substâncias simpático e parasimpaticotrópicas sobre os nervos renais, para esclarecer a sua influência na secreção urinária, tivemos necessidade de colher a urina separada dos dois rins, um intacto e o outro enervado no seu pedículo.

Tivemos assim ocasião de avaliar num grande número de experiências, as alterações produzidas no funcionamento do rim pela enervação do seu pedículo, e temos a honra de apresentar a este Congresso os resultados obtidos e a nossa impressão sobre o assunto.

Escolhemos o Cão como animal de experiência, preferindo animais novos, indistintamente machos e fêmeas, pondo de lado animais velhos, para excluirmos com uma certa probabilidade rins com alterações patológicas, pois que é sobejamente conhecido que os cães vadios da Cidade precocemente se tornam nefríticos.

O animal conservado em dieta habitual variada até ao momento da experiência, era anestesiado pela cloralose em injeção intravenosa. Para obter quantidades de urina que nos bastassem para os doseamentos necessários, estabelecíamos durante o tempo da experiência, uma fleboclise de sôro fisiológico a 9 por mil, gota a gota, com débito lento de meio centímetro cúbico por minuto.

(1) Innervação renal e secreção urinária — Lisboa 1928.

Por lombotomia, exteriorizávamos o rim esquerdo por via extraperitoneal, procedendo à enervação do respectivo pedículo pela secção de todos os filetes nervosos que caminham entre os vasos ou estão aderentes à sua adventícia. No pedículo renal, completamente isolado, embebiam-se depois os ramos vasculares, durante alguns minutos, com soluto de ácido fénico a cinco por cento, fazendo assim a simpaticodifeterese química, que alguns autores julgam suficiente para a destruição dos nervos do pedículo renal. Não se provocava qualquer alteração aparente no parênquima renal nem da sua irrigação sanguínea. O rim era depois introduzido na loca renal, tendo o cuidado de verificar se ficava em boa posição, procedendo-se então à sutura da parede muscular.

Seguidamente, por laparotomia mediana, descobriam-se os ureteres e conforme o seu calibre introduzia-se-lhes cateteres ureterais números 4 ou 5, numa extensão de cinco centímetros, que eram fixados com um laço de laqueação.

Esperávamos que os dois rins trabalhassem franca e regularmente durante algum tempo, só então colhendo a urina separada por um período de quinze minutos.

Em trinta experiências, avaliámos a quantidade de urina, a concentração e o débito dos cloretos e da ureia. Para o doseamento dos cloretos adoptámos o método de Bang e para o doseamento da ureia o ureómetro de Ivon ou o micro-ureómetro de Ambard.

O valor funcional relativo dos dois rins foi avaliado, segundo as idéas ultimamente expostas por Chabanier (1), considerando que o rim de melhor função será o que tem melhor concentração ureica se lhe corresponder o maior volume de urina ou o que tem melhor débito se tiver também a mais fraca diurese. Nos casos em que se não verificou qualquer destas hipóteses foram os débitos dos dois rins, calculados para uma concentração tipo, fixada arbitrariamente em 25 por mil e considerado de melhor função o rim que, nestas circunstâncias, tinha melhor débito.

Tem-se afirmado que a enervação do pedículo renal impede a inibição temporária da diurese, muitas vezes observada depois das manipulações necessárias para a exteriorização do rim por via lombar.

(1) Cong. de la Soc. Int. de Urol. Vol. 1, pág. 89. 1927.

Em 15 casos (experiências 3, 8, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 26, 27 e 30) assim aconteceu, pois já encontramos urina ao abrirmos o uretero do lado enervado para a introdução do cateter. Em oito destes casos (experiências 3, 8, 10, 14, 17, 19, 20 e 23) o rim direito, que apenas tinha sofrido o cateterismo ureteral numa pequena extensão, mostrou, ao contrário do rim esquerdo enervado e cateterizado, uma anúria inicial que variou de dez a quarenta e cinco minutos. Nos sete casos restantes (experiências 11, 16, 18, 22, 26, 27 e 30) o rim direito, como o esquerdo, funcionou imediatamente, sem ter havido qualquer fenómeno inibitório.

Ao lado dos quinze casos acima, em que a enervação do pedículo renal impediu a inibição da secreção urinária pelo traumatismo operatório, apareceram um igual número de casos (experiências 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 15, 21, 24, 25, 28 e 29) em que se manifestou, ao contrário da opinião da maioria dos investigadores, uma anúria inicial do rim enervado por um tempo variável de cinco a sessenta minutos. Em cinco destes casos (experiências 5, 6, 25, 28 e 29) houve também anúria do rim intacto, menos demorada do que no rim enervado, excepto na experiência 6, em que demorou mais cinco minutos no rim direito.

O rim direito, em que a intervenção se limitou ao cateterismo do uretero, apresentou anúria inicial em treze casos, oito dos quais acompanhados de funcionamento imediato do rim esquerdo enervado e cinco em que a inibição temporária da urina se produziu bilateralmente.

Vejamos agora a influência da enervação do pedículo renal sobre a quantidade de urina eliminada em quinze minutos, o débito e a concentração dos cloretos e da ureia em comparação com o funcionamento do rim homólogo conservado em conexão com o sistema nervoso.

O débito dos cloretos acompanhou sempre as variações da diurese e podem porisso ser considerados conjuntamente.

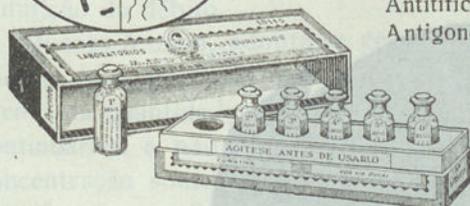
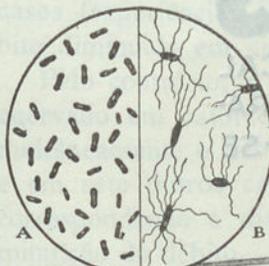
O rim enervado mostrou um aumento de volume da urina e do débito dos cloretos em relação ao rim intacto em dezasseis casos (experiências 3, 5, 8, 9, 10, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 23, 27, 29 e 30). Nos catorze casos restantes foi, pelo contrário, o rim normal que apresentou maior diurese e maior débito de cloretos.

Vacina **NEOSAN** Antitífica

VACINA ANTITÍFICA PREVENTIVA » » CURATIVA

(Via Bucal)

Preparadas pelo Professor Dr. Salvat Navarro, Catedrático de Higiene da Faculdade de Medicina de BARCELONA e adoptadas oficialmente em HES-PANHA pela INSPECÇÃO GERAL DE SAUDE.



Pedir amostras e literatura ao:
Concessionario para Portugal: A. SERRA, R. Almeida e Sousa, 2 LISBOA

SÉRIE INJECTAVEL

Antitífica preventiva. Antitífica curativa.
Antigonococica. Antiestafilococica. Anti-
melitococica. Anticatarral. An-
tigripal.

LABORATORIOS PASTEURIANOS

Director: Professor Salvat Navarro,
BARCELONA



**EXTRACTO
= DE =
MALTA**

“EUMALT”

Acceptada por R.O. del 2 Abril 1913 en los Hospitales Militares

SIMPLE
CON HIPOFOSFITOS
CON HEMOGLOBINA
CON PEPISINA Y PANCREATINA
CON YODURO FERROSO
CON ACEITE HIG. BACALAO
CON ACEITE HIG. BACALAO E HIP”



DIPLOMA DE MÉRITO
2º Congreso de médicos de la I.C.
— Julio 1917 —

Gran Premio en la Exposición de Medicina e Higiene
— 2º Congreso de C. M. — Sevilla 1914

ESPLUGAS (BARCELONA)

Dr. P. Andreu Lloberes

Muitas complica-
ções que se consi-
deram como um
fracasso do medico

EVITAR-SE IAM mantendo as forças do doente, permitindo assim que actuassem as defesas naturais.

Alimente um doente com extrato de Malte “EUMALT” e proporcionará ao organismo em luta o vigor fisico necessário para combater vitoriosamente a doença.

É propriamente um alimento concentrado e um poderoso digestivo, imprescindível na dieta lactea, tornando o leite muito mais nutritivo e facilmente digerível, tendendo a evitar as prisões de ventre provocadas pelo repouso prolongado e a alimentação exclusiva de leite.

Produtos de Malte “EUMALT”

DR. P. ANDREU LLOBERES — Esplugas (Barcelona)

Amstras e Literatura: A. SERRA — Rua Almeida e Sousa, 2 — LISBOA

**TERAPEUTICA DA
SIFILIS**

O TRATAMENTO ARSENICAL
HYPODERMICO VERDADEIRA-
MENTE INDOLOR PRATICA-SE
COM O



ACETYLARSAN

DE COMPOSIÇÃO ACTIVA E SEGURA

AMOSTRAS E LITERATURA

LABORATOIRE DES PRODUITS
"USINES DU RHÔNE"
21, RUE JEAN-GOUJON. PARIS

E. SCHWEICKARDT
AGENTE GERAL PARA PORTUGAL
133, RUA DA PRATA. LISBOA

A concentração dos cloretos aumentou no rim enervado em treze experiências coincidindo com o aumento do débito em oito casos (experiências 8, 9, 10, 18, 20, 22, 23 e 29) e com um débito diminuído em cinco casos (experiências 6, 12, 13, 24 e 26).

Pelo contrário, a concentração dos cloretos diminuiu no rim enervado em catorze casos, em sete dos quais aumentando simultaneamente o débito (experiências 3, 14, 16, 17, 19, 27 e 30) e em sete outros casos (experiências 2, 7, 11, 15, 21, 25 e 28) correspondendo à diminuição da concentração também uma diminuição do débito.

Quanto à ureia, admite-se geralmente que se dá pela enervação do pedículo renal uma diminuição da concentração com aumento da quantidade real eliminada. Nos nossos resultados, que continuaram a não ser uniformes, verificou-se a diminuição da concentração somente em dezassete casos (experiências 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 27, 29 e 30), havendo nos treze casos restantes aumento da concentração ureica no rim enervado.

O débito da ureia só aumentou no rim enervado em doze casos (experiências 3, 5, 7, 8, 9, 10, 16, 17, 20, 23, 26 e 27); nos dezoito casos restantes, ao contrário do que tem sido apontado, o débito ureico foi inferior ao do rim mantido em conexão com o sistema nervoso.

O valor funcional relativo do rim enervado e do rim intacto, avaliado pela eliminação da ureia, demonstrou-nos na maioria das nossas experiências que o rim enervado apresenta uma função diminuída em relação ao rim intacto. Só em oito casos (experiências 2, 3, 5, 6, 7, 8, 23 e 26) o rim enervado se mostrou de poder funcional superior ao do rim intacto, sendo nos restantes a função ureica sempre mais baixa no rim enervado do que no rim intacto, excepto nas experiências 1 e 9, em que a função se igualou nos dois rins.

O efeito imediato da enervação do pedículo renal ser a diminuição do valor funcional do rim, facto que já outros autores também apontaram, parece-nos indiscutível. Só num pequeno número de casos o fenómeno se não verificou nas nossas experiências, e isso ainda se poderá atribuir, tratando-se justamente das primeiras experiências, a uma técnica menos perfeita, dando origem a uma enervação possivelmente incompleta.

CONCLUSÕES

A enervação do pedículo renal não impede a inibição temporária da secreção urinária, atribuída às manipulações necessárias para a exteriorização do rim por via lombar.

Contrariamente à opinião de alguns autores, a enervação do pedículo renal provoca alterações imediatas inegáveis do funcionamento renal.

A divergência entre os vários investigadores sobre as modificações produzidas pela enervação do pedículo renal, em relação à diurese, ao débito e concentração dos cloretos e da ureia é devida a que as variações da secreção urinária se não fazem sempre no mesmo sentido e não obedecem a uma lei determinada.

Não se prova que os nervos renais exerçam uma influência especificamente secretória sobre a actividade do epitélio renal.

Influências vaso-motoras e alterações de natureza química e hormonal do meio sangüíneo são suficientes para explicar as variações do funcionamento renal.

A influência da enervação do pedículo renal sobre o funcionamento do rim não pode ser considerada como um facto único, mas sim como dando origem a um complexo de fenómenos para que ainda não foi possível criar condições experimentais que permitam estudá-los isoladamente.

A enervação do pedículo renal tem, como efeito imediato, na grande maioria dos casos, uma diminuição do valor funcional do rim respectivo em relação ao rim intacto, ao que, pela sua decidida importância, se deve atender, na aplicação prática da intervenção operatória, que Papin tão brilhantemente concebeu.

PROTOCOLOS EXPERIMENTAIS

Experiência 1 — (22-VII-1927). — Cão ♂, peso 13.000 gramas. O rim direito começa logo a funcionar; o rim esquerdo em anúria durante vinte minutos.

	Rim direito	Rim esquerdo	
Volume de urina em 15 minutos.....	20,00	10,00	
Cloretos {	Concentração por mil.....	10,50	10,50
	Débito em 15 minutos	0,21	0,10

	Rim direito	Rim esquerdo
Ureia... { Concentração por mil	1,31	2,10
{ Débito em 15 minutos	0,026	0,021
{ Débito calculado à concentração de 25 ‰	0,005	0,005

Experiência 2 — (24-VII-1927) — Cão ♂, pêso 10.000 gramas. O rim direito começa logo a funcionar; o rim esquerdo em anúria durante trinta minutos.

	Rim direito	Rim esquerdo
Volume da urina em 15 minutos	15,37	8,25
Cloretos { Concentração por mil	12,80	10,00
{ Débito em 15 minutos	0,196	0,082
Ureia... { Concentração por mil	2,63	4,74
{ Débito em 15 minutos	0,040	0,039
{ Débito calculado à concentração de 25 ‰	0,012	0,016

Experiência 3 — (26-XII-1927) — Cão ♂, pêso 6.000 gramas. O rim direito em anúria durante quinze minutos; o rim esquerdo começa logo a funcionar.

	Rim direito	Rim esquerdo
Volume da urina em 15 minutos	0,85	4,00
Cloretos { Concentração por mil	10,00	8,00
{ Débito em 15 minutos	0,008	0,032
Ureia. { Concentração por mil	6,32	8,95
{ Débito em 15 minutos	0,005	0,035

Experiência 4 — (18-VIII-1927) — Cão ♀, pêso 8.000 gramas. O rim direito começa logo a funcionar; o rim esquerdo em anúria durante sessenta minutos.

	Rim direito	Rim esquerdo
Volume da urina em 15 minutos	24,75	2,25
Ureia... { Concentração por mil	1,31	3,42
{ Débito em 15 minutos	0,032	0,007
{ Débito calculado à concentração de 25 ‰	0,007	0,002

Experiência 5 — (20-VIII-1927). — Cão ♂, pêso 8.500 gramas. O rim direito em anúria durante quinze minutos e o rim esquerdo durante vinte minutos.

	Rim direito	Rim esquerdo
Volume de urina em 15 minutos	9,00	10,00
Ureia... { Concentração por mil	5,64	6,67
{ Débito em 15 minutos.....	0,050	0,066

Experiência 6 — (22-VIII-1927). — Cão ♂, pêso 6.000 gramas. O rim direito em anúria durante vinte minutos e o rim esquerdo durante quinze minutos.

	Rim direito	Rim esquerdo
Volume de urina em 15 minutos.....	6,30	1,64
Cloretos { Concentração por mil.....	9,50	10,50
{ Débito em 15 minutos.....	0,050	0,017
Ureia. . { Concentração por mil.	3,85	14,10
{ Débito em 15 minutos.....	0,024	0,023
{ Débito calculado à concentração de 25 ‰.....	0,009	0,017

Experiência 7 — (23-VIII-1927). — Cão ♂, pêso 8.000 gramas. O rim direito começa logo a funcionar; o rim esquerdo em anúria durante sessenta minutos.

	Rim direito	Rim esquerdo
Volume da urina em 15 minutos.....	13,50	3,60
Cloretos { Concentração por mil.....	5,60	3,10
{ Débito em 15 minutos.....	0,075	0,011
Ureia.. { Concentração por mil.....	3,68	8,68
{ Débito em 15 minutos.....	0,012	0,031

Experiência 8 — (24-VIII-1927). — Cão ♂, pêso 6.000 gramas. O rim direito em anúria durante dez minutos; o rim esquerdo começa logo a funcionar.

	Rim direito	Rim esquerdo
Volume da urina em 15 minutos	3,50	9,50
Cloretos { Concentração por mil.....	4,15	4,65
{ Débito em 15 minutos	0,014	0,044

Productos SERONO (Roma)

do Istituto Nazionale Medico Farmacologico Serono

Metranodina Serono — Hidrastis, canadensis, vibornum pronifolium, ergotina dialisada, cannabis indica.

Ipotenina Serono — Á base de nitratos e especialmente de nitritos, iodetos e lobelina.

Virosan Serono — Oleato duplo de mercurio, colestina e albotanina em pilulas para os casos em que não seja possível a aplicação de medicações similares por via hipodermica.

CARDIOLO SERONO — ALUMNOSE SERONO — UROLITINA SERONO

OPOTERAPICOS SERONO

Extractos glicericos totais preparados com glandulas de animais recentemente sacrificados. 1 cc. corresponde a um quarto de grama de substancia glandular fresca. Por via hipodermica são levados á dose conveniente, diluidos, de preferencia, com sôro fisiologico, para evitar a acção irritante da glicerina.

PEPTOPANCREASI SERONO (Fracos)

EPATASI SERONO (Fracos)

BILEASI SERONO (Pilulas)

OVARASI SERONO (Fracos e caixas)

ORCHITASI SERONO (Fracos e caixas)

SURRENASI SERONO (Fracos e caixas)

TIROIDASI SERONO (Fracos e caixas)

RENASI SERONO (Fracos e caixas)

IPOFISASI SERONO (Fracos e caixas)

LIENASI SERONO (Fracos e caixas)

MASTASI SERONO (Fracos e caixas)

EUGOZIMASE SERONO — TIPO MASCULINO (1 frasco Orchitasi, 1 Surrenasi e 1 Tiroidasi).

EUGOZIMASE SERONO — TIPO FEMININO (1 frasco Ovarasi, 1 Surrenasi e 1 Tiroidasi).

AMOSTRAS GRATIS PARA OS SENHORES MEDICOS

L. LEPORI

RUA VICTOR CORDON, 1-A

APARTADO 214 — LISBOA

	Rim direito	Rim esquerdo
Ureia... {		
Concentração por mil	4,36	2,56
Débito em 15 minutos	0,015	0,024
Débito calculado à concentração de 25 ‰	0,005	0,007

Experiência 9 — (26-VIII-1927). — Cão ♂, peso 8.500 gramas. O rim direito em anúria durante cinco minutos; o rim esquerdo durante trinta minutos.

	Rim direito	Rim esquerdo
Volume da urina em 15 minutos	0,40	1,03
Cloretos {		
Concentração por mil	2,50	3,60
Débito em 15 minutos	0,001	0,003
Ureia. . {		
Concentração por mil	48,10	25,00
Débito em 15 minutos	0,022	0,025
Débito calculado à concentração de 25 ‰	0,025	0,025

Experiência 10 — (27-VIII-1927). — Cão ♀, peso 10.000 gramas. O rim direito em anúria durante quarenta e cinco minutos; o rim esquerdo começa logo a funcionar.

	Rim direito	Rim esquerdo
Volume da urina em 15 minutos	2,40	13,20
Cloretos {		
Concentração por mil	4,60	5,80
Débito em 15 minutos	0,011	0,076
Ureia... {		
Concentração por mil	33,59	4,81
Débito em 15 minutos	0,080	0,063

Experiência 11 — (29-VIII-1927). — Cão ♂, peso 6.000 gramas. Os dois rins começam logo a funcionar.

	Rim direito	Rim esquerdo
Volume de urina em 15 minutos	11,00	10,50
Cloretos {		
Concentração por mil	5,40	4,20
Débito em 15 minutos	0,059	0,044
Ureia... {		
Concentração por mil	4,81	4,10
Débito em 15 minutos	0,052	0,043

Experiência 12 — (30-VIII-1927). — Cão ♀, pêsos 6.500 gramas. O rim direito começa logo a funcionar; o rim esquerdo em anúria durante cinco minutos.

	Rim direito	Rim esquerdo	
Volume de urina em 15 minutos	5,04	2,18	
Cloretos {	Concentração por mil.	4,25	6,05
	Débito em 15 minutos	0,021	0,013
Ureia. {	Concentração por mil.	7,44	9,23
	Débito em 15 minutos	0,037	0,020
	Débito calculado à concentração de		
	25 ‰	0,021	0,012

Experiência 13 — (31-VIII-1927). — Cão ♂, pêsos 7.000 gramas. O rim direito começou logo a funcionar; o rim esquerdo em anúria durante trinta minutos.

	Rim direito	Rim esquerdo	
Volume de urina em 15 minutos	28,50	3,00	
Cloretos {	Concentração por mil.	4,55	4,95
	Débito em 15 minutos	0,129	0,014
Ureia... {	Concentração por mil.	2,75	4,25
	Débito em 15 minutos	0,078	0,012
	Débito calculado à concentração de		
	25 por mil	0,025	0,004

Experiência 14 — (1-IX-1927). — Cão ♂, pêsos 8.200 gramas. O rim direito em anúria durante vinte minutos; o rim esquerdo começou logo a funcionar.

	Rim direito	Rim esquerdo	
Volume de urina em 15 minutos	8,02	14,93	
Cloretos {	Concentração por mil.	5,25	4,80
	Débito em 15 minutos	0,042	0,071
Ureia... {	Concentração por mil.	2,30	0,76
	Débito em 15 minutos	0,018	0,011

Experiência 15 — (2-IX-1927). — Cão ♂, pêsos 8.500 gramas. O rim direito começa logo a funcionar; o rim esquerdo em anúria durante cinco minutos.

	Rim direito	Rim esquerdo	
Volume de urina em 15 minutos	4,00	3,00	
Cloretos {	Concentração por mil.	9,50	6,15
	Débito em 15 minutos	0,038	0,023

	Rim direito	Rim esquerdo
Ureia... {		
Concentração por mil.	14,10	8,46
Débito em 15 minutos	0,056	0,032

Experiência 16 — (3-IX-1927). — Cão ♂, peso 9.000 gramas. Os dois rins começam logo a funcionar.

	Rim direito	Rim esquerdo
Volume de urina em 15 minutos	1,00	9,00
Cloretos {		
Concentração por mil.	9,15	7,90
Débito em 15 minutos	0,009	0,071
Ureia... {		
Concentração por mil.	22,50	4,75
Débito em 15 minutos	0,022	0,042
Débito calculado à concentração de 25 ‰	0,020	0,018

Experiência 17 — (5-IX-1927). — Cão ♀, peso 11.000 gramas. O rim direito em anúria durante vinte minutos; o rim esquerdo começa logo a funcionar.

	Rim direito	Rim esquerdo
Volume de urina em 15 minutos	0,81	2,63
Cloretos {		
Concentração por mil.	—	9,05
Débito em 15 minutos	—	0,023
Ureia... {		
Concentração por mil.	24,21	8,16
Débito em 15 minutos	0,019	0,021
Débito calculado à concentração de 25 por mil.	0,018	0,011

Experiência 18 — (6-IX-1927). — Cão ♂, peso 12.000 gramas. Os dois rins começam logo a funcionar.

	Rim direito	Rim esquerdo
Volume de urina em 15 minutos	2,80	17,00
Cloretos {		
Concentração por mil.	7,10	10,00
Débito em 15 minutos	0,016	0,170
Ureia.. {		
Concentração por mil.	37,69	3,59
Débito em 15 minutos	0,086	0,061

Experiência 19 — (7-IX-1927). — Cão ♂, pêso 10.500 gramas. O rim direito em anúria durante dez minutos; o rim esquerdo começa logo a funcionar.

	Rim direito	Rim esquerdo	
Volume de urina em 15 minutos	9,00	11,00	
Cloretos {	Concentração por mil.	6,40	5,70
	Débito em 15 minutos	0,057	0,062
Ureia... {	Concentração por mil.	9,74	4,62
	Débito em 15 minutos	0,087	0,050

Experiência 20 — (8-IX-1927). — Cão ♂, pêso 13.500 gramas. O rim direito em anúria durante vinte minutos; o rim esquerdo começa logo a funcionar.

	Rim direito	Rim esquerdo	
Volume de urina em 15 minutos	1,75	12,50	
Cloretos {	Concentração por mil.	6,20	7,30
	Débito em 15 minutos	0,010	0,091
Ureia... {	Concentração por mil.	39,49	6,41
	Débito em 15 minutos	0,069	0,080
	Débito calculado à concentração de 25 ‰	0,087	0,040

Experiência 21 — (10-IX-1927). — Cão ♀, pêso 7.000 gramas. O rim direito começa a funcionar imediatamente. O rim esquerdo em anúria durante vinte minutos.

	Rim direito	Rim esquerdo	
Volume de urina em 15 minutos	9,25	0,35	
Cloretos {	Concentração por mil.	7,00	6,25
	Débito em 15 minutos	0,064	0,002
Ureia... {	Concentração por mil.	4,10	9,23
	Débito em 15 minutos	0,037	0,003
	Débito calculado à concentração de 25 ‰	0,014	0,001

Experiência 22 — (12-IX-1927). — Cão ♂, pêso 8.500 gramas. Os dois rins começam logo a funcionar.

	Rim direito	Rim esquerdo	
Volume de urina em 15 minutos	5,00	7,00	
Cloretos {	Concentração por mil.	7,95	8,00
	Débito em 15 minutos	0,039	0,056

	Rim direito	Rim esquerdo
Ureia... { Concentração por mil	12,31	6,92
{ Débito em 15 minutos	0,061	0,048

Experiência 23 — (13-IX-1927). — Cão ♀, pêso 10.500 gramas. O rim direito em anúria durante vinte minutos; o rim esquerdo começa logo a funcionar.

	Rim direito	Rim esquerdo
Volume de urina em 15 minutos	0,80	4,50
Cloretos { Concentração por mil	6,40	6,95
{ Débito em 15 minutos	0,005	0,031
Ureia... { Concentração por mil	11,54	6,67
{ Débito em 15 minutos	0,009	0,030
{ Débito calculado à concentração de 25 %/100	0,006	0,015

Experiência 24 — (14-IX-1927). — Cão ♂, pêso 5.000 gramas. O rim direito começa logo a funcionar. O rim esquerdo em anúria durante quinze minutos.

	Rim direito	Rim esquerdo
Volume de urina em 15 minutos	9,50	6,00
Cloretos { Concentração por mil	6,00	7,15
{ Débito em 15 minutos	0,057	0,042
Ureia... { Concentração por mil	2,70	1,89
{ Débito em 15 minutos	0,025	0,011

Experiência 25 — (15-IX-1927). — Cão ♀, pêso 5.500 gramas. O rim direito em anúria durante quarenta minutos. O rim esquerdo durante quarenta e cinco minutos.

	Rim direito	Rim esquerdo
Volume de urina em 15 minutos	0,60	0,50
Cloretos { Concentração por mil	9,60	5,30
{ Débito em 15 minutos	0,005	0,002
Ureia... { Concentração por mil	36,32	20,53
{ Débito em 15 minutos	0,021	0,010

Experiência 26 — (16-IX-1927). — Cão ♂, pêso 7.000 gramas. Os dois rins começam logo a funcionar.

	Rim direito	Rim esquerdo	
Volume de urina em 15 minutos	13,00	11,00	
Cloretos {	Concentração por mil.	10,40	12,10
	Débito em 15 minutos	0,135	0,133
Ureia... {	Concentração por mil.	1,84	3,42
	Débito em 15 minutos	0,023	0,037

Experiência 27 — (17-IX-1927). — Cão ♂, pêso 7.800 gramas. Os dois rins começam logo a funcionar.

	Rim direito	Rim esquerdo	
Volume de urina em 15 minutos	2,30	16,50	
Cloretos {	Concentração por mil.	11,05	8,90
	Débito em 15 minutos	0,025	0,146
Ureia... {	Concentração por mil.	11,32	2,63
	Débito em 15 minutos	0,026	0,043
	Débito calculado à concentração de 25 ‰	0,017	0,013

Experiência 28 — (18-IX-1927). — Cão ♂, pêso 7.000 gramas. O rim direito em anúria durante quinze minutos; o rim esquerdo durante quarenta minutos.

	Rim direito	Rim esquerdo	
Volume de urina em 15 minutos	14,00	1,80	
Cloretos {	Concentração por mil.	8,55	7,05
	Débito em 15 minutos	0,119	0,012
Ureia... {	Concentração por mil.	1,57	4,74
	Débito em 15 minutos	0,021	0,008
	Débito calculado à concentração de 25 ‰	0,005	0,003

Experiência 29 — (20-IX-1927). — Cão ♂, pêso 8.500 gramas. O rim direito em anúria durante quarenta minutos; o rim esquerdo durante quarenta e cinco minutos.

	Rim direito	Rim esquerdo	
Volume de urina em 15 minutos	0,80	2,30	
Cloretos {	Concentração por mil.	5,70	8,65
	Débito em 15 minutos.	0,004	0,019

	Rim direito	Rim esquerdo
Ureia. . { Concentração por mil.	23,00	6,25
{ Débito em 15 minutos	0,018	0,014

Experiência 30 — (21-IX-1927). — Cão ♂, pêso 8.500 gramas. Os dois rins começam logo a funcionar.

	Rim direito	Rim esquerdo
Volume de urina em 15 minutos	1,90	3,00
Cloretos { Concentração por mil.	15,30	14,00
{ Débito em 15 minutos	0,029	0,042
Ureia... { Concentração por mil.	18,20	11,03
{ Débito em 15 minutos	0,034	0,033

CORPOS ESTRANHOS INTRA-OCULARES

(TRABALHO DO INSTITUTO OFTALMOLÓGICO DE LISBOA)

(Continuação do n.º 4, pág. 241 — Abril de 1928)

POR

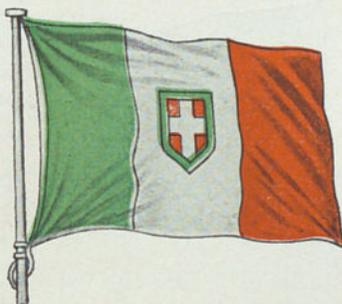
ANASTÁCIO GONÇALVES

Houve, pois, um longo período até 1901, em que se não possuía qualquer destes meios auxiliares de diagnóstico e só os êxitos clínicos nos podiam asseverar que se tratasse realmente de ferro intra-ocular. Mesmo depois que elles existem nem todos os casos foram sujeitos às suas provas. Afóra os casos de panoftalmite, em que já falei, em muitos outros não haveria interêsse para a acção clinica de fazer aquella averiguação certa. Em casos de atrofia adiantada, por exemplo, o que importava era combater os fenómenos inflamatórios, se existiam, sem cuidar da existência de fragmento de ferro, que não interessava. Nos casos condenados logo de começo à enucleação também era inútil saber do exacto carácter do acidente. Nas peças enucleadas que se conservaram ainda eu fiz, para algumas muitos anos decorridos, sistemático exame sideroscópico, que me trouxe a certeza de ferro intra-ocular em muitos casos.

Ficou assim muito apreciável porção de prováveis sinistros com estilhaço de ferro por averiguar de certeza. Não era para desprezar tão abundante massa, porque, descontando mesmo os casos possíveis em que houvesse pedra e aqueles em que nada houvesse, ficava seguramente uma extraordinária maioria que deveria encorporar-se no nosso grupo. A prova de que estes casos que rubriquei de incertos não diferem dos outros na quasi totalidade das vezes, reside em que a sua apreciação global levou sempre a resultados perfeitamente concordantes com os daquell'outros, como adiante veremos e como eu já tinha averiguado no

Productos
ZAMBELETTI
(Milano)

dos Estabelecimentos Dr. L.^o Zambelletti



Iodarsona Zambelletti

A mais agradável e tolerável preparação iodo-fosfo-arsenical.

Tónico-Depurativo de acção
trófica mineralisante e eupeptica.

Arseno-bromo-tónicas Zambelletti

Injecções Sedativas e reconstituintes

Histerismo. — Neurastenia. — Neuropatias. — Insomnias.

Arseniato de Ferro Soluvel Zambelletti

Apresenta os caracteres de tolerância, assimilação e eficacia do

FERRO FISIOLÓGICO ALIMENTAR

Gotas — injecções de 3 graus — com ou sem estricnina.

OUTROS PRODUCTOS ZAMBELETTI:

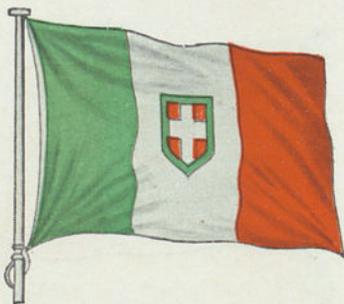
IODOSAN — TEOBROMINA COMPOSTA — SÔRO IODADO COM GAIACOL
INJECCÃO ANTIASMÁTICA — BISMARSOL

AMOSTRAS GRATIS PARA OS SENHORES MÉDICOS

L. LEPORI

RUA VICTOR CORDON, 1-A

APARTADO 214 — LISBOA



Productos
BRUSCHETTINI
(Genova)

do Laboratorio di Terapia Sperimentale
Dott. Prof. A. Bruschetti

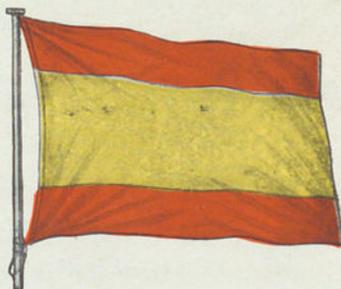
Vacina antiptogénica polivalente Bruschetti — Estreptococo piogénio, estafilococo piogénio aureo, bacilos perfringens, bacterium coli, pneumococo de Fränkel, b. piocianico, tipos de procedencias diversas. — Metodo Prof. Bruschetti.

Vacina antigonococica Bruschetti — Tipos de gonococos de varias procedencias e tipos de gérmens (piogénios), que costumam acompanhar o gonococo. — Método Prof. Bruschetti

Antituberculares Bruschetti — SÔRO VACINA — VACINA CURATIVA — VC-AC VACINA CURATIVA II GRAU.

Productos IBYS
(Madrid)

do Instituto de Biología Y Sueroterapia



Atosferin IbyS (I e II Série) — Associação de éter e vacina contra a tosse convulsa.

Vacina contra a tosse convulsa IbyS — Emulsão do bacilo de Bordet Gengou e seus associados, na tosse convulsa. Contêm 250 milhões de gérmens por centímetro cubico. Caixas de 5 ampôlas de 2 cc. — **Como curativa e preventiva.**

Bronconeumoserum IbyS — Sôro pneumo-diftérico optoquinado. Ampolas de 10 cc.

Adrenoserum IbyS — Associação de sôro normal de cavalo e adrenalina (sôro equino adrenalínico). — Ampôlas de 10 cc.

AMOSTRAS GRATIS PARA OS SENHORES MEDICOS

L. LEPORI

RUA VICTOR CORDON, 1-A

APARTADO 214 — LISBOA

estudo que fiz das relações da distribuição geográfica dos acidentes agrícolas com a natureza do sólo no lugar do sinistro.

São 788 os casos garantidos de ferro intra-ocular e 439 os não garantidos — 64,2 % quanto aos primeiros e 35,8 % quanto aos segundos. Quási 2/3 da totalidade são casos certos. Mas se tomarmos agora em consideração só os casos dos últimos sete anos, durante os quais mais regularmente se poude utilizar o concurso dos vários meios de diagnóstico e tratamento, nós vemos que os casos certos atingem a percentagem de 74 e os incertos ficam na de 26, quási na razão de 3 para 1.

O estado da função visual no comêço do tratamento varia desde a conservação completa até à abolição. É êle condicionado sobretudo por dois factores: — lesões traumáticas determinadas pelo corpo estranho ao penetrar e conseqüências infecciosas produzidas pelos gérmenes que êle veiculou. Em menor grau e mais tardiamente influi o estado tóxico causado pelo ferro, e ao qual adiante me referirei com mais largueza.

Vejamos as lesões puramente traumáticas:

Se o ferro lesar na sua passagem a córnea resultará ferida linear cujos bordos coaptam bem, a câmara não chegará talvez a vazar-se e, porisso, ainda com pedaço grande de ferro, raríssimas vezes se fará prolapso da íris. Mas a infiltração leucocitária que se produzirá em volta da ferida pode influir consideravelmente, pelo menos de forma transitória, no estado da visão, sobretudo se a porta de entrada fôr central.

Quando fôr o cristalino atingido resulta forçosamente turvação mais ou menos extensa na sua transparência. Podem as feridas capsulares fechar logo de seguida e assim a catarata ficar indefinidamente bem limitada. Às vezes a íris, também lesada no ponto fronteiro à penetração no cristalino, adere a êle pela acção irritativa do traumatismo e ajuda assim a tapar a brecha feita naquele órgão, impedindo ao mesmo tempo a generalização da catarata.

Estando o cristalino, pela sua posição num plano frontal, muito exposto a ser atingido por todos os traumatismos que incidam no segmento anterior do olho, compreende-se bem que a maior parte das vezes a penetração do corpo estranho origine a sua turvação mais ou menos vasta. Contudo, pelas razões apontadas,

nem sempre a catarata é total. Vi menção de 281 casos de catarata completa à entrada dos sinistrados, o que corresponde a 22,9 % de todos os casos. Devem ter sido em maior número porque muitas vezes a catarata é irreconhecível — quando, por exemplo, haja oclusão da pupila, ou a câmara esteja cheia de sangue ou pús.

Se o ferro no seu percurso chegar até à retina ou nervo óptico produzirá lesão, à qual corresponde baixa do valor funcional do olho, em relação com o ponto atingido.

Se fôr seccionado vaso de alguma importância far-se há hemorragia de grau variável. Em 4 sinistrados a hemorragia foi tão grande que se acompanhou de fenómenos glaucomatosos, grande reacção dos tecidos da órbita e obrigou à exenteração. Eram todos êles doentes de mais de 40 anos, e decerto com predisposição para tal acidente, em virtude de elevada tensão arterial e especial fragilidade dos vasos.

No que se refere às perturbações determinadas pelos agentes infecciosos que o corpo estranho transporta também a variedade é infinita. Estão elas principalmente na dependência da natureza e virulência dêsses agentes. Pode não haver reconhecível nenhuma reacção inflamatória, o corpo estranho comportando-se como absolutamente estéril. Muitas vezes, passado o ligeiro incómodo que o traumatismo momentâneamente produziu, nada mais faz lembrar ao doente que lhe sucedeu acidente grave, a não ser que as desordens mecânicas lhe tragam apreciável baixa de visão. Se isto se não dá fica tranqüilizado e só quando mais tarde se manifestam as conseqüências tardias da presença do ferro, êle rememora o acidente que lhe parecera insignificante. Pode até acontecer que êste acidente não seja notado e então os doentes ficam muito surpresos quando mais tarde, vindo a tratamento das complicações, se lhes afirma a verdadeira causa do seu mal. Sucede até que pode ser surpresa para o operador ver aparecer corpo estranho no meio das massas de uma catarata que se extrai. Quatro vezes vi mencionado êste desconhecimento do traumatismo pelos próprios que o tinham suportado. Todos êles vinham por causa da sua catarata.

Mas na grande maioria das vezes as coisas não se passam tão silenciosamente. Aparecem fenómenos reaccionais mais ou menos intensos, desde o simples rubor ciliar até a panoflalmite franca.

ÍODARSOLO

APARATO URINARIO

PRIMER PRODUCTO DE YODO Y ARSÉNICO



- Fig. 1. — RIÑÓN. PIRÁMIDE DE MALPIGHIO. Hematoxilina-ecosina. — A. Cortical. — B. Zona externa de la medular. — C. Zona interna de la medular. — D. Papila. — E. Zona limitante de la medular con la cortical. — F. Pirámides de Ferrein. 1. Cápsula. 2. Glomérulos. 3. Tubos contorneados. 4. Pieza intermedia. 5. Parte recta del tubo contorneado. 6. Parte gruesa, ascendente, del asa de Henle, que en la pirámide de Ferrein se convierte en pieza intermedia. 7. Tubos colectores. 8. Parte delgada, descendente, del asa de Henle. 9. Conducto papilar.
- Fig. 2. — RIÑÓN. DETALLE DE LA CORTICAL. 1.* variante de Del Rio al método de Achúcarro. — A. Glomérulo. — B. Tubo contorneado, a lo largo. — B'. Tubo contorneado de través. — C. Pieza intermedia. 1. Vasos del glomérulo, llenos de sangre. 2. Células del pelotón glomerular. 3. Cavidad entre la cápsula y el glomérulo. 4. Células aplanadas de la cápsula de Bowman. 5. Punto en que la cápsula de Bowman se continua con el tubo contorneado (cuello). 6. Epitelio del tubo contorneado rico en condrioma.
- Figs. 3, 4, 5, 6, 7 y 8. PARTES DEL TUBO URINÍFERO. Hematoxilina-ecosina. Fig. 3. Tubo contorneado. 1. Células que presentan un revestimiento llamado «en cepillo», en su superficie libre. 2. Células con la parte libre tumefacta. Las células del tubo contorneado presentan estriación basal. Fig. 4. Pieza intermedia. Fig. 5, a, y b. Ramas descendente y ascendente del asa de Henle; a lo largo. Fig. 6. Sección transversal de la parte delgada, descendente del asa de Henle. Células aplanadas. Fig. 7. Sección transversal de la parte gruesa, ascendente del asa de Henle. Epitelio análogo al del tubo contorneado. Fig. 8. Tubo papilar. Epitelio prismático.
- Fig. 9. — URETER. Sección transversal a nivel del tercio inferior. Del Rio rápido-Van Gieson. — A. Mucosa. — B. Submucosa. — C. Muscular. — D. Adventicia. 1. Epitelio de transición. (Véase nuestro ATLAS DE HISTOLOGÍA, lámina II). 2. Capa superficial, cuticular. 3. Dermis rico en células linfoides y desprovisto de muscularis mucosae. 4. Capilar introepitelial. 5. Fascículos musculares, longitudinales internos. 6. Musculatura circular. 7. Fascículos musculares longitudinales externos. 8. Adventicia con grasa y vasos.
- Fig. 10. — VEJIGA URINARIA. Hematoxilina-ecosina. — A. Mucosa con epitelio de transición. — B. Submucosa rica en vasos. — C. Muscular. — D. Adventicia. 1. Células superficiales. 2. Capas intermedias de células en raqueta y poligonales. 3. Células basales. 4. Fascículos musculares longitudinales internos. 5. Musculatura circular. 6. Fascículos longitudinales externos.

O primeiro produto de iodo e arsenio

IODARSOLO

O iodo em combinação tanico-proteica, intimamente ligado a molecula proteica, em quantidade fixa e de absoluta estabilidade; o acido arsenioso sob forma organica.

SABOR EXCELENTE

Em elixir.

Em injectaveis de 1.º e 2.º grado.

SEM YODISMO - NÃO PRODUZ INTOLERANCIA
ARSENICAL

ZIMEMA

Hemostatico fisiologico *fermento coagulante do sangue.*

Contem o fibrino fermento obtido segundo um metodo especial, que é o que realmente actua sobre o sangue o deste modo a sua acção é constante e segura.

ABSOLUTAMENTE INOCUO EN CUALQUER
PERIODO E IDADE

Caixas con empolas de 3 cc. para uso hipodermico.

Laboratorio Chimico Farmaceutico V. BALDACCI - Pisa

Agente para a Peninsula Iberica: **M. VIALE** - Provenza, 427 - Barcelona

Concesionario exclusivo para a venda em Portugal: **Sociedade Industrial Farmaceutica**
(Farmacias: Azevedo, Irmão & Veiga, Rua do Mundo, 24 - Azevedo Filhos, Praça D. Pedro IV) LISBOA

AMOSTRAS GRATUITAS AOS EXCMOS. SRES. MEDICOS

Os caracteres dessa reacção dependem também muito da sede do foco infeccioso, que em geral coincide com a situação do corpo estranho. Disse que em geral coincide porque vi casos de situação profunda do corpo estranho em que a infecção se desenvolvia sobretudo no segmento anterior e mesmo só na córnea. Ter-se hiam aí fixado os gérmens transportados ou implantar-se hiam lá secundariamente. Contudo a parte que, de ordinário, mais e primeiro reage é aquela onde se fixou o corpo estranho. Nos casos graves tôdas as membranas e humores participam em pouco tempo do processo infeccioso, podendo chegar-se em breve à perda definitiva da função, e mesmo até à panofthalmite.

Foram 147 os casos que entraram em estado de panofthalmite, portanto nas condições de nada se poder salvar da função e pouco ou nada do órgão (12 % dos sinistrados de ferro). Só um agente infeccioso muito virulento podendo levar a êstes estados de panofthalmite, prevê-se bem que então a marcha seja brutal e em pouco tempo atinja o seu cume. Porisso quasi todos êstes sinistrados entraram em tratamento com uma duração muito diminuta de evolução da doença. Vieram apressados pela retumbante symptomatologia, que os alarmava pelo aspecto e os torturava pela violenta dôr. No entanto, a excessiva demora que muitos terão tido falseia para menor a precocidade já bastante grande, reconhecida na tabela que segue, a qual indica quanto tempo após o sinistro foi averiguada a panofthalmite nos indivíduos que entravam.

TABELA VI

Distribuição dos casos de panofthalmite, segundo o tempo decorrido até ao início do tratamento

Dias...	1	2	3	4	5	6-7	8 a 10	11 a 15	16 a 30	1.ª semana	Mais que uma semana
N.º de casos	5	21	29	21	18	15	13	14	11	109	38
%...	3,4	14,3	19,7	14,3	12,2	10,2	8,8	9,5	7,4	74,2	25,8

Embora na dependência máxima da virulência do agente infeccioso, o desencadear de uma panofthalmite deriva também de

outros factores, entre os quais avulta o das condições de resistência do indivíduo. Vimos atrás que o sexo feminino contribuíra para a estatística geral com uma percentagem de 19,3 indivíduos. Pois nesse sexo sôbe a taxa das panoftalmites imediatas ao valor de 23,8 por cada centena de indivíduos, machos e fêmeas, que delas sofreram, acréscimo demasiado grande para ser casual. Exprimindo o facto doutra maneira, podemos dizer que em cada 100 sinistrados do sexo masculino temos 11,4 panoftalmite e em igual número do sexo feminino 14,7.

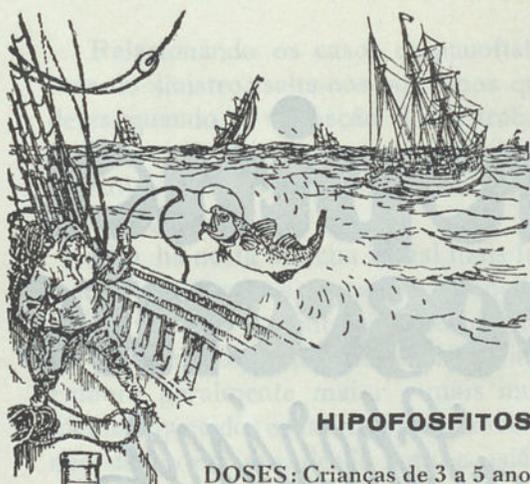
Desde que o factor individual possa influir na produção da panoftalmite, com primazia sôbre o sexo intervirá a idade. Isso se reconhece na tabela seguinte, em que se discriminam, a par, por idades, a totalidade dos sinistros e os casos de panoftalmite e se mostram as respectivas taxas.

TABELA VII

Distribuição, por idades, dos sinistros e dos casos de panoftalmite

	Até 20 anos	21 a 30 anos	31 a 40 anos	41 a 50 anos	Mais de 50 anos
N.º de sinistros.....	301	391	252	162	121
N.º de panoftalm ...	34	42	23	28	20
% de sinistros por idades.....	24,5	31,8	20,5	13,2	10
% de panoftalm. por idades....	23,1	28,5	15,6	19,1	13,6
% de panoftalm. em relação aos n.ºs de sin. de cada idade...	11,2	10,8	9,1	17,2	16,5

Daqui se depreende que, a partir dos 40 anos, isto é, quando as condições de resistência do organismo vão diminuindo, passa a ser maior o número de panoftalmite. É dos 30 aos 40, quando o indivíduo está na pujança do seu vigor físico que as probabilidades de se produzir panoftalmite imediata são menores.



GLEFINA

LABORATORIOS ANDRÓMACO, S. A.

Pl. Central de Tibidabo, 3
BARCELONA

Preparada com:

EXTRACTO DE OLEO DE FIGADO DE BACALHAU. EXTRACTO DE MALTE.

HIPOFOSFITOS: De manganésio, de cálcio, de potássio, de ferro, de quinina e de estricnina.

DOSES: Crianças de 3 a 5 anos, duas a três colheres das de café por dia.
De 5 a 10 anos, de duas a quatro colheres das de doce por dia.
De 10 a 15 anos, de duas a quatro colheres grandes por dia.
Adultos, de três a quatro colheres grandes ao dia.

Tem um sabor agradável. Não produz transtornos digestivos

GLEFINA é o único meio que o médico tem para formular **ÓLEO DE FÍGADO DE BACALHAU NO VERÃO**

Outras especialidades: **TÓNICO SALVE:** Reconstituinte do sistema nervoso
GOTAS F. V. A. T.: Potente antiescrofuloso.

Deposítários gerais para Portugal: **PESTANA, BRANCO & FERNANDES, L.da**
Rua dos Sapateiros, 39, 1.º - LISBOA

PILULAS

OPOBYL

PILULAS

TRATAMENTO FISIOLÓGICO

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

Prisões de ventre chronicas, Estados hemorrroidarios.

COMPOSIÇÃO

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

**INSUFFICIÊNCIAS
Hepatica e Biliar**

PHARMACODYNAMIA
*Cholagogo, Reeducador das
funções entero-hepaticas,
Descongestivo do 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)

Urotropina effervescente

Schering



Preparado tendo por base
a UROTROPINA original.
Refresca — previne — cura

Em vista da grande quantidade de substitutos do nosso producto, rogamos a V. Exa. que ajunte á palavra Urotropina, apesar de ser marca registada nossa, o nome „Schering“, ou seja receitar

Urotropina - Schering.

N'uma experiencia de mais de 30 annos de fabricação da Urotropina, está o segredo da superioridade da Urotropina Schering sobre os similares e imitações.

SCHERING-KAHLBAUM — A. G.

Pedir AMOSTRAS e LITERATURA ao representante:

SCHERING, LIMITADA — Rua Victor Cordon, 7, LISBOA

Relacionando os casos de panoftalmite imediata com a natureza do sinistro, salta-nos aos olhos que é muito maior o número delas quando a ocupação é em trabalhos agrícolas do que nos serviços industriais. Houve 135 panoftalmites em 971 acidentes agrícolas e só 3 em 102 acidentes industriais (respectivamente 13,9 e 2,9 %).

Ora há nesta marcha inicial mais favorável uma aparente contradição com o que apuraremos depois sôbre os piores resultados definitivos nos acidentes industriais. Essa contradição explica-se se atendermos a que no acidente industrial o corpo estranho, embora geralmente maior e mais mutilante, é projectado fortemente aquecido e assim, esterilizado ou quási, penetra no ôlho, não dando porisso, desde logo, ocasião a manifestações infecciosas violentas.

Separaremos agora, conforme a visão no comêço do tratamento, os casos do ferro intra-ocular.

Estabeleço quatro categorias, que servirão depois também para correspondente divisão à saída. Na primeira os casos de visão ainda boa, superior a um décimo da normal; na segunda aqueles em que o doente só pode contar dedos até à distância de cinco metros; na terceira aqueles em que há simples percepção luminosa; e na quarta os que vêem amauróticos. Parece-me esta divisão mais racional, porque assim se estabelecem grupos dentro dos quais há análoga capacidade para aproveitamento social, quanto aos dois primeiros, e análogas condições de prognóstico quanto aos dois últimos. Eu sei que se pode objectar que dois olhos com simples percepção luminosa comportam muito diferente prognóstico, conforme a projecção fôr boa ou má. Não hesitei, porém, em colocá-los no mesmo grupo, em primeiro lugar porque é freqüentíssimo em sinistrados desta natureza que uma má projecção luminosa à entrada seja compatível com uma futura visão boa e até normal, mas também porque muitas vezes se não encontrava nas histórias clínicas notícia da qualidade da projecção.

Houve mesmo, infelizmente, muitos sinistrados sôbre os quais não há qualquer menção do valor funcional do ôlho na ocasião da entrada, e isso pode falsear um pouco a apreciação dêste carácter. Foram 130 as vezes que isso succedeu. Grande contribuição para êste número é dada pelos casos de lesão exclusivamente do segmento

anterior. A irritação forte, freqüente nestes casos, dificulta a visão pela fotofobia que a acompanha; por outro lado, sendo a baixa da função desproporcionada à gravidade das lesões e muitas vezes passageira, sucede que não interessa muito determinar de momento o seu valor, tal como acontece quasi sempre nos casos banais de irite ou queratite.

Na tabela seguinte menciono o estado da visão no começo do tratamento, relativo a todos os sinistrados de ferro intra-ocular.

TABELA VIII

Dos estados iniciais da visão na generalidade dos casos

	Mais de 1/10 da vi- são normal	Visão de dedos até 5 ^m de dis- tância	Percepção luminosa	Amaurose	Visão des- conhecida
N.º de casos.....	140	164	473	320	130
%	11,4	13,4	38,6	26	10,6

A tabela IX traduz a mesma circunstância só em relação aos casos agrícolas e a tabela X depõe da mesma forma a respeito dos industriais.

TABELA IX

Dos estados iniciais da visão nos casos agrícolas

	Mais de 1/10 da vi- são normal	Visão de dedos até 5 ^m de dis- tância	Percepção luminosa	Amaurose	Visão des- conhecida
N.º de casos.....	125	126	356	271	93
%	12,9	12,9	36,7	27,9	9,6

TABELA X
 Dos estados iniciais da visão nos casos industriais

	Mais de 1/10 da vi- são normal	Visão de dedos até 5 ^m de dis- tância	Percepção luminosa	Amaurose	Visão des- conhecida
N.º de casos.....	9	19	43	15	16
%.....	8,9	18,5	42,1	14,7	15,6

Da comparação destas duas tabelas resulta já que nos sinistros industriais os casos com visão relativamente boa são em menor número. Posso já filiar este facto, antecipando-me ao que depois direi, no carácter mais mutilante dos fragmentos de ferro industriais. Também são em menor número os casos de amaurose. Isso deve provir da menor tendência, já citada, às infecções graves imediatas derivadas destes accidentes.

Muitas vezes terei, mais adiante, de considerar separadamente os casos clínicos em que se conseguiu a extracção do corpo estranho. Fique já aqui apresentada a tabela dos estados iniciais da visão em tais doentes. Ela nos servirá depois para comparação com outros resultados.

TABELA XI
 Dos estados iniciais da visão nos casos de extracção bem sucedida

	Mais de 1/10 da vi- são normal	Visão de dedos até 5 ^m de dis- tância	Percepção luminosa	Amaurose	Visão des- conhecida
N.º de casos.....	97	104	229	42	89
%.....	17,3	18,5	40,7	7,6	15,8

Indo mais longe na destriça, apresentemos também as tabelas correspondentes aos accidentes agrícolas de extracção feliz (Tab. XII) e aos industriais do mesmo êxito (Tab. XIII).

TABELA XII

Dos estados iniciais da visão nos casos agrícolas de extracção bem sucedida

	Mais de 1/10 da vi- são normal	Visão de dedos até 5 ^m de dis- tância	Percepção luminosa	Amaurose	Visão des- conhecida
N.º de casos	86	84	182	31	68
%	19	18,5	40,2	6,8	15,3

TABELA XIII

Dos estados iniciados da visão nos casos industriais de extracção bem sucedida

	Mais de 1/10 da vi- são normal	Visão de dedos até 5 ^m de dis- tância	Percepção luminosa	Amaurose	Visão des- conhecida
N.º de casos	8	12	24	4	8
%	14,3	21,4	42,9	7,1	14,3

Também aqui se manifesta da mesma forma a inferioridade dos acidentes industriais na conservação de boas visões logo de início. Mas, expurgada a massa dos casos, de todos os de panoftalmite e de muitos dos de infecção grave, que se não prestaram a intervenção bem sucedida, já se atenua nestas tabelas a sobrecarga do estadio de amaurose que pesava nas anteriores. As taxas de amaurose das duas tabelas ficam muito reduzidas e quasi iguais, passando mesmo a ser menor a dos casos agrícolas.

Da *localização* do corpo estranho dentro do olho só podemos muitas vezes saber com absoluta segurança nos casos em que se fez a extracção, porque então se viu donde êle derivou, se é que a sua posição não era já patente à vista do observador antes de operar. Em todos os outros casos, quer nos 226 certificados com os vários meios de diagnóstico e não extraídos, quer nos 439 em

que se não pôde fazer prova diagnóstica, se presume com relativa certeza que a situação fôsse no segmento posterior, visto que se não apresentava patente à inspecção clínica.

Nos 562 em que se apurou no acto operatório a sua procedência, a localização era feita como se vê na tabela seguinte :

TABELA XIV (1)

	Segmento posterior	Cristalino	Íris	Câmara	Córnea	Esclerótica
N.º de casos ...	433	24	30	41	23	11
%.....	77	4,3	5,3	7,3	4,1	2

Mais de $3/4$ dos corpos estranhos do olho penetram no segmento posterior, mesmo quando se não considere grande número mero de casos, quasi todos viriam engrossar a já volumosa quota daqueles. Referindo os 129 de corpo estranho do segmento anterior do olho aos 788 casos certos, extraídos ou não, achamos que só contam na percentagem de 16,4, correspondendo-lhe para os do segmento posterior a de 83,6 que já excede $5/6$.

Alarguemos ainda mais o termo de comparação e refiramos os 129 à totalidade dos casos, verdadeiros ou supostos (1227) e teremos 10,5 % para os do segmento anterior e 89,5 % para os do segmento posterior. E assim, sujeita a pequena causa de erro, temos a quantidade de corpos estranhos do segmento anterior reduzida sensivelmente à $1/10$ da totalidade.

Consideradas simplesmente as dimensões relativas dos dois segmentos não nos deve isso causar admiração, mas se atendermos a que o segmento anterior está, pela sua situação, em plano

(1) Conto como intra-oculares os corpos estranhos enterrados profundamente nas membranas exteriores (córnea e esclerótica). Muitos dêles penetraram ainda além por uma das suas extremidades, e porisso se puzeram nas condições dos mais interiormente situados; outros, mesmo sem tal, determinaram graves accidentes infecciosos, difundindo-se a todo o olho, e assim se puzeram em condições de parçaria com os mais fundos.

frontal, particularmente exposto aos traumatismos oculares já a desproporção nos causa mais estranheza.

O que sucede é que o corpo estranho, embora incida na grande maioria das vezes no segmento anterior, nele se não detem e vai localizar-se mais atrás. O segmento anterior poucas vezes oferecerá resistência bastante para neutralizar a fôrça viva de que êle vem animado.

Um dos factores que interveem nessa fôrça é a massa do projectil e daqui se pode já depreender que os corpos estranhos do segmento anterior terão de forma geral dimensões menores do que aqueles que o trespassam. A clínica confirma isto mesmo, que facilmente se reconhece no exame de qualquer colecção de corpos estranhos intra-oculares.

Disse noutro trabalho que era na península entre Tejo e Sado que mais freqüentes vezes os corpos estranhos, produzidos em occupações agrícolas, se localizavam no segmento anterior. Assim é efectivamente e de forma tão evidente que não consente a idéa de casualidade. Em 102 sinistrados agrícolas desta proveniência, em que se averiguou de certeza a existência do corpo estranho, 28 o tinham no segmento anterior, o que dá uma percentagem de 27,5. Em todo o resto do país houve 77 casos de segmento anterior para 537 intra-oculares verificados — baixou, portanto, a percentagem a 14,4.

O mesmo se considerarmos em especial qualquer outra região — a leiriense, por exemplo, — onde estes accidentes agrícolas mais abundam. De 240 que eles foram, só 37 tiveram fragmento de ferro de sede anterior (15,4 %).

Considerarei esta maior predilecção dos corpos estranhos da Outra-Banda pelo segmento anterior, ligada à circunstância de serem menores as suas dimensões. Mas porque são menores as estilhas destacadas dos utensílios agrícolas nesta região? Nunca pude averiguá-lo de certeza, mas presumo que deve estar o facto relacionado com especial contextura do aço ali utilizado, a qual dá lugar a que a fragmentação seja mais miúda.

Se admitimos que a fixação no segmento anterior é função das dimensões do corpo estranho e se soubermos que as dimensões do corpo estranho em accidentes industriais são em média maiores, podemos prever que nestes accidentes o corpo estranho se deterá menos vezes no referido segmento. É o que com efeito

sucede. Em 102 acidentes industriais só 10 vezes isto se deu, a percentagem dos casos sendo consideravelmente inferior à que se encontra nos acidentes agrícolas, mesmo nos das regiões menos atreitas a que se faça esta localização.

À parte a influência doutros factores, que lhe mascaram as características, o aspecto clínico pode variar muito conforme a localização do corpo estranho.

Se reside na espessura da córnea, além da intensa irritação mecânica que é constante, podem sobrevir fenómenos infecciosos locais violentos, produzindo-se mesmo por vezes úlcera serpiginosa. Se chega a penetrar por uma das suas extremidades na câmara, poderá originar uma fistula da córnea, de descarga constante ou intermitente.

Se cravado na esclerótica é em geral bem tolerado, quando a não trespasse e vá ferir a úvea, que se o fizer, sobretudo na região ciliar, são para temer fenómenos irritativos e infecciosos, afóra a acção fistulizante que também êle pode produzir. Vi todavia um caso, inscrito com o número 457 no Arquivo dos internados de 1914, em que durante 36 anos fôra suportado um grosso corpo estranho de três a quatro milímetros de comprimento, enterrado normalmente um pouco fôra do limbo e do qual só se distinguia a extremidade externa dando a impressão de um encravamento da úvea. Todo êsse tempo êle estivera em contacto com a raiz da íris e mais além, só de tempos a tempos determinando certa reacção.

Quando livre na câmara, raras vezes é bem tolerado. Com frequência vem estado infeccioso de certo tomo, mas mesmo que assim não suceda, basta para sofrimento do portador a acção irritativa que êle determina, principalmente quando caído no ângulo írido-córneo.

Se na íris ou região ciliar, quási sempre vem hipopion e produção de grossas membranas de exsudado na câmara.

A localização no cristalino acompanha-se forçosamente de turvação, limitada ou geral, da sua transparência. Mas é aqui onde os corpos estranhos são melhor tolerados. Raro produzem reacção inflamatória forte e crê-se mesmo que não originem a intoxicação lenta que se chama a *siderose*. É até porisso que existe corrente partidária da abstenção operatória em tais casos, ainda compatíveis com visão utilisável. Esta compatibilidade algumas

vezes se realiza pela circunstância já citada de haver natural tendência a fechar-se a ferida capsular logo após a penetração. As manobras de extracção quasi sempre generalizam a turvação do cristalino.

O corpo vítreo defende-se mal, se é que se defende, contra as infecções. Porisso a suspeita de corpo estranho é motivo para intervir de urgência. Se assim se não procede arriscamo-nos a ver surgir abcesso que envolve o corpo estranho, pode criar embaraços ao acto operatório e prejudica seguramente um feliz êxito do caso clínico. Muitas vezes a marcha é retumbante e vem logo, por disseminação rápida do foco primitivo, reacção inflamatória notável que pode chegar em breve à panoftalmite. Nos melhores casos a reacção é escassa ou nenhuma, e se não houver perturbações funcionais o doente esquecerá o seu desastre, só mais tarde os efeitos da intoxicação local pelo ferro lho fazendo lembrar.

Entre os estados-tipos que citei há tôdas as formas de transição e os aspectos são sem número. Atendamos também, para avaliarmos da multiplicidade dêsses aspectos, a que podem associar-se complicações puramente de origem traumática e a que pode na reacção inflamatória haver desigual e irregular participação do resto do globo, sobresaindo ora a de uma ora a de outra das suas partes, com as suas características próprias (irite, ciclite, chorio-retinite).

Perante um caso de corpo estranho intra-ocular a preocupação máxima do clínico deverá, em geral, ser extraí-lo, o mais precocemente que lhe seja possível. Há abstencionistas em certos casos de ferro dentro do cristalino, mas ainda o procedimento dêsses é discutível. Até mesmo em estado de panoftalmite a extracção do corpo estranho, se exequível, pode às vezes facilitar a acalmia dos ruidosos sintomas e a conservação de um côto atrófico maior do que aquele que resultaria duma exenteração. Também nos casos de siderose, quando haja ainda possibilidade de conservar o globo, a extracção será útil, a-pesar da noção corrente de que a desorganização dos tecidos do olho não pode já ser sustada com a intervenção. Vi olhos em siderose conservar visão utilizável alguns anos depois de ter sido extraído o corpo estranho.

Sendo o corpo estranho ferro (ou aço) podemos para a extrac-



Opothérapie Hemática Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineræes do Sangue total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS

Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas

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

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

”

Ceregumil

Fernández

Alimento vegetariano completo em base
de cereais e leguminosas

Contem no estado coloidal:
*Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidrocarbonados
e principios mineræis (fosfatos naturais)*

Insostituível como alimento, nos casos de intolerân-
cias gástricas e afeccões intestinaes. — Especial para
crianças, velhos, convalescentes e doentes
do estomago

Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo

FERNANDEZ & CANIVELL Y C.^a — MÁLAGA
Deposítarios: GIMENEZ SALINAS & C.^a
Rua Nova da Trindade, 9-1.^o
LISBOA

”

MAGNESIA S. PELLEGRINO

Purga. Refresca. Desinfecta.

Colocámos á disposição do Corpo Medico as amostras
que necessitar para os seus ensaios

LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO MODERNO
— TORINO —

Representantes e depositarios para Portugal e Colonias:

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



IODALOSE GALBRUN

IDO PHYSIOLOGICO, SOLUVEL, ASSIMILAVEL

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

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

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

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

ção aproveitar a sua propriedade magnética e é até a essa circunstância que está ligada a muito especial feição clínica dos casos de ferro intra-ocular.

Essa acção magnética podemos exercê-la por contacto ou a distância. Isso se consegue com os dois tipos de electro-magnete a que atrás me referi: o grande actuando exclusivamente a distância, o pequeno sendo especialmente destinado a ir buscar o fragmento de ferro à sua sede.

Se estiver no segmento anterior, acessível à vista, a sua extracção será muito facilitada. Não temos mais do que trazê-lo atraído do sítio onde se prendeu.

Quando profundamente na córnea ou se atrai com o magnete grande ou se puxa com o pequeno, para o que muitas vezes terá que alargar-se a ferida. É freqüente em tais casos a câmara vazar-se, que a ferida transfixa da córnea só estava tapada pelo ferro. Basta às vezes nesta situação a simples agulha de corpos estranhos para o extrair.

Se estiver na esclerótica já não é tão fácil a extracção. Ainda mesmo destacado pela acção do magnete grande vem ensacar-se na conjuntiva e aí é mais difficil desprendê-lo, emaranhado como fica nas malhas do tecido celular sub-conjuntival, que, demais, sangra às nossas tentativas. A mesma difficuldade succede ao procurá-lo com o magnete pequeno.

Estando na câmara ou cravado na íris podemos ir buscá-lo directamente após queratotomia, ou, sendo menos facilmente extraível por aderência ou difficil acesso, deslocá-lo primeiramente pela acção do magnete grande, torná-lo assim quer mais móvel quer mais patente de modo a facilitar a preensão.

Se estiver no cristalino pode, pela acção do magnete grande, trazer-se para a câmara, fazendo-o novamente atravessar a cápsula, e completar a extracção como no caso anterior; pode fazer-se sobre êle pequena quistitomia e ir depois puxá-lo com o magnete pequeno aplicado na brecha; finalmente pode ser retirado conjuntamente ao cristalino, mas então há o perigo de se perder durante as manobras de extracção dêste, sobretudo no meio das massas de uma catarata mole, e ficarem frustadas tôdas as nossas diligências de o fazer sair na mesma sessão. Êste cristalino que comportou um corpo estranho está quasi seguramente condenado e, em todo o caso, quer mediata, quer immediatamente,

teremos que fazer a sua extracção a não ser que, quando possível, esperemos a redução da catarata.

Não são as coisas de tamanha simplicidade quando o corpo estranho estiver no segmento posterior e, portanto, quasi sempre inacessível à nossa vista. A extracção de um fragmento de ferro na parte anterior do olho é uma certeza em clínica (1); a de um fragmento residente atrás do cristalino falha com muitíssima frequência. É impossível em muitos casos obter a prova da sua existência e em muitas mais a da sua situação. Daí resulta frequentes vezes a irresolução de intervir e muitas outras a falência do acto operatório.

Em 1098 casos de corpo estranho, suposto existente no segmento posterior, foram feitas 665 operações em 635 olhos com o fim de extrair o pedaço de ferro. Houve abstenção em 463 casos, o que representa uma percentagem de 42,1. Estas 463 abstenções correspondem a quasi todos os 439 casos que considerámos incertos em virtude de se não ter podido fazer, por variadas razões, prova da existência do ferro e a mais alguns em que essa prova se fez mas em que se reconheceu não valer a pena intervir. Descontando mesmo os 149 casos de panofthalmitis, que quasi todos eles estão englobados no grupo das abstenções, ainda nos ficam 334 casos em que se não decidiu o acto operatório. Em muitos deles haveria razões de ordem clínica que levaram a dispensar a operação por inútil — exemplos os casos de atrofia dolorosa e os de siderose adiantada, que conduziam directamente à enucleação — mas em grande parte a abstenção derivava da insuficiência das indicações fornecidas pelos meios de diagnóstico de que se dispunha. Que assim é, demonstra-o o facto de nos últimos anos, por estarem mais aperfeiçoados esses meios de diagnóstico, a percentagem das intervenções muito ter aumentado em detrimento das abstenções. De 311 casos do corpo estranho do segmento posterior, vindos desde 1920 inclusivé, 197 foram operados com o fim de extracção. Os 114 em que se não interveiu representam já uma percentagem muito mais reduzida de 36,6.

Fizeram-se 665 operações para extracção do fragmento de ferro do segmento posterior mas só em 433 o êxito foi feliz.

(1) Só uma vez falhou a extracção de um fragmento de ferro existente na câmara anterior.

232 vezes a operação foi frustrada o que representa 35 % da totalidade. Esta elevada percentagem é feita sobretudo pelas falhas operatórias sucedidas antes do auxílio do sideroscópio no diagnóstico e também, mas em menor número, já depois do concurso do sideroscópio mas antes do uso sistemático do magnete grande. Antes de 1901, que foi quando o sideroscópio começou a ser utilizado, fizeram-se 88 tentativas de extracção de ferro do segmento posterior e dessas só 38 foram bem sucedidas. Falharam 56,8 % das intervenções.

Depois que em 1910 começou a fazer-se por sistema em todos os casos a prova do magnete grande já o número das operações frustradas caiu a um valor ínfimo. Com freqüência bem sucedida esta prova, poucas vezes houve ensejo de intervir por outro dos processos que mais expõem a resultados falhados. Fizeram-se desde então 217 tentativas de extracção de pedaço de ferro do segmento posterior, e dessas só 18 falharam, na percentagem de 8,3.

Temos, pois, que nos últimos anos a possibilidade de mais cuidados meios de diagnóstico e em especial o emprêgo sistemático do magnete grande, não só elevaram o número relativo das operações, como também permitiram um maior rendimento de êxitos operatórios. Na generalidade dos casos (operados ou não) houve 39,4 % dêstes êxitos, desde 1919 (in) houve 56,5 %.

Das probabilidades de extracção, conforme a natureza do acidente, nos diz a tabela seguinte :

TABELA XV

Distribuição dos casos na generalidade e dos casos de extracção bem sucedida, conforme a ocupação do sinistro.

	Trab. agrícola	Bater ferro	Britar pedra	Picar pedra	Diversos	Causa ignorada
N.º de acidentes	971	102	49	32	11	61
N.º de extracções	350	46	9	14	4	10
%.....	37,1	45,1	18,4	43,7	36,3	16,3

Nos grupos que pelo seu valor numérico nos podem permitir conclusões nós vemos que a extracção foi mais freqüente nos sinistrados da indústria do que nos dos trabalhos agrícolas. Não devem ser estranhos a essa maior facilidade de extracção a maior massa dos corpos estranhos da indústria e também os factos de virem os portadores mais cedo e menos vezes no estado de pannoftalmite.

Os corpos estranhos do segmento posterior podem ser retirados, ou pela acção exclusiva do magnete pequeno, ou pela acção exclusiva do magnete grande, ou pelas acções combinadas dos dois magnetes. A maneira como cada um dos magnetes actua pode também variar conforme os casos.

Vejamos primeiro como se pode proceder com o magnete pequeno.

Quando chega um sinistrado de recente data, com a porta de entrada do corpo estranho ainda por cicatrizar, pode introduzir-se por esta a ponta do magnete pequeno e por aí procurar trazer para fóra o fragmento metálico. É processo que poucas vezes se pôde utilizar, que poucas foram também para êle as indicações. Como disse, os sinistrados raro vieram logo em seguida ao desastre, e porisso quási sempre traziam fechada a geralmente reduzida brecha de penetração. 13 corpos estranhos foram assim extraídos, o último dos quais em 1918. Esta renúncia ao processo nos últimos anos deriva não só da falta de ocasiões para o exercitar como também de que a sua substituição em tais casos pelo emprêgo adequado do magnete grande pode ter largas vantagens, visto que êste, contrariamente ao que àquele pode succeder, não transportará para dentro do ôlho os gérmens que abundam nos lábios da ferida.

Pode com o magnete pequeno intervir-se por via anterior (com queratotomia). Havendo que extrair um cristalino turvo aproveitar-se há o ensejo de meter a ponta do magnete pequeno pela ferida operatória, e, através da cápsula do cristalino, chegar ao humor vítreo, onde se procurará o corpo estranho. É processo racional e pouco mutilante em geral, mas tem o inconveniente de expôr à saída abundante de humor vítreo, sobretudo quando já desorganizado, prejudicando assim o resultado estético e mesmo funcional da operação da catarata. Em 42 vezes se extraiu ferro

por esta via. Com freqüência relativa se usou êste processo nos primeiros tempos do Instituto antes da vinda do sideroscópio.

Pode emfim o magnete pequeno só por si extrair o corpo estranho através de abertura feita adrede na esclerótica (esclerotomia). Perfuradas as membranas do ôlho a ponta do magnete irá pesquisar o fragmento de ferro no interior. Para escolha do ponto de eleição da abertura e para orientação das pesquisas utilizam-se os dados fornecidos pelos meios de diagnóstico que servem também para localização. Em todo o caso devemos evitar lesar os músculos no acto da punção. Foi êste processo o mais utilizado durante muitos anos no Instituto e foi bem sucedido em 142 casos. Desde 1919 que foi quasi completamente abandonado, só no corrente ano de 1926 tendo sido empregado com exito uma vez.

Todos estes processos que fazem actuar directamente o magnete pequeno sôbre o corpo estranho oculto à nossa vista são falíveis. Ou que haja falta de localização, ou que essa localização seja errônea, pode bem acontecer que se não leve a ponta do magnete à contigüidade do corpo estranho e assim se não exerça sôbre êle atracção sufficiente para o fazer deslocar-se do ponto onde se fixou. Acontece mesmo que, levando a ponta ao contacto do fragmento de ferro, a sintamos presa, mas ainda assim o ferro se não desloque. É que estará então retido fortemente por massa de exsudado, cuja resistência a fôrça do magnete não conseguirá vencer.

Para obter os 197 êxitos imediatos por via dos processos operatórios que acabamos de citar foram feitas 426 operações. No quadro seguinte faço enumeração das tentativas pelos métodos já citados e relaciono-lhes as quantidades das que se frustraram, para assim colher noção do rendimento de cada um dêles.

TABELA XVI

Das operações com magnete pequeno conforme o processo e correspondentes insucessos

	Penetração pela ferida	Penetração após quera-totomia	Penetração após escler-rotomia
Total das operações	17	99	310
Operações frustradas	4	57	168
% de operações frustradas	23,5	57,6	54,2
Rendimento de cada processo	76,5	43,4	45,8

Vê-se que o processo que dá mais falhas operatórias é aquele em que se intervém por via anterior, após queratotomia. Isso é devido a duas causas: — como disse, êste processo foi sobretudo usado nos primeiros tempos, antes do emprêgo do sideroscópio, e, portanto, em piores condições de viabilidade de êxito; em segundo lugar algumas vezes tem sido usada, sem receio de grande malefício, em seguida a uma extracção de catarata, a penetração da ponta do magnete no corpo vítreo a aproveitar vagas indicações que não autorizariam operação feita propositadamente.

Duma forma geral, a actuação exclusiva com o magnete pequeno falhou a maior parte das vezes (229 em 426 ou 53,7 $\frac{0}{0}$).

Se considerarmos que a penetração, muitas vezes através de um terreno pouco limpo, de um instrumento cirúrgico no interior do ôlho arrisca a infecções e que, por outro lado, o resultado tardio da esclerotomia é freqüentes vezes um descolamento de retina, como mais adiante veremos, é de confessar que esta maneira de extrair corpos estranhos está longe da perfeição. Ainda hoje há partidários do emprêgo exclusivo do magnete pequeno e eu não lhes contestarei os benefícios que êle tem prestado. Todavia, como vamos ver, a acção do magnete grande, só ou associada à do pequeno, tem sôbre os processos descritos extremas vantagens, não só porque dá um rendimento maior de êxitos operatórios, como também porque nos não expõe à fácil contingência de um insucesso de conseqüências possivelmente graves.

(Continua)

NOTAS CLÍNICAS

O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL (1)

POR

EDUARDO COELHO

Natureza da hipertensão. — Para um grande número de clínicos a hipertensão arterial constituiria, apenas, o sintoma de uma doença. Alguns autores, entre os quais estão clínicos de tão vasta experiência, como Romberg, atribuem a tensão arterial permanente, superior a 160 mm. de mercúrio, a uma doença dos rins ou dos vasos renais. Outros pensam que a hipertensão é condicionada por factores extrarrenais; e destes clínicos, uns filiam-na em alterações das suprarrenais, outros dão-lhe uma origem vascular.

O material acarretado pelos anatomopatologistas e a contribuição experimental que ao problema trouxeram os fisiologistas em nada modificou a disparidade de conceitos dos clínicos.

Dentro de cada um dos dois grupos — teoria renal e teoria extrarrenal — as opiniões mantêm-se ainda divergentes relativamente à patogenia da hipertensão.

H. Strauss e Umber admitem a existência de substâncias químicas, especialmente azotadas, que aumentam a tensão nas doenças renais. Outros atribuem a hipertensão à adrenalina (Josué, Munk), à colessterina (Westphal), a determinadas perturbações das glândulas de secreção interna (Lichwitz, Borchardt), a perturbações da circulação dos capilares (Ewald), a perturbações do sistema nervoso vegetativo (Kylin), etc.

¿ Que relações existem entre a hipertensão arterial e as lesões renais?

Aqueles clínicos, para os quais a hipertensão é sempre consecutiva a uma lesão renal baseiam a sua hipótese na presença da esclerose dos rins nos indivíduos que morreram em estado de hipertensão.

Ora, Traube mostrara já que a esclerose arterial generalizada é a consequência e não a causa da hipertensão crónica. Demais, essas lesões, embora frequentes, não são constantes. Há casos em que se observam alterações dos vasos renais, sem aumento da tensão arterial, e, por outro lado, hipertensão arterial permanente com ligeiras ou sem quaisquer lesões anatómicas dos rins (Pal, Fahr, Krehl, Monakow, F. v. Müller e outros).

(1) Resumo de uma lição feita em Maio de 1928 aos alunos da *Cadeira de Clínica Terapêutica*.

Como documentação foram apresentados alguns casos de «doença hipertensiva» do Serviço de Patologia Médica, com a indicação do tratamento a que os submetemos.

As histórias clínicas dos hipertensos que se mantêm durante largos anos com as funções renais normais pleiteiam ainda contra a origem renal da hipertensão arterial permanente.

As observações feitas nas clínicas hospitalares, sôbre que assentam as conclusões dos que seguem a teoria renal, deram lugar a uma interpretação errada da sucessão dos fenómenos mórbidos; a causa passou a ser o efeito. Esses doentes, maus «sujet d'étude», eram observados num período adiantado da sua hipertensão, que evolucionou durante muito tempo silenciosamente, sem sintomas notáveis. As lesões de esclerose que se encontram na autopsia teem, portanto, a sua justificação: são complicações da doença primitiva.

Esses fenómenos não se verificam na clínica privada, onde muitas vezes a hipertensão é um achado de exame, ou, então, é descoberta quasi sempre no seu período inicial, após uma vertigem, uma cefaleia rebelde, algumas perturbações dispépticas, etc., enfim, depois de um incidente banal que conduziu o doente ao consultório do médico. Um exame completo a que se submeteu o doente dá-nos conclusões negativas. O doseamento da ureia e do azote residual no sangue, a análise de urinas (densidade, sedimento, cloretos e ureia), as provas de insuficiência renal (prova da água, de Volhard, prova da concentração máxima, prova da concentração da ureia, etc.) são normais. Uma radioscopia do coração e da aorta, a que todo o clínico internista submete os seus hipertensos, mostra um acréscimo moderado ou acentuado do ventrículo esquerdo, e sinais pouco nítidos relativamente à aorta, porque a hipertensão pura exerce uma influência pouco sensível sôbre o calibre do vaso enquanto as paredes não são modificadas por um processo de esclerose.

Não pretendemos afirmar que uma lesão renal seja incapaz de, secundariamente, provocar um aumento acentuado da tensão arterial, nem negar a hipertensão arterial consecutiva à glomerulonefrite, por exemplo.

Todavia, mesmo nos indivíduos que possuem esclerose renal, é preciso admitir um factor intermediário, extrarrenal para explicar a hipertensão. A hipótese de Vaquez, segundo a qual a superactividade dos órgãos cromafinos, reguladores da pressão, constituiria um dos elementos mais importantes, não tem a justificá-la suficientes argumentos que mostrem definitivamente a exactidão desta concepção. Se a suprarrenal desempenha um papel importante na hipertensão pura, só intervem quando associada a outros factores, dos quais depende.

Dos clínicos que dão à hipertensão uma origem vascular, uns filiam-na na artério-esclerose generalizada, outros na artério-esclerose localizada e há ainda autores que a supõem condicionada pelas lesões das arteriolas e dos capilares.

Sabe-se que é muito freqüente a observação de doentes com artério-esclerose sem hipertensão arterial. Artério-esclerose e hipertensão são dois processos mórbidos distintos; a hipertensão não é um sintoma da artério-esclerose.

A hipótese da artério-esclerose localizada aos vasos esplâncnicos já deu flanco à crítica de Borogritter. Este autor estudou minuciosamente a estrutura dos vasos esplâncnicos na hipertensão e verificou que artérias muito alteradas existem, apenas, num pequeno número de casos; e observou, ainda, lesões idênticas em indivíduos não hipertensos.

Istituto Nazionale Medico Farmacologico
"SERONO"

ROMA

Director: Prof. Dr. C. Serono

VIROSAN SERONO

(Em pilulas, por via digestiva)

Formula — Oleato duplo de mercúrio, colessterina e albotanina. Cada pilula contém 25 mg. de mercúrio metálico sob forma organica.

Indicações — Nos periodos primário e especialmente secundário e terciário da SÍFILIS; portanto nos tratamentos primaveris e outonais, nos anos que seguem á primeira infecção luética.

Uso — De uma a seis pilulas diárias, depois das refeições ou segundo prescrição médica.

Observações — Muitos casos ha em que não é possivel fazer-se a cura por meio de injecções, devendo então recorrer-se ao tratamento por via digestiva, com o VIROSAN SERONO, que não tem os inconvenientes comuns nos sais de mercúrio.

A

L. LEPORI

(Sucessôr da Italo-Portuguêsa. Lda.)

APARTADO 214

LISBOA

OPOTERAPICOS SERONO

Extractos Glicéricos 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 á dose conveniente, diluidos (de preferencia á glicerina) em sôro fisiologico, para evitar a acção irritante daquela substancia.

Peptopancreasi

Ovarasi

Orchitasi

Surrenasi

Tiroidasi

Renasi

Ipfisasi (pituitária)

Lienasi (baço)

Epatasi

Mastasi (Mamária)

Bileasi

Eugozimase Feminina Serono— 3 frascos: 1 Ovarasi, 1 Surrenasi e 1 Tiroidasi.

Eugozimase Masculina Serono— 3 frascos: 1 Orchitasi 1 Surrenasi e 1 Tiroidasi

Sirva-se remeter, livre de despêsas, uma amostra de

VIROSAN SERONO

Nome: Dr.

Especialidade a que se dedica:

Endereço { Rua:
 { Localidade:

Data:

ASSIGNATURA DO MEDICO

A teoria da hipertensão resultante de uma doença das arteriolas e dos capilares é abraçada por um grande número de clínicos ingleses e alemães. Segundo Volhard, as lesões dos capilares e das arteriolas seriam as dos «hipertensos pálidos», opostas às dos troncos arteriais que constituiriam as dos «hipertensos vermelhos». Quando não há lesões nas arteriolas e nos capilares, dizem alguns autores que existe um espasmo generalizado destes vasos; paroxístico para uns, permanente para outros. Nesta última concepção, a mais sedutora de tôdas as hipóteses, existe um verdadeiro *estado hipertônico* (Hypertonische Einstellung) das fibras lisas.

A hipertonia é a consequência de uma dissociação entre as funções tónica e cinética da fibra muscular lisa arterial.

A origem da hipertensão pura estaria sob a influência de factores humorais ou nervosos pouco conhecidos que põem em evidência este estado hipertônico.

Mesmo que a hipertensão só apareça depois de as lesões arteriais estarem constituídas, como supõe Pal, a *hipertonia* é a causa, não só das lesões ulteriores de esclerose arterial e arteriolar, mas também da hipertensão.

Seja qual fôr a doutrina patogénica que se adopte para explicar a hipertensão — e é a última que merece as nossas simpatias — existe uma hipertensão arterial pura, desacompanhada de lesões cárdio-aórticas, arteriais ou renais, que os americanos designam com o nome de «doença hipertensiva» e os alemães de «hipertonia essencial». É uma doença especial que pode provocar lesões orgânicas e complicações graves.

Segundo Keit, devemos destringir um tipo benigno, do tipo maligno da hipertensão, constituindo este, antes, as complicações daquele. Já Volhard e Fahr descreveram em 1914 vários casos de hipertensão, denominando «esclerose maligna» às lesões vasculo-renais terminais. E afirmam que nestes casos a hipertensão é grave ou «bösartig», ao contrário do tipo benigno ou «gutartig».

Os sinais que distinguem a hipertensão grave do tipo benigno são a elevação persistente da pressão arterial, a insuficiência renal terminal, e, por vezes, a retinite.

Há um estado prehipertensivo com sintomas que aparecem muitas vezes precocemente; e ao estado hipertensivo sucedem-se as complicações que podem atingir os seguintes órgãos: 1) coração (hipertrofia cardíaca, angina pectoris, oclusão coronária, extrasístoles, insuficiência cardíaca, etc); 2) artérias (dilatação aórtica, claudicação intermitente, etc.); 3) sistema nervoso central (hemorragia cerebral, crises cerebrais, vertigens graves, etc); 4) rins (nictúria, insuficiência renal, urémia); 5) outros órgãos (hemorragias nasais, pulmonares, intestinais e uterinas).

Causas de hipertensão. — Muitas vezes hereditária, a hipertensão arterial é agravada por vários factores, entre os quais avultam o esforço mental e físico. Todavia, nós ignoramos quasi sempre a causa da hipertensão. Pondo de lado a influência, que se tem invocado, do tabagismo, do excesso de carnes, da sífilis — afirmações gratuitas que não merecem o menor crédito — o abuso

das bebidas alcoólicas, a intoxicação saturnina, a eclampsia, a escarlatina podem desempenhar um papel importante na génese da hipertensão. A influência familiar é ainda um factor que intervem num grande número de casos, e não há clínico que não possua mais de um exemplo no seu arquivo.

Não é raro encontrarmos a hipertensão associada a doenças do metabolismo, como a gôta, a obesidade e a diabetes.

Tratamento profilático.— Êstes factos impõem uma profilaxia da hipertensão, se bem que esta afirmação assente apenas em dados empíricos.

Nas famílias em que predomina a doença hipertensiva, as crianças devem ter uma vida disciplinada, sem exercícios físicos e mentais violentos, e com um regimen dietético que impeça a obesidade, particularmente nos que apresentam uma instabilidade vasomotora e tendências hemorrágicas precoces.

Tratamento actual da hipertensão.— O tratamento da hipertensão confirmada demanda precauções de ordem higiénica e o emprêgo de alguns medicamentos, logo que é reconhecida — quer casualmente, quer concomitantemente com incidentes que ela originara. O doente deve reduzir as horas de trabalho e adoptar aquela conduta que os francezes designam por *laissez faire*. Aconselhá-lo hemos a largos períodos de descanso e ao repouso de uma hora após as refeições. Deve defender-se das fadigas físicas, mentais ou sexuais, das temperaturas excessivas que podem provocar accidentes perigosos. A beira-mar, sobretudo nas regiões muito ventadas, e as grandes altitudes (superiores a 800 metros) são prejudiciais. Um doente que, contrariamente aos nossos conselhos, foi veranejar para o Estoril, com uma tensão de 200/100 (Riva-Rocci), tem pela primeira vez graves complicações, rebeldes à medicação.

Poupar-se há o mais possível excessivo trabalho cardíaco e as modificações bruscas do equilibrio circulatório provocadas pelas refeições. Estas serão fraccionadas e com restrição moderada de proteínas, sal, líquidos e calorías. Esta dieta tem a vantagem de diminuir o pêso dos doentes e o trabalho da circulação, constituindo uma prevenção para os doentes que estão expostos a uma retenção azotada. Restrição excessiva dos albuminóides e do cloreto de sódio foi abandonada na nossa prática clínica, por inútil. Nunca obtivéramos com ella diminuição da tensão.

Sabe-se que as variações da tensão arterial são a regra nesta doença, e que a interpretação dos efeitos terapêuticos deve ser submetida à mais cuidadosa análise para não attribuímos a determinada terapêutica aquilo que lhe não pertence.

Evitar-se hão as especiarias ou carnes de conserva, o chocolate, pelo ácido oxálico que contém, os excitantes (café, etc.). As bebidas serão tomadas em pequena quantidade, e principalmente durante as refeições.

Se há uma insuficiência renal, complicando a doença hipertensiva, a dieta estabelecida deve corresponder ao grau de insuficiência.

Há uma hipertensão que Vaquez denomina, e bem, «hipertensão de luxo» que pode levar o clínico desprevenido a attribuir o seu desaparecimento ao poder maravilhoso de qualquer droga. A acção dos medicamentos impende quasi sòmente sòbre os sintomas da hipertensão,

Quando experimentamos um medicamento e simultâneamente submetemos o doente ao repouso, restringindo-lhe a alimentação e as fadigas de tãda a ordem, a «hipertensão de luxo» desaparece, isto é, há uma redução notável da tensão arterial. Não devemos atribuir esta baixa ao medicamento, mas às condições de experiência a que submetemos o doente.

Gallavardin chamou ainda a atenção para um facto que várias vezes temos observado. Os doentes que chegam ao consultório cansados, ou após as refeições, possuem uma tensão mais elevada do que a que mantem usualmente.

Esses números podem apresentar um excedente de 20 a 30 milímetros de mercúrio sôbre a tensão real.

Não há nenhum medicamento capaz de reduzir permanentemente a tensão ao estado normal. Os jornais de medicina enchem as suas páginas de anúncios com medicamentos surpreendentes e verdadeiramente impressionantes. Temos experimentado um grande número e os resultados foram sempre negativos. Mas há medicamentos que diminuem a tensão, embora por pouco tempo, aos quais nos vamos referir.

Os brometos são certamente os mais usados. Outros calmantes, como o cloral, a valeriana, o luminal, etc., teem também o seu lugar. Podem empregar-se, ainda, como calmantes do eretismo circulatório dos hipertensos os derivados do ópio. Os nitritos, principalmente a trinitina e o nitrito de amilo, exercem uma influência passageira, mas podem fazer desaparecer alguns sintomas paroxísticos da hipertensão, não actuando sôbre a hipertensão permanente. Estes medicamentos exercem uma acção calmante sôbre a circulação. Ao nitrato de sódio teem-se atribuído bons resultados.

Temo-lo empregado sob a fórmula aconselhada por Lauder Brunton:

Nitrito de sódio.....	0,03 gr.
Nitrato de potássio	1,20 gr.
Bicarbonato de potássio.....	1,80 gr.

Para um copo de água, de manhã, em jejum.

Ou, então, para tomar durante vários dias a seguinte fórmula:

Nitrito de sódio	1 gr.
X.º de casca de laranja azêda	25 grs.
Água, q. b. para.....	300 grs.

Uma colher das de sopa, um quarto de hora antes de cada refeição.

Pode ainda empregar-se o nitrito de sódio em injeccção intravenosa, posto que os resultados, por muito apregoados, não sejam dos mais brilhantes. Nunca conseguimos baixar a tensão com estas injeccções.

Injecta-se duas vezes por semana 1 c. c. de uma solução esterilizada a 1 0/0, e a partir da quarta injeccção a 2 0/0. Dão-se doze injeccções.

Os mesmos resultados negativos se obtêm com as injeccções intraveno-

sas de nitroscleran. Abandonei já há muito êste medicamento, que parece gosar agora de uma certa voga.

O benzoato de benzilo em solução alcoólica a 20 % (15-20 gotas \times 3 por dia) embora não faça baixar a tensão, a não ser na forma paroxística, actua sôbre alguns sintomas subjectivos, especialmente sôbre as cefaleias.

Ainda como antispasmódicos, empregam-se o cloridrato de papaverina na dose de 0,10 \times 3 ou \times 5 diariamente, o aquineton, o extracto de gui, etc.

A papaverina pode dar bons resultados nas formas iniciais de hipertensão. O extracto de gui, tão empregado pelos clínicos gerais, não tem acção que o recomende. Experimentámo-lo em vários casos sem resultados.

O cloreto de cálcio, só, ou associado à atropina, à diureína ou ao rodanato de potássio, ao citrato de sódio, à teobromina tem sido também empregado para actuar sôbre alguns sintomas da hipertensão.

As cefaleias dos hipertensos cedem, por vezes, aos salicilatos.

Na fase inicial da hipertensão aconselhamos a Hypotonine (Munk) ou Iptonine (Seron), fármacos que teem por base o ácido isovaleriânico, e que temos empregado com vantagem.

O uso das proteínas (Proteine, Depressin) em injeções, não apresentando quaisquer resultados positivos, pode ser perigoso. Tivemos um incidente muito grave após a injeção intravenosa de Depressin.

Os iodetos são de valor muitíssimo limitado. O seu emprêgo, principalmente de alguns iodetos orgânicos, como saiodin, lipiodin, lipiodol, iodopin, é aproveitável para impedir a produção da esclerose vascular e não para combater a hipertensão arterial.

Um medicamento que começa a ser muito empregado, principalmente nos países da língua alemã, é um derivado da colina, que se encontra no mercado com o nome de *Pacyl* (2 comprimidos de 5 mgrs. \times 3 por dia). Os autores attribuem-lhe uma diminuição de 20-30 milímetros de mercúrio. Variações idênticas são muito frequentes no estado normal, sem auxílio de qualquer medicamento.

Começamos a empregar êsse medicamento e não possuímos ainda um número suficiente de casos que nos permitam ter sôbre êle uma opinião pessoal. Os diferentes autores que o recomendam apoiam-se em cuidadosas investigações laboratoriais. Todavia, sabemos que infelizmente numerosos medicamentos, actuando tão extraordinariamente em certas condições de experiência animal, não exercem qualquer influência nos doentes.

De tempos a tempos aparecem diferentes extractos de órgãos, dos quais se contam maravilhas no tratamento da hipertensão arterial. Apenas três possuem, no estado actual dos nossos conhecimentos, uma justificação teórica.

Os extractos de ovário actuam incontestavelmente sôbre a tensão nervosa de algumas mulheres hipertensas, no período de menopausa.

Os extractos de parasiroideia por intermédio da sua acção sôbre a calcemia, o córtex cerebral e o sistema nervoso simpático e sôbre a vasoconstrição excessiva. As provas clínicas não teem sido, entretanto, muito animadoras.

O extracto hepático parece ser, dos três, o que mais segurança oferece. Major, de Kausas City afirma que: *We are seeing a fall in*

blood pressure in about 40 per cent of our cases and relief of symptoms in from 80 per cent to 90 per cent. Mac Donald, de Toronto, escreve estas palavras: «*In selected cases of essencial hypertension, we are obtaining falls in pressure in 60 or more per cent. In mare cases the relief from associated simptoms is marked where no fall in pressure occurs and, as general rule, the relief from simptoms is out of all proportion to the fall in pressure.*»

Esperamos, dentro em breve, experimentar êste último extracto no Serviço de Patologia Médica.

A tendência actual dos cardiologistas e fisiologistas parece ser esta: procurar nos extractos de órgãos, e especialmente nos de secreção endócrina, a substância que actue sobre a hipertensão arterial. A hipertensão da menopausa ou a que segue a ovariectomia é uma prova de que há glândulas cuja nipoção aumenta a tensão arterial. Não sabemos se elas constituem, até, um dos elementos fundamentais que regulam a tensão.

As sangrias podem ser de alguma utilidade no tratamento da hipertensão arterial. Costumamos praticá-las. Todavia, não há vantagem em fazer as grandes sangrias nas hipertensões permanentes, que não conseguem impedir os accidentes graves.

Vaquez cita a observação de um doente, com a tensão arterial muito elevada; com o fim de prevenir complicações que o ameaçavam, fez uma sangria abundante; à tarde, deu-se uma hemorragia cerebral.

O tratamento da hipertensão arterial pelos agentes físicos — correntes de alta frequência, diatermia, raios ultravioletas — pertencendo à história dos erros da medicina, não tem sequer direitos de cidade.

Propositadamente, deixamos para o fim a referência que desejamos fazer à *cura de águas* dos hipertensos.

Constituem legião os doentes portuguezes que se dirigem, por conselho ou sem indicação do seu médico assistente, para a Meca dos hipertensos — Royat, Bad-Nauheim, ou Spa. Os menos abastados ficam pelas águas nacionais. E alguns doentes com complicações graves da hipertonía essencial, outros com esclerose renal, ou glomerulonefrite lá vão à procura da cura. Muitas vezes são doentes com eretismo cardíaco, com a chamada neurose cardiovascular que vão *tonificar o seu sistema nervoso*, como dizia numa carta, sobre um doente que nos consultou no regresso, um conceituado especialista de Royat.

Nunca devemos mandar para as águas doentes que apresentem um certo grau de insuficiência cardíaca, nem para os banhos carbogazosos doentes com insuficiência renal. Os resultados podem ser dos mais graves. Os outros sem dúvida que aproveitam; o repouso e a dietética a que os submetem, e ainda a influência suggestiva da cura são elementos primordiais que não devemos desprezar para bem dos doentes.

Os banhos carbogazosos, embora determinem uma vasodilatação manifesta, ou não produzem diminuição da tensão ou baixam-na 20-30 milímetros

de mercúrio, número que qualquer clínico consegue obter, impondo o repouso aos seus hipertensos.

As chamadas curas maravilhosas feitas nessas estâncias de águas são idênticas às que qualquer prático pode obter na sua clínica privada.

O valor das águas e dos banhos carbogazosos deixou-o Mackenzie resumido neste passo, que os clínicos deviam fixar :

«Há vinte anos, quando todos admitiam que para possuir um bom coração era preciso ter um pulso forte, estes banhos tinham uma acção notável para fortificar o pulso e elevar a pressão arterial de 20, 30 e 40 milímetros de mercúrio. Mas, actualmente, que está na moda tornar o pulso mais mole, descobriu-se que estas águas tinham a notável propriedade de fazer baixar a pressão. São bem extraordinárias estas águas, pois pretende-se que elevem a pressão quando esta é baixa, e que a façam baixar quando ela é elevada».

Os doentes que nos consultam no regresso trazem no seu canhenho de cura, recolhidos pelos nossos colegas, números verdadeiramente extraordinários. São certamente verdadeiros; mas quando chegam à nossa observação tudo voltou ao *statu quo ante*.

Queremos citar três exemplos curiosos da nossa clínica.

Um doente, diplomata estrangeiro junto do govêrno português, com esclerose renal, vem de Bad-Nauheim. Piorou consideravelmente. A tensão máxima na véspera da partida era de 120 (Riva-Rocci). Oito dias depois da chegada, acusava 230 (Riva-Rocci).

Um segundo doente vem de Royat. Tensão máxima na véspera de partir para Portugal, 14 (Pachon); depois do regresso, 24, número idêntico ao que levou.

Um terceiro doente vem de uma das nossas estâncias do norte que possui banhos carbogazosos. Tensão habitual, 23. Ao segundo banho carbogazoso, 17. Fim da cura, 14. Exame, após o regresso, 24.

As conseqüências destas pseudo-curas, feitas nos diferentes estabelecimentos termais — que Mackenzie denominou industriais — para doentes que chegam a ter a fobia da hipertensão arterial, e que a esta atribuem todos os seus achaques, são dos mais desastrados.

Em conclusão. O tratamento de um doente com hipertensão arterial exige um conhecimento completo da origem e do desenvolvimento do processo hipertensivo, e da grande variabilidade da tensão em cada individuo, de dia para dia e de semana para semana. Êste facto indica os cuidados que é necessário ter-se na interpretação dos resultados de qualquer agente terapêutico.

Não quer isto dizer que nos faltem todos os meios para tratar a hipertensão arterial. Simplesmente nunca devemos procurar reduzir ao normal o que é impossível. Nem procurar nem prometer.

A hipertensão é uma doença de evolução lenta, sem sintomas durante muito tempo e compatível por muitos anos, quasi sempre, com uma certa actividade física e mental.

Pela hygiene e pela terapêutica bem orientadas, estudadas individualmente para cada doente, alguma cousa conseguimos,

Com a dieta, repouso, diminuição da vaso-constricção excessiva, algumas drogas, e provavelmente pelo extracto de fígado, quando devidamente preparado, se não reduzimos a tensão ao padrão normal, se não a baixamos, até, conseguimos o desaparecimento de muitos sintomas que atormentam os doentes e prevenimos os accidentes graves a que estão sujeitos.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ALLBUTT, C. — Arteriosclerosis, 1 vol. Londres, 1925.
- BERGMANN, G. — Blutdruckkrankheit in Neue Deutsche Klinik, vol. II. Berlim, 1928 (1).
- GALLAVARDIN, L. — La Tension Artérielle en Clinique, 1 vol. 2.^a ed. Paris, 1920.
- KEITH, N. — Classification of Hypertension and Clinical differentiation of the Malignant Type. *The Am. Heart Jour.* N.º 6. 1927.
- KEITH, N., WAGENER, H. e KERNOHAU, J. — The Syndrome of Malignant Hypertension. *Arch. of Int. Med.* N.º 2. 1928.
- KYLIN, E. — Die Hypertoniekrankheiten, 1 vol. Berlim, 1926.
- LICHTWITZ, L. — Die Praxis der Nierenkrankheiten, 1 vol. 2.^a ed. Berlim, 1925.
- MACKENZIE, J. — Diseases of the Heart, 1 vol. 3.^a ed. Londres, 1921.
- MUNK, F. — Nieren-Erkrankungen, 2.^a ed. Berlim, 1925.
- MUNK, F. — Gefässerkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der Arteriosklerose, in *Ergebnisse d. ges. Med.* XI vol. 1928.
- OHLEK, W., R. — The Signs and symptoms of Hypertension. *The Am. Heart Jour.* N.º 6. 1927.
- O'HARE, J. — Treatment of Hypertension. *The Am. Heart Jour.* N.º 5. 1927.
- PAULLIN, J., BOWCOCK, H. e WOOD., H. — Complications of Hypertension. *The Am. Heart Jour.* N.º 6. 1927.
- PELLISSIER, L. — L'Hypertension artérielle solitaire. 1 vol. Paris, 1927.
- ROMBERG, E. — Lehrbuch der Krankheiten des Herzens und der Blutgefäße, 1 vol. 5.^a ed. Stuttgart, 1925.
- Klinik und Behandlung der Arteriosklerose, Wiesbaden, 1926.
- SACHS, A. — Schrumpfnieren und Hochdruck, 1 vol. Viena, 1927.
- VOLHARD e outros — Hypertension — *Ärztlicher fortbildungskurs in Bad — Nauheim. Pfingsten* 1926, 1 vol. Leipzig.
- SAXL, P. — Fortschritte und Probleme in der Therapie Innerer Krankheiten, 1 vol. Viena, 1926.
- STRAUSS, H. — Die Nephritiden, 1 vol. 4.^a ed. Berlim, 1926.
- VAQUEZ, H. — Médications et Médicaments Cardiaques, 1 vol. Paris, 1925.
- *Maladies du Cœur*, 1 vol. 2.^a ed. Paris, 1928.

(1) Traz a bibliografia completa até 1927.

Revista dos Jornais de Medicina

Sobre a acção da histamina. Regeneração sanguínea e apetência. (*Ueber Histamin wirkung, Blutregeneration und Appetenz*) por J. PAL. — *Deut. Med. Woche.* N.º 37, 1928.

O A. verificou em vários casos que a histamina, em pequenas doses, actua sobre a regeneração das hemáticas, não só nas anemias perniciosas, mas nos indivíduos que não teem anemia, e ainda em diferentes doenças, principalmente nas anemias secundárias. Em indivíduos com aquilia e neoplasia gástrica conseguiu o A. aumento de appetite e dos glóbulos rubros.

Este exemplo é bem frisante :

B. G., 77 anos de idade. Há quatro semanas ausência completa de appetite, fraqueza, diminuindo de pêso 7-8 kgs. Anemia acentuada. Neoplasia gástrica.

Análise do sangue: 29-IV-928, hemáticas 2.940.000, Sahli 46. Sob a acção da histamina (3-6 mgs. por dia) 3.250.000 de hemáticas. Aumento da dose de histamina, 8-10 mgs. 11-VII, acentuadas melhoras; 13-VII, hemáticas 4.475.000, Sahli 45. Appetite. Estado gástrico mantém-se.

A acção da histamina é, portanto, idêntica à acção do fígado nas anemias.

O A. promete-nos relatar os resultados do mecanismo de acção desta substância sobre a regeneração das hemáticas.

E. COELHO.

Para o tratamento da insuficiência circulatória nas doenças infecciosas agudas, especialmente na pneumonia fibrinosa. (*Zur Behandlung der Kreislaufschwäche bei akuten Infectionskrankheiten, insbesondere bei der kruppösen Pneumonie*) por SOHRTMULLER — *Deut. Med. Woch.* N.º 37, 1928.

A morte nas doenças infecciosas agudas dá-se as mais da vezes por perturbações da circulação.

Entre os medicamentos vulgarmente empregados para impedir essas perturbações, e, principalmente, a paralisia dos vasomotores, estão, em primeiro lugar, as injeções intravenosas de *estrofantina* na dose de 0,5-0,8 mgs. e a *dedaleira*. Quanto à primeira droga, o A. não tem tirado grandes resultados; com a segunda, que tem as suas indicações formais, o A. verificou uma acção prejudicial.

Para combater a falta de elasticidade das artérias provocada pela paralisia dos vasomotores emprega-se a *cafeina*, *terbromina*, *cânfora* e *adrenalina*. Nomeadamente a última aumenta a tensão arterial, mas a sua acção é pouco duradoira. Para a manter o A. emprega as injeções intravenosas de *supra-renina* — *sôro fisiológico*. Este método, usado primeiramente pelos

Instituto de Biologia y Sueroterapia
"IBYS"
MADRID

ARSIFERROVARINA "IBYS"

(Em gôtas, por via digestiva)

Formula— Associação da OVARINA "IBYS" (extracto ovarico com arsenico e ferro.

Cada gôta equivale a *um centigrama* de glandula frêscas, uma quantidade de sal ferrico equivalente a *um quarto de grama* de citrato ferrico e arsenico equivalente a *cinco centimiligramas* de anidrido arsenioso.

Indicações— Clorose. Anemia do crescimento ou de qualquer outro genero.

Uso— De quinze a quarenta gôtas por dia.

A

L. LEPORI

(Sucessôr da Italo-Portuguêsa, Lda.)

APARTADO 214

LISBOA

Arsiferrovarina "IBYS"

Das hemopatas é evidentemente a CLOROSE a que mais e melhor beneficia com a administração da nossa ARSIFERROVARINA.

A patogenia desta enfermidade tem sido interpretada das mais variadas maneiras. Postas de parte as antigas teorias, que consideravam como causa da clorose a paralisção funcional da medula ossea (Immermann), a predisposição tuberculosa (Hannot Hayen), as intoxicações de origem intestinal (Nothnagel) e tantas outras, todos os investigadores modernos (Arcangeli, Fedeli, Castellino, Von Noorden, Pende, Noegli etc.) sustentam que são as alterações do ovario as causas da enfermidade. «A insuficiência da função da glandula intersticial — diz Noegli — origina uma desarmonia dos órgãos endócrinos e este desequilíbrio produz a hemopatia por uma alteração humoral da função medular».

A administração de substancia ovárica não basta, sem duvida, por si propria, para corrigir tais alterações e os autores que intentaram tratar deste modo a clorose fracassaram da maneira mais completa (Spillmann, Etienne, Demange). Tampouco o arsénio e o ferro sós conseguiram em épocas anteriores curas completas. Torna-se necessario associar ambas as substancias terapêuticas, que proporcionam assim reunidas rápidos exitos e resultados realmente definitivos.

Não só a CLOROSE oferece indicações para a nossa ARSIFERROVARINA: outros estados anémicos conhecidos de sempre com o nome de anemias de crescimento ou de desenvolvimento, em intima e indubitável relação de comunidade patogénica com aquéla, devem ser tratados tambem pelo nosso novo producto.

Para a época da puberdade, nas Mulheres, podêmos afirmar absolutamente que a ARSIFERROVARINA "IBYS" é um medicamento reconstituente insubstituivel.

Sirva-se remeter, livre de despêsas uma amostra de

Arsiferrovarina "Ibys"

Nome: Dr.

Especialidade a que se dedica:

Endereço { Rua:
Localidade:

Data:

ASSIGNATURA DO MEDICO

americanos foi aplicado, depois, na Alemanha, para o tratamento das peritonites.

Técnica: Prepara-se um soluto de supra-renina, em sôro fisiológico ou de Ringer, na proporção de 1 cm: 100 cc. de água. Lança-se o soluto num balão que se prepara para injectar na veia gota a gota. Injecta-se até 100-200; podendo-se continuar durante 24-48-72 horas e ainda mais tempo.

O A. apresenta uma estatística de 20 casos muito graves, nos quais applicou êste tratamento.

Tem 50 % de curas.

E. COELHO.

A dieta esplênica na doença de Vaquez. (*Milzdiät bei Hyperglobulia vera*), por NIPPERIDY. — *Deut. Med. Woch.* N.º 36. 1928.

O A. experimentou a dieta esplênica no tratamento da policetemia, empregando o baço na mesma dose que o fígado para as anemias. Obteve bons resultados em dois casos.

E. COELHO.

Diabetes: Um estudo estatístico de dois mil casos. (*Diabetes: A statistical study of two thousand cases*) por H. J. JOHN. — *Arch. of Int. Med.* Agosto. 1928.

Sumário: A percentagem de diabéticos entre tôdas as doenças observadas na Clínica de Cleveland, de Março de 1921 a Novembro de 1927, foi de 2,28 %. Nesta série, 46,75 % eram homens e 53,25 % mulheres.

Apurou-se a hereditariedade em 5,3 %.

Os valores mais elevados da glicémia na ocasião da admissão eram de 908 mg. por cem centímetros cúbicos.

Encontrou-se glicosúria em muitos diabéticos com glicémia de 120 ou mais baixa. Por outro lado, não se encontrou glicosúria em muitos doentes que possuíam glicémia alta, sendo o valor mais elevado da glicémia sem glicosúria de 360 mgs. por c. c.

O conceito geral de que a insulina, uma vez usada, deve ser sempre empregada, não é verdadeiro.

A resposta da glicémia à insulina varia extraordinariamente, até no próprio dia e para o mesmo caso.

As reacções insulínicas não são devidas exclusivamente à hipoglicémia, mas encontram-se freqüentemente na presença de hiperglicémia, como o A. observou num caso, no qual a glicémia, doseada ao mesmo tempo em que se produzira a reacção insulínica, era de 467 mgs. por 100 c. c. Muitos indivíduos normais tem de glicémia 30 a 40 mgs. por cem c. c.

O número total de doentes com coma diabético foi de 4,25 %. De 59 doentes com coma que o A. tratara salvaram-se 48 (81,35 %) e morreram 11 (18,65 %). Nestes casos, a glicémia, na ocasião da admissão, oscilava entre 200

e 1.664 mgs. por 100 c. c. O CO_2 do plasma variava de 9,9. a 44,3, aparecendo os valores mais elevados nos doentes que tinham tomado insulina antes da entrada.

A mortalidade total foi de 131 ou sejam 6,55 %. A coexistência de sífilis observou-se em 2,7 % dos casos.

E. COELHO.

Acromegália e diabetes. (*Acromegalia and diabetes*), por YATER. — *Arch. of int. Med.* Junho. 1928.

Conclusões: 1 — A afirmação de que a diabetes associada com a acromegália é devida à mesma causa que produz a acromegália, deriva de três factos seguintes: 1) A acromegália (hiperpituitarismo provocado por adenoma cromofílico hipofisário) é freqüentemente associada à diabetes melitus; 2) O síndrome de hipopituitarismo (devido ao adenoma cromofobo hipofisário não é freqüentemente associada à diabetes melius; 3) mesmo que a hipofisectomia nunca tenha sido seguida, no homem, da cura da diabetes, tem implicado consecutivamente um aumento de tolerância para os hidratos de carbónio; este aumento de tolerância tem sido demonstrado até quando a diabetes clínica não existe; 4) mesmo que clinicamente não exista a diabetes, a tolerância para a glucose pode ser diminuída nos casos de acromegália; 5) hiperglicémia e glicosúria transitórias podem produzir-se pela injeção de extrato de hipófise, e 6) este é capaz de prevenir ou impedir a hipoglicémia e as convulsões produzidas pela injeção de insulina.

2 — A única diferença entre diabetes isolada e diabetes associada com a acromegália é o seu desaparecimento ocasional, espontâneo, temporário ou permanente.

3 — É perfeitamente plausível, portanto, que a diabetes associada à acromegália seja devida ao mesmo factor que ordinariamente produz a diabetes, nomeadamente a uma produção insuficiente de insulina, embora seja admissível que a insulina segregada possa ser neutralizada por uma nova substância.

E. COELHO.

A reinfecção na sífilis. (*Seconde infection in syphilis*), por HALLEV e HARRY WASSERMAN. — *Arch. of int. Med.* Junho de 1928.

Há muito se reconhecera que a reinfecção da sífilis no homem não era vulgar. Ricord e Fournier afirmaram que nunca tinham observado um exemplo satisfatório, ao passo que Hutchinson relatou 54 reinfecções.

Os AA. organizaram uma estatística dos casos relatados desde 1910 como exemplos de reinfecção.

Concluem que:

1.º — As reinfecções apareceram em 1,6 % (quatro doentes que possuíam sífilis de forma latente).

2.º — Uma reinfecção manifestou-se num doente, (ou 0,4 %) que apresentava sífilis congénita.

3.º — As reinfecções são extremamente raras na mulher.

4.º — A relativa frequência de uma segunda infecção sífilítica em doentes que foram tratados precocemente, a quando da primeira infecção, comparada com a pequena frequência de uma segunda reinfecção em doentes cuja primeira infecção progrediu para um período latente antes do tratamento, indica que o tempo de tratamento para a primeira infecção é um factor importante na resistência adquirida pelo doente para a segunda infecção. O facto da pequena frequência da reinfecção em doentes, cujo tratamento começou tardiamente, não está em desarmonia com a concepção de que a imunidade adquirida para a sífilis pode persistir na ausência da infecção sífilítica.

E. COELHO.

Sobre o tratamento das diarreias crónicas com peptona-Witte. (*Ueber die Behandlung der chronischen Durchfälle mit Peptone-Witte*), por JUSTMAUN. — *Arch. f. Verdauung-Krankh.* Agosto de 1928.

O tratamento das diarreias crónicas constitui, numa grande parte dos casos, uma grande dificuldade. Muitas vezes o clinico pouco mais faz do que «desinfecção» o intestino com salol, resorcina ou benzonaftol.

Por motivos de ordem fisiológica, o A. ensaiou a peptona-Witte, substância que actua simultaneamente sobre o fígado e sobre o intestino.

A peptona é um colagogo que actua sobre o sistema nervoso vegetativo.

O A. apresenta 19 casos de diarreia crónica, nos quais obteve os melhores resultados.

Posologia: Pode empregar-se *per os*, 0,5 gr. \times 3 diariamente antes das refeições, ou 0,25 a 5 % em injeção intramuscular, havendo um dia de intervalo para cada uma das injeções.

E. COELHO.

O tratamento da encefalite letárgica aguda pela tripaflavina. (*Traitement de l'encéphalite léthargique aigüe par la trypaflavine*), por A. SKALSKY. — *Rev. Neurol.* Julho de 1928.

Este medicamento foi primeiramente empregado por Buss, em 1923, para o tratamento da forma aguda da encefalite epidémica em 12 doentes gravemente atingidos: todos os casos tiveram uma cura rápida, sem as consequências da passagem ao estado amioestático.

O A. empregara-o em 7 casos de encefalite letárgica aguda, e obteve resultados satisfatórios. O grau de melhora dependia da profundidade da afecção do tecido cerebral. Este medicamento tem um grande poder bactericida e actua rapidamente sobre a infecção. Não houve um regresso da doença durante um tempo prolongado (1 1/2 — 3 anos). Esta circunstância autoriza o A. a classificar o medicamento num dos primeiros lugares entre a

colecção de fármacos propostos para o tratamento da encefalite letárgica aguda.

E. COELHO.

Coreia crónica: cirrose com adenoma do fígado. (*Chorée chronique: cirrose avec adénome du foie*), por L. BABONNEIX e A. WIDIEZ. — *Revue Neurologique*. Tômoo II, N.º 6. Dezembro, 1927. Pág. 690.

São conhecidas, após os trabalhos de Wilson, algumas afecções do cérebro em que concomitantemente se observa cirrose hepática, mas os AA. julgam apresentar o primeiro caso de coreia crónica em que se verificou a existência de um adenoma do fígado. Referem a história clínica. Na autópsia, cirrose gordurosa do fígado, com adenoma; e no cérebro, lesões dos núcleos lenticular e caudado.

Urechia e Rusdea tinham já descrito um caso de coreia crónica, em que havia atrofia gordurosa do fígado.

Este caso vem mais uma vez pôr em discussão o problema da doença de Wilson.

¿Deverão os casos descritos por êstes AA. considerar-se perfeitamente bem definidos e sempre com uma sintomatologia imutável?

¿Não haverá íntimas relações com outros síndromas neurológicos?

Os AA. chamam, por último, a atenção sôbre a necessidade de examinar cuidadosamente as vísceras, principalmente o fígado, em casos de coreia crónica.

A. ALMEIDA DIAS.

A raquicentese capilar. (*La rachicentèse capillaire*), por BAUDOIN e FILLIOL. — *Revue Neurologique*. Tômoo II, N.º 5. Novembro de 1917. Pág. 512.

Referem-se os AA. ao método preconizado por Antoni, de Estocolmo, para evitar as conseqüências desagradáveis e até graves que pode ter a punção lombar, e propõem certas modificações na aparelhagem e na técnica.

Antoni chamou a atenção sôbre as vantagens de fazer a punção lombar com uma agulha muito fina e propôs para êsse efeito uma dupla agulha.

Uma do calibre vulgar e de uns 35 milímetros de comprimento, dentro desta passava, como um mandril, uma outra apenas com 45 centésimos de milímetro de diâmetro exterior e com 6 a 7 centímetros de comprimento. A agulha mais grossa introduz-se até aos ligamentos amarelos e a mais fina atravessa então estes ligamentos, a dura-mater e é a única que penetra no espaço sub-aracnoideo.

Esta técnica tem realmente sido seguida, com bons resultados, principalmente pelos clínicos alemães.

Os AA. acham preferível uma aparelhagem e técnica um pouco modificadas, mas o princípio mantém-se o mesmo. Agulha envolvente em níquel 1 mm. de diâmetro e 5 cm. de comprimento. Agulha de punção em aço com 6 décimos de mm. de diâmetro exterior e 7 cm. de comprimento. O seu cali-

bre interior é de uns 3 a 4 décimos de milimetro o que permite introduzir-lhe um fio de prata que serve de mandril.

Esterilizar durante uma hora num tubo cheio de clorofórmio. Logo em seguida à punção lavar e secar cuidadosamente a agulha.

As vantagens sobre o método de Antoni pensam os AA. eram as seguintes: Enquanto naquêlé por vezes não consegue obter-se líquido por o calibre da agulha ser muito fino e não poder passar-se um mandril, neste é fácil obviar a êste inconveniente. Ainda é de notar que no método de Antoni não pode medir-se a pressão do L. C. R.

A punção capilar é na verdade um método que não deve ser esquecido em determinados casos em que haja o receio de possíveis conseqüências graves após a punção lombar.

A. ALMEIDA DIAS.

A pineal nos mamíferos normais e cerebrolesados. (*La pineale chez les mammifères normaux et cérébrolésés*), por VITTORINO DESOGUS (Cagliari). — *Revue Neurologique*. Tômô II. N.º 4. Outubro de 1927. Pág. 362.

Das suas pesquisas experimentais conclui o A. como segue:

1.º Nos mamíferos de um e outro sexo em plena actividade sexual, a pineal mostra-se funcionando com actividade e mais na fêmea que no macho.

2.º Nos mesmos animais adultos, mas em estado de hipofunção sexual, a pineal mostra-se também em hipofunção.

3.º Um traumatismo cerebral provocado no momento da plena actividade sexual determina, após um período médio de uns 30 dias, estando os animais em condições gerais satisfatórias, um estado de hipofunção da pineal, mais marcado na fêmea que no macho, paralelo à hipofunção das glândulas germinativas e em opposição com a hiperfunção do sistema tiro-suprarenal-hipofisário.

A. ALMEIDA DIAS.

Tratamento da esclerose em placas pelo «Phlogetan». (*Traitement de la sclérose en plaques par le «Phlogetan»*), por J. A. BARRÉ (Strasbourg). — *Revue Neurologique*. Tômô II. N.º 5. Novembro de 1927. Pág. 50j.

O A., tendo empregado no tratamento da *Tabes o Phlogetan* do Prof. Fischer, de Praga, verificou que a seguir à injeccão se dava uma dilataçào dos pequenos vasos que acompanhava a reacção térmica que o tratamento causava e teve a idéa que um semelhante aumento da circulaçào nos pequenos vasos poderia dar-se também nos centros nervosos lembrou-se porisso de aplicar o método no tratamento da esclerose em placas onde os focos se mostram, como é sabido, com uma vascularizaçào deficiente.

As primeiras experiências não foram coroadas de êxito, mas recentemente, num caso grave, fazendo uso de doses mais elevadas, o método parece ter sido eficaz depois de terem sido tentados sem resultado as várias medicaçõeS correntes.

Conta o A. ao todo já 22 casos tratados. Injectou doses variáveis de 2 a

20 c. c. aumentando consoante as reacções observadas. A temperatura eleva-se por vezes a 41°. Injecções com dois ou três dias de intervalo. Por vezes os doentes queixam-se de dores intensas que chegam a durar dia e meio.

Melhoras em 17 casos. Em 11 as melhoras fizeram-se notar principalmente no equilíbrio, podendo o doente marchar sem ataxia tão marcada. Melhoras também nas perturbações de sensibilidade nos membros superiores. Aumento de força nos membros inferiores, podendo o doente marchar sem fadiga alguns quilómetros. Reflexos tendinosos menos vivos. Nalguns casos melhora na função vesical, quando esta se encontrava perturbada. O sinal de Babinski torna-se muito menos marcado, ainda que não desaparece.

Em dois casos graves com evolução de um ano e rebeldes aos tratamentos anteriores, melhoras tão acentuadas que foi possível aos doentes retomar uma vida quasi normal. Em 4 dos 17 casos referidos melhoras apenas ligeiras como podem observar-se depois de outros tratamentos correntes. Em 5 casos (casos de longa data) não houve melhoras.

Os benefícios fazem-se sentir com frequência no decurso do tratamento, mas por vezes só decorridos alguns meses.

Nunca observaram acidente grave, apenas reacções locais intensas que cedem à aplicação de compressas húmidas. Num caso, lesões pulmonares antigas e latentes, entraram em evolução durante o tratamento.

A série de injecções deve repetir-se decorridos 3 a 5 meses quando o resultado tenha sido diminuído ou não se mantenha.

A. ALMEIDA DIAS.

O valor terapêutico da irradiação no tratamento do cancro da mama.

O exame dos resultados de 355 casos tratados, durante cinco anos no Hospital Memorial de New-York. (*The therapeutic value of irradiation in the treatment of mammary cancer...*), por B. J. LEE.—*Annals of Surgery*. N.º 427. 1928.

O tratamento do carcinoma do seio pelos métodos de irradiação, só ou combinado com tratamento cirúrgico, dá uma percentagem de bons resultados muito superior à que se obtém com o exclusivo emprêgo da cura cirúrgica radical.

A irradiação pre-operatória favorece os resultados satisfatórios. O tratamento com alta voltagem permite um intervalo de três a quatro semanas entre o tratamento e a operação. Seguindo esta técnica o acto operatório decorre sem grande hemorragia e a cicatrização da ferida não é mais demorada.

A irradiação post-operatória aumenta a duração da vida e melhora a percentagem dos resultados satisfatórios.

A evidência convincente da eficácia dos ogantes físicos no tratamento do cancro da mama é dada: primeiro e clinicamente pela notável diminuição ou desaparecimento do tumor, segundo pelas modificações macro e microscópicas do tecido tumoral adequadamente irradiado.

O tratamento do cancro primário inoperável do seio pela irradiação, alivia a dor, cura as úlceras superficiais carcinomatosas, melhora o estado geral e prolonga a vida.

F. FONSECA.

Ausência congénita da vesícula biliar. (*Congenital absence of the gall-bladder*), por J. BOWER. — *Annals of Surgery*. N.º 427. 1928.

O A. relata um caso de ausência congénita da vesícula biliar, canais cístico e comum e ausência do lobo esquerdo do fígado. Segue-se uma extensa e completa bibliografia do assunto.

F. FONSECA.

Hiperplasia linfóide das glândulas lacrimais e salivares, doença de Mikulicz. (*Lymphoid hyperplasia of lacrymal and salivary glands*), por J. SMITH e W. BUMP. — *Annals of Surgery*. N.º 427. 1928.

A estrutura das glândulas salivares num doente com Mikulicz é constituída por canais em vários estados de destruição.

A doença de Mikulicz é essencialmente uma doença do tecido linfóide das glândulas salivares e lacrimais com destruição secundária do parênquima.

F. FONSECA.

Xantoma do pescoço. (*Xanthoma of the Neck*), por C. HUMISTON e E. PIETTE. — *Annals of Surgery*. N.º 427. 1928.

É importante a entidade clínico-patológica do xantoma.

O xantoma é essencialmente um tumor benigno apesar da sua estrutura histológica maligna.

As verdadeiras formações de xantoma típico são extremamente raras. Os AA. relatam um caso de xantoma no pescoço.

Sob o ponto de vista microscópico os elementos celulares mais característicos do xantoma são: células redondas, células xantomatosas, células gigantes, células plasmáticas isoladas e difusamente distribuídas.

F. FONSECA.

Sobre o metabolismo do ácido láctico no «sport». (*Ueber den Milchsäurestoffwechsel beim Sport*), por I. SNAPPER e A. GRUNBAUM — *Deut. Med. Woch.* N.º 36. 1928.

Na urina dos jogadores de *foot-ball* encontram-se apenas vestígios de ácido láctico antes do jogo.

Depois do jogo e nos dias quentes, de 55 jogadores apenas 6 tinham na urina uma quantidade de ácido láctico superior a sessenta miligramas, en-

quanto que nos dias frios de 13 jogadores 6 tinham valores superiores a sessenta miligramas.

Pelo suor são eliminadas grandes quantidades de ácido láctico. Durante um jôgo de *foot-ball* e nos dias quentes 1,1 a 2,2 gramas de ácido láctico são eliminados do organismo pela transpiração. Em alguns casos êstes números são ainda provávelmente ultrapassados.

O conteúdo do suor em ácido láctico é, pelo menos, dez vezes superior ao do sangue.

A atenuação da sensação de cansaço com o comêço da transpiração (*second wind*) pode corresponder à eliminação de ácido láctico pelo suor.

F. FONSECA.

Problema cirúrgico e metabolismo. (*Chirurgische Stoffwechselprobleme*), por H. FERIZ. — *Deut. Med. Woch.* N.º 36. 1928.

Qualquer indicação cirúrgica deve ser precedida dum exame geral do metabolismo (excluídas as operações de urgência).

A maioria das complicações post-operatórias correspondem a uma descompensação do metabolismo.

O fim do tratamento geral pre e post-operatório é a estabilização do metabolismo normal dos doentes. O metabolismo mineral desempenha nestes casos um importante papel.

F. FONSECA.

O valor da dieta de frutos na acidose grave. (*Der Wert der Obstdiät bei schwerer azidose*), por J. KLEEBERG. — *Deut. Med. Woch.* N.º 36. 1928.

Na dieta com fruto (fruto e sumo de frutos frescos) possuímos uma dieta que com a maior probabilidade e rapidez baixa a acidose, contém açúcar facilmente assimilável, pouca albumina e gordura e actua favoravelmente sôbre a diurese e o funcionamento intestinal.

F. FONSECA.

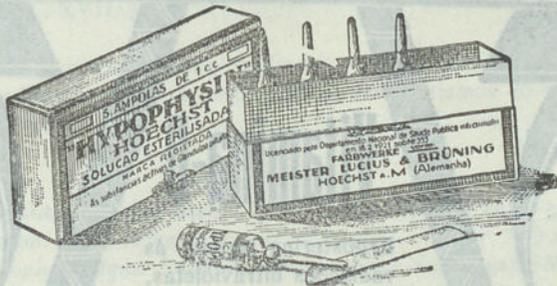
O diagnóstico dos fibromas submucosos pela histerografia. (*Le diagnostic des fibromes sous-muqueux par l'hystérogaphie*), por VIDAKOVITCH e SMOKINA. — *Gynécologie et Obstétrique.* N.º 6. T. XVII. 1928.

Das observações apresentadas pelos AA. conclui-se que a histerosalpingografia indica em muitos casos o diagnóstico exacto e, portanto, o verdadeiro tratamento. Uma boa técnica na injeccção intra-uterina e uma interpretação justa das imagens dão bons resultados nas diversas afecções ginecológicas, especialmente quando se trata de fibromas submucosos.

Os AA. fazem notar, por exemplo, como é difícil distinguir apenas pela palpação um fibromioma dum tumor ovárico. Nestes casos o diagnóstico exacto é muito importante, porque o tratamento de tais tumores nas mulheres em menopausa é completamente diferente. Segundo a nossa concepção

HYPOPHYSINA

O eficaz inerecto do lóbulo posterior da glandula pituitaria
Valioso preparado fisiológico de conteúdo constante



FORTE E SEGURO

activador do parto e vaso-tónico

OUTRAS APLICAÇÕES:

Asthma bronquial, colápsio, queda de pressão sanguínea tóxica, dismenorréa, amenorréa, hemorragias post-partais, paralisia intestinal post-operativa, coelitiase, nefrolitiase.

DOSE: 0,5 e 1 c. c. intramuscular, endovenosa e subcutânea.

Repetir segundo as necessidades.

NO COMÉRCIO:

Ampolas de 0,5 e 1 c. c. em caixas com 5 e 10 ampolas

Empacotamento original



I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Pharmazeutische Abteilung "*Bayer-Meister-Lucius*"

Representante-depositário: **AUGUSTO S. NATIVIDADE**

Rua dos Douradores, 150, 2.º — LISBOA

VIGANTOL

Vitamina-D

Ergosterina sujeita ás radiações ultravioletas, muito activa e de dosagem exacta, foi lançada no mercado!

Algumas das principaes indicações:

Rachitismo, osteomalacia, carie dos dentes, estados espasmódicos (espasmophilía, tetano), diátese exudativa, anemias.

Prophylactico na gravidez e no periodo da lactação, nos partos prematuros, na constituição rachitica.

Formas Comerciaes: Frascos de 10 e 50 c. c. dum soluto oleoso a 1 %; frascos de 50 pastilhas a 2 mgr. de Vigantol cada uma; caixas em folha de 25 drageas cobertas de chocolate, a 4 mgr.

**I. G. Farbenindustrie
Aktiengesellschaft**

Secção Farmaceutica

"Bayer-Meister Lucius"

LEVERKUSEN (Alemanha)

DEPOSITARIOS:

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150-3.º—LISBOA

Sociedade de Anilinas, L.^{da}

Rua José Falcão, 199—PORTO

E. Merck

**FABRICA DE PRODUTOS CHIMICOS
DARMSTADT**

DEPOSITARIOS:

J. Wimmer & Co.

Rua 24 de Julho, 34

LISBOA

Rua Trindade Coelho, 1-C.

PORTO

actual quando se trata de fibromas em mulheres na menopausa pratica-se a radioterápia e quando se trata de tumores ováricos está indicada uma operação.

O radiodiagnóstico estendeu a sua esfera de acção à ginecologia e uma estreita colaboração de ginecólogos e radiologistas dará excelentes resultados no diagnóstico de certas lesões, assim como alguns pontos de vista novos sobre a fisiologia do útero e das trompas.

F. FONSECA.

Perineorrafia imediata primitiva e secundária. (*Périnéorrhaphie immédiate primitive et secondaire*), por G. MULLER. — *Gynécologie et Obstétrique*. N.º 6. T. XVII. 1928.

O A. baseado nos seus bons resultados recomenda com calor a prática da sutura imediata secundária para todos os traumatismos do períneo sucedendo a um parto.

F. FONSECA.

Seroterapia anti-escarlatínica. Valor terapêutico e valor profilático.
Resultados. (*Serothérapie antiscarlatineuse. Valeur thérapeutique et valeur prophylactique. Résultats obtenus*), por NOBÉCOURT, MARTIN, BIZE e LAFFAILLE. — *Pres. Med.* 22 de Setembro de 1928.

O artigo começa por uma curta resenha acerca da evolução dos conhecimentos referentes à seroterapia da escarlatina e refere seguidamente os resultados obtidos pelos AA. no tratamento curativo de 22 casos de doença e no tratamento profilático. Os AA. empregaram um soro francês do Instituto Pasteur, fabricado segundo o processo de Dick. Não fazem a seroterapia sistematicamente em todo e qualquer caso de doença; limitam a seroterapia às seguintes formas:

Escarlatinas graves desde início, escarlatinas secundariamente malignas e escarlatinas nos debilitados.

A mortalidade dos casos tratados foi de 31 %, havendo a considerar que em todos os casos de insucesso terapêutico, menos um, houve complicações sépticas secundárias.

O soro demonstrou-se activo no tratamento das manifestações da doença, permitindo algumas vezes uma rápida e completa transformação do quadro clínico; pelo contrário, as complicações sépticas devidas a agentes microbianos de infecção associada, tanto precoces como tardias, foram inteiramente rebeldes à acção do soro.

Como agente profilático o soro inibe a reacção de Dick e protege temporariamente os indivíduos injectados. O praso de imunidade não excede porém um mês. A verdadeira profilaxia tem de se procurar na imunização activa e a injeção do soro apenas representa um valor relativo em circunstâncias especiais de inumização imediata.

MORAIAS DAVID.

O uso do sulfato de magnésio nas toxémias gravidicas. (*The use of magnesium sulphate in the toxemias of pregnancy*). Nota da secção de obstetria e ginecologia da Sociedade Médica de Massachussets. — *New Eng. Jour. of Med.* 10 de Maio de 1928.

O uso do soluto de sulfato de magnésio em injeccão intravenosa ou em injeccão intramuscular no tratamento das toxémias, tem tomado um incremento pronunciado, nos últimos tempos. Actualmente emprega-se com largueza êste método terapêutico, seja como profiláctico da verdadeira toxémia ou eclâmpsia seja também como tratamento na fase convulsiva da doença.

Os resultados conseguidos demonstram que a droga equivale a um valioso auxiliar no tratamento moderno da mais desagradável complicação da gravidez.

Se nem tôdas as estatísticas são unânimes nas suas conclusões, nem uma, no entanto, deixa de reconhecer que o emprêgo da droga é vantajoso, que não tem inconvenientes de qualquer espécie e que mesmo nos casos em que a sua acção é menos pronunciada não provoca complicações ou sintomas tóxicos que possam atribuir-se ao medicamento.

Tem-se provado, experimentalmente e praticamente, que o soluto de sulfato de magnésio é capaz de reduzir os edemas visíveis e provávelmente também o edema cerebral e que, além disso, faz baixar a tensão arterial, aumenta o débito das urinas e no período de convulsões, actua sôbre estas diminuindo a sua intensidade e frequência. O sulfato de magnésio determina também um relaxamento dos músculos voluntários e aparentemente não mostra qualquer efeito ou apenas uma acção muito apagada sôbre os músculos involuntários, particularmente sôbre o útero.

No tratamento profiláctico da toxémia grávida e na sua fase pre-eclâmptica, a injeccão intravenosa do soluto de sulfato de magnésio a 10 % é o método de escolha. Êste tratamento é associado às medidas terapêuticas habitualmente prescritas com o intuito de combater as convulsões e o coma. A dose varia entre 10 a 25 c. c.

A dose corrente é de 20 c. c. e com ela se obtém quasi sempre uma acalmia imediata dos sintomas subjectivos. Esta dose pode ser repetida sempre que para isso haja indicações.

No verdadeiro estado eclâmptico e no tratamento das primeiras convulsões, uma injeccão de 20 c. c. do soluto de sulfato de magnésio a 10 % determina como regra a paragem das crises convulsivas. Especialmente nos casos graves, há necessidade de repetir as injeccões com o fim de combater simultaneamente as convulsões e outros sintomas tóxicos. Como norma uma ou duas injeccões são suficientes mas tem-se chegado a fazer oito injeccões no decurso das 24 horas. Em tais condições é aconselhável a administração associada de morfina, cloral, paraldeído ou luminal. Ê também uma medida corrente a instituição de tratamento hospitalar, com repouso absoluto, estimulação adicional dos emontórios e em alguns casos a sangria.

A injeccão intramuscular é menos usada do que a injeccão intravenosa e para ela a concentração do soluto de sulfato de magnésio é geralmente de 25 %; a quantidade total a injectar durante um dia pode ir até 100 c. c. A

dose média é de 15 c. c. de soluto a 25 % em injeção profunda na massa dos músculos glúteos. A repetição das doses pode chegar à sucessão de injeções a intervalos de meia hora; raramente, porém, se torna preciso um tratamento de tamanho rigor.

Na generalidade dos casos, o tratamento pelo sulfato de magnésio exclui a intervenção das outras drogas de que a prática corrente se serve nomeadamente morfina, cloral, luminal, etc.

Quando se pode antecipadamente saber que um determinado caso necessita para o seu tratamento de grandes doses de sulfato de magnésio, em injeção intramuscular, convém preparar o doente fazendo-lhe primeiro uma injeção intravenosa de 1 c. c. de soluto de cloreto de cálcio de modo a evitar perturbações respiratórias. Há um outro método de administração da droga na eclâmpsia. Neste método, depois da lavagem do estômago, introduzem-se pelo mesmo tubo de sondagem que serviu para a lavagem, 60 grs. de um soluto de sulfato de magnésio a 50 %.

MORAIS DAVID.

A proflaxia específica e o tratamento da poliomielite epidémica.

(*Specific prevention and treatment of epidemic poliomyelitis*), por SIMON FLEXNER e F. STEWART. — *New. Eng. Jour. of Med.* 2 de Agosto de 1928.

Em coincidência com a epidemia de poliomielite de 1907 e 1908 e depois nos 10 anos que se lhe seguiram, os estudos sobre esta doença, tiveram uma fase de acentuada actividade.

A recente recrudescência da poliomielite, na América e na Europa, veio reavivar a curiosidade médica e dar um novo estímulo aos trabalhos de investigação.

A atestar aquele período de actividade científica que a epidemia de 1907 despertou, há o conhecimento de uma série de factos, com fundamento experimental, referentes ao modo de infecção, às alterações histológicas do tecido nervoso determinadas pela doença e ainda aos fenómenos imunológicos e que podem assim resumir-se:

Está seguramente estabelecido que depois de curada a doença o sangue contém um anticorpo bacterféida ou antitóxico para o vírus da poliomielite e este facto é igualmente demonstrável no homem e no macaco.

No homem não tem sido tentada a imunização activa pela inoculação do vírus mas esta imunidade tem-se conseguido no macaco pela injeção repetida de pequenas doses de vírus. Os macacos imunizados ficam protegidos contra a acção nociva das inoculações intra-cerebrais e o sangue contém anticorpos capazes de destruir o vírus.

Não há outras espécies animais em que tenha sido possível determinar experimentalmente a doença ou aptas a gerar anticorpos específicos por meio de injeção repetida de tecido nervoso contendo o vírus da doença.

Entre os animais domésticos estudados só a cabra possui um sôro com poder inibitório, para certos casos de infecção experimental do macaco.

O artigo tem como desiderato o estudo das acções do sôro de convalescente nos casos de poliomielite em fase pre-paralítica e como agente profilático.

O emprêgo de sôro de convalescente deriva em parte de dados de ordem clínica e em parte de certas experiências; destas, as primeiras em data e que figuram como base de tôdas as tentativas, fôram obra de Flexner e Lewis em 1910. Segundo estes autores a injeção de sôro de convalescente de poli-mielite, intravenosa e intra-raquidiana, impede a aparição de sintomas paralíticos nos animais inoculados. Este facto tem sido repetidas vezes confirmado ulteriormente.

O tratamento com o sôro de convalescente, pelo que diz respeito à espécie humana, comporta uma primeira administração de sôro por via intravenosa e via intra-raquidiana, simultânea, sendo a maior quantidade de sôro introduzida por via intravenosa. Depois repete-se 2 a 3 vezes a injeção intra-raquidiana.

Esta é a maneira por que o A. aconselha a execução do tratamento sem que, contudo possa afirmar que ela representa um meio valioso de tratamento na espécie humana e decidir do valor relativo de cada uma das vias de administração do sôro propostas. Estas conclusões só poderão tirar-se com segurança depois da consulta de resultados em número suficiente de casos e até que isso se faça a sugestão do tratamento provém principalmente dos factos experimentais verificados nos macacos. São ainda os trabalhos experimentais que levam ao uso da injeção de sôro de convalescente como profiláctico da doença.

Flexner refuta as idéas de Rosenow segundo as quais a doença teria como agente uma variedade especial de estreptococo a qual serviu ao seu descobridor para preparar um sôro de cavalo, específico. Os trabalhos de contrôle levados a cabo por Flexner acerca da eficácia do sôro demonstraram a sua completa inutilidade.

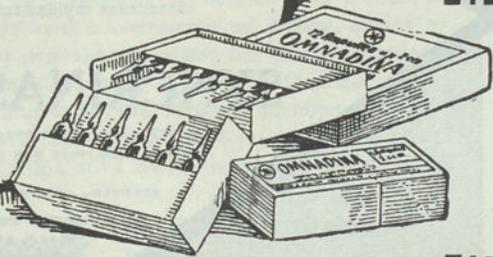
MORAIS DAVID.

A alimentação ao peito, por MARGARET EMSLIE. — *Archives of Diseases in Childhood*. Vol. 2. N.º 11. Outubro, 1927. Págs. 302 a 314.

A A. estuda a questão do número de mamadas a dar às crianças, debaixo do ponto de vista da conveniência da mãe e sem prejudicar o desenvolvimento da criança. A sua estatística refere-se a 113 crianças de 1 e 2 meses até 8 e 9 ou mais. Depois dum relance histórico em que cita as opiniões de Finkelstein, Richardson, Marfan, etc., resume as suas observações em quadros sinópticos, e estabelece um paralelo com as ocupações duma mãe de família; conclui que a lactação se faz com sucesso com 5 refeições que dão margem suficiente a que aquelas condições sejam atendidas. A nutrição da criança e a lactação não sofrem com 4 refeições. O método das mamadas cada 2, 3 e 4 horas exige da mãe um dispêndio de fôrças que não está em relação conveniente com a lactação. Uma modificação no tempo e no número, pode trazer um alívio à sobrecarga mental ou física da mãe, sem que a saúde e os progressos da criança sofram. Em certos casos o regimen de 3 mamadas é suficiente para a mãe e para a criança.

MENESES.

Omnadina



Vacina total imunizante "MUCH,,

Para a terapêutica não específica em todas as

Moléstias infecciosas e padecimentos reumáticos e neurálgicos

Mobiliza rapidamente e aumenta eficazmente tôdas as forças defensivas do organismo, assim como encurta consideravelmente a duração da molestia

Fôrma comercial:

CAIXAS COM 3 E
12 AMPOLLAS
DE 2 c. c.



EMPACOTA-
MENTO ORI-
GINAL

**J. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Sero-bakteriologische Abteilung**

"Bayer-Meister-Lucius" Hoechst s/M.

REPRESENTANTE-DEPOSITÁRIO:

Augusto S. Natividade

RUA DOS DOURADORES, 150, 3.º—LISBOA

Medicação opoterápica

OS
**ÉXTRACTOS TOTAES
 CHOAY**

De orgaos recolhidos esmeradamente
 dissecados rapidamente no vacuo a 0°

SYNCRINAS CHOAY

Extractos de orgaos associados em formulas
 que sao utilisaveis nos principais sindromas

RECEITAR : COMPRIMIDOS OU AMPOLAS



Laboratoire CHOAY
 48, Rue Théophile Gautier, PARIS 20°

Amostras e Literatura : A. SERRA
 25, Rua Almeida e Sousa, 2, LISBOA

**I M P R E N S A
 LIBANIO DA SILVA**

Sucessor. JÚLIO DE SOUZA

TRABALHOS TIPOGRÁFICOS
 EM TODOS OS GÉNEROS

ESPECIALIDADE EM TRABA-
 LHOS DE GRANDE LUXO

T. Fala-Só, 24 - LISBOA - Tel. 3110 N.

¿Deve-se falar em 6.^a doença? (*Faut-il parler de sixième maladie?*), por J. COMBY.—*Archives de Médecine des Enfants*. Tômoo XXX. N.º 6. 1927.

Ao lado da rubeola escarlatiniforme (4.^a doença) descreveu-se o *erythema infectiosum* (5.^a doença). Numerosos autores, desde 1913, publicaram sob o nome de pseudo-rubeola, exantema súbito, febre de três dias com exantema crítico, uma doença que Gismondi, de Génova, propôs que se designasse com o nome de sexta doença. Trata-se duma doença peculiar às crianças de pouca idade: Febre durante três dias. Defervescência brusca ao mesmo tempo que se mostra um exantema rubeoliforme, começando pelo tronco, e generalizando-se depois, mas sempre vivo e confluyente no ventre, costas e raiz dos membros. É constituído por pequenas manchas um pouco elevadas, cõr de rosa pálido, e desaparece em quarenta e oito horas. O início desta doença é brusco, a febre pode ser muito elevada. Não há adenopatia cervical. Leucopenia habitual. Os casos citados produziram-se em meios onde havia gripe. Parece prematuro falar numa nova febre eruptiva.

MENESES.

A dermo-reacção à tuberculina na primeira infância segundo 6259 reacções. (*La dermo-réaction*, etc.), por PEDRO RUEDA (Santa-Fè, Argentina).—*Archives de Médecine des Enfants*. Tômoo XXXI. N.º 3. 1928. Págs. 159-168.

A infecção tuberculosa que aparece na criança durante o primeiro ano da vida pode ser grave; mas o A. considera exagerado afirmar a sua extraordinária gravidade, pois que os seus doentes, na grande maioria dos casos, suportaram vitoriosamente a infecção; viu apenas, em casos pouco numerosos em que essa doença motivou a morte, a aparição de complicações graves, como meningites ou formas subagudas de bronco-pneumonia, ou difusões generalizadas de granulações, isto é, quando se encontram reunidas as mesmas particularidades que no adulto.

Aceitando como axioma que a dermo-reacção à tuberculina, quando é positiva, significa uma tuberculose presente ou passada, pode-se afirmar que o melhor e, por vezes, o único método verdadeiramente científico é suficientemente exacto, para dele deduzir a tuberculose na primeira infância, é o de dermo-reacção à tuberculina.

Entre os métodos usuais, a vantagem que o de Mantoux oferece é incomparavelmente superior ao de Pirquet, que é absolutamente insufficiente para que se possa fazer uma investigação séria da tuberculose do lactante exclusivamente baseada sôbre êle.

A reacção de Mantoux com a tuberculina humana ou bovina dá resultados semelhantes, convindo repetir periódicamente no lactante as provas de tuberculino-diagnóstico para poder assentar conclusões duma utilidade verdadeira.

Do trabalho do A. deduz-se ainda, como conclusão firme e categórica, a necessidade de estabelecer serviços de investigação e de assistência exclusi-

vos da tuberculose do lactante, ou, pelo menos, dar a êste tipo clínico uma grande importância na prática médico-legal.

Nota ainda o A. que a solução a 1:5000 da tuberculina foi a que se mostrou mais sensível, o que de resto era já o que estava admitido de há muito.

MENESES.

Tratamento cirúrgico da seringomiélia. (*Traitement chirurgical de la syringomiélie*), pelo Prof. L. POUSSEP (Tartu, Estónia). — *Archives Franco-Belges de Chirurgie*. XXX.º Ano. N.º 4. Abril, 1927. Págs. 293-309.

Até à hora actual ainda se não tinha pensado no tratamento cirúrgico da seringomiélia. No entretanto, se considerarmos as lesões patológicas características, isto é, a formação de cavidade na medula, e o seu crescimento progressivo coincidindo com o agravamento dos sintomas — parece lógico tentar a evacuação do líquido que ali se acumula dum modo crescente, e assegurar o seu escoamento permanente. Uma tal evacuação deverá melhorar certamente as condições de nutrição da substância nervosa que circunda o quisto, suprimindo a compressão contínua exercida pelo líquido sob tensão.

Se se admitir que o processo seringomiélico se baseia na formação de tecido gliomatoso e que as cavidades são afinal quistos gliomatosos, concluir-se há que a evacuação dos quistos é insuficiente para que se restabeleça a integridade da medula. Mas, nos quistos gliomatosos verdadeiros, encontram-se habitualmente células gliomatosas, emquanto que o A. não pôde verificar a existência de células dessa natureza nos casos que observou; por outro lado, o líquido que enche as cavidades seringomiélicas assemelha-se dum modo extraordinário ao líquido céfalo-raquidiano.

É necessário, pois, procurar uma outra explicação patogénica para elucidar sobre a formação das cavidades intra-medulares.

¿Dever-se hão talvez considerar as formações de tecido glial, descritas em volta dos quistos, como uma reacção da glia diante dum processo inflamatório, e não como uma degenerescência de tumor gliomatoso? Esta hipótese parece ao A. ser muito verosímil, pois que a operação revelou sempre uma medula fortemente dilatada ao nível do quisto, bem como uma fortíssima tensão do próprio quisto.

O A. apresenta o resultado das suas intervenções em quatro casos de seringomiélia, dois deles já apresentados à Sociedade de Neurologia de Paris.

A técnica operatória foi sensivelmente semelhante nos quatro casos. É absolutamente capital a determinação prévia do nível a que deve ser feita a operação e que corresponde às partes da medula mais atingidas.

Incisão na linha média, de dez a doze centímetros de comprimento, que vai até às apófises espinhosas. Separação dos músculos acompanhados pelo periósteo, com a rugina, libertando as apófises espinhosas. Depois de tóda a massa muscular afastada para o lado, seccionam-se as apófises espinhosas de duas vértebras com a pinça-goiva, e secção idêntica com a pinça Luer dos dois arcos vertebraes, numa extensão de dois a três centímetros.

Aparece então o tecido adiposo, cuja ablação põe a nu a dura-mater.

Incisão longitudinal da dura-mater, e que deve abranger esta unicamente deixando a aracnóideia intacta. Separação, das duas membranas com o auxílio da sonda cânula ou do canivete, o que geralmente é fácil.

A aracnoideia mostra-se, depois da separação como uma membrana fina, transparente, embebida em líquido, através da qual se apercebe a medula. Depois de se ter verificado que não existe nenhuma alteração da aracnóideia (o que o A. não observou em nenhum dos seus casos), podemos incisá-la. Fica então acessível a medula, que nos quatro doentes do A. mostram flutuação à palpação.

Punciona-se a cavidade intra-medular com o auxílio duma agulha fina aplicada a uma seringa; a punção deve ser feita lateralmente, a 2 a 4 milímetros da linha média. Habitualmente escolhe-se o lado em que os sintomas clínicos são mais acentuados. Aspira-se cêrca de meio centímetro cúbico de líquido, o que permite à medula abater-se um pouco.

Faz-se no mesmo sítio uma incisão longitudinal de 2 a 3 centímetros, na própria medula, escoando-se então pela incisão uma certa quantidade de líquido claro. Repuxa-se em seguida com um gancho pequeno a medula para cima e explora-se com todo o cuidado e com uma sonda mole e fina, por um lado para que se faça a dilatação e por outro para provocar o escoamento do líquido.

Deixa-se aberta a incisão medular e limitamo-nos a suturar a dura-mater por pontos aproximados (cêrca de meio centímetro), com sêda fina. Sutura das massas musculares com dois ou três pontos e encerramento quasi completo da ferida operatória.

Em dois casos a operação foi feita sob narcose pelo éter, e nos dois outros sob anestesia local pela novocaína. No último caso a anestesia resultante da doença era tão pronunciada que a quantidade de novocaína necessária foi espantosamente minima.

A cicatrização da ferida operatória fêz-se em todos os casos por primeira intenção, contrariamente ao que se esperava, pois a seringomiélia provoca perturbações tróficas que poderiam retardar a cicatrização.

Uma série de gravuras ilustra os vários tempos operatórios. Em seguida o A. apresenta os seus quatro casos, acompanhados pelos respectivos esquemas das sensibilidades, antes e depois da operação.

Nos quatro casos obteve o A. uma melhora muito importante dos sintomas, não obstante o estado avançado da doença. Essa melhora obtida apresenta um carácter definitivo e não interessa apenas a sensibilidade, mas também a motilidade.

Em nenhum dos casos podem essas melhoras ser consideradas como uma das remissões espontâneas freqüentes no decurso da seringomiélia, pois fôram obtidas em todos os quatro casos sem excepção o que só se poderia attribuir a uma feliz coincidência, e perduram num caso há dez meses e noutro há nove. As melhoras são, portanto, uma consequência da intervenção operatória, isto é, da evacuação da cavidade. Talvez que feita precocemente, a operação conduza à restauração completa de tôdas as funções.

Como num dos casos se deu uma restauração de tôdas as formas da sensibilidade em ambas as mãos do doente, conclui o A. que êsse sintoma não

depende duma destruição das vias das sensibilidades mas somente da sua compressão pelo líquido acumulado na cavidade intramedular.

A operação foi muito bem suportada e o traumatismo medular sem conseqüências. Parece pois absolutamente indicada em todos os casos em que falharam os métodos habituais de tratamento.

MENESES.

Neosalvarsan no tratamento das infecções urinárias, por STRAUSS. — *Zeitschrift f. Urologie*-Band. 21-H. 8. Pág. 587. (ref. in Zent. ges. Chirurgie).

Segundo o A. este tratamento é aconselhável em tôdas as infecções urinárias com reacção alcalina, libertação de amoníaco, e em cujo sedimento se encontrem em abundância as bacterias do tipo coco juntamente com leucócitos, eritrócitos, fosfatos e carbonatos de cálcio, etc.

As bacterias do tipo citado são principalmente os estafilococos, pneumococos, estreptococos, tetragéneos, e gonococos.

A injeção de neosalvarsan é aconselhada em todos estes casos, mesmo nos mais rebeldes. Estas infecções do aparelho urinário podem sobrevir após uma enfermidade infecciosa (febre tifóide, gripe, etc.), ou em seguida a uma gonocócia, a uma prostatectomia, concomitantemente à presença de cálculos urinários, etc.

O quadro clínico destas infecções traduz-se por uma cistite, mais ou menos grave.

Nas infecções colibacilares há diversas opiniões, os que como Blum são partidários desta terapêutica, e os que lhe são contrários em absoluto. A técnica geralmente empregada é a injeção intravenosa de 0,15 grs. de neosalvarsan, de 2 em 2 dias.

Entre os efeitos produzidos por estas injeções pode citar-se a transformação ácida da urina, a desapareição dos cocos, liquefacção de mucosidades, etc

O A. não admite como única explicação da maneira deste medicamento actuar, a libertação de aldeído fórmico, pois com doses de urotropina de 10 e 40 % em que essa libertação é muito mais importante, não se obtêm os resultados que se conseguem com o neosalvarsan. Os seus efeitos são produzidos pela mudança de reacção exercida no organismo e pela quantidade de produtos de oxidação e de redução eliminados com a urina. O ambiente alcalino é mais favorável para que o neosalvarsan actue do que para a urotropina.

Segundo o A. as contraindicações são as mesmas que as do salvarsan, devendo-se, além disso, ter presente que em casos em que se prove a existência de uma sífilis anterior, com este tratamento poder-se há chegar a reactivá-la, o que teria muito mais importância do que a desinfecção urinária intentada com tal terapêutica.

MENESES.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

A actual epidemia de «dengue» e as suas relações com a febre amarela

A «dengue», doença dos países quentes e temperados, que agora devasta a Grécia, de-lés-a-lés, com extraordinária intensidade epidémica, supõe-se ter aparecido em Atenas em Setembro de 1927, importada da Síria. O seu aparecimento na Europa remonta ao século XIX.

Da epidemia deu já conta, entre nós, o eminente higienista, Prof. Ricardo Jorge. Desta feita, foi atacada a totalidade da população de Atenas e do Pireu com uma mortalidade apreciável, sobretudo entre as pessoas de idade e nos indivíduos com doenças crónicas. A epidemia propagou-se às ilhas do mar Egeu, à Grécia Ocidental e às províncias.

O período de incubação desta doença vai de 5-12 dias. O seu quadro clínico, segundo as informações do enviado técnico da Secção de Higiene da Sociedade das Nações, é o seguinte: comêço geralmente brusco, com intensas cefaleias, febre, dores musculares e articulares; freqüentemente vômitos e diarreia. Em 70 % dos casos apresenta-se a erupção ao segundo ou terceiro dia, muito variável no seu aspecto, desde o exantema semelhante ao do tifo exantemático até ao das fases prodrómicas da varíola, com predomínio de formas semelhantes às formas atenuadas do sarampo ou da escarlatina. Perturbações cardíacas e vasomotoras freqüentes. Os sintomas nervosos vão até à paralisia, amanrose, sintomas encefalíticos e psíquicos.

Em alguns casos, observa-se a tendência para manifestações hemorrágicas (purpura, metrorragias ou enterorragias, hematúria). Por vezes, sintomas gastro-intestinais graves. Casos de morte freqüentes nos velhos ou nos doentes mal tratados. Convalescença longa. Em muitos doentes, os sintomas podem confundir-se com os do tifo exantemático, da febre tifóide, do cólera, do sarampo, da varíola no seu início, da encefalite, etc.

As medidas fundamentais, adoptadas pelas autoridades sanitárias da Grécia, para combater a epidemia consistiram na destruição dos mosquitos domésticos do género *Stegomia* na sua fase de larvas, nas águas relacionadas com a vida doméstica. Estas medidas profiláticas são imprescindíveis.

Sabe-se que a «dengue», é uma infecção de vírus desconhecido, transmitida pelo *Stegómia fasciata* (*Aedes Egypti*), isto é, pelo mesmo mosquito que transmite a febre amarela.

Alguns epidemiologistas pendem a crêr que a «dengue» seja uma forma atenuada da febre amarela.

Pittaluga, o notável parasitologista e hematologista do país vizinho, num artigo intitulado—*O problema da febre amarela* (na revista: *Medicina de los Países Cálidos*, Janeiro de 1928), expõe as razões pelas quais a febre amarela volta a constituir uma ameaça para os países tropicais, sub-tropicais e para as regiões do mediano oriente. Examina as dificuldades do diag-



nóstico e epidemiológico, as relações da febre amarela com a doença de Weil (espiroquetose icterohemorrágica), por um lado, e com a «dengue», por outro.

«É êsse — diz Pittaluga — o ponto mais grave do problema epidemiológico, isto é, o diagnóstico exacto das formas atenuadas da febre amarela e, ao mesmo tempo, o diagnóstico diferencial com as enfermidades similares ou que podem assemelhar-se às formas atenuadas da febre amarela. Nos países de endemia — costa ocidental da África, particularmente, Brasil, México — a febre amarela é uma infecção da infância, relativamente benigna. É provável que a imensa maioria das crianças — sobretudo entre as populações indígenas da África Ocidental, que é hoje o foco mais importante da doença — sofram um ataque do vírus da febre amarela dentro dos primeiros oito anos de vida e adquiram um certo grau de imunidade. São as crianças, por sua vez, que contribuem em maior escala para infectar os mosquitos transmissores, *Aedes Egypti*».

Outros observadores — como Burton Cleland, patologista da Austrália, onde a doença é extremamente freqüente — pensam também que a «dengue» é uma forma *nostra*, atenuada, da febre amarela.

Sob o ponto de vista epidemiológico, as investigações procedidas nas Filipinas por Siler, Hall e Hitchens mostram exuberantemente a semelhança da evolução do vírus da «dengue» e da febre amarela nos mesmos mosquitos (*Stegomyia*).

A «dengue» e a febre amarela são, portanto, duas infecções de vírus desconhecido, transmitidas ao homem pela picada do mesmo mosquito.

São êsses os dois caracteres comuns à «dengue» e à febre amarela, cujo agente patogénico — identificado erradamente por Noguchi como *leptospira icteroides* — continua desconhecido.

O mosquito do género *Aedes* existe em abundância na Península Ibérica. Dentro dos limites da sua existência, a «dengue» aparece freqüentemente nos países subtropicais que já há muito tempo não tiveram febre amarela. São bem conhecidas as invasões da «dengue» no sul da Península e na costa setentrional da África.

A epidemia de uma doença que de outubro a novembro do ano passado assolou o sul da Península, algumas semanas após a epidemia da «dengue» de Túnis, e que se baptizou com o nome de «colorado» por causa do *rash* exantemático que aparece nos três primeiros dias, sobretudo na face, ao qual succede uma erupção mais ou menos generalizada, muito pruriginosa, com dores articulares muito intensas, é absolutamente idêntica à «dengue».

Em dois trabalhos do Prof. Calvo Criado e do Dr. Castejon : «*A actual epidemia de «dengue» em Andaluzia*», e «*A epidemia do «colorado» em Andaluzia*», (Medicina de los Países Cálidos, maio de 1928) descreve-se a sintomatologia da afecção, que se sobrepõe às descrições clássicas das grandes epidemias de «dengue», estabelecendo-se a grande difusão da doença.

Ao mesmo tempo, as Canárias foram invadidas pela «dengue», e então, Pittaluga (*loc. cit.*) afirmava : «Por nosso lado, achamos indispensável uma investigação cuidadosa da situação nas ilhas Canárias, nas províncias meri-

dionais de Portugal e de Espanha, no litoral mediterrâneo; investigação que teria de estabelecer simultaneamente a distribuição topográfica dos mosquitos transmissores (*Stegomyia*) que demonstramos existir há muitos anos, em grande quantidade, em Espanha (1); eventualmente, a coincidência com os pequenos dípteros do género *phlebotomus* (cujas espécies espanholas foram estudadas por De Buen e por mim), e a situação epidemiológica relativa a *patologia infantil* e aos síndromas febrís indefinidos que há muito tempo se conhecem com nomes locais («Canary's Feber», «Dona Rosita», «febres de Cadiz», «colorado»).

Com a actual epidemia de «dengue» podem-se relacionar indirectamente duas grandes epidemias recentes: a que invadiu em julho de 1922 o Estado de Texas dos Estados Unidos, atacando 600:000 pessoas; e a que invadiu o Natal, na África do Sul, em Abril de 1927, com 50.000 doentes. A epidemia da África do Sul precedeu a «dengue» da Africa setentrional, das Canárias, do sul da Espanha, da Grécia e coincidiu com a exaltação da virulência do vírus da febre amarela na costa ocidental da África, onde morreu Noguchi, vítima esta enfermidade.

Se recordarmos as grandes epidemias de febre amarela que grassaram na Península durante os séculos xviii e xix, sabendo que nessa moléstia e na «dengue» a transmissão do vírus se faz pelo mesmo mosquito, o único conhecimento sobre a etiologia das duas doenças, o despertar da «dengue» com intensa difusão epidémica, no Outono de 1927 na África setentrional e em Espanha, e agora em toda a Grécia, não seria de molde a pôr-nos alerta, pelos perigos que ameaçam a Península Ibérica?

Notícias recentes acusam o aparecimento de casos em Marrocos, e o número de mortos na Grécia já passou de um milheiro.

Em mãos tão hábeis e afeitas ao rasto das epidemias nos seus ascensos e declínios está entregue a direcção destes serviços sanitários, em Portugal, que qualquer aviso que de aí não venha, é extemporâneo e descabido. E o Prof. Ricardo Jorge já nos relatou as medidas tomadas.

Setembro de 1928.

EDUARDO COELHO.

(1) E em Portugal também (Prof. Ricardo Jorge).

(2) Depois de compostas estas páginas, os jornais publicaram a seguinte informação da Direcção Geral de Saúde:

«No dia 3 entrava no Tejo o vapor dinamarquês «Thyra», vindo de Dakar com destino a Copenhague. Viu-se obrigado a arribar a Lisboa por trazer enferma quasi toda a tripulação. O sub-inspector que procedeu à visita reconheceu a existência duma epidemia de dengue, dando immediato conhecimento à Direcção Geral de Saúde, que mandou isolar rigorosamente o barco e mantê-lo ao largo. Procedeu-se ao exame dos doentes e mais condições sanitárias de bordo; o director geral de Saúde foi pessoalmente informar-se, dado o interêsse epidémico do caso. A infecção foi contraída em Dakar e durante os dez dias de viagem até Lisboa adoeceram sucessivamente treze tripulantes; do pessoal de bordo só escaparam imunes dois homens e um passageiro, o único embarcado. Os casos foram benignos; a duração foi geralmente de três a cinco dias. Em alguns havia ainda a erupção peculiar; mais ou menos em todos se mostrava uma grande depressão e fraqueza. Apesar das buscas feitas, não se encontraram mosquitos».

*
*
*

O Bócio em Portugal

No livro do Dr. Gregório Marañon, de Madrid, *El Bocio y el Cretinismo* diz-se a pág. 87: «No hemos podido encontrar datos precisos sobre a endemia en Portugal, como hubiéramos desejado para completar el estudio de su distribución en la totalidad de la Península. Sabemos únicamente que *el bócio existe en muchos lugares de Sierra de la Estrela*».

Podemos dar informações mais completas:

O Prof. Ricardo Jorge organizou, em tempos, um questionário, enviado a todos os médicos do país, para o estudo relativo às causas determinantes da endemia do bócio em Portugal, que, então, se propôs fazer o Dr. Teixeira Bastos. Da estatística organizada tiram-se as seguintes conclusões:

Os distritos situados nas mais elevadas altitudes, tais como Castelo Branco, Guarda, Vizeu e Coimbra, Vila Real e Leiria são o mais indemiados. Entre os concelhos de Castelo Branco não há um indémne; o de Oleiros apresenta 16,8 por 1.000; Fundão, 6,10 e Castelo Branco, 3,33. Dos 14 concelhos da Guarda, há 10 endemiados. No de Coimbra, com 17 concelhos, há apenas 5 indémnes.

Nas localidades em que a endemia atinge grande extensão, a diferença de bócio entre os dois sexos é pouco sensível; nas regiões em que a endemia se apresenta benigna, o sexo feminino paga maior tributo. Em geral, nas regiões de predomínio feminino, a doença inicia-se em dois períodos característicos da vida genital: dos 11-13 anos e dos 20 aos 30, o que parece indicar uma certa relação entre a tiroideia e a actividade ovárica.

Em alguns dos concelhos acima referidos existiam famílias inteiras afectadas de bócio.

Na estatística organizada pelo Dr. Amândio Paul sobre a endemia do bócio no concelho da Guarda, observou 6 casos em homens e 67 em mulheres, isto é, uma proporção de 1 por 11.

Das pesquisas do Dr. Amândio Paul destinadas a investigar a influência da idade no desenvolvimento do bócio no distrito da Guarda, conclui-se que o bócio se inicia geralmente dos 10 aos 20 anos; depois, dos 20 aos 30, e raramente dos 30 aos 40.

Como conclusão geral da estatística organizada pelo Prof. Ricardo Jorge, sabe-se que, em Portugal, os filhos dos endemiados estão mais predispostos a contraír a doença do que os que procedem de pais sãos.

E. COELHO.

*
*
*

¿Spinosa, espanhol?

Num dos últimos números dos *Archivos de Medicina Cirurgia y Especialidades*, de Madrid, o Prof. Novoa Santos escreve, alhures, êste passo: «*Spinosa, descendente de pais galegos...*»

Pedimos licença para advertir que Baruch Spinoza é descendente de pais portugueses.

Não é a primeira vez que isto acontece. Ao célebre médico e filósofo português do século xvi, Francisco Sanches, nascido em Braga, professor da Universidade de Toulouse, atribuem-lhe também os espanhois a mesma nacionalidade: «Los pensadores del siglo xvi que formal y científicamente representan la dirección crítica, son principalmente tres españoles: Juan Luis Vives, *Francisco Sanches* y Pedro Valencia (M. Menéndes Pelayo: *De los orígenes del Criticismo y del escepticismo*, in *Ensayos de Crítica Filosófica*. Madrid, 1918, pág. 167).

Há já alguns anos, quando estudávamos a demografia da península no tratado do Dr. Ph. Hauser: *La Geografía médica de la Península Ibérica*, topámos a pág. 585, do Vol. I, com esta frase: «*Un historiador gallego, llamado Oliveira Martins, que escribió la «Historia de la civilización Ibérica...»*

Pela simpatia e admiração que nos merecem *los mejores* de Espanha, lamentamos estes factos, vício, afinal, do condenável isolamento espiritual em que vivem os povos peninsulares.

E. COELHO.

*

*

*

Conferência Internacional da tuberculose

Desejamos arquivar nestas páginas as conclusões do relatório de Calmette, apresentadas na Conferência Internacional, que se realizou em Roma no mês passado. Constituem um resumo dos seus trabalhos recentes e dos alheios.

«O estado actual dos nossos conhecimentos sôbre as propriedades biológicas e patogénicas do vírus tuberculoso durante a sua fase de evolução, na qual é filtrável e invisível ao microscópio, deixa numerosas lacunas que os investigados devem esforçar-se em fazer desaparecer.

Ignoramos porque é que a cultura dêste vírus e a transformação dos seus elementos filtráveis em bacilos normais se realiza tão difficilmente nos meios artificiais, e porque é que no organismo dos seres infectados os bacilos normais, procedentes dêstes elementos filtráveis são tão pouco virulentos que, só excepcionalmente provocam lesões tuberculosas.

Nada sabemos, também, do mecanismo pelo qual êste ultravírus e os bacilos que dêle procedem determinam a morte do feto ou do produto da concepção nos primeiros anos que se seguem ao nascimento. Supomos que, nêstes casos, exerce uma acção tóxica, mas não podemos demonstrá-lo.

Por agora, devemos limitar-nos ás seguintes conclusões:

1.º—Existem nos produtos tuberculosos, pus, escarros (mesmo nos não bacilares, procedentes das tuberculoses fechadas), exsudatos pleurais ou peritoneais, etc, e também nas culturas de bacilos de Koch, em meios líquidos, elementos filtráveis e invisíveis ao microscópio.

2.º—Êstes elementos virulentos filtráveis, semiados em meios artificiais diferentes, não dão origem a culturas do bacilo de Koch; mas inoculados no tecido celular sub-cutâneo, nas veias ou no peritoneo de animais sensíveis,

como a cobaia, produzem lesões ganglionares, geralmente muito discretas, nas quais uma investigação atenta e prolongada permite descobrir bacilos de Koch típicos, isolados ou aglomerados, com frequência acompanhados de granulos, sendo alguns ácido-resistentes.

3.º — Estes elementos virulentos filtráveis encontram-se no sangue dos indivíduos atacados de tuberculose grave e no sangue da menstruação das mulheres tuberculosas.

4.º — Quando se inoculam estes elementos filtráveis nos animais sensíveis, aparecem geralmente dotados de uma fraca virulência, de uma pequena vitalidade, que torna difícil a sua cultura em meios artificiais, sendo capazes de produzir lesões caseosas. É raro conseguir-se aumentar a sua virulência e fazê-los recuperar os caracteres de bacilos tuberculígenos por meio de inoculações sucessivas na cobaia.

5.º — Os animais inoculados com elementos filtráveis tornam-se sensíveis à tuberculina. Apresentam o fenómeno de Koch por reïnoculações convenientemente distanciadas e produzem anticorpos tuberculosos normais tituláveis pela reacção de Bordet-Gengou. Parece que os animais que não sucumbem nos primeiros dias, após a inoculação, se tornam mais resistentes do que os não inoculados por uma infecção virulenta não excessiva.

6.º — Os elementos filtráveis do bacilo de Koch, isolados por filtração de produtos tuberculosos, do sangue dos doentes ou das culturas, podem passar através da placenta das mulheres em gestação, e nêstes casos susceptíveis de provocar a morte do feto ou da criança, durante as primeiras semanas após o nascimento. No organismo dêsses fetos ou dessas crianças não se observa na autópsia nenhuma lesão tuberculosa visível, pois encontra-se o ultravírus inoculável; e procurando cuidadosamente elementos mais evolutivos, granulações e formas bacilares ácido-resistentes, que teem todos os caracteres morfológicos do bacilo de Koch normal.

7.º — Esta passagem do ultravírus através da placenta de mulheres tuberculosas em gestação ou no sangue dos doentes tuberculosos parece muito freqüente, ao passo que a infecção placentária ou sangüínea (bacilémia), pelas formas bacilares normais, é relativamente rara. O ultravírus parece excepcionalmente perigoso para o feto ou para o recém-nascido. Os filhos de mães tuberculosas, se vivem algumas semanas, parece que se não ressentem depois. Não os sensibiliza para as reïnfeções exógenas nem tão pouco para a vacina artificial pelo B. C. G.

8.º — Os conhecimentos novos que adquirimos sôbre o ultravírus tuberculoso não modificam de nenhum modo as regras da profilaxia moderna anti-tuberculosa. Esta deve basear-se sempre na vacina preventiva ou preëmunição e, simultâneamente, na separação imediata, todas as vezes que seja possível, com o fim de evitar as infecções e as reïnfeções pelos bacilos virulentos que determinam os tuberculosos nos recém-nascidos.»

Estas conclusões de Calmette, pondo os actuais problemas da tuberculose, marcam também as trajectórias das futuras investigações.

*
* * *

Faculdades de Medicina

de Lisboa

A folha oficial publicou um decreto fixando em dezasseis o número de primeiros assistentes da Faculdade de Medicina de Lisboa e reduzindo a quarenta o número de segundos assistentes da mesma Faculdade.

Pelo mesmo decreto, o quadro do pessoal da 1.ª secção dos serviços clínicos do Hospital Escolar é fixado do modo seguinte :

Serviço de Raios X: um chefe de serviço, um assistente, dois preparadores, um servente e uma criada.

Serviço de agentes físicos: um chefe de serviço, um assistente, dois preparadores, um servente e uma criada.

*
* * *

Hospitais Civis de Lisboa

Precedendo concurso de provas documentais e práticas, foram nomeados por alvará do enfermeiro-mór dos Hospitais, internos do 2.º ano de clínica médica, pela ordem da respectiva classificação, os snrs. Drs. João Leite da Silva Duarte, Estevão Amaral Fortes, Ernesto Pereira de Barahona Fragozo Tavares e Manuela Pinto Meireles; e internos do 2.º ano de clínica cirúrgica, os Drs. Virgílio Custódio de Morais, Francisco Cabral Sacadura, Francisco Manuel de Seixas Serra, Álvaro Ernesto de Seabra, António Guilherme Fronteira e Silva, José Alfredo Nobre Cartaxo, Sertório Mónico Sena, António Pereira Serrão Franco, Carlos Pereira da Silva Costa, Luis Campos Leite da Silva, António Maria Artur Pinto Ribeiro e João Calvet de Magalhães Marques da Costa.

O acto da posse realizou-se no dia 1 do mês corrente.

*
* * *

Juntas de Higiene

A Direcção Geral de Saúde enviou circulares aos governadores civis, afim de que êstes promovam a formação de Juntas de Higiene concelhias, às quais caberá o estudo das propostas para o aperfeiçoamento das condições de higiene e salubridade.



Assistência Nacional aos Tuberculosos, no Pórtó

A direcção da circunscrição do Porto, da Assistência Nacional aos Tuberculosos, na sua última reunião, constituiu o quadro clínico do Dispensário da maneira que segue:

Médicos efectivos: Drs. Carteado Mena, director clínico; Raúl Claro Outeiro, Carlos Alberto da Rocha, Manuel Monterroso, António de Almeida Garrett e Angelo das Neves. Médicos suplentes: Drs. José Rodrigues de Carvalho, Adriano Fontes, José Aroso e José Martins de Alte.

Na mesma sessão tratou-se da expropriação da zona para o Hospital da cidade.

Assistência médica em Moçambique

Foi publicada, pelo governador geral de Moçambique, uma portaria, inserindo uma tabela de honorários pelos serviços médicos e cirúrgicos, os quais até essa data haviam atingido um custo desmedido. Como, porém, essa portaria suscitasse algumas reclamações, vai intervir no assunto o Conselho Superior das Colónias.

Também pelo governador geral da mesma província foi apresentada ao ministro das Colónias uma proposta, abrindo um crédito de 3.410 contos, afim de que possa ser posto em prática o novo plano de assistência aos indigenas.

Hospital Colonial

Vão ser remodelados os serviços do Hospital Colonial, para o que foi nomeada pelo sr. ministro das Colónias uma comissão de médicos e outras entidades.

Combate à doença do sono

Em obediência ao que ficara consignado numa das cláusulas da convenção luso-belga, partiram para Loanda os drs. Trelis e Daren, médicos do Congo Belga, no propósito de conferenciarem com os delegados portugueses acerca da doença do sono. Em seguida percorrerão as zonas do Cuanza e do Congo, regressando a Boma.

Partido médico

A Câmara Municipal de Cantanhede pôs a concurso por espaço de trinta dias, o partido médico da área das Febres, com o vencimento anual de 200.700 Esc. e a subvenção de 6.982.700.





Tratamento completo das doenças do fígado e dos síndromas derivativos

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



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

PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos científicos

Lavagem
de Extracto de Bilis
glicerinado
e de Panbiline



1 a 3 colheres em 160 gr.
de água fervida
quente.
Crianças: 1/3 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

OPOTERAPIA VEGETAL

Os Energétènes BYLA

TUDO O SUCO INALTERAVEL DA PLANTA FRESCA E VIVA

Valériane Byla

Digitale Byla

Colchique, Aubépine, Genêt, Gui, Muguet, Sauge, Cassis, Marrons d'Inde

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

Rua Nova da Trindade, 9 — LISBOA



EXPOSIÇÃO MEDICO-
CIRURGICA PROMOVIDA
PELA LISBOA MEDICA
POR OCASIÃO DO CENTENÁRIO DA
RÉGIA ESCOLA DE CIRURGIA DE
LISBOA.

EM REUNIÃO DO JURI FOI DELIBERADO CON-
CEDER DIPLOMA DE MEDALHA DE
OURO AO EXPOSITOR *Alves e C.^a*
(Irmãos) pelos productos "Wander".

O PRESIDENTE

O SECRETARIO

Alves e C.^a

A. Almeida D.^s

Pro memoria:

OVOMALTINE, fortificante;
JEMALT, óleo de fígado de
bacalhau isento do seu
gosto desagradável.

ALUCOL, contra a hiperaci-
dez e suas consequências;

CRISTOLAX, laxante tónico
e digestivo;

FORMITROL, contra as
doenças infecciosas da boca
e da garganta.

MALTOSAN, sopa de malte
Keller;

NUTROMALT, açúcar nu-
tritivo para crianças de
mama.

Dr. A. WANDER, S. A. BERNE

Únicos concessionários para Portugal:

ALVES & C.^a (IRMÃOS)

Rua dos Correeiros, 41, 2.^o — LISBOA

Sala
Est.
Tab.
N.º