

Ano VI

N.º 3

Março de 1929



# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

## DIRECÇÃO

PROFESSORES

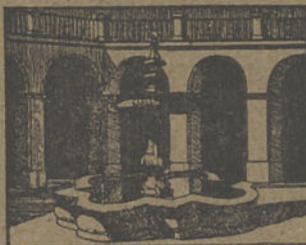
*Custódio Cabeça, Belo Moraes, Egas Moniz,  
Pulido Valente, Adelino Padesca, António Flores,  
Henrique Parreira*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

*Eduardo Coelho*

REDACTORES

*Vasco Palmeirim, A. Almeida Dias, Moraes 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 dos agentes para Portugal e Colonias

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> — R. Nova da Trindade, 9, 1.<sup>o</sup> — 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 s por dia produzem **diurese prompta**, reanimam o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA**, Lesões **MITRAES, CARDIOPATHIAS** da **INFANCIA** e dos **VELHOS**, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

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

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

3, Boulevard St-Martin, Paris — e PHARMACIAS.

# RICINOSAL

**OLEO DE RICINO EM PÓ EFERVESCENTE**

Purgante eficaz e muito

agradavel de tomar

Verdadeiro substituto do

oleo de ricino vulgar

II INDICADO PARA II

**CRIANÇAS \* GRÁVIDAS \* PUÉRPERAS**

PREPARAÇÃO DE M. GIMENEZ - SALINAS

CALLE ARZOBISPO P. CLARET, 21 Y 23 — BARCELONA

PARA AMOSTRAS DIRIGIR-SE AOS REPRESENTANTES:

**GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> — RUA NOVA DA TRINDADE,**

**LISBOA**

Sala B

Est. 9

Tab. .....

N.<sup>o</sup> 75

APAREHOS  
DE  
**Diatermia Dufлот**  
COM  
**Éclateur Fixo de Tungsténio**

SEGURANÇA  
ABSOLUTA.

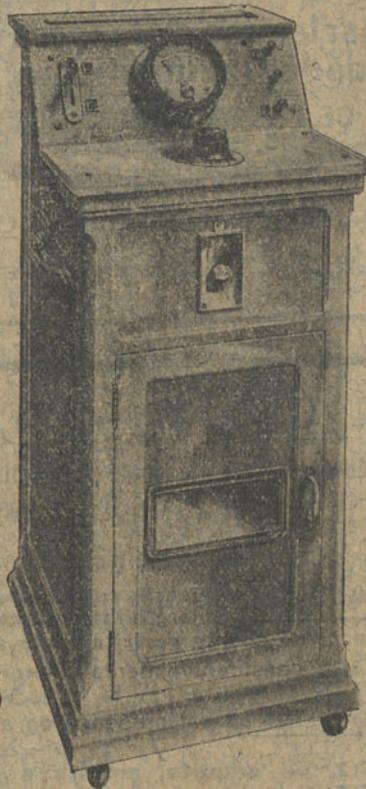
MANOBRAS  
SIMPLES.

PRECISÃO NO  
FUNCIONAMENTO.

RENDIMENTO  
ELEVADO.

AUSENCIA DE  
FARADISAÇÃO.

TRANSFORMADOR  
TIPO INDUSTRIAL  
SÓB 75, 110, 150  
E 220 VOLTS.



ÉCLATEUR  
MODELO FIXO  
TRABALHANDO AO  
AR LIVRE E PO-  
DENDO FUNCIONAR  
LONGAMENTE SEM  
DESGASTE.

CONDENSADORES:  
DE GRANDE RENDI-  
MENTO CONSER-  
VANDO-SE SEMPRE  
FRIOS.

MILIAMPEREMETRO  
TÉRMICO  
COMPENSADO DE  
2 GRADUAÇÕES.

Visite-nos V. Ex.<sup>a</sup> e encontrará o aparelho que lhe convem

**DAVITA, L.<sup>DA</sup>**

Rua Eugénio dos Santos, 81 — LISBOA

COMBINAÇÃO IODO-PEPTONADA  
GOTTAS, INJECTAVEL

# I O D O N E

## "ROBIN"

Arteriosclerose, Affecções cardiacas,  
Obesidade, Rheumatismo, Syphilis

OS LABORATORIOS ROBIN  
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo. D. N. S. P. N.º 832  
28 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias:

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

## SULFARSENOL

Sal. de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

**TOXICIDADE** consideravelmente inferior

à dos 606, 914, etc.

**INALTERABILIDADE** em presença do ar

(Injecções em ar)

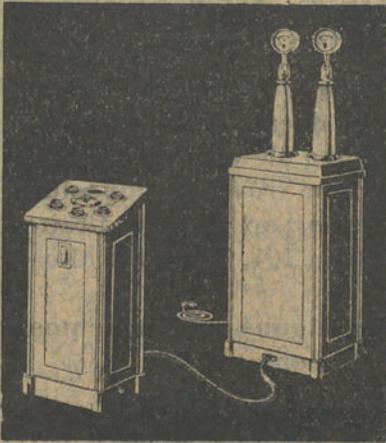
Muito **EFICAZ** na orquite, artrite e mais complicações locais de Bleforragia, Metrite, Salpingite, etc.

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI<sup>e</sup>)

DEPOSITARIOS  
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.<sup>a</sup>, L. da 45, Rua Santa Justa, 2.<sup>o</sup>  
LISBOA



Os melhores  
aparelhos de  
**RAIOS X**  
E  
**Electromedicina**

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

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.<sup>da</sup>, Engenheiros, RUA DOS FANQUEIROS, 334-LISBOA

## Opinião de alguns médicos: N.º 8

Recentemente fui chamado para um caso de pneumonia e encontrei o doente em condições muito más. A doença datava de alguns dias sem assistência médica. O exame revelou consolidação completa do lobe inferior no pulmão direito; dyspnea intensa, temperatura 104, F., pulso alto — cyanose.

Dei da minha algibeira alguns medicamentos e ordenei que fizesse absolutamente uso de



e não tomasse mais nada sem minha indicação.

Foi convenientemente aplicada e o filho do doente disse-me no dia seguinte que o pai estava muito melhor. Na manhã seguinte encontreio com uma grande diferença, — estava socegado — livre de dôres; a cynose tinha desaparecido, a temperatura baixou. O doente disse:

*«Eu não sei o que me fez, mas o que é certo é que me salvou a vida».*

**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**

**ALIMENTOS****ESPECIALIDADES****A L L E N B U R Y S**

da fábrica ALLEN &amp; HANBURY'S, LTD., fundada em 1715

- N.º 1** — Lacteo, para recém-nascidos  
**N.º 2** — Lacteo, dos 3 aos 6 meses  
**N.º 3** — Maltado, depois dos 6 meses e adultos  
**Diel** — para dispepticos e velhos  
**Biscoitos** — maltados, para o desmame  
**Farinha** — para diabéticos, etc.

- Oleo de Fig. de Bac.** — com malte (Byno)  
**Parafina** — contra prisão de ventre  
**Extracto de Malte** — puro (Torchi)  
**Pastilhas** — mentol, eucalipto, etc.  
**Biberons** — o melhor modelo  
**Sabonotes** — «Baby Soap», para peles finas

**Carne líquida, Leite maltado, Hemoglobina, Oleo de ricino, etc.****APRECIADOS PELOS MÉDICOS  
PREFERIDOS PELA ÉLITE****Folhetos, tabélas e impressos aos Ex.<sup>mos</sup> clínicos****TERMÓMETROS****HICKS****GARANTIDOS****CLÍNICOS**

N.ºs 1, 2, 3 e 17

marca  registada**GENUÍNOS**

prismáticos, UM ou MEIO MINUTO

**USADOS**( pelo HOSPITAL DA MARINHA  
( pela ASSISTENCIA NACIONAL AOS TUBERCULOSOS, etc.**A' venda nas FARMACIAS de todo o mundo**

**INSULINA 'A.B.'**  
 MARCA DE  FÁBRICA **Brand**

Esta Insulina foi a 1.ª apresentada na Inglaterra à classe médica e após 5 anos mantém a reputação de ser a de maior confiança e a demais seguros e satisfatórios resultados.

**CARACTERÍSTICAS:**

Uniformidade das unidades. — Potencia e inalterabilidade em qualquer clima. — Pureza e esterilidade completas. — Ausencia de proteínas que produzam reacção e portanto, dos seus desagradáveis efeitos

A acção da INSULINA A. B. avalia-se por meio das mais completas provas fisiológicas e baseia-se na unidade convencionada e no produto-padrão

Cada lote antes de sair da fábrica é vistoriado pelo Conselho Britânico de Pesquisas médicas

**A P R O V A D A:**

pelo III.º Prof. Dr. ERNESTO ROMA  
 pela ASSOCIAÇÃO dos DIABÉTICOS

A de maior venda no país e  
 A ÚNICA adquirida  
 pela MISERICORDIA DE LISBOA

**Fornece-se em duas forças:**

- 20 UNIDADES POR C. C.  
 5 c. c. (frascinhos de 100 un. ou 10 doses)  
 25 c. c. (frascinhos de 500 un. ou 50 doses)  
 10 UNIDADES POR C. C.  
 5 c. c. (frascinhos de 200 un. ou 20 doses)  
 À disposição dos srs. clínicos o folheto «Notas Práticas Sobre o Tratamento pela INSULINA».

**FABRICANTES UNIDOS:****ALLEN & HANBURY'S, LTD. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.**

Representantes: COLL TAYLOR, LDA. Rua dos Douradoures, 29, 1.º — LISBOA — Telef. C. 1366. Teleg. DELTA

# Hãmafopan

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

simple 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**

## SPETON

PASTILHAS  
ANTISEPTICAS  
E  
PROFILATICAS

O protector  
ideal para  
as mulheres

Conhecidas  
desde ha mais  
de 25 anos



## GONOCIN

Antibienorrhagico **INTERNO**  
poderoso

Excelente desinfectante das  
vias urinarias

Alivia e acalma as dores

É diuretico e anaphrodisiaco

Efeitos seguros em casos  
recentes e chronicos de  
gonorrea e cistite

Fabricante: TEMMLER-WERKE, Berlin-Johannisthal

Depositarios exclusivos: Henrique Linker, L.<sup>a</sup>-Lisboa, R. D. Pedro V, 32-36

# 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.

## SENHOR DOUTOR!

Sirva-se receitar em fumigação

### o PÕ EXIBARD

*Sem Opio nem Morphina*

o qual allivia sem demora

a **ASTHMA.**

Para evitar as contrafacções  
exija-se a assignatura

*Exibard*

H. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C<sup>o</sup>, 6, Rue Dombasle, Paris, e boas Pharmacias.

Laborat6rios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche

PARIS (França)

Registo comercial: Seine N.º 103 278

**ARHÉOL**C<sup>15</sup> H<sup>26</sup> O

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

**KOLA ASTIER**

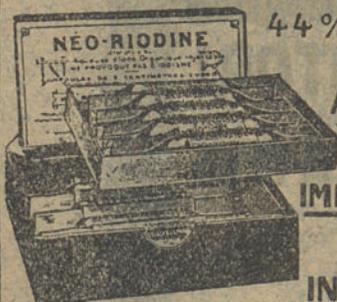
GRANULADA



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

**NÉO-RIODINE**C<sup>3</sup> H<sup>6</sup> O + I<sup>5</sup> Na.

Solução Aquosa de Iodo  
Organico Injectavel



44% de Iodo

**ACÇÃO****IMMEDIATA****INTENSA**

Em injecc6es intramusculares e intra-venosas.

Dose: de 1, 2, 3 a 5 cm<sup>3</sup> segundo os casos.

**NÃO PROVOCAM ACCIDENTES DE IODISMO**

Perturbaç6es cardio-vasculares, Arterio-esclerose, Escleroses pulmonares, Affecç6es respiratorias chronicas, Rheumatismo, Lymphatismo, Escrofula, Tuberculose, Doenças especificas e em todas os casos em que a medicaç6o iodada ou iodurada é indicada.

**RIODINE**(C<sup>18</sup> H<sup>33</sup> O<sup>3</sup>)<sub>3</sub> (H)<sup>2</sup> C<sup>3</sup> H<sup>5</sup>

Derivado organico iodado  
Ether glicerico  
iodado do acido  
ricinoleico.

**ACÇÃO****LENTA****PROLONGADA**

Composto definido e estavel  
Dose media: De 2 a 6 perolas por dia  
ap6s as refeic6es.

Depositários gerais para Portugal e Col6nias:

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



## SUMÁRIO

### Artigos originaes

<i>Ação terapéutica das injeções intracarotídias de iodeto de sódio, por Egas Moniz</i> .....	pág. 141
<i>Considerações sobre doze casos de frenicectomia, por Lopo de Carvalho e Vasco de Lacerda</i> .....	» 149
Notas clínicas	
<i>As cefaleias em oftalmologia, por Lopes de Andrade</i> .....	» 192
Sessões científicas do Hospital Escolar	
<i>Sessão de 30 de Janeiro de 1929</i> .....	» 200
Bibliografia	
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i> .....	» 205
<i>Notícias &amp; Informações</i> .....	» XVII

## ACÇÃO TERAPÉUTICA DAS INJECCÕES INTRACAROTÍDIAS DE IODETO DE SÓDIO (1)

POR

EGAS MONIZ

Uma série de factos clínicos, assaz impressionantes pela sua relativa freqüência, veio chamar a nossa atenção para uma nova acção terapéutica do iodo.

Há doentes com syndromas de hipertensão craniana que melhoram após as injeções intracarotídias de iodeto de sódio a 25%. Estas injeções são dadas rapidamente, com intervalo de alguns dias, nas carótidas internas, de um e outro lado. As doses médias de 5 a 7 c.c. dão as arteriografias cerebrais desejadas. Em alguns segundos, renovada a circulação da carótida interna pela abertura da pinça de Martins, o líquido passa à circulação venosa após a sua passagem pelos capilares. Em contacto íntimo com as células nervosas na região do grupo silvico que irriga uma parte importante do cérebro, raras vezes invade, em dose visível, a cerebral anterior e, só em casos de anomalia, atinge a cerebral posterior. A solução iodada passa, em geral, com indiferença para o enfêrmo.

Em alguns casos, porém, os doentes melhoram dos sintomas que formam o quadro hipertensivo, mesmo quando se trata de

(1) Comunicação feita nas *Sessões científicas do Hospital Escolar*.

tumores cerebrais averiguados. As cefaleias, mesmo quando muito intensas, deminuem, por maior ou menor espaço de tempo, e em alguns doentes a visão também melhora. Nunca vimos agravar-se o estado dos doentes depois das injeções intracarotídiás de iodeto de sódio; mas muitos dêles ficam, após as injeções, na mesma situação sem qualquer melhoria apreciável. As cefaleias prosseguem mais ou menos intensas e a visão, se fôr a extinguir-se, continua a sua marcha fatal para a amaurose.

Não é nosso propósito, pois carecemos de todos os elementos para o fazer, procurar destrinçar as causas determinantes dêstes opostos resultados.

O mecanismo por que actua o iodo no organismo é ainda hoje muito discutido, o que aliás succede com inúmeros fármacos. A serem atribuíveis ao iodo, como tudo parece indicar, os benefícios colhidos pelos doentes a que nos referimos, não representa o facto uma contribuição favorável às explicações aduzidas.

A hipótese do ião-iodo actuante é hoje considerada como menos provável, visto que os resultados obtidos pela medicação iodada se verificam a distância, depois de vários dias, devendo antes ser tomada como a consequência de alterações químicas secundárias (Berg, Sgalitzer, etc.). Meyer e Gottlieb fazem depender a sua acção da molécula-iodo, ligando assim a maior importância às suas propriedades saturadoras nas combinações orgânicas.

A passagem da substância introduzida na rêde artério-venosa do grupo sílvico é rápida. Tudo se passa no espaço de alguns segundos. Estamos, porém, convencidos de que o líquido, um pouco viscoso, se comporta diferentemente na rêde arterial, nos capilares e nas veias.

Numa doente em que utilizámos, sem saber, um soluto contendo vestígios de iodo livre, mais tarde averiguado pela análise nas empolas testemunhas, vimos aparecer, após um ataque epiléptico demorado, uma hemiplegia do lado esquerdo, oposto à injeção, com afasia total. Êste quadro grave atenuou-se, porém, rapidamente e em quatro dias a doente regressou ao seu estado normal.

Não se produziu nenhuma lesão grave nem nos vasos nem nas células nervosas. Se assim fôsse, a regressão, a dar-se, não se faria



# Cardiazol «Knoll»

(pentamethylentetrazol).

**Analéptico de acção favoravel  
sobre a circulação e a respiração.**

**Acção immediata  
por via subcutanea.**

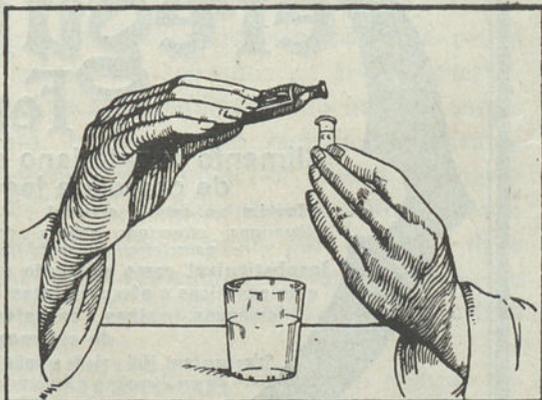


Póde tambem injectar-se pelas vias intramuscular, intravenosa e intracardial.

Conforme o caso, emprega-se 1 empola de 1,1 cc. de hora em hora ou de 1/2 hora em 1/2 hora.

Emballagem d'origem de 6 empolas.

**Acção demorada  
por via buccal.**



Cardiazol liquido e em comprimidos.

3 a 4 vezes por dia 20 gottas (= 0,1 gr. de Cardiazol) ou 1 comprimido de 0,1 gr., eventualmente em intervallos de 2 a 3 horas.

Frasco d'origem com 10 grs. de liquido.

Tabo d'origem com 10 comprimidos.

**KNOLL A.-G.**, Fabricas de productos chimicos, **Ludwigshafen sobre o Rheno**  
(Allemanha).



## Opothérapie Hématica Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS  
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineræ do Sangue total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS  
**Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas**

DESCHIENS, D<sup>o</sup> em P<sup>a</sup>, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (2<sup>a</sup>)  
Amostras e Littérature: SALINAS, rua Nova da Trindade 9, LISBOA

”

# eregumil

## Fernández

Alimento vegetariano completo á base  
de cereais e leguminosas

Contém no estado coloidal  
Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidrocarbonados  
e principios mineræis (fosfatos naturæis).

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

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

FERNÁNDEZ & CANIVELL Y C.<sup>a</sup>-MÁLAGA  
Deposítários: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>  
Rua Nova da Trindade, 9-1<sup>a</sup>  
LISBOA

em tão curto espaço de tempo. Um angioespasmo (1) provocado pelo iodo livre deve ter sido a causa principal desta perturbação mórbida. Os capilares, a parte mais delicada da rêde vascular atravessada pelo líquido, desprotegidos de fibras musculares, devem ter sofrido, na sua delicada trama endotelial, perturbações inflamatórias ligeiras, transmissíveis às células nervosas a que estão ligados.

As arteríolas, as vénulas e os capilares não têm a mesma disposição em todo o cérebro. Os trabalhos de Pfeiffer vieram mostrar que existe uma angioarquitectura a pôr ao lado da mielo e citoarquitectura cerebrais. A passagem do sangue ou de um líquido introduzido por via arterial passa porém muito rapidamente essa minúscula rêde, seja qual fôr a sua forma.

Nas nossas experiências sôbre cães, de que temos provas radioarteriográficas, é fácil verificar zonas de opacidade por estase pericapilar e capilar em regiões do pescoço bem impregnadas de líquidos opacos por via endarterial (*Sr Br<sub>2</sub>* e *Li Br* 100 gr. por 100 c. c. de líquido) o que nunca conseguimos, em vida, no cérebro dos animais.

No homem, e em casos de tumores muito vascularizados, obtivemos não só a visibilidade dos vasos que os irrigam, mas a de manchas escuras correspondentes às neoplasias intracranianas, o que mostra que a circulação de retôrno, pelo menos em alguns meningiomas, se não faz com a rapidez que se realiza no cérebro.

O iodeto de sódio ministrado aos doentes sujeitos à prova encefalográfica demora apenas uns segundos na árvore arterial. Aumenta a velocidade da injeção, deminuindo ao mesmo tempo a concentração do soluto, o sangue que vem da comunicante anterior e um pouco da comunicante posterior. Mas a passagem do líquido pelos capilares deve ser diferente consoante o estado em que se encontrem. A dilatação capilar, por exemplo, deve determinar uma deminuição da velocidade e conseqüentemente uma acção mais prolongada do medicamento sôbre a célula nervosa.

Não nos parece que o líquido actue apenas como solução hi-

---

(1) EGAS MONIZ — «L'action spasmodique de l'iode libre dans l'arbre artériel de la carotide interne». *Revue d'oto-neuro-ophthalmologie*, 1928, págs. 655-659.

peritónica dentro do cérebro. A sua passagem rápida e sobretudo as exíguas quantidades injectadas não justificam tal hipótese. Além disso as melhoras acentuam-se em dias sucessivos. Por outro lado, ministrando doses elevadas de iodeto de sódio por via intravenosa, o que praticámos em vários casos de hipertensão, nunca averiguámos benefícios apreciáveis.

Julgamos que há uma outra causa, embora desconhecida, ligada à acção directa do iodo dado em injeção intracarotídea. O radical sódio não deve intervir nos resultados terapêuticos. Os factos merecem ser arquivados, embora ignoremos o mecanismo íntimo que determina as melhoras destes hipertensos cranianos.

No nosso serviço estão dois doentes de tumores cerebrais, um deles já operado com sucesso pelo Sr. Dr. Amândio Pinto, que melhoraram consideravelmente, um da visão e outro das cefaleias, após as injeções endarteriais de iodeto de sódio. Outros doentes de hipertensão craniana têm colhido ainda maiores benefícios. Entre os casos a que nos vimos referindo há dois em que as melhoras persistem e um deles com estase papilar.

*Primeira doente*—Uma rapariga de Pedrógão, que nos foi enviada pelo Sr. Prof. Gama Pinto em 22 de Outubro de 1927 com a seguinte informação: «Neurite óptica dupla, recente, em comêço de tumefacção».

Apresentava-se quasi cega. Era preciso conduzi-la na enfermaria. W R negativa.

Após a primeira injeção intracarotídea de iodeto de sódio, feita à direita em 3 de Novembro de 1927, algumas melhoras. Depois da segunda prova, realizada à esquerda em 8 de Dezembro, as melhoras progrediram. Demos-lhe também a seguir algumas injeções intravenosas de iodeto de sódio a 20 0/0 e a 10 0/0. A doente passou a ver regularmente.

Enviada de novo ao Sr. Prof. Gama Pinto em 23 de Dezembro, foi-nos dada a seguinte informação: «Melhorou muito de visão. O. d. v. =  $\frac{1}{5}$ , o. e. v. =  $\frac{1}{2}$ . Aspecto das papilas, já de atrofia, com certa côr rosada. No olho ainda restos de turvação inflamatória».

As melhoras prosseguiram e a doente considerou-se curada. Tivemos de lhe dar alta. A nosso pedido, veio últimamente a Lisboa. Foi observada de novo pelo mesmo oftalmologista em

7 de Fevereiro de 1929. Averiguou que «tem agora visão de  $\frac{6}{10}$  nos dois olhos. Nervos ópticos muito pálidos, mais bem limitados». As arteriografias cerebrais desta doente parecem normais. Não são boas, pois são da época inicial das nossas experiências.

A *segunda doente*, com cefaleias desde há oito anos, mais fortes nos 5 meses que precederam a sua entrada no Hospital, com ataques epilépticos que cederam ao luminal, entrou para o serviço com a seguinte informação do Sr. Dr. Alfredo da Fonseca: «Visão de quasi  $\frac{1}{6}$  do normal em ambos os olhos sem alterações que expliquem esta ambliopia». Após as duas injeccões melhorou da visão e regressou a sua casa, não tendo voltado ao oftalmologista, apesar de termos instado para ser de novo examinada. Há muito que não nos aparece, apesar de repetidas instâncias.

As arteriografias não denunciam tumor algum, apresentando apenas uma delas a anomalia da visibilidade da artéria cerebral posterior que nasce da carótida interna, o que nada significa.

Nem uma nem outra destas doentes, além do síndrome de hipertensão craniana, apresentavam quaisquer sinais de localização.

Antes de apresentar as duas doentes que deram motivo a esta comunicação, permitam que abra um pequeno parêntese para dizer, em poucas palavras, os resultados dos nossos trabalhos sobre a encefalografia arterial no que respeita à localização de tumores. Por enquanto só podemos firmar diagnósticos de localização quando se mostram grandes desvios arteriais. Os estudos proseguem e outros resultados virão juntar-se aos obtidos. Devemos informar que os grandes desvios se encontram num número muito avultado de casos, em cerca de 50 % de todos os doentes arteriografados. Em cinco casos de uma nova série, operados pelo Sr. Dr. Amândio Pinto, encontraram-se neoplasias em quatro. Dêstes doentes quatro estão vivos, tendo beneficiado da intervenção cirúrgica. A prova encefalográfica deu-nos o diagnóstico em dois casos em que não havia elementos neurológicos de localização, precisou um outro, marcando a situação lateral de um tumor que julgávamos situado na linha média junto dos núcleos centrais, e contribuiu para esclarecer particularidades numa localização feita pelos sintomas neurológicos.

Aproveitamos o ensejo desta comunicação para apresentar um novo caso de localização pelo método encefalográfico.

Trata-se de um homem a quem há um ano fizemos a prova. Em trabalho já publicado fizemos o diagnóstico de tumor do lobo temporal direito.

Não quis operar-se. Julgou-se curado após as injeções intracarotídeas e, de feito, pareceu-nos ter beneficiado com elas.

Voltou agora com acessos epilépticos repetidos, tendo falecido em um dêles, antes de se tentar a operação.

A radiografia e a peça anatómica que está presente correspondem-se. Um enorme tumor veio justificar a grande elevação do grupo sílvico encontrado na arteriografia direita.

Devemos afirmar que, no início, não havia sinais de localização. Posteriormente declarou-se uma hemianopsia temporal incompleta à esquerda; mas outros sintomas neurológicos deixavam-nos embaraçados para firmar um diagnóstico de localização (sinais de via piramidal à direita, etc.).

A peça anatómica que apresentamos mostra como o tumor se encrava no lobo temporal direito, a dentro do corno esfenoidal do ventrículo lateral. Tem o volume de uma pequena laranja.

Contudo, convém repeti-lo, a prova encefalográfica não pode, por enquanto, ser utilizada fora dêstes grandes desvios.

Fechado o parêntese, vamos mostrar duas doentes em que se deram grandes melhoras dos sintomas de hipertensão, após as injeções intracarotídeas de iodeto de sódio.

*Terceira doente* — M. C., veio consultar-nos com um síndrome de hipertensão muito nítido: cefaleias intensíssimas desde Setembro, vômitos e a seguinte observação oftalmológica (5 de outubro) do Sr. Dr. Cordes da Ponte: «Visão de  $\frac{3}{4}$  do normal de ambos os lados. Neurite óptica túmida bilateral com tumefacção aproximada de 1 m/m. Paresia do grande oblíquo esquerdo».

Pouco depois, em nova informação, notou que a visão à esquerda descera a  $\frac{1}{2}$ .

Fizemos-lhe duas punções lombares, a primeira para exame do líquido, que saiu em jacto contínuo, com albumina no limite do normal, Pandy (+ — — —) e sem hiperlinfocitose; a segunda de 20 c. c., no propósito de deminuir os sintomas da hipertensão e nomeadamente as fortes dores de cabeça. Após uns dias de mal-estar, melhorou um pouco das cefaleias.

Depois da prova encefalográfica dos dois lados não mais teve dores de cabeça que a incomodem, nem vômitos, e diz-se

**VIGANTOL**

**Vitamina-D**

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

*Algumas das principaes indicações:*

Rachitismo, osteomalacia, carie dos dentes, estados espasmodicos (espasmo-philia, tetano), diatese 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 %; caixas em folha de 25 drageas cobertas de chocolate, a 4 mgr.

I. G. Farbenindustrie  
Aktiengesellschaft  
Departamento Farmaceutico  
"Bayer-Meister-Lucius"  
LEVERKUSEN

DEPOSITARIOS:

Augusto S. Natividade  
Rua dos Douradores, 150-3.º - LISBOA  
Sociedade de Anilinas, L.<sup>da</sup>  
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



# 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 estircina

**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:** **TÔNICO SALVE:** Reconstituente do sistema nervoso  
**GOTAS F. V. A. T.:** Potente antiescrofuloso.

Depositários gerais para Portugal: **PESTANA, BRANCO & FERNANDES, L.ª**

Rua dos Sapateiros, 39, 1.ª — LISBOA

PILULAS

## OPOBYL

PILULAS

TRATAMENTO PHYSIOLOGICO

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

*Prisões de ventre chronicas, Estados hemorrhoideos.*

COMPOZIÇÃO

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

**INSUFFICIENCIAS  
Hepatica e Biliar**

PHARMACODYNAMIA

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

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

Amostras gratuitas, a um simples pedido endereçado aos:

Laboratorios A. BAILLY 13 et 17, Rue de Rome, PARIS (8ª)

muito melhor da visão. Um novo exame feito pelo mesmo oftalmologista encontra-a, porém, «sensivelmente no mesmo estado. A tumefacção é menor de ambos os lados. Os campos visuais sensivelmente normais».

O estado da doente está notavelmente melhorado com a ausência da cefaleia e vômitos.

À face das arteriografias pode pensar-se no diagnóstico dum provável tumor, ou meningite serosa enquistada (?) do lobo temporal esquerdo. Contudo os desvios não são de molde a garantir por agora a localização. Tem porém a favorecê-la alguns pequenos sintomas neurológicos. Julgamos prudente que regresse por algum tempo a sua casa, voltando ao menor indício de agravamento do seu mal e, mesmo que não piore, é preciso que compareça, ao fim de algumas semanas, para novo exame.

A *quarta doente* é uma pequena de 11 anos, Maria José, que após uma doença febril (enterite ?) que durou algumas semanas, apresentou cefaleias fortes, vômitos e enfraquecimento da visão. Em três ou quatro dias ficou amaurótica, tendo continuado a ter ainda por alguns dias cefaleias e vômitos.

Os oftalmologistas informaram que a doente tinha uma cegueira absoluta. Não havia estase papilar. Quando muito um início de atrofia dos nervos ópticos.

Na enfermaria conduziu-se sempre como cega.

Dias depois da primeira prova à esquerda afirmou a doente que começava a ver a luz. Feito um exame no serviço ficaram-nos dúvidas. No dia seguinte ao da segunda injeção intracarotídea de iodeto de sódio declarou que a vista lhe voltara. Enviada ao Sr. Prof. Gama Pinto, comunicou-nos a seguinte nota: «Parece contar dedos a 3 metros de distância».

As melhoras prosseguiram. Observada, de novo, em 25 de Fevereiro, informa o mesmo oftalmologista: «Tem no olho direito  $\frac{1}{2}$  da visão e no olho esquerdo quasi metade da visão normal. O nervo óptico direito pareceu-me hoje um tanto pálido». As arteriografias denotam qualquer cousa de anormal, à esquerda, dando a impressão de uma mancha por impregnação do líquido opaco. Queremos frisar o facto de que esta doente recuperou já uma parte importantíssima da visão perdida.

Não se pode pensar em histeria neste caso.

¿ Sobreviria uma meningite serosa ligada à infecção inicial? É muito provável, mas a marcha da doença dirá a última palavra.

Explicar todos estes factos por meras coincidências é inteiramente improvável. A medicação iodada por via carotídea deve ter uma parte importante nas melhoras destes casos de hipertensão craniana.

Ficam sem explicação razoável as grandes diferenças encontradas nos diversos doentes, uns permanecendo insensíveis à droga, outros beneficiando da sua acção. Carecemos de numerosas observações para poder tirar ilações que se firmem em sólido terreno científico.

*Serviço de Clinica Propedêutica*

## CONSIDERAÇÕES SÔBRE DOZE CASOS DE FRENICECTOMIA

POR

LOPO DE CARVALHO  
Prof. da Fac. de Med. de Lisboa

e

VASCO DE LACERDA  
Assist. da Fac. de Med. de Lisboa

Já hoje ninguém ignora que o tratamento da tuberculose pulmonar deixou o campo exclusivo da terapêutica médica para entrar no vastíssimo domínio das aplicações cirúrgicas. Não se realizam, é certo, as intervenções sangrentas dirigidas sôbre a sede lesional do processo, procurando drenar os focos existentes ou debelar o mal pela amputação da zona parenquimatosa que a infiltração tuberculosa tenda a invadir e destruir. Não. A colaboração da cirurgia no tratamento das lesões pulmonares visa essencialmente uma modificação de natureza mecânica, em ordem a reduzir o volume do órgão na sua totalidade ou só na porção lesada, provocando a sua imobilização, reduzindo ou anulando a sua actividade funcional e diminuindo, conseqüentemente, a circulação sangüínea e linfática. Todos sabem, na verdade, que a infecção tuberculosa do pulmão, quando comparada com a de outros órgãos, ocupa o extremo limite de gravidade, talvez pela vascularização extraordinariamente activa e intensa do órgão e pela fraca densidade do tecido, o que permite a fácil propagação local do processo e o aparecimento precoce de fenómenos toxi-infecciosos gerais, que as migrações linfáticas e as absorpções tóxicas naturalmente provocam. Daí resulta a acção manifesta e brilhante que o estabelecimento dum colapso do órgão exerce sôbre a evolução do estado geral e local do doente. É desnecessário, supomos, alargarmo-nos em considerações várias sôbre tal assunto, que no momento actual já ninguém discute ou contesta,

pois o valor terapêutico do pneumotórax está definitivamente demonstrado e a sua prática de há muito entrou nos recursos de que diariamente nos servimos para debelar a doença ou dominar a infecção.

Nem sempre, porém, a realização de um colapso é possível; aderências extensas e intensas dos dois folhetos pleurais impedem o repouso e a redução funcional do órgão; e, ou o organismo é novo e o processo tende espontaneamente para a retracção fibrosa do pulmão, estabelecendo-se progressivamente a redução do hemitórax, como tantas vezes se observa nas crianças, ou a modalidade reaccional dos tecidos é de feição francamente destructiva, nula a maleabilidade torácica, e, nesses casos, a doença caminha inclemente, invadindo e destruindo os tecidos, intoxicando e depauperando o organismo, num franco e progressivo avanço quasi sempre difficil de dominar ou de deter.

A impossibilidade de immobilizar o órgão por um pneumotórax artificial em virtude do estado sinfisário das pleuras, orientou, como era de prever, a atenção dos tisiologistas e cirurgiões para a redução do volume do hemitórax, quer pelo lado costal, procedendo a uma toracoplastia, de que em breve nos occuparemos neste mesmo jornal, quer pela base diafragmática, cujo continuo movimento era impeditivo do repouso necessário a cicatrização das lesões. Deminuir a amplitude dos movimentos respiratórios do pulmão pela paralisia provocada do diafragma seria, pois, logicamente, uma tentativa terapêutica a pôr em prática. Com esse fim, utilizou SUERTZ, pela primeira vez, em 1911, a frenicotomia no tratamento das cavernas e das dilatações brônquicas da base. Quasi simultaneamente SAUERBRUCH, ignorando os ensaios feitos por este autor, realizara a mesma intervenção nalguns casos de tuberculose pulmonar. Em breve o novo método terapêutico se generalizou pelos diversos países, principalmente na Alemanha, na Suíssa, na Escandinávia e na América, e, a pouco e pouco, foi perdendo a indicação restritiva aos processos basais para criar foros de intervenção de mais largo alcance com influencia terapêutica extensiva ás próprias lesões apicais. Em Portugal, supomos que nenhum caso foi ainda publicado, referente ao valor da frenicectomia no tratamento da tuberculose pulmonar. Temos apenas conhecimento de uma communicação apresentada pelo Dr. Mac-Bride à Sociedade de Ciências Médicas sobre a sua applica-

**OPOTERAPIA  
FEMININA**

# **GINECINA**

## **SEIXAS-PALMA**

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

**DE OPTIMO RESULTADO  
EM TODOS OS CASOS DE:  
IRREGULARIDADES MENSTRUAES  
PERTURBAÇÕES DA MENOPAUSA  
NEURASTENIA SEXUAL.  
HISTERISMO.  
ACIDENTES CONSECUTIVOS A' OVARIOTOMIA.  
NEVROSES CARDIACAS.  
ASMA NERVOSA.  
NEURASTENIA GERAL.**

**LABORATORIOS  
DE**

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

Foi para obviar as perniciosas consequencias derivadas de insuficiencia das glandulas endocrínicas que foi preparada a

# GÍNECINA

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

Aproveitamos a oportunidade para chamarmos a atenção de V. Ex.<sup>a</sup> para os seguintes preparados de criação propria, cujos resultados teem merecido os mais rasgados elogios:

**EXTRACTO OVARICO COMPLETO** — INDICAÇÕES: Histerismo, idade critica, accidentes consecutivos á ovariectomia. Vomitos ocasionados pela gravidez. — DOSE: 2 a 3 comprimidos por dia antes das refeições:

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

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

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



ção em dois casos simples de derrames purulentos da pleura. Como intervenção realizada para o tratamento de lesões pulmonares, só particularmente sabemos ter sido ensaiada três ou quatro vezes, mas *à bout de ressources*, como uma última tentativa, da qual já pouco poderia beneficiar a vida efêmera dos doentes.

Até hoje foram feitas no Serviço de Clínica Propedêutica doze frenicectomias, sete das quais recentemente. Operados pelo Prof. Augusto Monjardino, auxiliado por nós, segundo a técnica adiante exposta, foram os doentes devidamente seleccionados e seguidos. É reduzido ainda o número de casos para sôbre êles tirarmos conclusões definitivas. Como, porém, algumas das histórias clínicas são bastante elucidativas sôbre o valor da intervenção, e como em assuntos médicos a qualidade das observações encerra, por vezes, maior valor intrínseco do que a sua própria quantidade, julgamos desde já oportuna a publicação das considerações que se seguem.

\*

\*

\*

Seja qual fôr o método utilizado para o estabelecimento de um colapso pulmonar, a acção que êle é susceptível de exercer sôbre o processo lesional depende essencialmente de dois factores: — a elasticidade do parênquima normal e a retractilidade das lesões. A primeira, inerente à sua constituição histológica, manifesta-se sempre que o espaço interpleural mantenha comunicação com o meio exterior ou a parede toraco-diafragmática sofra uma redução de volume. A segunda, condicionada pela transformação fibro-conjuntiva do tecido pulmonar infiltrado, depende da feição evolutiva do processo e da natureza das lesões, constituindo, quando se estabelece, uma das modalidades da cura espontânea da tuberculose pulmonar. Ninguém ignora, com efeito, que se há *poussées* exsudativas susceptíveis de resolução completa, como de há muito demonstraram os trabalhos de BESANÇON e BRAUN e os estudos de JAQUEROD, as formas fibro-caseosas do adulto, quando curam, é por um processo de esclerose cicatricial lento, que exige, para se constituir, uma retracção considerável do parênquima invadido, em geral proporcional à neo-formação conjuntiva. É o que em tantas radiografias vem testemunhado pelo deslocamento, por vezes intenso, do mediastino, com o encurvamento da traqueia e

do pedículo cardíaco, com a dextro ou sinistocardia adquirida, com o repuxamento da cúpula diafragmática, a deformação das scissuras e a própria retracção dos espaços intercostais. São, por vezes, intensas estas fôrças retractivas da esclerose cicatricial. São elas que, adicionadas ao colapso espontâneo das partes sãs do pulmão, graças ao esqueleto conjuntivo-elástico do parênquima, constituem essencialmente o modo de acção do pneumotórax artificial. A velha idea das altas pressões pleurais, que levavam à imobilização absoluta do órgão, sob uma atmosfera gasosa compressiva, sem as quais nenhum efeito terapêutico seria apreciável, pertence já à história do tratamento de FORLANINI, tendo caído quasi por completo em desuso. Na verdade, fácil é reconhecer, pelo exame radiológico de numerosíssimos casos, que nenhuma correlação existe entre a eficácia de um pneumotórax e o grau de compressão pulmonar. Há mesmo certos pneumotórax parciais, cujos efeitos, não só são comparáveis, como até, por vezes, excedem os resultados clínicos obtidos por um colapso total do órgão. É que uma insuflação gasosa, embora pequena, mas que permita libertar o parênquima pulmonar das suas conexões periféricas e dar livre acção às fôrças elásticas e retractivas, constitui, por si só, a condição bastante e necessária para o estabelecimento da esclerose cicatricial e, portanto, da cura do processo.

Encarado sob este aspecto o princípio fundamental da acção curativa do pneumotórax artificial, fácil é deduzir que a paralisia provocada do diafragma será susceptível de contribuir, pelo mesmo mecanismo, para um efeito benéfico sobre certas lesões tuberculosas do pulmão.

Há quem suponha que o hemidiafragma paralisado e, como tal, flácido ceda à compressão intra-abdominal para indirectamente exercer um impulso de baixo para cima sobre o tecido pulmonar. BERNOU chegou mesmo a procurar avaliar a tensão intracólica, e, reconhecendo o seu maior valor no decúbito horizontal, como era de esperar, não deixou de aconselhar a todos os frenicectomizados o repouso no leito durante alguns meses após a intervenção. Na mesma ordem de ideas aconselhou SIGNORELLI a necessidade de uma alimentação copiosa e rica em farináceos capazes de aumentarem, pelas fermentações bacterianas, a tensão gasosa a dentro do intestino, e, conseqüentemente, impelir o diafragma de encontro ao conteúdo torácico. Não negamos que

qualquer destes factores possa exercer certa influência sôbre a acção terapêutica da frenicectomia. O certo, porém, é que nos tuberculosos pulmonares, regra geral emmagrecidos e de ventre flácido, o impulso dos órgãos abdominais sôbre o músculo diafragmático deve ser problemático ou, pelo menos, insignificante. A acção da frenico-exerese reside essencialmente, a nosso ver, na facilidade da retracção orgânica acima referida e no relativo repouso funcional do órgão, que a flacidez do músculo condiciona. Efectivamente, na inspiração, ao alargarem-se as paredes do tórax, o hemidiafragma paralisado e reduzido a uma membrana flácida e inerte sofre uma ascensão passiva no hemitórax correspondente, em lugar de, pela sua contracção inspiratória, contribuir para o aumento da capacidade torácica que o pulmão imediatamente ocuparia. Há, pois, um repouso parcial do órgão, mas isso não basta para o estabelecimento da cicatrização do processo. A supressão da actividade diafragmática facilita, é certo, a cicatrização; se, porém, não existir a tendência à retracção espontânea, quer pela elasticidade, quer por um certo grau de retractilidade lesional, o alcance da intervenção será praticamente nulo ou de resultados de limitado efeito.

Na verdade, como acima dissemos, de há muito a anatomia patológica nos revelou que o pulmão em via de cura se retrai. E essa retracção, embora aparentemente localizada, estende-se ordinariamente a todo o parênquima. É por isso que a frenicectomia deixou de ter a sua indicação exclusiva no tratamento das lesões basais, para estender o campo de acção às lesões médias e apicais.

Em radiografias de doentes frenicectomizados, como adiante veremos, nota-se, com efeito, a influência franca da paralisia diafragmática sôbre os processos altamente situados. É sôbre este ponto de vista duma demonstração precisa a radiografia da observação VII (estampas n.º III e IV), por exemplo, na qual a presença de um espessamento pleural visível aos raios X entre o lobo superior e o médio nos permite apreciar com clareza a retração cicatricial do lobo superior direito, paralelamente à ascensão diafragmática. E mais interessante é ainda este caso por se encontrar a scissura interlobar ligada à parede torácica por fortes aderências da pleura. A retracção cicatricial, que se estabeleceu com a paralisia do diafragma, produziu então a deformação em cúpula da scis-

sura, permitindo apenas a ascensão das zonas centrais do órgão.

A elevação da scissura com redução acentuada do lobo superior, em virtude da elasticidade pulmonar e da retracção progressiva das partes lesadas, dá-nos, pois, explicação satisfatória do modo de acção da frenicectomia nos próprios processos tuberculosos do lobo superior. É elucidativo a êste respeito o esquema explicativo de ALEXANDER (Fig. 1), já hoje reproduzido em vários tratados publicados sôbre o assunto. Por êle se concebe

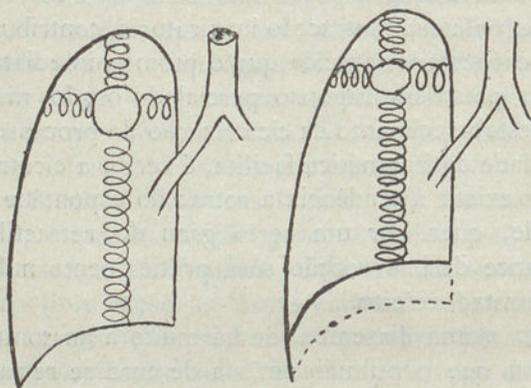


Fig. 1

facilmente como uma grande caverna apical, impedida de se retrair pela existência de fortes aderências periféricas, pode sofrer uma importante redução de volume e, possivelmente, desaparecer por completo, desde que seja suprimida uma das fortes amarras que a mantêm. Foi o

que sucedeu nas observações VI e VII e nos casos publicados por WOLF, do Sanatório de Schatzalp em Davos, nos *Anais de Medicina* do mês de Outubro de 1928. Nalguns dêstes doentes, de há muito submetidos sem proveito ao regime sanatorial, o efeito foi rápido e o resultado brilhante, confirmando em absoluto que a cura das lesões tuberculosas pela frenicectomia é essencialmente devida à retracção cicatricial do processo, facilitada ou tornada possível pela supressão da actividade diafragmática.

\*

\* \* \*

A paralisia do diafragma foi inicialmente obtida pela simples secção do nervo. Reconheceu-se, no emtanto, que após um curto

período de imobilidade do músculo, já de si por vezes incompleta, o hemidiafragma recuperava a sua actividade primitiva. Explicaram os anatomistas tal facto, fazendo salientar a importância funcional das anastomoses do frénico e, bem assim, a de uma via motora acessória (NEBEN-PHRENICUS dos alemães) relativamente freqüente (80 p. 100, GOETZE; 37 p. 100, SAUERBRUCH; 20 a 30 p. 100, W. FELIX e capaz de manter, por si só, a actividade diafragmática. Este ramo, oriundo de uma das três raízes C<sub>4</sub>, C<sub>5</sub>, C<sub>6</sub>, desce, como o frénico, ao longo do escaleno anterior, mas ou desviado do tronco principal; reúne-se-lhe em plena cavidade torácica, regra geral abaixo da primeira costela e excepcionalmente na base do pescoço. A imobilização completa do diafragma depende, pois, da interrupção total de todas estas anastomoses. Ora, do conhecimento deste facto resultaram naturalmente duas técnicas: — a de GOETZE que dissecava e seccionava todos os filetes unitivos, identificando previamente, para tal fim, a quinta raiz cervical e procurando secundariamente o plexo braquial para ressecar o nervo subclávio, e a de W. FÉLIX, hoje em dia a mais utilizada, que seccionava o nervo deante do escaleno anterior e extirpava por arrancamento a extremidade inferior, em ordem a romper todas as suas conexões. A técnica operatória utilizada pelo Prof. Monjardino não é a que habitualmente vem descrita nas monografias e trabalhos que se ocupam do assunto. A linha de incisão não é feita paralelamente à clavícula, como aconselham ALEXANDER, PERRET, GIRAUD e outros, mas sim ao longo do bordo posterior do esterno-cleido-mastoídeo numa extensão de 4 ou 5



Fig. 2 — Linha de incisão

centímetros, a partir dum ponto situado 3 dedos acima da clavícula, como propoem SAUERBRUCH e EIZAGUIRE (fig. 2 e 3).

Feita a anestesia local por infiltração da pele e dos músculos, segundo as normas conhecidas, e colocado o doente na posição horizontal com a cabeça desviada para o lado oposto ao da intervenção e em ligeira hiperextensão, facilmente provocada por uma almofada cilíndrica situada transversalmente sob os ombros, incisa-se a pele e o músculo cutâneo. Seguidamente afasta-se para dentro o esternocleido-mastoideo. No meio da incisão, depara-se então com uma camada de substância gordurosa limitada por aquele músculo e pelo homoióideo. Desviada com auxílio da sonda-cânula, surge sob ela a aponevrose média, que, seccionada, deixa livre o escaleno anterior sôbre o qual o nervo frénico se aloja numa orientação de cima para baixo e de fora para dentro. Uma vez isolado e pinçado, secciona-se e procede-se, finalmente, ao seu arrancamento, fazendo-o enrolar lentamente à volta da pinça que o fixou, em ordem a extrair uma porção não inferior a 10 ou 12 centímetros. A intervenção é ordinariamente simples, sendo raro ter de se laquear algum vaso; a própria veia jugular externa, que freqüentemente se encontra ao fazer a incisão, é quasi sempre poupada sem dificuldade. Dois ou três *agrafes* e, quando muito, um ou dois pontos de sêda terminam o acto operatório.

São raríssimos os accidentes susceptíveis de surgir com esta intervenção. ALEXANDER num livro recente sôbre cirúrgia torácica — *The surgery of pulmonary tuberculosis* — resume as compli-



Fig. 3 — Um mês depois de freniectomizado

cações mais citadas, muito embora qualquer delas de extrema raridade. Aponta hemorragias por laceração no acto operatório de arteríolas e de veias cervicais; refere o aparecimento de hemoptises consecutivas, possivelmente, ao arrancamento duma pequena parcela de tecido pulmonar ao qual o frénico estivesse aderente, ou a um processo de congestão mecânica provocada pela ascensão diafragmática; cita, por último, certos acidentes dispneicos de ordem reflexa e perturbações cardíacas com fraqueza e irregularidade do pulso.

Acidentes mortais, entre as centenas de frenicectomias até hoje realizadas, apenas 5 são conhecidos: — 1 por hemorragia, local, 1 por embolia gasosa (?), 1 por pneumotorax post-operatório, 1 por inundação brônquica e 1 por edema agudo do lado oposto. Esta fraquíssima percentagem de mortalidade justifica plenamente a conhecida frase de LERICHE: «ces cas malheureux ne doivent pas entraver l'essor de cette opération utile, facile et non dangereuse, opératoirement parlant».

Nos 12 casos de frenicectomia realizados no Serviço de Clínica Propedêutica e que constituem a assentada fundamental deste trabalho, nenhuma complicação foi observada, aparte, é bem de ver, a sensação dolorosa sentida por todos os doentes no rápido instante em que se procedeu ao arrancamento do nervo.

Desde os mais entusiastas partidários da intervenção, que vêm na paralisia artificial do diafragma uma terapêutica aplicável a todas as formas e períodos da tuberculose pulmonar, até aos mais moderados e receosos, que a aceitam apenas como um paliativo para os casos desesperados, onde todas as tentativas de cura tenham falhado, entre estes dois extremos surgem as mais variadas e desencontradas opiniões.

Inspirados no que temos visto e observado e, bem assim, na consulta bibliográfica que fizemos, poderemos, duma maneira geral, dizer que a frenicectomia está, em princípio, indicada quando o pneumotorax artificial é irrealizável pela existência de aderências pleurais extensas.

A questão da unilateralidade do processo tuberculoso reveste

porém, aqui, maior importância, dada a situação funcional irremediável que se estabelece com a intervenção. Um pneumotórax pode, na verdade, ser suspenso ou anulado a todo o momento, desde que a insuficiência respiratória do pulmão oposto se esboce ou se confirme; uma frenicectomia não; a paralisia diafragmática manter-se há definitivamente, chegando o próprio músculo a acusar, durante meses, uma ascensão progressiva. Sendo, portanto, uma operação relativamente benigna, quanto ao acto cirúrgico em si, exige, por sua vez, uma observação mais cuidada do doente, um estudo mais minucioso da marcha do processo, do grau de resistência individual, etc. A responsabilidade do clínico é, pois, particularmente grave nesta matéria, tornando-se necessária uma certa audácia para tomar uma decisão intervencionista que, como dizem DUMAREST e BERARD, deverá ser sempre temperada pela mais ponderada prudência.

É certo que existem, já publicados, casos com lesões bilaterais em que a intervenção foi proposta e realizada com certo proveito. Tudo depende, no entanto, da extensão lesional e do grau de actividade da doença. Há localizações tão insignificantes e com potencial evolutivo de tal forma ténue que tais casos podem ser considerados no domínio da unilateralidade e, como tal, susceptíveis de receberem os benefícios duma frenicectomia irreduzível. E o mesmo diremos para determinada categoria de lesões, já antigas, que se mantenham estacionárias durante longo tempo e que a observação cuidada e seguida do doente permita etiquetar sob o rótulo de actividade reduzida em estado de completa compensação.

De tudo isto resulta a necessidade do exame cuidadoso do doente antes de estabelecer a indicação da frenicectomia. Todos os meios de exploração semiótica devem ser utilizados, entre os quais, inútil será dizê-lo, a radiologia ocupa lugar de destaque, pelas indicações preciosas que fornece: — estado anatómico do pulmão doente, existência de lesões ulcerosas surdas, sombras de feição fibrosa, manchas com o aspecto oleoso da tuberculose destrutiva, situação do mediastino, da traqueia, estado do pulmão suposto são, etc, etc. Da conjugação destes elementos e dos obtidos na observação clínica, referentes ao aspecto geral do doente, à sua resistência, ao estado dos outros órgãos, em especial do coração e dos vasos, resultará, por fim, a solução do problema.

# Pulmác

Seiscas-Palma

**O PULMÁC,**

*encerra além de calcários,  
carbonatos naturais e sili-  
catos, o suco pulmonar que  
é hemostático e reconsti-  
tuinte.*



**TUBERCULOSE  
EM GERAL**



*Doenças  
do aparelho  
respiratório.*

*Raquitismo.*

*Gravidades. Remineralização.*

*Osteomalacia. Amamentação.*

# PULMAC

DR. SEIXAS-PALMA

FORMULA DO DR. CASSIANO NEVES

**QUIMICA** — O PULMAC é uma calcina natural (casas d'ovos), associada a silicatos, fosfatos e extractos organo-terapicos do pulmão e baço.

**FARMACOLOGIA** — Para uma recalificação se dar é indispensavel: 1.º uma formula calcaria apta á reabsorção; 2.º, existirem as condições de assimilação do organismo. Ambas realiza o PULMAC porque a formula calcaria á de **reconstituição animal**, e os seus componentes organoterapicos estimulam a defeza organica e a assimilação do calcio pelos órgãos.

**APLICAÇÕES CLINICAS** — Tuberculose em geral, doenças do aparelho respiratorio, raquitismo, remineralisação, amamentação. (Para a falta de leite aconselhamos o nosso Lactogeno).

**MODO D'APLICAÇÃO** — 5 a 10 comprimidos durante o dia engulidos com agua antes das refeições, creanças 3 a 5 comprimidos ao dia.

**EFEITOS** — Aumento do apetite e das forças, diminuição da tosse, aumento de peso, melhoria geral.

**VANTAGENS DO PULMAC** — O seu diminuto preço. E não exigir dieta.

**PROVAS DA SUA EFICACIA** — Ter merecido o plagiato do estrangeiro.

DEPOSITARIOS GERAES:

VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, LDA.

Rua da Prata, 237, 1.º — Lisboa

A indicação duma frenicectomia deve, pois, ser rigorosamente individual, sem formulas fixas e absolutas, devendo todas as indicações, que passaremos a expor, ser consideradas, não como regras intangíveis, mas apenas como pontos de referência que permitam, na medida do possível, recorrer à intervenção só quando haja probabilidade de êxito, muito embora relativo e transitório. A colaboração íntima do médico e do cirurgião é absolutamente indispensável no capítulo das aplicações cirúrgicas ao tratamento anti-tuberculoso, capítulo que está tomando, em todos os centros científicos mundiais, desenvolvimento notável e justificado, e que em Portugal só presentemente se inicia.

Na tuberculose pulmonar as indicações da frenicectomia são bastante numerosas. O seu campo de acção é vasto; abrange não só os casos em que, como tratamento isolado, pode produzir notáveis melhoras e até a própria cura, como também certas situações clínicas, em que a sua associação com o pneumotórax e com a toracoplastia é susceptível de completar com êxito a acção curativa destas intervenções.

A indicação primitiva da frenicectomia foi, como já dissemos, dirigida às lesões basais, que uma sínfise pleural tornasse impossível de reduzir ou calmar pelo estabelecimento de um pneumotórax artificial. Hoje alargou-se o campo de acção às lesões do lobo médio e superior, havendo mesmo quem afirme que é mais favorável e duradoura a sua influência sobre a regressão dos processos apicais, no sentido de uma esclerose curativa, do que nas infiltrações da base, apesar da sua proximidade do músculo paralisado e da impulsão compressiva que a tensão abdominal possa provocar através da membrana flácida que o hemidiafragma desempenha. A experiência clínica dos últimos anos tem demonstrado, com efeito, que os processos bacilares dos lobos superiores podem beneficiar em larga escala e por forma verdadeiramente surpreendente com uma simples frenicectomia. Os casos de PERRET, PIQUET e GIRAUD (de Leysin), os de DUMAREST, os de BURNAND, os de GOETZE e, recentemente, os de WOLF são, na verdade, elucidativos.

Seja, portanto, qual fôr a sede da moléstia, desde que as lesões se apresentem clinicamente unilaterais e o pneumotórax se torne irrealizável pela existência de aderências, a frenicectomia está, em princípio, indicada. Depende, no entanto, o resultado a

obter da forma clínica do processo. Se, por exemplo, não existe uma tendência franca para a retracção do órgão pela feição retráctil das lesões, o alcance da intervenção será praticamente nulo ou os resultados de limitado efeito. Foi o que sucedeu nos doentes das observações I e V referentes a formas graves, febris, com carácter extensivo e sem tendência melhorante. Se, pelo contrário, o processo tiver uma marcada directriz para a feição fibrosa com retracção dos tecidos, a frenicectomia será seguida de êxito seguro.

O conhecimento da forma clínica do processo constitui, pois, um factor de capital importância para avaliar do provável efeito da intervenção, residindo no desconhecimento dêste facto o espirito negativista de alguns tisiologistas sôbre os resultados práticos da operação. Como a capacidade de organização fibrosa mede em todos os processos tuberculosos a intensidade da defesa, compreende-se, pelo que temos dito, que a indicação operatória deva basear-se, sempre que seja possível, num bom diagnóstico anátomo-patológico.

A frenicectomia, só por si, tinha já um vastíssimo campo de aplicação. Mas os seus domínios mais se alargaram ainda a deixar a situação de intervenção isolada, que inicialmente mantinha, para se associar a outros métodos terapêuticos preconizados com a mesma orientação. Foi o caso da associação com o pneumotórax e como primeiro tempo (operação preliminar) duma toracoplastia futura. Quando, por exemplo, no decurso do tratamento de FORLANINI se reconhece a existência de fortes aderências ao diafragma, que impedem o colapso total do lobo inferior, onde existe um processo ulceroso em franca actividade, impõe-se a realização duma frenicectomia complementar. Igual procedimento se adopta quando um derrame pleural, que surge no decurso das insuflações, provoca uma sínfise progressiva da serosa e reduz, a pouco e pouco, a cavidade insuflada, obrigando então à interrupção do tratamento. Há quem aconselhe ainda (F. Ody, de Genève) a frenicectomia como terminação da colapsoterapia, em ordem a evitar os riscos de recidivas que a reexpansão do pulmão possa provocar ao ter de amoldar-se ao primitivo espaço, que ocupava antes da retracção lesional. A paralisia do frénico, reduzindo a cavidade tórácica de 400 a 800 c. c., segundo as experiências de BRUNMER, e, por outro lado, deminuindo consideravelmente a am-

pliação pulmonar, seria assim propícia à consolidação da cicatriz. Ora se, na verdade, são razoáveis as considerações de Ody, o facto é que, em muitos casos, com tal prática, obrigar-se hia desnecessariamente o doente a viver num estado de hipofunção pulmonar definitivamente limitada, o que poderia constituir sério obstáculo para o tratamento colapsante de qualquer lesão do pulmão oposto, que eventualmente surgisse alguns anos mais tarde. Será, pois, o estudo individual de cada caso que ditará sempre a indicação duma frenicectomia e a oportunidade da sua realização.

Fora das infecções pulmonares tuberculosas e obedecendo ao mesmo princípio de diminuir a cavidade torácica e de facilitar a retracção das lesões, em ordem a obter a sua cura, outros processos existem que beneficiam com a mesma intervenção. Citaremos apenas, por ser inútil alongarmo-nos em considerações a tal respeito, as dilatações brônquicas, as supurações pulmonares da base e, finalmente, os quistos hidáticos do lobo inferior profundamente situados e, como tal, de difícil acesso ao cirurgião. A observação X é demonstrativa da acção da frenicectomia nêstes casos. Refere-se a um doente com diagnóstico clínico e radiológico provável de abcesso pulmonar franco com reacção esclerosante dos tecidos circunvizinhos e da pleura, que foi submetido a uma frenicectomia, depois de longas e inúteis tentativas terapêuticas que lhe melhorassem o mal. No dia imediato ao da intervenção, expulsou com a tosse uma grande membrana hidática; desde êsse dia a expectoração foi diminuindo progressivamente até ao seu desaparecimento completo, tendo já o doente retomado a vida de trabalhador rural que durante longos meses interrompera.

\*

\* \*

É digna de nota uma observação no que respeita à prática da frenicectomia: todos os clínicos que até ao presente a têm aconselhado e instituído, dentro das normas atrás estabelecidas, são unânimes em lhe reconhecer um certo valor terapêutico, facto êste pouco vulgar na apreciação de qualquer tratamento anti-tuberculoso, onde é rara a uniformidade de opiniões e a identidade

de resultados. Ainda não há muito se deu esse desencontro absoluto de apreciações com o tratamento da tuberculose pela sanocrisina. Fomos dos poucos que, não vindo na descoberta de MÖLLGAARD a resolução definitiva do problema da curabilidade da tuberculose pulmonar, nos mostrámos, no entanto, entusiastas com os primeiros ensaios colhidos em doentes devidamente seleccionados e metódicamente seguidos e observados. E não nos enganaram as primeiras impressões, pois, a pouco e pouco, a terapêutica pelo ouro tem vindo a ser adoptada nos principais centros, onde o tratamento da tuberculose constitui a preocupação constante de clínicos e de doentes. Deixemos, porém, estas considerações.

Supomos que a frenicectomia constitui uma aquisição de certa importância em tisiologia. Nem sempre é susceptível de curar, mas é indiscutível que, na maioria dos casos, dá uma melhoria manifesta, por vezes transitória e efémera, é certo, mas em muitos doentes duradoura e notável. Tudo depende, como dissemos, da forma clínica do processo.

É pequena a estatística que apresentamos, pois limita-se a 12 observações, algumas das quais relativamente recentes. Não pretendemos, por isso, deduzir dêste trabalho o seu valor curativo, mas apenas contribuir com alguns elementos pessoaes para a apreciação dos resultados colhidos sobre determinados sintomas.

*Estado geral e nutrição.* — Todos os doentes experimentaram uma sensação de bem-estar dias depois da intervenção. A astenia, o esgotamento e a má disposição própria da evolução do processo desapareceram com relativa facilidade. São, na verdade, sensações subjectivas, para as quais muito pode contribuir o espírito do tuberculoso facilmente suggestionável pelo tratamento novo que lhe traz a esperança de cura possível, quando se supunha votado a morte prematura ou a angustiosa invalidez. Não há dúvida, porém, de que o aspecto geral se modifica, acompanhando de perto a sensação de beme-star referida pelo doente. O próprio estado de nutrição, que muitas vezes melhora e de forma apreciável, vem, por sua vez, testemunhar em alguns casos a acção benéfica imediata da intervenção. O aumento de apetite, acompanhado de acréscimo gradual do pêso, foi de facto verificado na maioria dos frenicectomizados.

Só em um dos 12 doentes, com mau estado de nutrição e sujeito

a repetidas e intensas hemoptises, é que o processo continuou sofrendo agravamento progressivo com emmagrecimento acentuado e astenia diàriamente crescente, apesar da suspensão das hemorragias em seguida ao acto operatório.

*Temperatura.* — É manifesta a inuflência da frenicectomia sôbre as temperaturas, como poderá reconhecer-se pelas curvas adiante publicadas. O decrescimento é, regra geral, rápido e relativamente duradouro nos próprios doentes em que tardiamente se instala um brusco agravamento do processo.

*Expectoração e tosse.* — A expectoração aumenta de comêço, como sucede no tratamento pelo pneumotórax, mas após o acrés-cimo passageiro, consecutivo à intervenção, deminui consideravelmente, chegando mesmo a registrar-se o seu desaparecimento completo. Idêntica modificação se observa na expectoração hemoptóica e nas próprias hemoptises, que chegam a suspender-se temporariamente em doentes habituados a crises freqüentes e intensas. O aspecto macroscópico da expectoração sofre igualmente transformação favorável, perdendo muitas vezes o carácter purulento; os bacilos reduzem-se progressivamente em quantidade, chegando a desaparecer num ou outro caso. Quanto à tosse, é de regra a sua deminuição gradual e progressiva.

*Sinais estetoscópicos.* — Apenas o frénico é seccionado, instala-se uma diminuição do murmúrio vesicular em todo o hemitórax, pronunciadamente na base. Essa modificação é instantânea, como era de prever. Os ruídos adventícios tornam-se também menos audíveis e só facilmente apreciáveis após a tosse. Com o tempo e consoante a marcha do processo, assim os sinais estetoscópicos evolucionam; regra geral, porém, deminuem gradualmente em extensão, número e consonância.

*Modificações radiográficas.* — O exame radiográfico do doente representa indiscutivelmente um elemento precioso na apreciação de determinados problemas de medicina interna por constituir uma prova testemunhal, independente do factor pessoal de observação, sempre sujeito a interpretações erradas. Por isso submetemos todos os doentes a um exame radiográfico do tórax antes do acto operatório e sucessivamente, de dois em dois meses ou de três em três meses, para conhecimento da evolução ulterior do processo. Pudemos assim verificar na grande maioria dos frenicectomizados uma ascensão imediata do diafragma, noutros

apenas a paralisia do músculo, quasi sem elevação, e, finalmente, em raros; o fenómeno de KINBOECK mais ou menos pronunciado. A subida da cúpula diafragmática acentuou-se com o decorrer do tempo num ou noutro caso, e os sinais radiológicos do processo sofreram melhora manifesta em alguns dos operados que apresentaram uma subida notável do diafragma, parecendo-nos proporcional a esta subida as melhoras obtidas. Nos restantes apenas se verificaram ligeiras alterações de deminuto valor, em completa

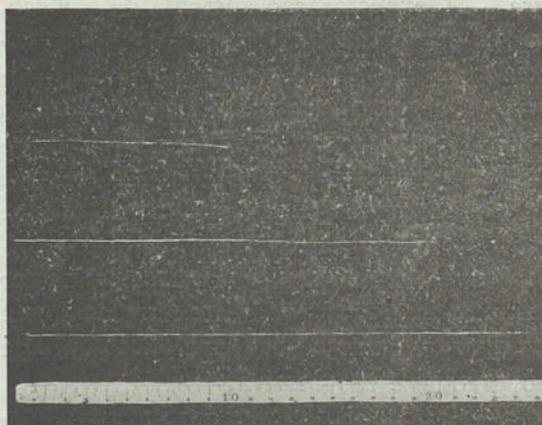


Fig. 4 — *Frénicas ressecadas*

discordância com as melhoras apparentes do estado geral e do exame estetoscópico do tórax.

Apreciando em conjunto as modificações das imagens radiográficas, independentemente do estudo particular do estado lesional, nota-se, como já dissemos, na sua quasi totalidade, uma elevação

pronunciada do hemidiafragma frenicectomizado. Em alguns casos, porém, é reduzido o grau de ascensão muscular, sendo, por isso, oportuno perguntar qual o motivo desta desigualdade, se todos os doentes foram operados com a mesma técnica e pelo mesmo cirurgião, o Prof. Augusto Monjardino.

É que, segundo BORDER, o grau da variabilidade ascensional do diafragma depende essencialmente de três factores: 1.º a persistência de vias anastomóticas ou acessórias do nervo; 2.º a existência de aderências costo-pleuro-diafragmáticas; 3.º a diminuição da elasticidade pulmonar e do poder retráctil das lesões. O último factor é talvez um obstáculo possível, embora raro, pois só excepcionalmente a densificação do parênquima pulmonar poderá ter tal grau de resistência que não permita a mais insignificante retracção do órgão. As fortes sínfises pleuro-costais im-

peditivas da elevação do músculo não são igualmente admissíveis; basta, com efeito, recordar que é justamente na existência dessas aderências que se funda a intervenção cirúrgica, por não ser realizável o pneumotorax. Resta-nos então a persistência das anastomoses do frénico. Ora, um facto a registar em todos os casos operados na Clínica Propedêutica foi de que as ascensões mais pronunciadas corresponderam justamente às frenicectomias mais largas, tendo chegado a ressecar-se num dos doentes 24 centímetros de nervo, como mostra a figura n.º 4. É, pois, natural que a causa do insucesso da intervenção resida essencialmente na persistência de certas anastomoses do frénico, sem com isso pretendemos invalidar a hipótese, aliás excepcional a nosso ver, da existência de espessas aderências parietais capazes de impedirem a ascensão fácil do músculo. Apoiamos, de resto, o nosso ponto de vista nas opiniões de FELIX SEN., EISLER, PLENK e MATSON, que atribuem o insucesso de certas frenicectomias às anomalias das anastomoses do nervo já hoje registadas, segundo GOETZE, na proporção considerável de 68 %.

## RESUMÉ

Les auteurs exposent leurs impressions personnelles sur les résultats obtenus chez douze malades phrénicectomisés. Ils reconnaissent que l'intervention est généralement susceptible d'améliorer l'état général, de provoquer une augmentation du poids, de normaliser la température et de faire diminuer et, parfois, disparaître l'expectoration et les bacilles.

Ils supposent que l'action de la phrénicectomie consiste essentiellement dans l'établissement des conditions favorisant la rétraction des lésions pulmonaires. De ce fait, elle vient en aide aux processus naturels de guérison de la plupart des lésions tuberculeuses. Il est donc nécessaire que l'évolution de la maladie présente une tendance à la rétraction, les tuberculoses graves, très actives, n'étant guère modifiées par la paralysie du phrénique ou même ne l'étant pas du tout. Dans les limites de cette indication générale, les auteurs croient que la phrénicectomie peut être employée avec succès aux cas de lésions des lobes moyen et supérieur, aussi bien qu'aux malades ayant des localisations basilaires. On

obtient parfois des résultats remarquables chez certains malades ayant des cavernes apicales. Ces cavernes disparaissent plus ou moins rapidement après l'intervention opératoire.

Les auteurs attribuent l'importance la plus grande à l'unilatéralité des lésions, parce que la phrénicectomie établit une situation qui ne peut plus être modifiée, au contraire du pneumotorax qui peut être interrompu à tout moment. Par conséquent, l'indication exige une observation très soignée du malade et une connaissance aussi sûre que possible de la modalité anatomo-pathologique du processus, quoique l'acte opératoire soit en lui-même d'une grande bénignité. Parmi les douze observations présentées dans ce travail, il y en a une se rapportant à un kiste hydatique suppuré de la base du poumon gauche. L'opération a permis d'obtenir un succès thérapeutique vraiment remarquable par la rapidité de la guérison.

Ayant obtenu des résultats extrêmement favorables par l'emploi de la phrénicectomie dans les conditions et suivant les indications ci-dessus, les Auteurs croient que cette intervention opératoire a tout droit à une place importante dans la thérapeutique anti-tuberculeuse, soit comme adjuvant, soit comme constituant, à elle seule, la base du traitement.

### OBSERVAÇÕES

**OBSERVAÇÃO I**—J. M., de 20 anos, solteiro, preparador de anatomia, natural de Lisboa, onde tem vivido. Antecedentes tuberculosos na família. Em meados de 1927 começou a enfraquecer. Em Outubro do mesmo ano constipou-se. Ficou com tosse e expectoração, acusando desde então temperaturas superiores a 37°. Quinze dias depois teve uma violenta hemoptise, acompanhada de temperaturas elevadas. Desde esse momento não parou mais a expectoração hemoptóica, pelo que deu entrada no Serviço de Clínica Propedêutica em 21 de Novembro de 1927.

*Estado geral e local nesta data.*—Aspecto geral, mau; aptidão para o trabalho, nula; fadiga fácil; muita tosse e muita expectoração, sendo esta hemoptóica. Temperatura: máxima 38°,4, mín., 37°,2; suores nocturnos. Pouco apetite; funções digestivas, regulares; emmagrecimento progressivo. Estado de nutrição, deficiente; anemia acentuada; micro-adenites cervicais. Pulso rítmico de pequena amplitude com 98 pulsações por minuto. Tensão arterial (Pachon): max. 13; mín. 8. Perímetro mamilar, 79 cm. Altura torácica, 27 cm. Diâmetro axilar, 25 cm. Diâmetro supra-esternal, 17 cm. Altura, 1<sup>m</sup>,48. Pêso, 46 quilog.

*Percussão e auscultação.*—Submacicez e ralas de fusão em todo o pulmão direito, acentuadamente na base (fig. 5).

*Exame radiográfico.* — Permeabilidade de todo o campo pulmonar direito alterado por sombras de condensação de forma irregular, algumas de contorno nítido, outras esbatidas mais ou menos confluentes, o que deve re-

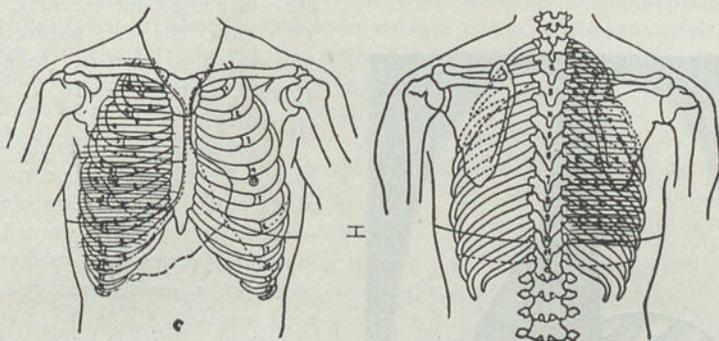


Fig. 5

presentar um processo misto produtivo e exsudativo de bacilose pulmonar. (Aleu Saldanha) (Estampa I).

*Análise de expectoração.* — Positiva.

*Reacção Wassermann.* — Negativa.

O estado geral e local manteve-se estacionário nas primeiras semanas de hospitalização, com exceção do pêso que chegou a descer a 43,600 quilog. Em

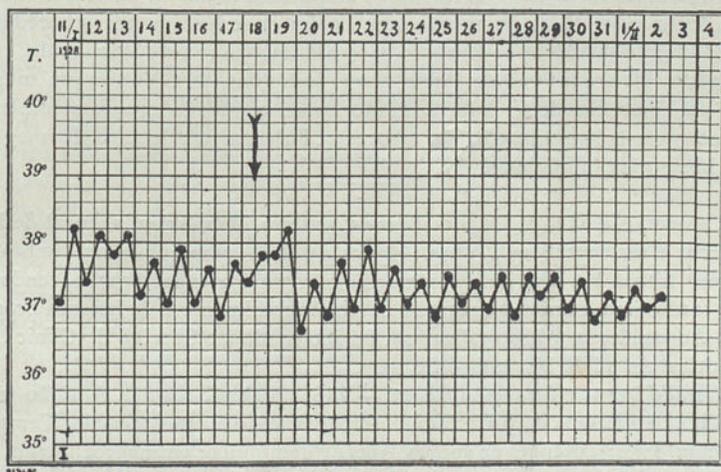


Fig. 6

face da unilateralidade das lesões e da gravidade do processo, foi-lhe tentado o tratamento pelo pneumotórax artificial. Existiam, porém, extensas aderên-

ciãs que impediram a realização do colapso. Por êsse motivo foi-lhe feita, em 18 de Janeiro de 1928, uma frenicectomia.

*Resultados imediatos após a intervenção.* — (18 de Fevereiro de 1928). Melhor aspecto geral; muito menos tosse e expectoração. Temperaturas progressivamente decrescentes até  $37^{\circ},3$  máx. (fig. 6); ausência de suores. Mais apetite. Aumento gradual, embora ligeiro, do pêso (47 quilóg.).



Fig. 7

*Percussão e auscultação.* — Na base do hemitórax o som tornou-se ainda mais maciço; estabeleceu-se uma diminuição acentuada de murmúrio vesicular e os ferveres passaram a ser audíveis quasi só após a tosse.

*Exame radiológico.* — Além da alteração da permeabilidade do campo pulmonar, nota-se o desvio da sombra do coração e do mediastino para êste lado com elevação da cúpula diafragmática que subiu 4,5 cm., até à 5.<sup>a</sup> costela na linha mamilar (fig. 7 e estampa 1). Paralisia do hemidiafragma.

*Resultados tardios.* — As melhoras adquiridas mantiveram-se até Maio de 1928, tendo tido até então apenas uma ligeira crise hemoptóica que cedeu ao uso de cloreto de cálcio endovenoso. Como o apetite tivesse diminuído, resolveu pedir alta, para passar algum tempo junto dos seus. Voltou um mês depois em pior estado, tendo-se desde então agravado progressivamente a doença pela bilateralização do processo. Faleceu em Janeiro de 1929 com uma hemoptise fulminante.

**OBSERVAÇÃO II** — M. A., de 18 anos, solteira, doméstica, natural de Paço de Arcos e residente em Lisboa. Alguns casos de tuberculose na família. Foi sempre fraca. Há seis meses começou com tosse e expectoração, tendo tido mais tarde uma hemoptise seguida de emmagrecimento e de astenia progressiva. Aconselhada a hospitalizar-se, foi internada no Serviço de Clínica Proedêutica em 26 de Novembro de 1927.

*Estado geral e local nesta data.* — Aspecto geral, regular. Aptidão para o trabalho, diminuída. Ligeira fadiga. Alguma tosse e expectoração. Temperatura máx.  $37^{\circ},5$ ; ausência de suores. Apetite diminuído; emmagrecimento; funções digestivas e menstruais regulares. Estado de nutrição decifiente; mucosas descoradas. Pulso rítmico de pequena amplitude com 70 pulsações por minuto. Tensão arterial (Pachon): máx 12, mín. 8, índice 3. — Perímetro axilar, 75 cm. Amplitude torácica, 5 cm. Altura torácica, 26 cm. Diâmetro axilar, 25 cm. Diâmetro supra-esternal, 15 cm. Altura, 1<sup>m</sup>,47. Pêso, 41,400 quilog

*Percussão e auscultação.* — Sub-macicez na metade superior do hemitórax direito, com fervores sub-crepitantes, sobretudo após a tosse, nos dois terços postero-superiores e terço antero-superior; expiração fortemente prolongada na região escapular (fig. 8).

*Exame radiográfico.* — Sombras de condensação na metade superior do pulmão direito, irradiando sobretudo do hilo para a região infraclavicular. Ligeiro repuxamento de sombra mediastinal para êste lado (estampa I).

*Análise de expectoração.* — Positiva.

*Reacção de Wassermann.* — Negativa.

Foi tentado o tratamento pelo pneumotórax artificial, mas a existência de fortes aderências pleurais impediram a sua realização. Um mês depois da

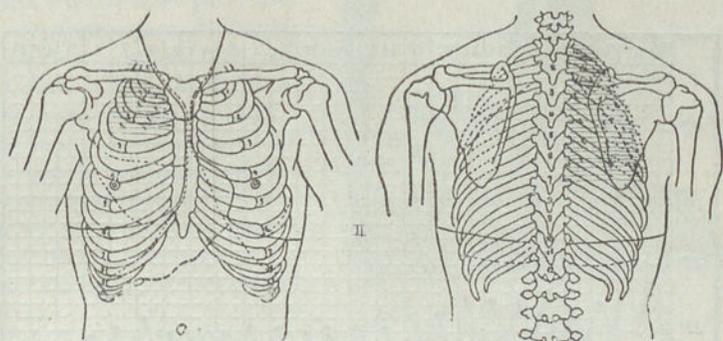


Fig. 8

hospitalização começou a apresentar temperaturas vesperais a  $37^{\circ},8$ ; o seu estado geral foi decaindo lentamente; de novo voltaram os escarros hemoptóicos, tendo-se acentuado a falta de apetite. Foi, por isso, frenicectomizada em 25 de Janeiro de 1928.

*Resultados imediatos após a intervenção.* — (25 de Fevereiro de 1928). Melhor aspecto geral. Tosse e expectoração muito reduzidas. Mais apetite. Temperaturas normais (fig. 9). Menos cansaço.

*Percussão e auscultação.* — Na base do hemitórax direito o som tornou-se menos claro e o murmúrio vesicular mais ensurdecido. Os ruídos adventícios menos audíveis e em menor intensidade.

*Exame radiológico.* — Lesões sensivelmente com o mesmo aspecto, muito embora mais reduzidas em extensão. A cúpula diafragmática elevou-se de 4,5 cm., conservando o músculo ligeira mobilidade (fig. 10 e estampa I).

*Resultados tardios.* — (Janeiro de 1929). Os sintomas de melhoria foram-se acentuando a pouco e pouco. O apetite voltou, a tosse e a expectoração quasi que desapareceram e o pêso aumentou 2,500 quilog. Teve, três meses depois, uma curta *poussée* pulmonar na sede das lesões primitivas, com temperaturas acima de  $38^{\circ}$  e emmagrecimento rápido de 4 quilog. Dentro de pouco tempo, porém, regressou de novo à situação de progressivas melhoras sob a acção da sanocrisina em séries de pequenas doses, encontrando-se presentemente com

temperaturas normais, quasi sem tosse nem expectoração, e apenas com fôvres muito discretos, audíveis só após a tosse, no têtço postero-superior. A análise é que continua revelando bac. de Koch, muito embora em pequena quantidade (escala II).

O exame radiográfico feito recentemente mostra que as lesões estão mais reduzidas e com carácter francamente fibroso, mantendo a cúpula diafragmática a mesma elevação.

OBSERVAÇÃO III — A. S. B., de 29 anos, solteiro, empregado no comércio, natural e residente em Lisboa. Alguns casos de tuberculose pulmonar na família. Há seis anos começou a sentir dores no hemitórax esquerdo, acompanha-

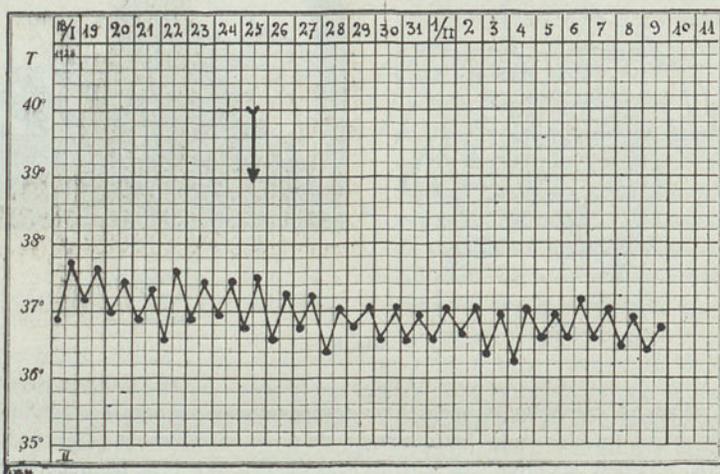


Fig. 9

das de tosse e expectoração abundante, perda de apetite, emmagrecimento e falta de fôrças. Uma análise da expectoração feita então revelou bac. de Koch. Fez curas de repouso no Caramulo e na Guarda, tendo sido tratado pela sanocrisina com resultados apreciáveis, depois de feitas duas tentativas infrutíferas de pneumotórax. Na Guarda, onde permanecia há quasi um ano, teve uma hemoptise violenta. Regressou por isso a Lisboa e internou-se no Serviço de Clínica Propedêutica em 21 de Junho de 1928.

*Estado geral e local nesta data.* — Aspecto geral, regular; aptidão para o trabalho, conservada; ausência de fadiga; bastante tosse e abundante expectoração muco-purulenta; grandes hemoptises; dores torácicas à esquerda; temperaturas entre 36°,4 e 37°,5. Bom apetite; funções digestivas normais; emmagrecimento. Estado de nutrição, regular; dispnea ligeira; leve retracção das fossas supra e infraclaviculares esquerdas. Pulso rítmico, de regular amplitude com 90 pulsações por minuto. Pressão arterial (Pachon): máx. 14, mín

7,5, índice 3. Perímetro mamilar, 81 cm. Amplitude torácica, 3 cm. Altura torácica, 28 cm. Diâmetro axilar, 23,5 cm. Diâmetro supra-esternal, 15,5 cm. Pêso, 48<sup>m</sup>,700 quilog. Altura 1,56.

*Percussão e auscultação.* — Lesões em toda a extensão do pulmão esquerdo com ralas numerosas, sobretudo após a tosse, e formação cavitária na fossa sub-clavicular (fig. 11).

*Exame radiográfico.* — Extenso processo de infiltração e esclerose pleuro-pulmonar à esquerda, desviando a sombra da traqueia e do coração para êste lado, vendo-se sob a clavícula uma sombra arredondada correspondente a uma cavidade. A direita, além de uma transparência muito acentuada, vê-se a presença de pequenos nódulos muito opacos que podem corresponder a pequenos focos esclerosados. (Gentil Branco).

*Análise de expectoração.* — Positiva.

*Reacção de Wassermann.* — Negativa.

Sendo irrealizável o pneumotórax, foi-lhe feita uma frenicectomia em 1 de Agosto de 1928, como primeiro tempo de uma toracoplastia.

*Resultados imediatos após a intervenção.* — (1 de Setembro de 1928). A



Fig. 10

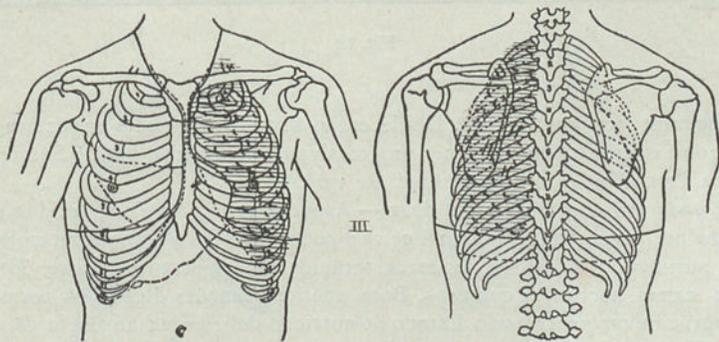


Fig. 11

tosse e a expectoração deminuiram; o apetite aumentou; as temperaturas baixaram ligeiramente (fig. 12).

*Percussão e auscultação.* — Sensivelmente no mesmo estado, muito embora com menos ralas.

*Exame radiológico.* — Sem grande modificação; o processo apresenta, contudo, um aspecto de esclerose mais acentuada. Insignificante elevação da cúpula diafragmática com imobilização (fig. 13).

*Resultados tardios.* — (Janeiro de 1929). Mantém-se pouco mais ou menos na mesma situação. A elevação diafragmática não se acentuou.

OBSERVAÇÃO IV — M. P. N., de 24 anos, solteiro, empregado bancário, natural e residente em Bemfica. Ausência de antecedentes tuberculosos na família. Adoeceu súbitamente em 1 de Março com febre, calafrios, cefaleias, dores pelo corpo e pontadas no hemitórax direito, sintomas estes que se

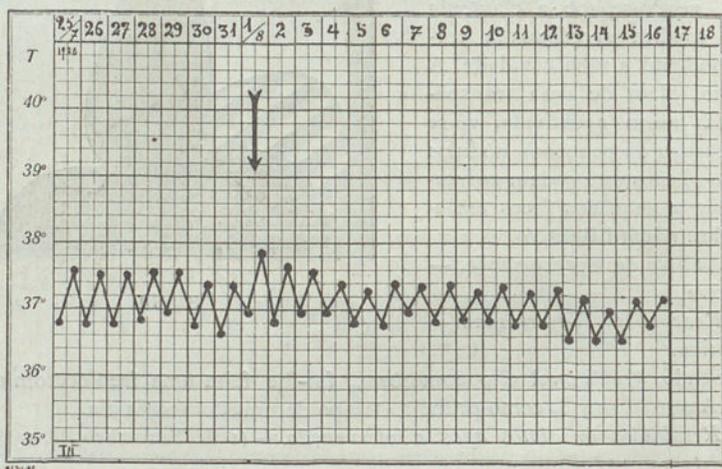


Fig. 12

prolongaram por quatro dias. Desde então ficou com tosse e expectoração, começou a cansar e a emmagrecer progressivamente. Entrou para o Serviço de Clínica Propedêutica em 12 de Abril de 1928.

*Estado geral e local nesta data.* — Aspecto geral, regular; aptidão para o trabalho, conservada; fadiga ligeira; pouca tosse e alguma expectoração muco-purulenta; ausência de dores torácicas; temperaturas entre 36°,7 e 37°,5; suores nocturnos copiosos. Bom apetite; funções digestivas normais; emmagrecimento progressivo. Estado de nutrição deficiente; ausência de anemia. Hemitórax direito um pouco retraído na sua porção superior. Pulso rítmico, de regular amplitude, com 86 pulsações por minuto. Pressão arterial (Pachon): máx. 15, mín. 8, índice 4. Perímetro mamilar, 83 cm. Amplitude torácica, 4,5 cm. Altura torácica, 28 cm. Diâmetro axilar, 24,5 cm. Diâmetro supra-esternal, 13 cm. Pêso, 57,700 quilog. Altura 1<sup>m</sup>,61.

*Percussão e auscultação.* — Ligeira submacisnez no vértice direito; mur-

múrio vesicular de intensidade reduzida e ferveores sub-crepitantes na metade superior do pulmão; broncofonia. Respiração vicariante no hemitórax esquerdo (fig. 14).

*Exame radiográfico.*—Lesões bacilosas de tipo fibroso no lobo superior direito sôbre as quais são visíveis alguns círculos pequenos transparentes correspondentes a focos de fusão. Ausência de lesões à esquerda (estampa II).

*Análise de expectoração.*—Positiva.

*Reacção de Wassermann.*—Negativa.

Foi sujeito, durante sete meses, ao tratamento pelo pneumotórax artificial com que melhorou. Mais tarde surgiu um pequeno derrame seguido de um processo sinfisário, que tornou irrealizável a continuação do colapso, pelo que foi frenicectomizado em 30 de Novembro de 1928.

*Resultados imediatos após a intervenção.*—(30 de Dezembro de 1928). Sente-se bem e sem fadiga, a ponto de ter retomado o ofício; a tosse é rara e a expectoração desapareceu por completo; a temperatura mantém-se normal (fig. 15).

*Percussão e auscultação.*—Sub-macidez na base direita, com murmúrio

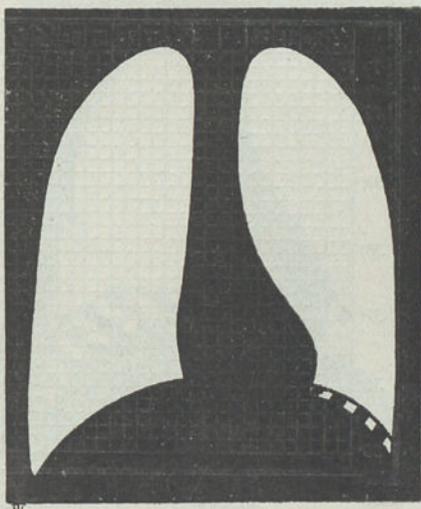


Fig. 13

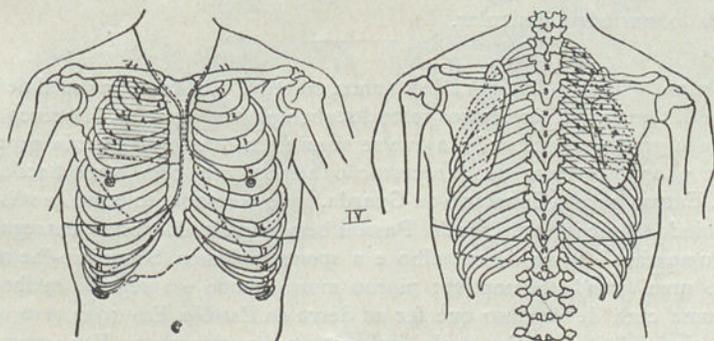


Fig. 14

vesicular francamente diminuído em todo o hemitórax. Ferveores só no terço superior, menos numerosos e só audíveis à tosse.

*Exame radiológico.*—Lesões mais reduzidas. À direita há ainda vestígios

de pneumotórax, encontrando-se o pulmão na sua quási totalidade fixado por numerosas aderências. Ao nível do arco anterior da terceira costela é visível uma sombra transversal irregular de grande densidade, que corresponde a espessamentos da pleura interlobar. A cúpula diafragmática direita encon-

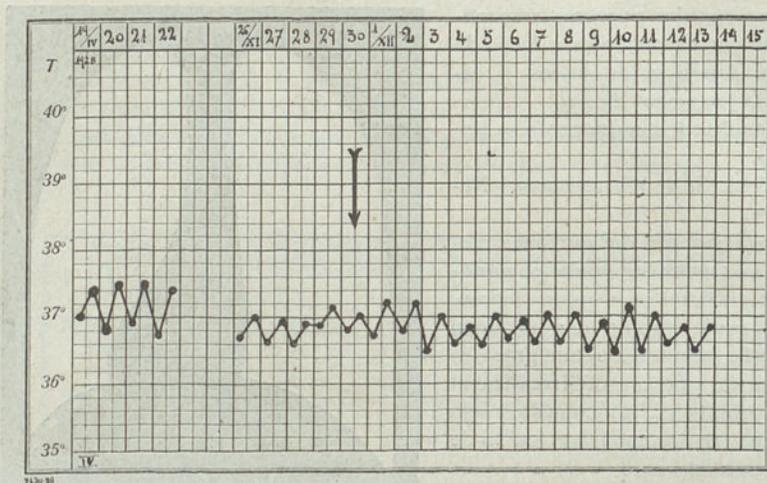


Fig. 15

tra-se fortemente elevada (5,5 cm.), estando o músculo em absoluta imobilidade (fig. 16 e estampa II).

*Situação actual.*—Retomou o trabalho e sente-se bem. Não tem tosse, nem expectoração, nem febre. Tem apetite e tem engordado. À auscultação não se encontram ferveres, nem mesmo após a tosse. Persiste apenas a diminuição do murmúrio vesicular.

OBSERVAÇÃO V—L. F. A., de 19 anos, solteiro, estudante, natural de Lisboa, onde tem vivido. Numerosos casos de tuberculose na família. Há cinco anos teve uma grande constipação, a que se seguiu um estado de astenia progressiva e o aparecimento de expectoração hemoptóica com raros bacilos de Koch. Entrou para o Sanatório da Guarda, onde permaneceu perto de seis meses, saindo clinicamente curado. Passou bem durante dois anos, entregando-se a uma vida intensa de trabalho e a *sports* violentos. Sobreveio-lhe novamente uma grande hemoptise; piorou muito, tendo em seguida melhorado com uma cura de repouso que fez na Serra da Estrêla. Em 1927 teve outra hemoptise violenta, no Caramulo, onde estava em tratamento. Fez o pneumotórax, mas à 11.ª sessão uma pleuresia com derrame impediu a continuação da colapsoterapia. Desde Junho de 1928, data em que regressou do Caramulo, nunca mais se sentiu bem, tendo-se há dois meses agravado o seu estado geral com temperaturas elevadas a 39° e hemoptises freqüentes. Hospitalizou-se no Serviço de Clínica Propedêutica em 29 de Outubro de 1928.

*Estado geral e local nesta data.*— Aspecto geral, mau; aptidão para o trabalho, abolida; fadiga, fácil; bastante tosse e muita expectoração; numerosas hemoptises; temperatura máx. 40°, mín. 38°; raros suores nocturnos. Anorexia; funções digestivas regulares; emmagrecimento progressivo. Estado de nutrição, deficiente; anemia acentuada; ligeira dispneia. Retracção das fossas sub-claviculares, mais acentuadamente à esquerda. Pulso rítmico, de pequena amplitude, com 116 pulsações por minuto. Tensão arterial (Pachon) : máx. 13, mín. 8, índice 2. Perímetro mamilar, 79 cm. Amplitude torácica, 3 cm. Altura torácica, 33 cm. Diâmetro axilar, 22,5 cm. Diâmetro supra-esternal, 17 cm. Pêso, 59 quilog. Altura, 1<sup>m</sup>,78.

*Percussão e auscultação.*— Diminuição da sonoridade pulmonar em todo o hemitórax esquerdo, acentuadamente no vértice. Murmúrio vesicular de fraca intensidade em todo o pulmão com ralas sub-crepitantes de bôlhas finas, médias e grossas. Sinais cavitários na fossa sub-clavicular (fig. 17).

*Exame radiográfico.*— Extenso processo de infiltração e esclerose pleu-



Fig. 16

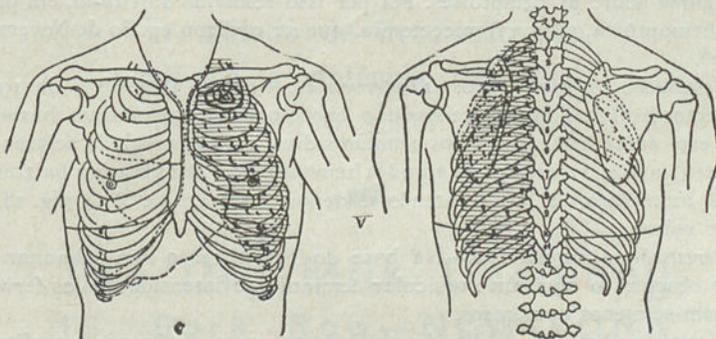


Fig. 17

ro-pulmonar à esquerda, com desvio da sombra da traqueia e do coração para este lado, notando-se ainda a sombra duma cavidade por detrás da parte média da clavícula. Escoliose da coluna dorsal inferior, de concavidade direita. (Gentil Branco).

*Análise da expectoração.* — Positiva.

*Reacção de Wassermann.* — Muito fracamente positiva.

Nas primeiras semanas do seu internamento, as hemoptises continuaram com freqüência, a temperatura manteve-se sempre bastante elevada, a dispnéia acentuou-se e a repugnância pelos alimentos aumentou de dia para dia. Fizeram-se-lhe injeções de emetina, cloreto de cálcio e zimema sem influên-

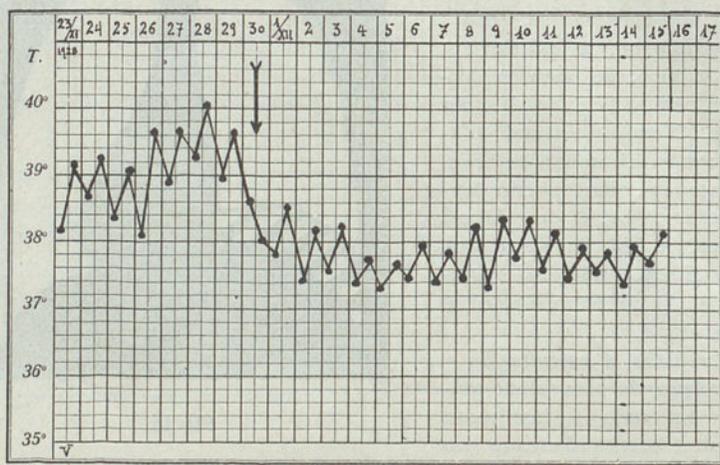


Fig. 18

cia alguma sôbre as hemoptises. Foi por isso resolvido sujeitá-lo, em plena crise hemoptóica, a uma frenicectomia, que se realizou em 30 de Novembro de 1928.

*Resultados imediatos após a intervenção.* — (31 de Dezembro de 1928). O aspecto geral melhorou; a tosse e a expectoração diminuíram bastante, sendo esta ainda hemoptóica nos primeiros dias, para em seguida aclarar por completo; não se repetiram as grandes hemoptises; a temperatura baixou no dia da intervenção a 38°, mantendo-se depois entre 37°,4 e 38°,3 (fig. 18). O apetite voltou.

*Percussão e auscultação* — Na base do hemitórax o som pulmonar tornou-se obscuro, o murmúrio vesicular diminuiu de intensidade e os fôvres tornaram-se menos numerosos.

*Exame radiológico.* — À radioscopia notou-se o diafragma paralisado, mantendo-se a cúpula diafragmática ligeiramente elevada. No exame radiográfico não foi possível distinguir o limite do músculo. As lesões não sofreram modificação apreciável (fig. 19).

*Situação actual.* — Retirou do Hospital um mês depois. O processo, após um período de acalmia, entrou de novo em franca actividade, tendo-se generalizado ao pulmão oposto. Faleceu recentemente.

# DRYCO

I R R A D I A D O

O leite ideal para  
a alimentação infantil

**EVITA O RAQUITISMO**

*«Gyorgy demonstrou que o leite seco irradiado é de uma grande acção, não só no raquitismo, como também na tetania infantil, e Hottinger descobriu que é mesmo mais activo que o óleo de fígado de bacalhau e quasi equivalente á irradiação directa da criança».*

(Journal A. M. A., E. E., Agosto 1 1927).

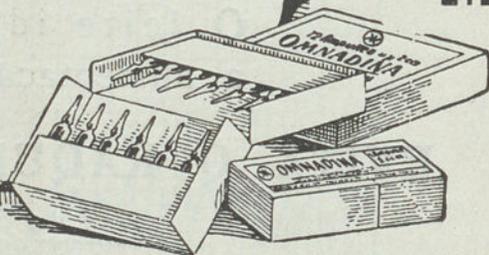
O método de irradiação não altera a potência das vitáminas nem o sabôr do leite.

**The Dry Milk Company**  
15, Park Row—NEW-YORK

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

DEPOSITARIOS PARA PORTUGAL E COLÓNIAS:  
**GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>A</sup>**  
Rua Nova da Trindade, 9-1.º—LISBOA

# Omnadina



**Vacina total imunizante "MUCH"**

*Para o terapêutica não específica em todas as*

**moléstias infecciosas e padeci-  
mentos reumáticos e neurálgicos**



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

*Fôrma comercial:*

CAIXAS COM 1,3 E  
12 AMPOLLAS  
DE 2 c. c.



EMPACOTA-  
MENTO ORI-  
GINAL

**I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft**  
**Departamento farmaceutico "Bayer-Meister Lucius"**

**Leverkusen (Alemanha)**

-----  
REPRESENTANTE-DEPOSITÁRIO:

**Augusto S. Natividade**

RUA DOS DOURADORES, 150, 3.º — LISBOA

OBSERVAÇÃO VI.—A. P. L., de 10 anos, estudante, natural do Pôrto e residente no Dafundo. Antecedentes tuberculosos na familia. Já há meses que se sentia fraca e com ligeiras temperaturas vesperais. Em princípios de Agosto de 1928 teve uma pequena hemoptise. Desde então ficou com tosse e com cansaça, accentuando-se a pouco e pouco o emmagrecimento. Deu entrada no Serviço de Clínica Propedêutica em 29 de Outubro de 1928.

*Estado geral e local nesta data.*—Aspecto geral, fraco; aptidão para o trabalho conservada; pequena fadiga; alguma tosse e expectoração; ausência de dores torácicas; de quando em quando temperaturas a  $37^{\circ},1$ ,  $37^{\circ},2$ ; suores nocturnos Anorexia; funções digestivas boas; emmagrecimento accentuado. Estado de nutrição, deficiente; mucosas descoradas; micropoliadenite cervical bilateral; dispneia pouco intensa. Pulso rítmico, de regular amplitude, com 120 pulsações por minuto. Pressão arterial (Pachon): máx. 10, min. 7, índice 1,5. Perímetro axilar, 66 cm. Amplitude torácica, 2 cm. Altura torá-

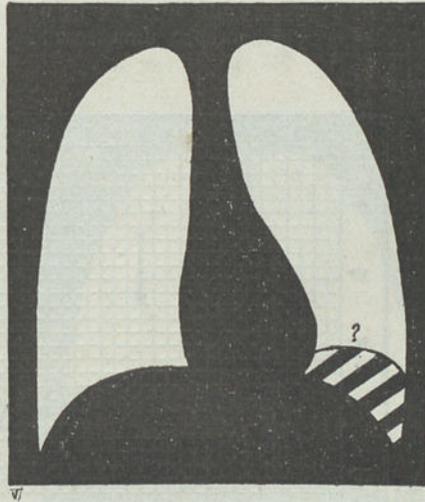


Fig. 19

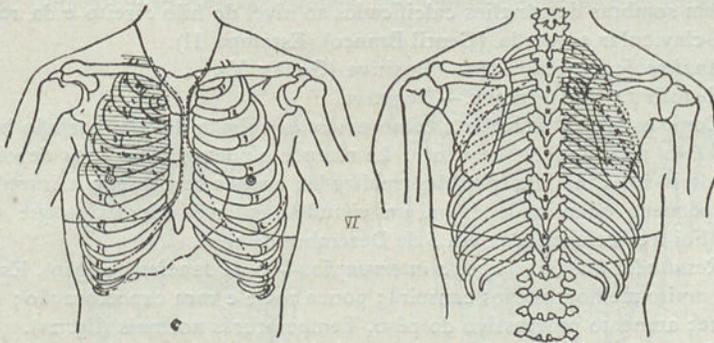


Fig. 20

cica, 19 cm. Diâmetro axilar, 17,5 cm. Diâmetro supra-esternal, 10 cm. Pêso, 26,100 quilog. Altura,  $1^m,26$ .

*Percussão e auscultação.*—Submacicez em todo o hemitórax direito, mais pronunciada no têrço superior. Murmúrio vesicular de fraca intensidade

e ralas sub-crepitanes nos dois terços superiores do mesmo pulmão. Sôpro cavitário na fossa sub-clavicular, junto ao esterno, e na região inter-escapular correspondente (fig. 20).

*Exame radiográfico.* — Infiltração e esclerose extensa, abrangendo todo o lobo superior direito com acentuado desvio da traqueia e do coração para este lado, desenhando-se uma cavidade por baixo da sombra da clavícula.

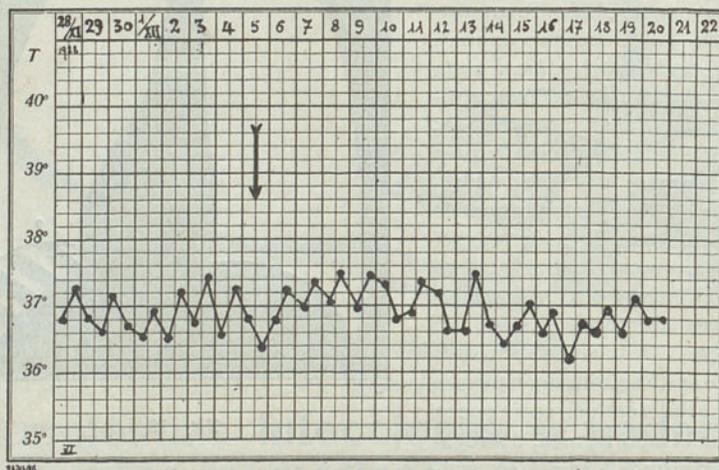


Fig. 21

Existem sombras de gânglios calcificados ao nível do hilo direito e da região supra-clavicular esquerda. (Gentil Branco) (Estampa II).

*Análise de expectoração.* — Positiva (Gaffky V).

*Reação de Wassermann.* — Negativa.

Como estivesse indicada a compressão do pulmão direito, por não haver lesões em actividade à esquerda, foi tentado o pneumotórax dias depois da sua admissão. Em duas punções realizadas apenas se conseguiu introduzir uma pequena quantidade de ar, em virtude das fortes aderências que existiam. Foi frenicectomizada em 5 de Dezembro de 1928.

*Resultados imediatos após a intervenção.* — (5 de Janeiro de 1929). Estado geral muito melhor; menos cansaiva; pouca tosse e rara expectoração; bom apetite; aumento progressivo do peso. Temperaturas normais (fig. 21).

*Percussão e auscultação.* — A sonoridade do pulmão modificou-se ligeiramente com o aparecimento de uma pequena faixa de sub-macidez na porção inferior do hemitórax. Os fervores tornaram-se muito menos numerosos.

*Exame radiológico.* — A caverna encontra-se muito mais reduzida e o desvio da traqueia mais pronunciado. A cúpula diafragmática está ligeiramente elevada (fig. 22 e estampa II).

*Situação actual.* — Continua sem febre, quasi sem tosse e sem expectora-

ção. Tem apetite e tem engordado. Persistem ainda bac. de Koch na expectoração, mas em menor número (escala IV). À auscultação, menos ralas e maior intensidade do sôpro cavernoso (sôpro pseudo-cavitário por desvio traqueal).

OBSERVAÇÃO VII — A. A. L., de 23 anos, solteira, doméstica, natural e residente em Lisboa. Tara hereditária tuberculosa acentuada. Há 15 dias, sentindo-se bem, mas já com ligeira falta de apetite, teve súbitamente uma hemoptise, que a deixou num pronunciado estado de astenia, com temperaturas elevadas, que atingiam  $39^{\circ}$  à tarde, e com drses no hemitórax direito. A tosse era pouca e a expectoração rara. Deu entrada no Serviço de Clínica Propedêutica em 16 de Dezembro de 1928.

*Estado geral e local nesta data.* — Aspecto geral, mau; aptidão para o trabalho, nula; fadiga fácil; pouca tosse e pouca expectoração; dores torácicas à direita, sobretudo adiante; temperaturas oscilando entre  $37^{\circ},5$  e  $39^{\circ},5$ ; alguns suores nocturnos. Anorexia; funções digestivas regulares; grande emmagrecimento. Estado de nutrição deficiente; mucosas descoradas; dispneia. Tórax carinado, muito estreito, retraído fortemente dum e doutro lado do esterno, particularmente à direita. Pulso del-

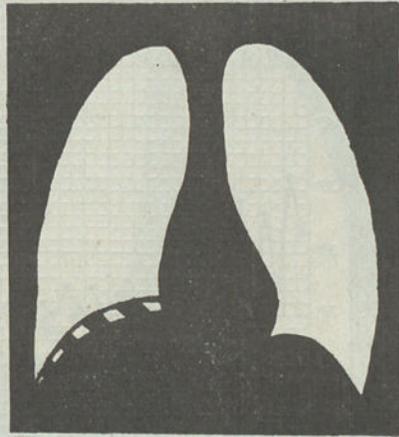


Fig. 22

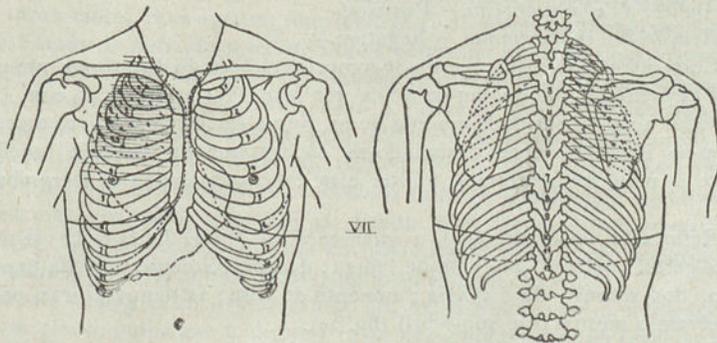


Fig. 23

gado, rítmico, com 116 pulsações por minuto. Pressão arterial (Pachon): máx. 14, mín.  $7,5$ , índice  $3,5$ . Perímetro axilar,  $75$  cm. Amplitude tórácica,

5 cm. Altura tórácica, 22,5 cm. Diâmetro axilar, 19 cm. Diâmetro supra-esternal, 13,5 cm. Pêso, 37,500 quilog. Altura, 1m,56.

*Percussão e auscultação.*—Sub-macidez no têtço ântero-superior do hemitórax direito. Deminuição do murmúrio vesicular na metade superior do mesmo pulmão, com fervores pouco numerosos e sobretudo após a tosse. Junto à região axilar, talas com um certo metalismo (fig. 23).

*Exame radiográfico.*—Extensas sombras de infiltração à direita, desenhando-se na parte anterior do primeiro espaço intercostal a sombra de uma

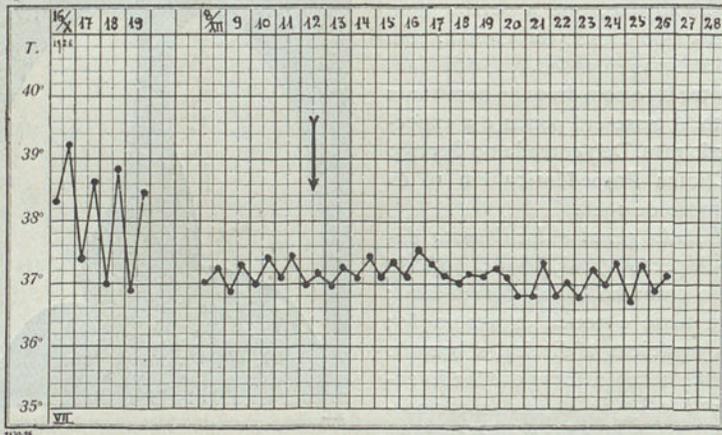


Fig. 24

grande cavidade. À esquerda não há sombras de infiltração nem alterações de permeabilidade pulmonar. (Gentil Branco) (Estampas III, IV).

*Análise de expectoração.*—Positiva.

*Reação de Wassermann.*—Negativa.

Como estava indicado, tentou-se comprimir o pulmão direito por um pneumotórax artificial; conseguiu-se ainda realizar duas insuflações com êxito, mas com uma quantidade mínima de ar. Numa terceira tentativa, a pressão elevou-se imediatamente, desistindo-se do tratamento. Resolvido sujeitar a doente a uma frenicectomia, foi-lhe esta executada em 12 de Dezembro de 1928.

*Resultados imediatos após a intervenção.*—(12 de Janeiro de 1929). Aspecto geral, melhor; ausência de fadiga; desaparecimento total da expectoração, dos suores e da dispneia; aumento de pêso; as temperaturas, porém, conservam o mesmo tipo sub-febril (fig. 24).

*Percussão e auscultação.*—Na base direita o som pulmonar tornou-se sub-macizo, e o murmúrio nesta região deminuiu bastante de intensidade. Os fervores, que se notavam antes da intervenção, com dificuldade se ouvem após a tosse, e são em número muito mais reduzido.

*Exame radiológico.*—Lesões acentuadamente reduzidas de feição fran-

camente fibrosa. Scissura interlobar elevada, apresentando um arco de concavidade inferior. Desaparecimento da caverna, cúpula diafragmática com elevação de 5 cm., mostrando o diafragma um nítido fenômeno de Kimboeck (fig. 25 e estampas III, IV).

*Situação actual.* — Sente-se bem, sem tosse e sem expectoração. As temperaturas normalizaram-se, sendo raros os dias em que sobem a 37°,2. A auscultação persiste a mesma deminuição do murmúrio vesicular, mas já se não ouvem fervores, nem mesmo após a tosse.

OBSERVAÇÃO VIII — F. C. E., de 26 anos, solteiro, trabalhador rural, natural e residente em Leiria. Ausência de antecedentes tuberculosos na família. Doente há 15 meses com grande fraqueza tosse e expectoração, tendo sido esta hemoptóica no início da doença. Entrou para o Serviço de Clínica Propedêutica em 20 de Novembro de 1928.

*Estado geral e local nesta data.* — Aspecto geral, bom; aptidão para o trabalho, abolida; fadiga acentuada, com dispncia de esforço; bastante tosse e muita expectoração; ausência de dores torácicas; temperatura máx. 37°,3; raros suores. Bom apetite; funções digestivas normais; emmagrecimento ligeiro. Estado de nutrição regular. Tórax comprido e retraído nas fossas supra e infra-clavicular direitas. Pulso ritmico, pequeno, com 100 pulsações por minuto. Tensão arterial (Pachon): máx. 14, mín. 9,5, índice 3. Perimetro mamilar, 94 cm. Amplitude torácica, 4 cm. Altura torácica, 32 cm. Diâmetro axilar, 25 cm. Diâmetro supra-esternal, 16,5 cm. Pêso, 70 quilog. Altura 1m,75.

*Percussão e auscultação.* — Sonoridade normal. Deminuição do murmúrio vesicular em todo o hemitórax direito com fervores sub-crepitantes médios na face posterior e metade ântero-superior, sendo mais numerosos e mais húmidos na fossa sub-clavicular junto ao esterno (fig. 26).

*Exame radiográfico.* — Observa-se um extenso processo de infiltração e esclerose pleuro-pulmonar à direita, mais acentuadamente ao nível do lobo superior, notando-se também desvio da traqueia e dos grossos vasos para êste lado e irregularidades dos contornos das cúpulas diafragmáticas. (Gentil Branco).

*Análise de expectoração.* — Positiva (escala Gaffky IV).

*Reacção de Wassermann.* — Negativa.



Fig. 25

Julgando indicada a compressão do pulmão lesado, atendendo à unilateralidade das lesões e à persistência de expectoração bacilar, foi-lhe tentada uma insuflação nos primeiros dias de Dezembro. O aparecimento de pressões

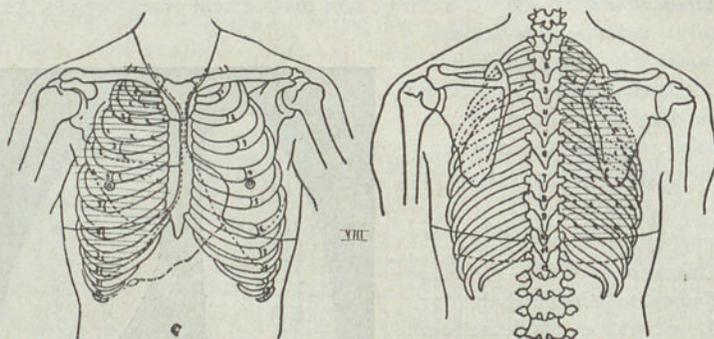


Fig. 26

positivas, em duas punções realizadas, levou à desistência do tratamento. Foi frenectomizado em 14 de Dezembro de 1928.

*Resultados imediatos após a intervenção.* — (14 de Janeiro de 1929). Manifesta sensação de bem-estar; muito menos tosse e expectoração bastante redu-

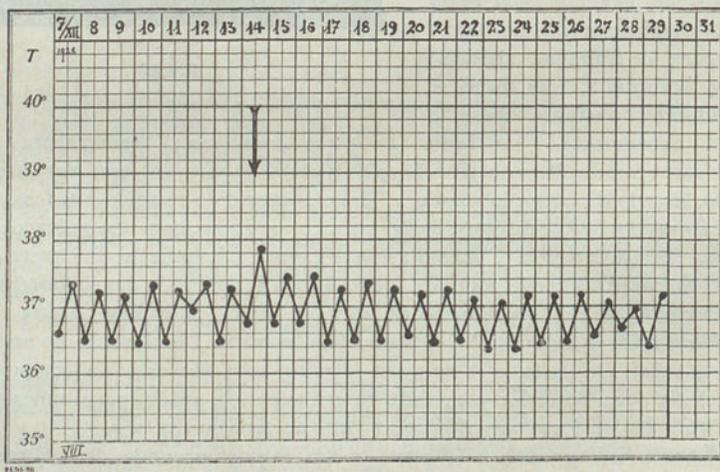


Fig. 27

zida. Melhor apetite e aumento progressivo de peso. Temperaturas normais (fig. 27).

*Percussão e auscultação.* — Macicez na base do hemitórax direito, onde o

murmúrio vesicular se encontra quasi abolido. Fervores sub-crepitantes médios e finos, muito mais raros na metade inferior, mas persistindo com a mesma intensidade na fossa sub-clavicular.

*Exame radiológico.* — Lesões sem modificação apreciável. Cúpula diafragmática elevada de 4,5 cm. e em imobilidade absoluta (fig. 28).

*Situação actual.* — Continua sem febre. A tosse e a expectoração desapareceram por completo. Tem engordado e retomou já a sua vida de trabalhador rural.

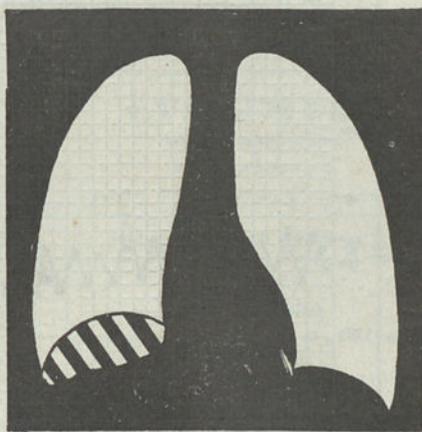


Fig. 28

OBSERVAÇÃO IX — J. J. S., de 23 anos, casado, relojoeiro, natural de Braga e residente em Lisboa. Antecedentes tuberculosos na família. Doente há um ano, com astenia profunda, tosse, expectoração, emmagrecimento progressivo e falta de apetite. Fez uma análise de expectoração que revelou bacilos de Koch. Pediu para ser internado no Serviço de Clínica Propedêutica, tendo sido admitido em 21 de Novembro de 1928.

*Estado geral e local nesta data.* — Aspecto geral, regular; aptidão para o trabalho, diminuída; fadiga acentuada; bastante tosse e alguma expectora-

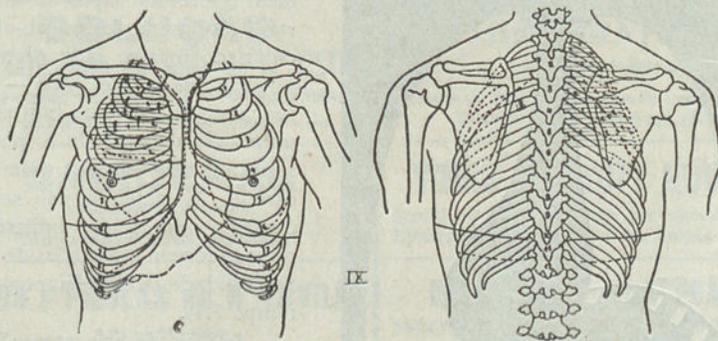


Fig. 29

ção muco-purulenta; ausência de dores torácicas; temperaturas sub-febris a 37°,5 máx. e suores nocturnos inconstantes. Pouco apetite; funções digestivas, boas; emmagrecimento lento, mas contínuo. Estado de nutrição regular;

ausência de anemia e de dispneia. Pulso rítmico, de pequena amplitude, com 86 pulsações por minuto. Tensão arterial (Pachon): máx. 16, mín. 8,5, índice, 4. Perímetro mamilar, 85 cm. Amplitude torácica, 5 cm. Altura torá-

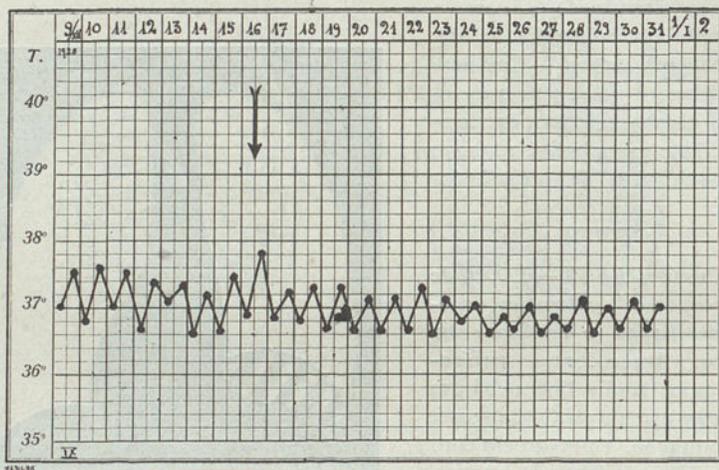


Fig. 30

cica, 28 cm. Diâmetro axilar, 25 cm. Diâmetro supra-esternal, 14,5 cm. Pêso, 60 quilog. Altura, 1m,62.

*Percussão e auscultação.* — Sub-macidez na metade superior do hemi-

tórax direito, com alguns ferveores sub-crepitantes finos e médios, sobretudo após a tosse; raros sibilos na fossa sub-clavicular do mesmo lado (fig. 29).

*Exame radiográfico* — Presença de sombras de infiltração pulmonar abrangendo a metade superior do campo pulmonar direito. À esquerda não se encontram sinais de infiltração pulmonar nem alterações de permeabilidade. (Gentil Branco) (Estampa III).

*Análise de expectoração.* — Positiva.

*Reacção de Wassermann* — Negativa.

Alguns dias depois da sua hospitalização, foi tentado o tra-



Fig. 31

# LABORATORIOS CLIN

## COLLOIDES

1º COLLOIDES ELECTRICOS : Electrargol (prata) - Electrauroil (ouro) - Electr-Hg (mercúrio) - Electrocuprol (cobre) - Electrorhodiol (rhódio) - Electros-lenium (selénio) - Electromartiol (ferro). Arrhenomartiol.

2º COLLOIDES CHIMICOS : Collothiol (enzofre) Ioglysol (iodo-glycogeno).

## SULFO-TREPARSEANAN

ARSENOBENZENE INJECTAVEL

Pela via hipodérmica

Doses : I (0 gr. 06) a X (0 gr. 60)

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

## NEO-TREPARSEANAN

Syphills — Plan — Impaludismo — Trypanosomiasas.

## ENESOL

Salicylarsinato de Hg (As e Hg) dissimulados)

Empôlas de 2 e de 5 c. c. a 0 gr. 03 par c. c.

Injecções intramusculares e intravenosas.

## ADRÉNALINE CLIN

Solução a 1/1000. — Collyrios a 1/5000 e a 1/1000. Tubos a 1/4 milligr. — Suppositórios a 1/2 milligr. Tubos esterilizados a 1/10, 1/4, 1/2 e 1 milligr.

## CINNOZYL

(Cinnamato de benzylo-Cholesterina e Camphora)

Immunisação artificial do organismo tuberculoso.

Empôlas de 5 c. c.

## SOLUÇÃO de Salicylato de Soda do D<sup>r</sup> CLIN

Dosagem rigorosa - Pureza absoluta

2 gr. de Salicylato de Soda por colher de sopa.

## SALICERAL

(Mono-salicyl-glycerina)

Linimento antirreumatismal

## LICOR E PILULAS DO D<sup>r</sup> LAVILLE

Anti-gottosas

1/2 a 3 colheres das de chá por dia.

## SOLUROL

(Acido thymínico)

Eliminador physiologico do acido urico.

Comprimidos doseados a 0 gr. 25.

## SYNCAINE

Ether paraaminobenzoico do diethylaminoethanol.

Syncaine pura em sal. — Soluções adranesthesicas.

Tubos esterilizados para todas as anesthesias.

Collyrios.

## ISOBROMYL

(Monobromisovalerylurada)

Hypnotico e sedativo

Comprimidos doseados a 0 gr. 30 :

1 a 3 antes de deitar-se.

## VALIMYL

(Diethylisovaleramide)

Antiespasmódico

Perolas doseadas a 0 gr. 05 : 4 a 8 por dia.

## TANACETYL

(Acetylitanin)

Antidiarrhéico

Comprimidos doseados a 0 gr. 25 : 1 a 3 por dose.

3 vezes por dia.

## INJEÇÃO CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINADA

Empôlas de 1 c. c. (N<sup>o</sup> 596 e 796).

Glycerophosphato de soda a 0 gr. 10. - Cacodylato de soda a 0 gr. 05. - Sulf. de strychnina a 1/2 milligr. (596) ou 1 milligr. (796) por c. c.

## CACODYLATO DE SODA CLIN

Globulos de 1 cgr. — Gottas de 1 cgr. por 5 gottas.

Tubos esterilizados em todas as dosagens usuas.

## METHARSINATO CLIN

(Syn. : ARRHENAL)

Globulos de 25 milligr. — Gottas de 1 cgr. por 5 gottas.

Tubos esterilizados de 5 cgr. por c. c.

## VINHO E XAROPE NOURRY

5cgr. de iodo e 0 gr. 10 de tanino, por colher das de sopa.

Lymphatismo, Anemia, Molestias de Peito.

## ÉLIXIR DERET

Solução vinosa com base de Iodureto duplo de Tanino e de Mercurio.

De um a duas colheres de sopa por dia.

## XAROPE de AUBERGIER

de Lactucario

2 a 4 colheres das de sopa por dia.

1631

COMAR & C<sup>ia</sup> — PARIS

METODO CYTÓPHYLATICO DO PROFESSOR PIERRE DELBET

*Comunicações ás sociedades scientificas e em especial á Academia de Medicina  
(Sessões de 5 de Junho, 10 de Julho e 13 de Novembro de 1928)*

# DELBIASE

ESTIMULANTE BIOLÓGICO GERAL POR  
HYPERMINERALISAÇÃO MAGNESIA DO ORGANISMO

UNICO PRODUTO PREPARADO SEGUNDO A FORMULA DO PROFESSOR DELBET

PRINCIPAIS INDICAÇÕES:

Perturbações digestivas, Infecções das vias biliares, Perturbações neuro-musculares, Asthénia nervosa, Perturbações cardiacas por Hypervagotonia, Pruridos e Dermatose, Lesões do tipo precanceroso, Prophylaxio do cancro

DOSE: 2 A 4 COMPRIMIDOS, TODAS AS MANHÃS, EM MEIO COPO D'AGUA

DEPOSITO: Laboratorio de PHARMACOLOGIE GENERAL  
8, rue Vivienne, PARIS

*A pedido mandam-se amostras aos medicos*

I M P R E N S A  
LIBANIO DA SILVA

Sucessor: JÚLIO DE SOUZA

TRABALHOS TIPOGRAFICOS  
EM TODOS OS GENEROS

ESPECIALIDADE EM TRABA-  
LHOS DE GRANDE LUXO

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

tamento pelo pneumotórax, tendo sido impossível realizá-lo pela existência de extensas aderências. Indicada a frenicectomia, foi esta executada em 16 de Dezembro de 1928.

*Resultados imediatos após a intervenção.*— (16 de Janeiro de 1929). Melhor estado geral; a temperatura baixou, não ultrapassando  $37^{\circ},1$  (fig. 30); a tosse e expectoração diminuíram consideravelmente; o apetite melhorou muito; não tem cansaíra.

*Percussão e auscultação.*—O som claro da base do pulmão foi substituído por sub-macidez, que se estendeu até ao nível da ponta da omoplata. O murmúrio vesicular ensurdeceu em toda a altura do hemitórax, especialmente na base, e os ferveores tornaram-se raríssimos e só audíveis à tosse, na metade pósterio-superior e fossa supra-clavicular.

*Exame radiológico.*—Lesões mais reduzidas e mais repuxadas para o vértice. A cúpula diafragmática subiu de 2 cm., mantendo-se o músculo imobilizado (fig. 31 e estampa III).

*Situação actual.*—Sente-se bem, com muito menos tosse e expectoração, continuando esta a ser bacilífera. Come com apetite e tem aumentado de peso. As temperaturas normalizaram-se por completo. A auscultação persiste a diminuição do murmúrio vesicular e ralas discretas à tosse no tórax pósterio-superior e fossa supra-clavicular.

OBSERVAÇÃO X.—A. R., de 35 anos, casado, agricultor, natural e residente no Cadaval. Não há casos de tuberculose na família. Adoeceu em 26 de Julho de 1927, com uma pontada súbita e violenta na base do hemitórax esquerdo, acompanhada de temperaturas elevadas a  $40^{\circ}$ . Ao fim de uma semana teve uma vômica abundante de um líquido claro. Desde então a pontada diminuiu de intensidade, as temperaturas baixaram para  $38^{\circ}$  e assim permaneceu perto de um mês. Sobrevieram-lhe depois escarros purulentos, ora acompanhados de outros sangüíneos em pequena quantidade, ora francamente hemoptóicos. Como esta expectoração não desaparecesse, a-pesar do seu bom estado geral e de passar longos períodos

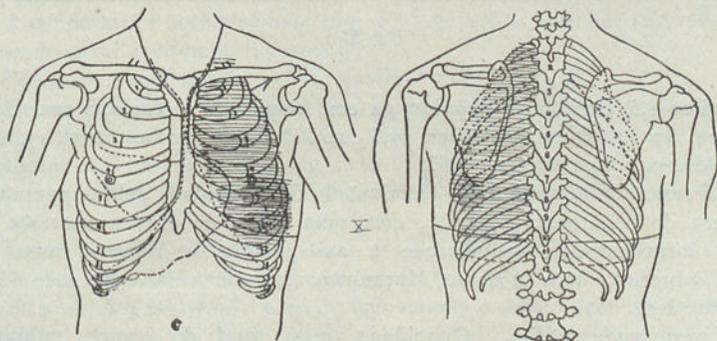


Fig. 32

tórax esquerdo, acompanhada de temperaturas elevadas a  $40^{\circ}$ . Ao fim de uma semana teve uma vômica abundante de um líquido claro. Desde então a pontada diminuiu de intensidade, as temperaturas baixaram para  $38^{\circ}$  e assim permaneceu perto de um mês. Sobrevieram-lhe depois escarros purulentos, ora acompanhados de outros sangüíneos em pequena quantidade, ora francamente hemoptóicos. Como esta expectoração não desaparecesse, a-pesar do seu bom estado geral e de passar longos períodos

apirético, foi hospitalizado no Serviço de Clínica Propedêutica em 27 de Novembro de 1928.

*Estado geral e local nesta data.* — Aspecto geral, bom; aptidão para o trabalho, conservada; ausência de fadiga; bastante tosse e bastante expectoração, sendo esta hemopurulenta; dores torácicas na base esquerda; temperaturas entre 37° e 38°,5. Bom apetite; funções digestivas normais; aumento de pêso. Estado de nutrição excelente; mucosas bem coradas. Pulso pequeno, rítmico, com 90 pulsações por minuto. Pressão arterial (Pachon): máx. 15, mín.

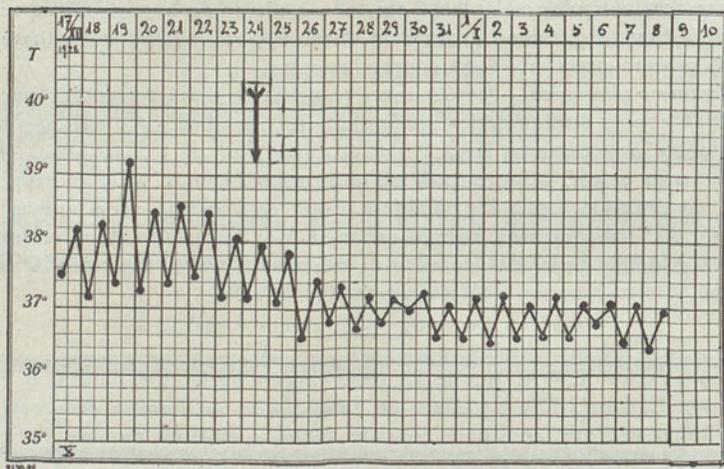


Fig. 33

8,5, índice 1,5. Perímetro mamilar, 94 cm. Amplitude torácica, 5 cm. Altura torácica, 27 cm. Diâmetro axilar, 27,5 cm. Diâmetro supra-esternal, 17,5 cm. Pêso, 65,200 quilog. Altura, 1<sup>m</sup>,63.

*Percussão e auscultação.* — Diminuição da sonoridade pulmonar em toda a altura do hemitórax esquerdo, com uma zona de franca maciez na região infra-mamilar em direção à axila, onde se ouvem raros fer-vores, sobretudo após a tosse. Murmúrio vesicular velado em todo o pulmão (fig. 32).

*Exame radiográfico.* — Opacidade quâsi total do campo pulmonar esquerdo, devido a fenômenos de esclerose pleuro-pulmonar que desviam a sombra do coração e grossos vasos para êste lado, existindo ao nível da parte inferior do campo pulmonar uma forte opacidade que não permite distinguir com nitidez a cúpula diafragmática.

*Análise da expectoração.* — Pesquisa de bacilo de Koch negativa em exame directo e com homogenização. Encontraram-se alguns pneumococos; raros bacilos longos negativos ao Gram. Não havia *scolex*, colchetes ou fibras elásticas.

*Reacções de Wassermann e de Weinberg.* — Negativas.

*Reacção de Casoni.* — Fortemente positiva.

*Exame hematológico habitual.* — Hemoglob. 90 %o. Valor glob. 0,80. Glób. rubros 5.580.000. Glób. brancos 7.600 — Mononucl. 1. Formas de transição 8. Neutróf. 66. Eosinóf. 0,5. Basóf. 0.

O resultado da reacção de Casoni relacionado com os elementos colhidos no exame clínico e radiológico levou-nos ao diagnóstico provável de quisto hidático supurado em comunicação com um brônquio. Dada a impossibilidade de localização segura do quisto, o que tornava arriscada qualquer intervenção cirúrgica, e tendo sido infrutífera uma tentativa de pneumotórax artificial, julgámos indicada uma frenicectomia, a que se procedeu em 24 de Dezembro de 1928.

*Resultados imediatos após a intervenção.* — (24 de Janeiro de 1929). No segundo dia após a intervenção, com um acesso de tosse mais violento, expulsou uma grande membrana hidática e abundante porção de pus. Desde então a expectoração purulenta foi progressivamente diminuindo, até ao seu completo desaparecimento; a tosse cessou; a temperatura normalizou-se (fig. 33); as dores torácicas não voltaram e o estado geral continuou florescente.

*Percussão e auscultação.* — Sem modificação apreciável.

*Exame radiológico.* — Sem alteração, notando-se, porém, a zona de opacidade inferior muito mais elevada, o que corresponde à elevação da cúpula diafragmática, como se reconheceu pelo exame radiográfico, feito após a ingestão de caldo bismutado. Elevação do hemidiafragma de 6 cm. (fig. 34).

*Situação actual.* — Continua bem, tendo retomado já a sua vida de trabalhador rural. Não tem tosse, nem expectoração, nem febre. Tem aumentado de peso. Á auscultação persiste unicamente a diminuição do murmúrio vesicular.



Fig. 34

**OBSERVAÇÃO XI.** — M. A. R., de 23 anos, solteira, doméstica, natural da Régua e residente em Lisboa. Ausência de antecedentes tuberculosos. Há 8 meses teve uma hemoptise, seguida durante algum tempo de expectoração hemoptóica. Desde então sentiu-se fraca; perdeu o apetite; começou a emmagrecer e a ter tosse sêca. Há quinze dias sobreveio-lhe nova hemoptise. Foi hospitalizada no Serviço de Clínica Propedêutica em 20 de Dezembro de 1928.

*Estado geral e local nesta data.* — Aspecto geral, regular; aptidão para o

trabalho, diminuída; fadiga intensa; pouca tosse e bastante expectoração, por vezes hemoptóica; dores torácicas à direita; temperaturas entre 36°,5 e 38°,3; suores nocturnos copiosos. Anorexia; funções digestivas boas; emmagreci-

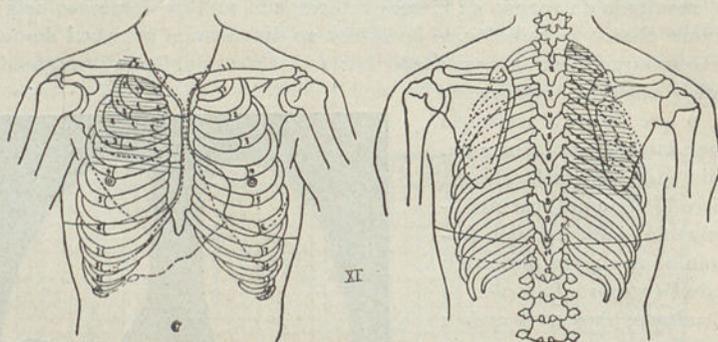


Fig. 35

mento acentuado. Amenorreia há cinco meses. Estado de nutrição deficiente; ligeira anemia. Tórax com esterno saliente, em quilha. Pulso pequeno, rítmico, com 110 pulsações por minuto. Tensão arterial (Pachon): máx. 14, mín. 8, índice 1,3. Perímetro axilar, 78 cm. Amplitude torácica, 3 cm. Altura torá-

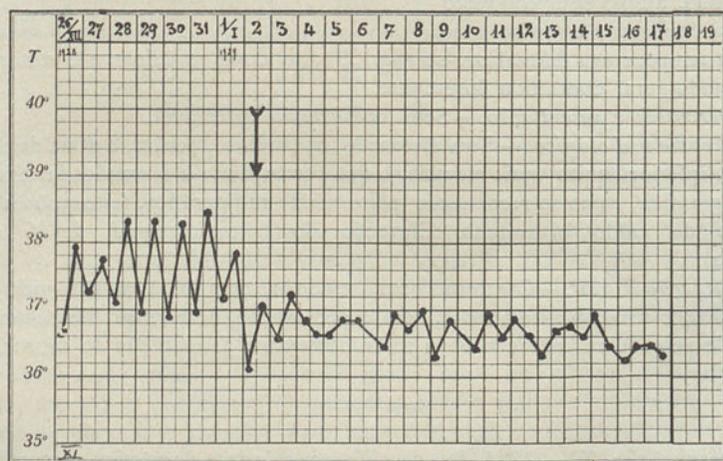
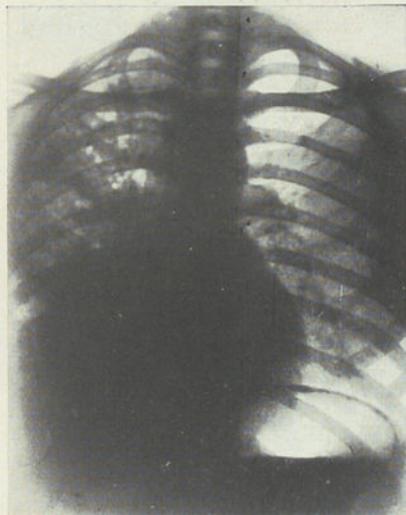
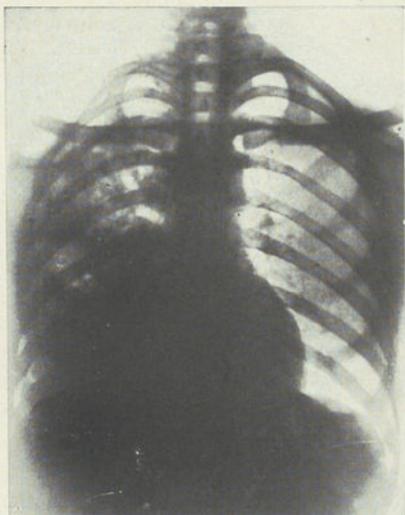


Fig. 36

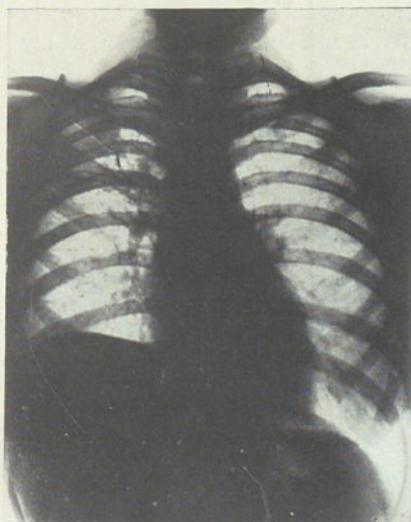
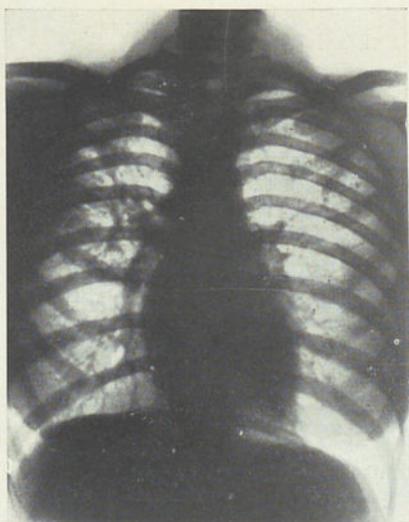
cica, 27 cm. Diâmetro axilar, 24 cm. Diâmetro supra-esternal, 16 cm. Pêso, 52,600 quilog. Altura, 1m,56.

*Percussão e auscultação*—Diminuição do murmúrio vesicular com ferveo-

ESTAMPA I



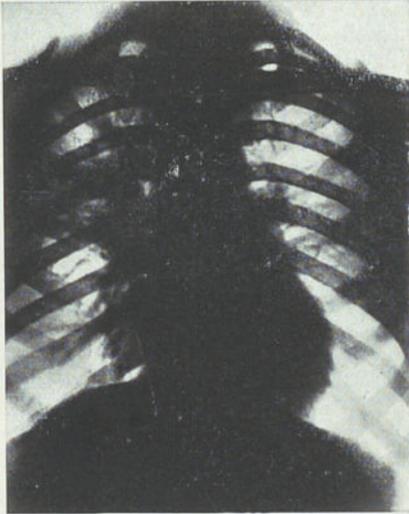
Obs. I



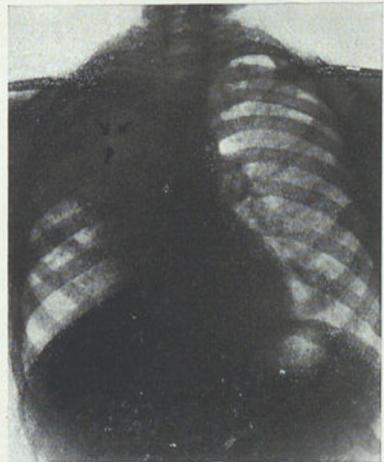
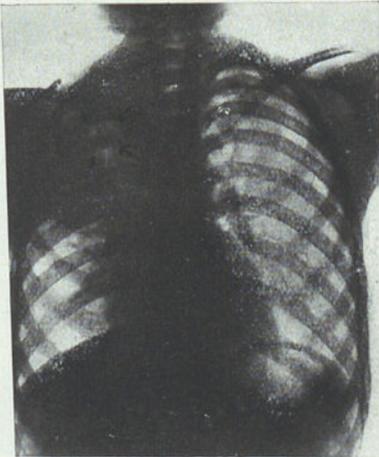
Obs. II



ESTAMPA II



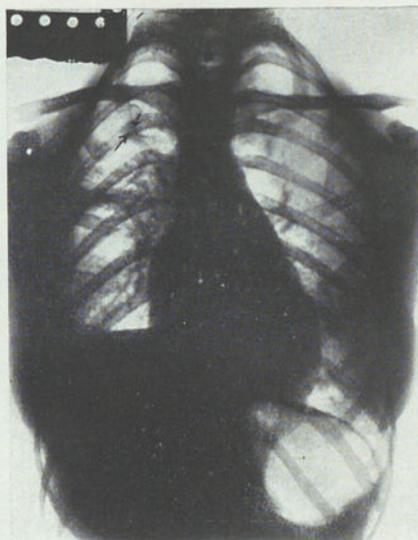
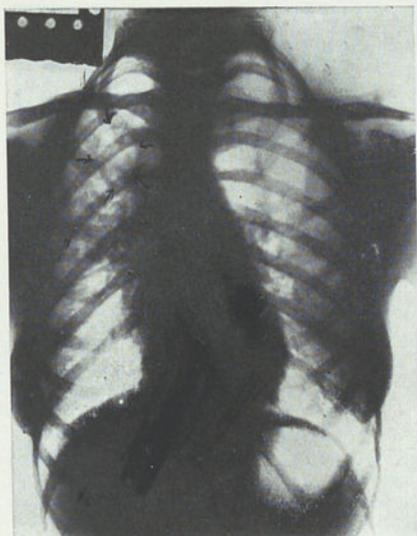
Obs. IV



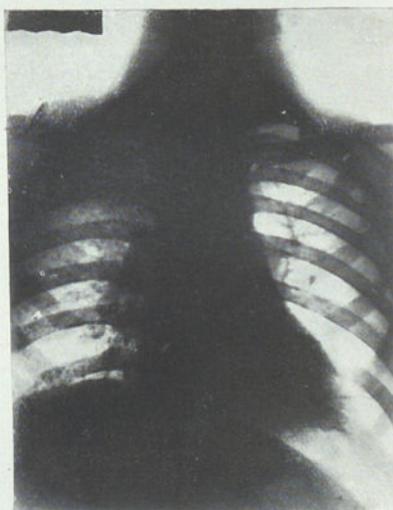
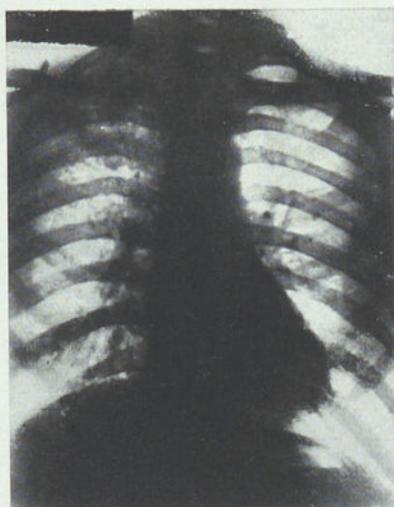
Obs. VI



ESTAMPA III



Obs. VII



Obs. IX



ESTAMPA IV



Obs. VII



res sub-crepitantes médios na metade ântero-superior e nos dois terços pósteros superiores do pulmão direito (fig. 35).

*Exame radiográfico.* — Numerosas sombras de infiltração, do tipo proliferativo, invadindo todo o lobo superior do pulmão direito e a parte superior do lobo médio. Acção esclerosante, acentuada dos tecidos com retração da porção superior do hemitórax, estreitamento dos espaços intercostais e desvio das sombras da traqueia, dos brônquios e dos grossos vasos para a direita e para cima. À esquerda nada de anormal, a não ser a presença de um pequeno nódulo fibroso na base. (Benard Guedes).



Fig. 37

*Percussão e auscultação.* — Sem modificação apreciável, quanto à sonoridade pulmonar e ao murmúrio vesicular. Fervores sub-crepitanes em menor número.

*Exame radiológico.* — Sem alteração notável, a não ser uma ligeira elevação da cúpula diafragmática direita (fig. 37).

*Situação actual.* — Mantém-se sensivelmente o mesmo estado, apresentando, por vezes, a curva térmica acessos febris de curta duração.

*Análise de expectoração.* — Positiva (Gaffky IV).

*Reacção de Wassermann.* — Negativa.

Sendo irrealizável o colapso pelo pneumotórax artificial, em virtude da existência de extensas aderências, foi-lhe feita uma frenicectomia em 2 de Janeiro de 1929.

*Resultados imediatos após a intervenção.* — (2 de Fevereiro de 1929). Sensação de bem-estar; menos tosse e menos expectoração; desaparecimento das hemoptises; temperaturas normais (fig. 36) após a intervenção; ausência de suores; aumento de peso.

OBSERVAÇÃO XII — J. G. N., de 55 anos, comerciante, natural e residente em Pedrógão (Tôres Novas). Alguns casos de tuberculose pulmonar na família. Há um ano começou sentindo na base do hemitórax esquerdo dores de fraca intensidade; dois meses depois sobreveio-lhe tosse bastante violenta, acompanhada de expectoração sangüínea, que se têm mantido desde então. A pouco e pouco perdeu o apetite, começou a emagrecer e a cansar. Entrou para o Serviço de Clínica Propedêutica em 4 de Janeiro de 1929.

*Estado geral e local nesta data.*—Aspecto geral, regular; aptidão para o trabalho, diminuída; fadiga fácil; muita tosse com abundante expectoração, sendo esta francamente hemoptóica; dores na base do hemitórax esquerdo;

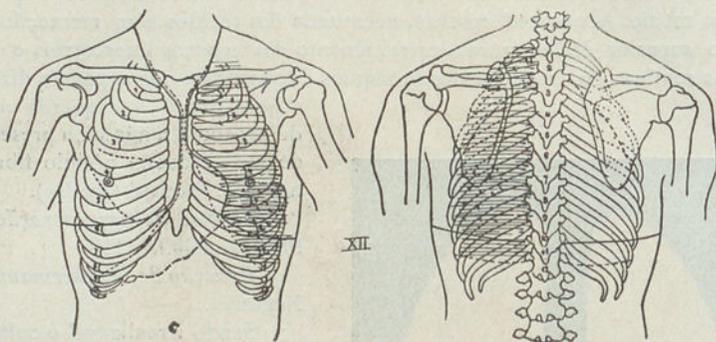


Fig. 38

temperaturas entre 36°,6 e 38°; suores ligeiros. Anorexia; digestões difíceis, emmagrecimento progressivo. Estado de nutrição, deficiente; mucosas desco-radas e conjuntivas sub-ictéricas; ligeira dispneia. Pulso rítmico, de regular amplitude, com 96 pulsações por minuto. Pressão arterial (Pachon): máx. 21, mín. 10, índice, 3. Segundo tom aórtico bastante reforçado. Perímetro mami-

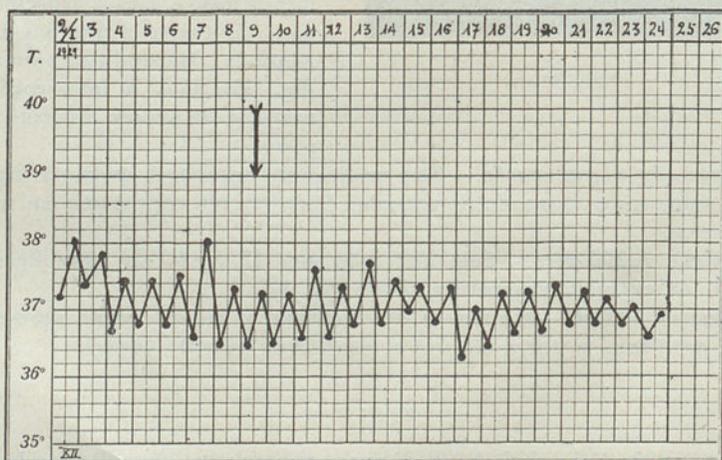


Fig. 39

lar, 85 cm. Amplitude, 3 cm. Altura torácica, 26 cm. Diâmetro axilar, 26 cm. Diâmetro supra-esternal, 13 cm. Pêso, 53,200 quilog. Altura, 1<sup>m</sup>,56.

*Percussão e auscultação.*—Macicez na metade inferior do hemitórax es-

querdo, mais acentuada na região axilar. Murmúrio vesicular enfraquecido em toda a extensão do campo pulmonar, sobretudo na base. Raros ferveores sub-crepitantes no vértice; mais numerosos, particularmente após a tosse, no tærço inferior (fig. 38).

*Exame radiográfico.* — Nota-se a presença duma opacidade quási total da base do campo pulmonar esquerdo, desenhando-se vagamente uma sombra de feição circular, muito embora de limites indecisos, podendo representar uma coleção purulenta intra-pulmonar.

*Análise de expectoração.* — Exame directo e com homogeneização, negativo para o bacilo de Koch.

*Reacções de Wassermann e de Wernberg.* — Negativas.

*Reacção de Casoni.* — Negativa.

*Exame hematológico habitual.* — Hemoglob. 80 %. Valor glob. 0,96. Glób. rubros 4.160.000. Glób. brancos 9.000. Linf. 28. Gr. monocucl. 1. Formas de transição 5,5. Neutróf. 64,5. Eosinóf. 1. Basóf. 0.

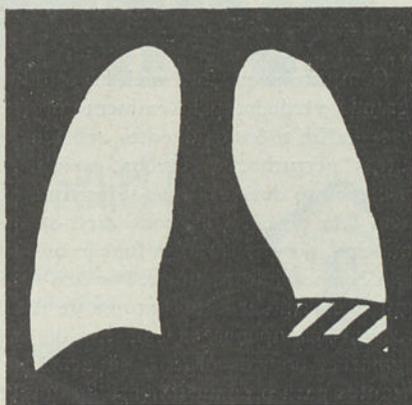
Feito o diagnóstico provável de abcesso do pulmão e sendo impraticável o estabelecimento dum colapso pulmonar pelo pneumotórax, em virtude do extenso processo sinfisário, julgámos indicada uma frenicectomia, que foi realizada em 9 de Janeiro de 1929.

*Resultados imediatos após a intervenção.* — (9 de Fevereiro de 1929). Menos tosse e diminuição progressiva e acentuada da expectoração. Normalização da temperatura (fig. 39). Desaparecimento dos suores. Aumento ligeiro do pêso.

*Percussão e auscultação.* — Sem alterações apreciáveis.

*Exame radiológico.* — Cúpula diafragmática mais elevada, mas difficilmente limitável (fig. 40).

*Situação actual.* — Continua sem febre. A tosse e a expectoração diminuíram muito. Tem apetite e aumentou quatro quilogramas de pêso. Á auscultação: — ralas muito discretas à tosse na base e diminuição muita acentuada do murmúrio em toda a extensão pulmonar.



XII

Fig. 40

## NOTAS CLÍNICAS

### AS CEFALÉIAS EM OFTALMOLOGIA

Voilà une equation : céphalées — examen de l'œil qui devait être inscrite dans la mémoire de tout praticien.

CANTONNET.

Com êste pequeno e modesto estudo apenas desejo relembrar ao médico a grande verdade, pelo eminente professor Axenfeld proclamada nestes termos: — «Em todos os doentes que têm uma cefaleia rebelde, como também noutras perturbações cérebro-espinais, funcionais ou orgânicas, o médico consciencioso deve esforçar-se por que o exame dos olhos seja praticado». — Quem fala de cefaleia, pode dizer-se que fala do sintoma mais comum em semiótica, porque rara é a função que em suas perturbações não tenha a cefaleia como sinal precursor. Por isso muito difficilmente os autores têm conseguido classificar êste sintoma de tão diversas causas e origens. A nós interessam-nos apenas as cefaleias de origem ocular, e ainda as que, embora originárias doutros órgãos, se acompanham de manifestações oculares importantes para o conhecimento do diagnóstico e tratamento da afecção principal. O grupo que acabo de delimitar é duma freqüência cada vez maior, e abrange uma larga parte da patologia humana. Para facilidade da exposição podemos dividir estas cefaleias em três grandes grupos: *cefaleias com olhos vermelhos e sem hipertensão*; *cefaleias com olhos brancos e sem hipertensão*; *cefaleias com olhos hipertensos*.

*Cefaleias com olhos vermelhos e sem hipertensão.* — Todas as inflamações do segmento anterior do globo podem acompanhar-se de cefaleias. Mas são de preferência as lesões da córnea e da íris, ricamente enervadas, e fazendo parte do território sensível do trigémio, que mais vezes produzem cefaleias difusas e periorbitárias. Entre as lesões da córnea, são as queratites ulcerosas as que mais doem. A cefaleia, a fotofobia, a epifora, a injeccção ciliar e a lesão corneana, não deixam dúvidas sôbre o diagnóstico. Mas as queratites não ulcerosas, profundas, com uma vascularização que desaparece no limbo córneo-escleral, indicando que a inflamação existe nas camadas posteriores, bastas vezes se acompanham também de cefaleia frontal. São as chamadas queratites parenquimatosas ou intersticiais, que em 90 % dos casos são manifestações sifilíticas. Aqui a cefaleia é mais um sinal da doença geral do que da lesão local por ela provocada. As inflamações irianas são também cefalálgicas. A íris é um órgão móvel por excelência. Pequeníssimas variações da intensidade luminosa obrigam-na a modificar constantemente o diâmetro do seu orificio central, a pupila. Independentemente dêstes movimentos foto-motores, a íris efectua movimentos quási imperceptíveis, devidos a estímulos internos, psíquicos e intellectuais, que mudam a cada momento.

Êste fenómeno, denominado «agitação pupilar», só pode ser observado na câmara escura e com lupas apropriadas.

# MAGNESIA S. PELLEGRINO

Purga. Refresca. Desinfecta.

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

LABORATORIO CHIMICO FARMACUTICO MODERNO  
- TORINO -

Representantes e depositarios para Portugal e Colômbias:

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>ª</sup> - Rua Nova da Trindade, 9. 1.<sup>º</sup> - LISBOA



## IODALOSE GALBRUN

**iodo physiologico, soluvel, assimilavel**

A IODALOSE É A ÚNICA SOLUÇÃO TITULADA DO PEPTONIODO  
Combinação directa e inteiramente estavel do Iodo com a Peptona  
DESCOBERTA EM 1896 POR E. GALBRUN, DOUTOR EM PHARMACIA  
Comunicação ao XIII<sup>º</sup> 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.  
DOSER MEDIAS : Cinco a vinte gotas para Crianças ; dez a cincoenta gotas para Adultos.

Pedir folheto sobre a Iodothérapie physiologica pelo Peptoniодо.  
LABORATORIO GALBRUN, 8et10, Rue du Petit-Musc. PARIS

# CAFIASPIRINA

**Combate eficazmente  
reumatismo, gripe, nevralgias**

**Reune as reputadas vantagens da  
Aspirina com as conhecidas qua-  
lidades vasotónicas da Cafeina**



## DOSES

No reumatismo, gripe — 1 a 2 comprimidos  
3 vezes por dia.

Nas dôres de cabeça, nevralgias — 2 comprimi-  
dos 1 a 2 vezes por dia.

Nas intoxicações pelo alcool — 1 comprimido 2  
a 3 vezes por dia.

No emfisema — 1 comprimido 2 vezes por dia.

Nas cólicas menstruais — 1 comprimido 2 vezes  
por dia.

**I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft**

Departamento farmacêutico "*Bayer-Meister-Lucius*"

**Representante-Depositário**

**AUGUSTO S. NATIVIDADE**

**Rua dos Douradores, 150, 3.º**

**LISBOA**

Outras vezes em determinadas condições patológicas da circulação, como succede na insuficiência aórtica do tipo Corrigan, os sinais de Musset, de Müller e o duplo sópro crural de Alvarenga, têm a sua homologia na íris, onde pode ser observado o chamado «hipus circulatório». Compreende-se, pois, que num órgão tão móvel e com uma enervação tão complexa, a menor modificação inflamatória oporá dificuldades à função permanente, e como consequência nascerão estímulos dolorosos que, por acção reflexa, provocarão cefaleia. Por isso é que a atropina, paralisando a pupila, é o medicamento soberano, porque exerce concomitantemente uma acção terapêutica, antiflogística e analgésica.

*Cefaleias com olhos brancos e sem hipertensão.* — São as de maior importância semiótica. Nas cefaleias com lesões inflamatórias do globo o êrro não é possível. O corpo de delicto está visível e não admite hesitações. Nestas, porém, o globo parece normal, e por isso só depois de se haverem percorrido todas as possíveis etiologias de sintoma se cura de investigar o que vai pelos olhos.

Estas cefaleias encontram-se em 5 categorias de doentes: *nos que têm um defeito de refração; nos que têm uma heteroforia; nos que têm um tumor orbitário; nos hipertensos do líquido céfalo raquidiano e nos auto-intoxicados.*

*Doentes com defeito de refração.* — O olho humano é um dióptro convergente, preparado para receber na retina as imagens formadas pelos raios luminosos vindos do infinito. Em óptica fisiológica considera-se infinita toda a distância igual ou superior a 5 metros, porque os raios provenientes de objectos colocados a estas distâncias podem considerar-se paralelos. Quere dizer portanto que num olho normal todos os raios que paralelamente incidem sobre a córnea são refractados, e convergem de maneira a formarem o foco na retina. O olho que corresponde a estas condições é chamado *emétrope*. Mas se a retina não coincidir com o foco destes raios paralelos, o olho chamar-se há *amétrope*, e este poderá ser, *miope, hipermétrope, ou astigmata*. Será miope se, por razões patológicas variadas, o olho se distende, de forma que o foco dos raios paralelos fica situado adiante da retina. Será hipermetrope se, por uma falta de desenvolvimento ocular, a retina intercepta os raios antes do foco.

Com uma refringência normal, o olho miope é um olho comprido, o hipermetrope um olho curto. Vejamos agora o funcionamento do olho emétrope. Este está adaptado para os raios paralelos, e por isso, se não possuísse qualquer outra qualidade, não poderíamos ver os objectos que pela sua proximidade emitem raios divergentes. No entanto o homem lê e escreve a distância aproximada de 33 centímetros. Porquê? Porque o globo ocular tem a faculdade de aumentar a sua refringência, de se adaptar aos raios divergentes dos objectos próximos, convergindo-os de forma a que estes situem sempre o foco na retina. A esta faculdade se dá o nome de *acomodação*. A acomodação, segundo Helmholtz, desenvolve-se pelo seguinte mecanismo: a contracção do músculo ciliar puxa para diante a sua inserção posterior, tornando, por êsse facto, menos tensas as fibras da zónula. Então, livre da tracção zonular que se exerce em toda a sua circunferência, o cristalino, por efeito

da própria elasticidade, contrai-se, diminuindo o raio de curvatura da face anterior, e aumentando a sua refringência. Quere portanto dizer tudo isto que a acomodação depende de duas condições precisas: *contração do músculo ciliar* e *elasticidade do cristalino*. Mas ao mesmo tempo que acomoda, o emé-trope converge igualmente os olhos para o objecto fixado, porque só assim gozará de visão binocular simples. Por isso terá de convergir tanto mais quanto mais perto estiver o objecto que deseja ver. Normalmente a convergência está em relação com a acomodação, são funções ligadas pelo sincronismo de acção do estímulo que as provoca. Um individuo que acomoda uma dioptria, convergirá 1 ângulo metro; 2 dioptrias, 2 ângulos metros, etc.; mas este paralelismo pode, em condições defeituosas de visão, ser alterado dentro de pequenos limites; permite, como dizem os franceses, uma certa *décalage*. A convergência é uma função que, aparte condições patológicas, se mantém toda a vida inalterável pela contração simultânea e adequada dos dois músculos rectos internos.

A acomodação não é assim. A amplitude desta, por efeito da redução da elasticidade cristaliniana, diminui gradualmente com a idade, e aí pelos 45 anos, algumas vezes mais cedo, a acomodação é já insufficiente para que o individuo veja nitidamente os objectos com que habitualmente trabalha.

O individuo tornou-se por consequência inábil para os trabalhos próximos, tornou-se, como se diz, *présbita*. O présbita é aquele que lê o jornal de braços estendidos, e de quem um dia alguém deduziu irónicamente, que a redução da acomodação não é o efeito da diminuída elasticidade cristaliniana, mas sim o resultado dum encurtamento dos membros. Por observações numerosas estabeleceu-se a média de acomodação nos diferentes períodos da vida, que, segundo Heine, é de:

15	dioptrias	aos	10	anos
10	»	»	20	»
7,5	»	»	30	»
5	»	»	40	»
2,5	»	»	50	»
0	»	»	60	»

Mas, exemplifiquemos: uma bordadora precisa trabalhar a 20 cm. de distância. Assim o exige a pequenez do trabalho e o hábito adquirido. Como tem 40 anos de idade, não possui senão 5 dioptrias de acomodação, isto é, o seu cristalino só possui a elasticidade necessária para, retraindo-se ao máximo, aumentar a refringência dos olhos, como se collocássemos, colada à córnea de cada um, uma lente convergente de 5 dioptrias. Ora como uma lente que converge os raios paralelos a 1 metro de distância do centro óptico é uma lente de 1 dioptria, uma lente de 5 dioptrias terá o foco, ou convergirá de raios,  $\frac{1 \text{ metro}}{5}$ , isto é, a 20 cm. do centro óptico. Logo, a bordadora de que falamos pode ainda ver a 20 cm., porque os raios vindos desta distância sofrem, por efeito da acomodação, uma refração tal, que formarão sobre a retina uma imagem nítida como se viessem do infinito. Mas para que

isto suceda é necessário que o músculo ciliar desta mulher forneça um máximo de esforço, a fim de permitir a total retracção do cristalino. Sucederá que neste caso deixa de haver um certo poder acomodativo em reserva. Esta reserva de força acomodativa, que Monoyer chamou «coeficiente acóptico», é calculado habitualmente em dois terços da acomodação total. Por isso sucederá no nosso exemplo que o esforço ciliar não poderá ser sustentado muito tempo, e o músculo será obrigado a pequenos períodos de repouso, logo interrompidos pelos impulsos duma visão nítida. A nossa bordadora vêr-se há obrigada a desviar de vez em quando os olhos do bordado, e se persiste no trabalho, verá surgir outros incómodos astenópicos, entre os quais é de destacar a cefaleia. Constitui-se assim a cefaleia do présbita, não poucas vezes tratada pela aspirina em vez de óculos. No hipermetrope, dissemos, o olho é muito curto.

Para compensar esta anomalia o individuo acomoda mesmo para os raios vindos do infinito. Para o trabalho de perto o grau da acomodação será maior ainda. Logo, se o defeito hipermetrópico é grande, veremos que ainda muito longe da idade da presbiopia há nestes individuos perturbações astenópicas intensas, entre as quais é de notar a cefaleia, devida a esforço acomodativo. No míope é diferente a génese dêste sintoma. Neste, a imagem dos raios paralelos vai formar-se adiante da retina. Para obviar a tal inconveniente, o míope não pode acomodar porque então aumentaria o seu defeito óptico.

Como não pode achatar mais as faces do cristalino, tornando êste menos refringente, aproxima o objecto que deseja ver, até que os raios dêle emanados tenham a divergência necessária para formarem o foco sôbre a retina. Por outras palavras, procura o seu *punctum remotum*, isto é, o foco conjugado da sua retina. Mas aproximando os objectos tem necessidade de convergir para gozar de visão binocular. Nasce desta sorte um antagonismo entre as funções sinérgicas, convergência e acomodação, e daí resultam a dor de cabeça e outros sintomas astenópicos. Algumas vezes, quando o centro de convergência é menos desenvolvido, e a necessidade de visão nítida mais forte, ou ainda quando os dois olhos possuem refração desigual, o míope dispensa o binocularismo, e diverge o olho de visão menos perfeita, para fixar com o outro. Torna-se estrábico, periódico nos primeiros tempos, e depois definitivo. Mas há olhos que são ao mesmo tempo míopes e hipermetropes, ou têm os meridianos principais desigualmente míopes ou desigualmente hipermetropes. São os que Whewel chamou *astigmatas*. Nestes os esforços para obter uma visão nítida são ainda mais penosos, e a cefaleia mais constante.

Êste defeito óptico é dos mais freqüentes, podendo aparecer em todas as idades. A dificuldade visual que provoca é por vezes origem de enormes aborrecimentos nalguns profissionais. Ocorre-me a propósito a seguinte passagem do engenhoso Javal, em que êle mostra que o astigmatismo também teve as suas vítimas:

«En Avril 1877 les journaux publiaient une lettre du peintre Marchal qui venait de se suicider et dont voici le début :

Mon cher Paul, ma vue est dérangée. Quand je veux peindre ou dessiner l'object est *doublé d'une façon presque imperceptible*; cela suffit pour m'em-

pêcher de produire!! C'est une espèce de taquinerie nerveuse de l'œil qui n'a l'air de rien. Pour un peintre c'est la mort».

Os defeitos ópticos são, como acabámos de expor, a origem freqüente de inúmeras perturbações, e principalmente de *cefaleia*.

**Doentes com heteroforia.** — Quando os olhos livres de qualquer acção nervosa são dirigidos em linha recta só pela acção de forças mecânicas, e que os eixos verticais das retinas são rigorosamente verticais, dizemos que ha equilibrio muscular ou ortoforia. Todo o desvio dêste equilibrio ideal deverá chamar-se heteroforia.

Se a heteroforia é dum grau elevado, a vontade, a tendência para a fusão das imagens, a acomodação e a convergência, actuarão para que essa perturbação do equilibrio ocular não dificulte o acto da visão. Nasce dêste influxo nervoso exagerado um certo mal-estar, que far-se há acompanhar de cefaleias. O exame do aparelho motor ocular é então necessário, e se a heteroforia é pequena os vidros prismáticos poderão ser de grande utilidade.

**Doentes com tumor orbitário.** — Os tumores da órbita, e em geral os malignos, acompanham-se precocemente de cefaleias. Este sintoma com exoftalmia é, como sucedeu num caso de sarcoma orbitário por nós estudado, o sinal mais precoce e sensível desta afecção. O exame do fundo do olho pode revelar nestes casos sinais de neuro-retinite.

**Doentes com hipertensão do liquido céfalo-raquidiano.** — Nos doentes desta categoria a cefaleia é habitual. A bradicardia e os vômitos podem faltar, mas a cefaleia quasi sempre está presente.

A estase papilar é outro sintoma precoce nestes doentes, facilmente observável por quem conheça as regras da oftalmoscopia. Não pretendo passar em revisão as diferentes teorias patogénicas da estase papilar; lembrarei no entanto que, segundo a teoria do meu mestre e amigo Dr. Dupuy Dutemps, é a compressão dos vasos centrais entre o nervo óptico e as bainhas a causa freqüente da estase. Esta teoria explica que a estase papilar seja um sintoma não só de tumor cerebral, mas ainda de estados patológicos meningeos variados, que, por hiper-secreção ou repulsão do liquido céfalo-raquidiano, aumentem a pressão dêste nas bainhas do nervo óptico. A estase é um sintoma mudo, mas extremamente sensível e precoce. É mudo, porque, com um elevado grau de estase, o individuo goza muito tempo de visão normal. Só quando as fibras do nervo óptico começam a sofrer é que o doente é surpreendido por bruscas e passageiras obnubilações visuais, que podem repetir-se 100 a 150 vezes por dia. Pode dizer-se, parafraseando a expressão de Cantonnet, que dêste «grito de socôrro», dêste «ó da guarda» do nervo óptico, comprimido até à atrofia irremediável, vai um curto passo, e por isso é necessário descomprimir com urgência por punção lombar ou craniectomia. É um sintoma de grande sensibilidade e mensurável, porque, a  $\frac{1}{3}$  de milimetro de saliência da papila sobre o fundo do olho, corresponde uma diferença refractométrica de 1 dioptria.

Mas o edema da papila não indica só a via do diagnóstico, mostra-nos também a indicação terapêutica. Uma papila pouco saliente, sem sintomas subjectivos, indica um tratamento anti-sifilítico enérgico, e só após três ou quatro semanas de tratamento, pensaremos em craniectomia, se aquele não

deu resultado; uma papila fortemente edemaciada, com hemorragias peripapilares e obnubilações visuais, indica, mesmo no sífilítico, uma descompressão cirúrgica imediata (Velter).

O exame do aparelho visual torna-se também utilíssimo quando, diagnosticado um tumor cerebral, se pretende conhecer a sua localização. O estudo atento do campo visual e da motilidade ocular dá-nos algumas vezes indicações seguras a tal respeito. Últimamente Cushing chamou a atenção do mundo médico sobre os meningiomas da lâmina crivosa (endoteliomas duros) e o síndrome ocular que os acompanha.

Segundo Kennedy, este síndrome consiste em atrofia primitiva da papila óptica, edema papilar do outro lado, com baixa enorme da visão, anosmia e perturbações mentais. Num caso recente publicado por Chaillous, o doente apresentava apenas do lado ocular sinais de nevríte retro-bulbar. As cefaleias, perturbações mentais e anosmia apareceram precocemente. Em qualquer dos dois tipos clínicos apontados a observação oftalmológica pode ser a chave do diagnóstico, e por isso o médico Cl. Vincent do Hospital la Pitié de Paris pôde afirmar que «quand on voit une nevríte retro-bulbaire avec une exophtalmie ou un exorbitisme, on peut dire qu'il existe un meningiome soit de la lame criblée, soit de l'aile du sphénoïde».

Quando a hipertensão craniana que procuramos se não exterioriza do lado ocular pela estase papilar, a existência de uma forte hipertensão arterial dos vasos retinianos deve fazê-la suspeitar. Para este fim julgo o método de Bailliart o mais sensível e prático, na pesquisa desta hipertensão.

*Doentes auto-intoxicados.* — São os diabéticos e os *brighlicos* os auto-intoxicados que mais vezes apresentam lesões da retina. É raro que estes doentes não sofram também de cefaleias. A concomitância deste sintoma com um maior ou menor grau de retinite imporá como necessidade clínica a análise da urina e do sangue, para que neste último seja praticada a reacção de Wassermann e a pesquisa da glicémia. E porque as lesões da retina são algumas vezes precoces, seremos levados por elas ao diagnóstico da afecção geral ainda ignorada. Conhecem-se doentes nos quais uma hipertensão sanguínea, uma esclerose renal ou uma diabetes, se manifestam cedo por lesões da membrana visual. Sabe-se como o prognóstico deve ser reservado em tais casos.

*Cefaleias com olhos hipertensos.* — É a cefaleia dos glaucomatosos. Nestes doentes os olhos podem ser vermelhos ou brancos, segundo a forma clínica da doença. Serão vermelhos no glaucoma inflamatório agudo ou crônico, e brancos no glaucoma simples. É no glaucoma inflamatório agudo que a cefaleia é mais intensa, podendo acompanhar-se de vômitos e febre. Só o exame cuidadoso do globo ocular, e especialmente da sua tensão, pode evitar que se confunda esta terrível doença com uma enxaqueca, uma gripe ou um embaraço gástrico. No glaucoma inflamatório crônico a estase venosa dá um tom avermelhado ao segmento anterior do globo, mas a dor é menos intensa, o mesmo sucedendo com os glaucomas simples que evoluem até à cegueira, quasi sem fenómenos dolorosos. Estes últimos só podem ser diagnosticados no início, pelo estudo do campo visual, o estado do senso luminoso e da tensão. Se nos lembrarmos que o prognóstico do glaucoma será tanto melhor quanto mais

cedo fôr instituído o tratamento, teremos como corolário que, em presença dum doente com cefaleias e olhos duros, o médico terá uma grave responsabilidade se não mandar observar o aparelho visual. A tensão ocular mede-se vulgarmente mandando olhar o doente para os pés, e palpando com os dois indicadores por cima da pálpebra superior, como quem procura a flutuação. É um método que exige grande hábito, e que freqüentemente engana. O método seguro é a tonometria com o aparelho de Schiötz.

## Resumo :

Cefaleias com olhos vermelhos e sem hipertensão	}	Lesões da córnea. Lesões da íris.
Cefaleias com olhos brancos sem hipertensão	e {	Nos defeitos de refração. Nas heteroforias. Nas hipertensões do líquido céfalo-raquidiano (corte papilite, estase papilar) Nos tumores orbitários. Nos auto-intoxicados.
Cefaleias com hipertensão ocular	{	Olhos vermelhos { Glaucoma inflamatório agudo. Glaucoma inflamatório crónico Olhos brancos { Glaucoma simples.

LOPES DE ANDRADE.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1 — A. CANTONNET. — *Gauseries d'Ophtalmologie* — Paris-Maloine. 1925
- 2 — A. MAGITOT. — *L'Iris* — Doin-Paris. 1921.
- 3 — A. MARTINET. — *Diagnostic clinique* — Masson-Paris. 1922.
- 4 — AUERBACH. — *Le mal de tête* — Paris. 1913.
- 5 — BOLLACK ET HARTMANN. — *Diagnostic e traitement des tumeurs cérébrales* — Rapport. 1928.
- 6 — DUPUY DUTEMPS. — *La pathogénie de la stase papillaire* — Thèse-Paris. 1900.
- 7 — D. CATTANEO. — *Quelques observations sur le mécanisme de l'accommodation* — *Annales d'Oculistique* — Janeiro, 1929.
- 8 — E. JAVAL. — *Manuel du Strabisme* — Masson-Paris. 1896.
- 9 — F. LAGRANGE. — *Glaucome et Hipotonie* — Doin-Paris. 1922.
- 10 — F. LAGRANGE ET SES ELÈVES. — *Pages choisies* — Doin-Paris. 1927.
- 11 — IGRSHEIMER. — *Erros diagnósticos e terapêuticos*. Tradução espanhola — Marin-Barcelona. 1925.

- 12 — J. CHAILLOUS. — Des troubles oculaires dans certains cas de tumeurs de l'étage antérieur — Meningiomes de la lame criblée — Ann. d'Oculistique — Dezembro. 1928.
- 13 — HARVEY CUSHING, (citado por Chaillous). — The meningiomas arising from the Olfactory groove and their removal by the aid of electro-surgery. Macerven Memorial lecture — 1927. Glasgow-J. Wyglie and Co.
- 14 — P. BAILLIART. — La circulation retinienne à l'état normal et pathologique — Doin-Paris. 1923.
- 15 — LAPERSONNE ET CANTONNET. — Manuel de Neurologie Oculaire — Masson Paris. 1923.
- 16 — M. MARQUEZ. — Oftalmologia clínica — Cosano-Madrid. 1928.
- 17 — RENAULT. — La douleur dans les maladies des yeux — Thèse-Paris. 1890.
- 18 — R. BIDAULT. — Contribution à l'étude anatomique et fonctionnelle de la circulation retinienne chez le vieillard — Annales d'Oculistique — Janeiro. 1929.
- 19 — SERINI ET FORTIN. — Manuel pratique des verres de lunettes — Paris — Vigot Frères. 1922.
- 20 — TH. AXENFELD. — Traité d'Ophtalmologie — Steinheil — Paris. 1914.
- 21 — TSCHERMING. — Optique physiologique — Paris. 1898.

# Sessões científicas do Hospital Escolar <sup>(1)</sup>

Sessão de 30 de Janeiro de 1929

Comunicações :

I. *O sero-diagnóstico da sífilis*, pelo Dr. CARLOS TRINCÃO.

Quando, em 1906, Wassermann propôs a sua reacção para o sero-diagnóstico da sífilis, apresentou-a como uma aplicação e a adaptação do método apresentado em 1901, por Bordet e Gengou, para a descoberta dos anticorpos que aparecem no soro sanguíneo no decurso das doenças infecciosas.

A dificuldade vencida por Wassermann e pelos seus colaboradores (Neisser e Brück) foi a da obtenção dum antigénio para a sua reacção, dada a impossibilidade de obter culturas puras do treponema *pallidum*. Essa dificuldade foi torneada empregando na reacção, como antigénio, o extracto de fígado do feto heredo-sifilítico.

Até aqui a reacção mantinha o seu carácter de especificidade.

Vários factos vieram depois negar-lho. Assim, contrariamente à definição de antigénio, a inoculação do antigénio da reacção de Wassermann não provoca a formação de anticorpos; por outro lado, os extractos do fígado normal, os sais biliares, os lipóides, os extractos do coração do boi puderam ser empregados com antigénio na reacção de Wassermann.

Desta forma, a hipótese da fixação do complemento só aparentemente explica a reacção.

Admite-se hoje que as globulinas dos humores dos sífilíticos são instáveis, tendendo a precipitar em contacto com os lipóides. Esta precipitação impede que o complemento intervenha no fenómeno da hemolise que constitui o segundo tempo da reacção de Wassermann.

Da experimentação que levou a estas conclusões, e do desejo de substituir a reacção de Wassermann por outra de técnica mais rápida e menos delicada, nasceram as reacções de floculação.

O progresso realizado por essas reacções é considerável. Basta dizer que enquanto que, em 1923, a Conferência de Serologia da Sociedade das Nações as considerava menos sensíveis que as reacções da hemolise, em Junho do ano passado, a mesma Conferência afirmou que elas possuíam um valor sensivelmente igual ao da reacção de Wassermann.

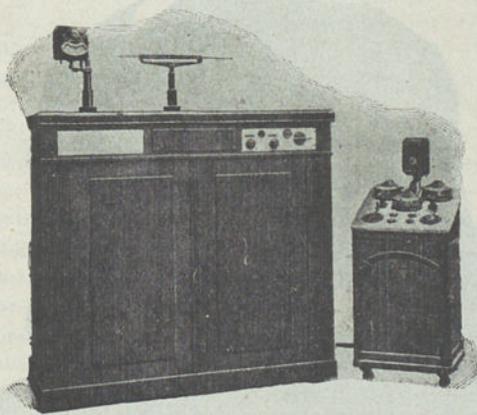
Das várias reacções propostas uma há que está apoiada numa enorme estatística e que tem dado na prática tão lisonheiros resultados que os laboratórios oficiais de três estados da América e da marinha de guerra norte-americana a substituíram à reacção de Wassermann.

---

(1) A comunicação: *Osteomielite crónica hipertrófica da mandíbula*, apresentada à sessão de 15 de Janeiro e publicada no último número é da autoria do Sr. Dr. Luis Adão.

APARELHOS PARA ELECTROMEDICINA  
DA CASA  
GAIFFE - GALLOT & PILON  
PARIS

INSTALAÇÕES DE RAIOS X  
«TUBOS COOLIDGE»  
ACESSORIOS



CONTACTO GIRATORIO TIPO M. S.

---

FORNECIMENTOS DE RADIO DA CASA  
RADIUM BELGE — BRUXELAS

---

CONCESSIONARIOS EXCLUSIVOS  
S. I. C. E.

SOCIEDADE IBÉRICA DE CONSTRUÇÕES ELÉTRICAS, LDA  
PRAÇA DOS RESTAURADORES, 78, 1.º — LISBOA  
TELEFONE: NORTE 5849

TERAPEUTICA DA  
**SIFILIS**

O TRATAMENTO ARSENICAL  
 HYPODERMICO VERDADEIRA-  
 MENTE INDOLOR PRATICA-SF  
 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

Referimo-nos à reacção de Kahn. Para darmos uma idea do número de casos em que ela tem sido estudada, basta-nos dizer que só Kahn publicou uma estatística de 300.000 casos.

A sua técnica é simples e rápida: ; uma hora depois da colheita do sangue, pode saber-se o resultado duma reacção de Kahn !

Tendo em vista o êxito da reacção nos meios médicos norte-americanos, resolvemos, de colaboração com Luís Figueira, experimentar a reacção de Kahn em confronto com a de Wassermann nalgumas centenas de soros.

Kahn enviou-nos gentilmente o antigénio para as primeiras 750 reacções. As restantes foram feitas com o antigénio da casa Parke Davis, que nos pareceu exageradamente sensível.

Dos 1076 soros estudados, em 948 (88,1 %) obtivemos concordância de resultados nas duas reacções; em 128 (11,9 %) os resultados foram discordantes.

Êsses 128 casos de resultados discordantes agrupam-se da forma seguinte :

- 1.º Discordância por diferença de gradação, 40.
- 2.º Só a reacção de Wassermann foi positiva em 10.
- 3.º Só a reacção de Kahn foi positiva em 79.

Dêstes, 36 soros eram de indivíduos averiguadamente sífilíticos; 4 de indivíduos não sífilíticos (1) e 39 de doentes cujo diagnóstico clinico nunca conseguimos saber a-pesar-de porfiadas investigações nesse sentido.

Portanto, nestes 1076 doentes, 6,7 % dos casos de sífilis escapariam ao diagnóstico laboratorial de sífilis se só executássemos a reacção de Wassermann, e 83 % dos casos de sífilis não seriam diagnosticados laboratorialmente só pela reacção de Kahn.

Como conclusão prática da nossa experimentação parece-nos poder afirmar que para um sero-diagnóstico cuidado de sífilis se torna necessário o emprêgo simultâneo das duas reacções. Esta é, de resto, a norma seguida em muitos laboratórios estrangeiros.

Duma maneira geral, a reacção de Kahn mostrou-se mais sensível do que a reacção de Wassermann, sobretudo nos casos de sífilis tratada e de sífilis latente.

## II. *Papilite e estase papilar*, pelo Dr. BORGES DE SOUSA.

(Esta comunicação será publicada no texto *in extenso*).

O Sr. Dr. EGAS MONIZ agradece ao Sr. Dr. Borges de Sousa a interessante comunicação que acaba de fazer sobre um capitulo de oftalmogia que igualmente interessa a neurologistas e otologistas. Foi talvez o assunto que mais concorreu para a associação das três especialidades em sociedades comuns.

A questão apresenta, como muito bem disse o Sr. Dr. Borges de Sousa,

---

(1) Trata-se de resultados fracamente positivos (+ +).

vários aspectos que convém apreciar em conjunto, dando cada um a sua contribuição, a dentro da esfera da sua especialidade, a fim de bem se compreenderem.

De há muito reclamam oftalmologistas, neurologistas e otologistas uma terminologia uniforme; mas dela uns e outros se afastam a cada passo. E indispensável se torna que a *estase papilar* tenha uma única expressão a designá-la. O mal não é latino, existe nos próprios livros e revistas alemães em que por vezes se esquece a designação com que Graefe a descreveu. Aquém Reno traduziu-se «Stauungspapille» por *estase papilar*, *papila de estase* e *edema da papila*. Equivalem-se as expressões, mas será bom optarmos por uma delas para evitar confusões.

A *estase papilar* é a mais corrente e que, de acôrdo com o Sr. Dr. Borges Sousa, desejaríamos ver adoptada.

Entre nós, como em França, Alemanha e Inglaterra, vêm-se correntemente empregadas as designações *neurite*, *papilite* ou *neurite edematosa* para definir uma estase papilar. E contudo os termos *neurite* e *papilite* devem ser reservados às inflamações típicas do nervo óptico. Por vezes o diagnóstico diferencial é difícil, especialmente quando as funções visuais estão atingidas. Embora nos falte autoridade para tratar do assunto, ousamos lembrar que as dúvidas devem ser exaradas na observação feita, de sorte a evitar-se o mais possível a confusão dos termos empregados.

O Sr. Dr. Borges de Sousa exclui a origem inflamatória da patogenia da estase papilar. Somos menos exclusivistas. Os argumentos daqueles que, como Leber, Gowers, etc., fazem depender dum processo inflamatório a estase papilar, podem merecer reparos; mas a causa mecânica, só por si, parece-nos insuficiente para a explicar. Tumores muito volumosos e de diversas regiões desenvolvem-se com ou sem hipertensão do líquido céfalo-raquídeo, acompanhados de fortes cefaleias ou de cefaleias pouco intensas, sem que apareça o sintoma da estase papilar. A sede dos tumores parece ter alguma importância na sua freqüência. Na estatística de MARTIN, os tumores do corpo caloso e do lobo frontal figuram com 47 % e 50 %, ao passo que os tumores dos pedúnculos, tuberculos quadrigêmeos e glândula pineal dão uma percentagem de 100 % de estases papilares, o que é exagerado.

Em freqüência de sintomas de hipertensão craniana há sempre reservas a fazer. As estatísticas de Martin, de Uthoff, de Wilbrad e Saenger, etc., estão em desacôrdo. Nem o volume dos tumores nem a sua natureza têm relação com o aparecimento da estase papilar. Ora não é crível que as mesmas causas produzam efeitos diferentes. Há elementos novos que interferem por certo e não nos repugna aceitar que um discreto processo inflamatório endocraniano, sem exteriorização sintomática, possa concorrer para a formação da estase.

A dilatação ventricular que, por vezes, vem acompanhada de ligeiros estados inflamatórios das meninges moles, tem sido chamada a intervir na explicação. Há casos em que parece averiguada a sua responsabilidade, mas nós temos um caso de tumor do corpo caloso em que uma forte dilatação ventricular não trouxe como consequência o aparecimento de sintomas nítidos de hipertensão craniana.

Por outro lado a estase papilar não é apanágio exclusivo dos tumores cerebrais.

Estes não representam mais de 75 % dos casos, segundo as estatísticas de *Kamphserstein* e de *Taylor*. Os restantes encontram-se disseminados pela hidrocefalia ventricular, meningites várias, paquimeningite hemorrágica, abcessos cerebrais, encefalite epidémica, e ainda pelas nefrites e até por alguns casos raros de simples hipertensão arterial.

Seja porém qual fôr a explicação patogénica que se lhe queira atribuir, qualquer destas enfermidades tem repercussão intracraniana para dar satisfação às diversas hipóteses aventadas.

Pelo que respeita à estase papilar como elemento de localização dos tumores cerebrais, só merece ser considerada a forma unilateral. Ainda não encontrámos dêsses casos na nossa prática; mas temos verificado, em fases mais avançadas, perda mais acentuada da visão do lado oposto ao tumor, mesmo em neoplasias do lobo frontal, localização em que a estase papilar parece encontrar-se quasi sempre do lado da lesão.

A um doente operado pelo Sr. Dr. Amândio Pinto, e que ainda está convalescente no nosso serviço, foi-lhe extraído um enorme tumor da parte posterior do lobo frontal à esquerda, e a perda mais acentuada da visão era à direita.

Sobre o tratamento da estase papilar não concordamos com a operação descompressiva. A localização dos tumores faz-se hoje numa grande percentagem dos casos. Estudem-se rapidamente os doentes e procure-se fazer uma intervenção útil no propósito da extracção do tumor. Uma trepanação descompressiva virá prejudicar alguns processos de investigação radiográfica na localização das neoplasias e tornar mais difficil uma nova intervenção cirúrgica, com um fim curativo. Nos casos de tumor cerebral o objectivo clínico não pode ficar hoje limitado a salvar por algum tempo a vista aos doentes. Tem de visar mais alto: salvar-lhes a vista e a vida.

Dr. BORGES DE SOUSA. — Defende os pontos de vista expostos na sua comunicação.

### III. *A via arterial no diagnóstico e na terapêutica*, pelo Prof. REINALDO DOS SANTOS.

O Sr. Reinaldo dos Santos, que em um recente artigo publicado em *A Medicina Contemporânea* (6 de Janeiro de 1929) deu conta dos primeiros ensaios de arteriografia dos membros, feitos de colaboração com os Srs. A. Lamas e José Caldas, deseja mostrar novas arteriografias, feitas posteriormente, e o seu ponto de vista actual das suas applicações ao diagnóstico. De facto a arteriografia tem sido exclusivamente empregada nas obliterações. É uma concepção demasiado restrita. Alargou-se o seu campo applicando-a a um grande número de doenças dos membros com repercussões circulatórias. Mostra o aspecto diverso da circulação arterial nas osteites e osteo-mielites, na osteo-artrite tuberculosa, na sífilis dos ossos, na doença de Volkmann,

nos tumores (particularmente nos sarcomas), cuja semiologia radiológica cria assim um novo capítulo da respectiva patologia.

Mas a via arterial abre ainda novos horizontes à terapêutica, bem diversos da via endovenosa, com a qual não deve ser confundida, nem no mecanismo de acção nem nos efeitos, nem nas doses toleradas.

Os ensaios limitados de Goyanes ao cianeto de mercúrio nas artrites tuberculosas tiveram conseqüências que a droga escolhida explica e que detiveram o seu iniciador.

Os ensaios actuais, demasiado recentes para permitirem conclusões, são porém, já bastante interessantes para animarem a prosseguir-se e constituem, antes de mais nada, um método para o qual deseja chamar a atenção.

As drogas empregadas foram, além do próprio iodeto de sódio, a flavina, o mercurocromo, o azul de metilene e o cloreto de magnésio; as doenças em que se empregaram as injeções por via arterial foram: as osteo-mielites (de fêmur, do rádio e da tibia), as osteo-artrites tuberculosas (do punho e do joelho), os fleimões (do braço e antebraço), os traumatismos dos membros, os tumores, a sífilis dos ossos. Também lhe parece lógico o seu ensaio na sífilis cerebral e outras localizações graves. Enfim, a aorta pode ainda ser uma via terapêutica em certas afecções graves do ventre e já teve ocasião de injectar fortes doses de azul de metilene na aorta abdominal, como complemento de uma ileo-colestomia muco-tuberculosa peritoneal, com perfeita tolerância, quer da punção, quer da injeção.

Os horizontes que se abrem à via arterial, como via de administração directa e regional de certos medicamentos em certas doenças graves, são a conseqüência lógica da visualização das artérias, isto é, do estudo da circulação dos membros nas várias doenças.

A estreita relação entre o campo visualizado (que é possível circunscrever) e a lesão circunscrita também torna-a acessível pela via mais directa, a da circulação regional, onde os solutos conservam melhor a sua concentração e mais intensa a sua acção terapêutica.

#### IV. *Acção terapêutica das injeções intracarotídeas de iodeto de sódio*, pelo Prof. EGAS MONIZ.

(Esta comunicação é publicada, no presente número, no texto *in extenso*).

## Revista dos Jornais de Medicina

Soros e vacinas na profilaxia e tratamento das doenças infecciosas.

Um resumo crítico. (*Serums and vaccines in the prevention and treatment of infectious disease. A critical review*), por B. WHITE. — *The New Jour of Med.* 13 Setembro, 1928.

O artigo, relato de uma sessão da Massachusetts Medical Society, passa em revista os conhecimentos fundamentais acêrca da terapêutica específica, profilática ou curativa, pelos soros e vacinas.

1) *Poliomielite anterior*: O agente desta doença não foi ainda identificado. A doença é inoculável ao macaco e a vacina feita com um macerado do tecido nervoso, contendo o vírus, imuniza êste animal. A clínica e o laboratório demonstram que o sôro de convalescentes tem uma acção anti-tóxica e curativa sôbre a infecção, desde que se empreguem doses suficientes de sôro logo nos primeiros dias de doença. O sôro emprega-se na dose um pouco arbitrária de 15 a 20 c. c. por via intra-raquidiana e 30 a 40 c. c. por via intravenosa simultâneamente.

2) *Constipação*: Não se conhece até hoje um agente biológico activo nem mesmo o verdadeiro significado da doença. As vacinas preparadas com diversos micro-organismos isolados das vias respiratórias são de um valor reduzido.

3) *Carbúnculo*: Há um sôro de cavalo preparado com culturas vivas de *b. anthracis*, dotado, ao que parece, de acção curativa manifesta.

4) *Difteria*: Contamos já com valiosos meios de combate contra a difteria; assim é que possuímos elementos para o estudo da susceptibilidade à doença (reacção de Schick), para provocar a imunização activa (mistura toxina-antitoxina, anatoxina de Ramon ou toxóide) e para o tratamento. A imunização activa deve ser sempre investigada, nos individuos vacinados, por meio da reacção de Schick e, como acontece às vezes, se a reacção de Schick é positiva ainda, depois da primeira série de injeccões de vacina, devem estas ser repetidas e comprovado o estado de imunização pela reacção de Schick negativa. As injeccões são em número de 3, como têrmo médio, e só passados seis meses se procede à averiguação da imunidade com a reacção de Schick. Os efeitos da imunização activa têm melhorado sensivelmente com a preparação de produtos imunizantes mais activos. A anti-toxina diftérica é hoje dotada de uma extraordinária actividade e determina sinais secundários ligeiríssimos ou quasi nulos. A via de administração do sôro anti-tóxico — sub-cutânea, intramuscular ou intravenosa — dependem da gravidade do caso clínico em vista.

5) *Encefalite letárgica*: Ignora-se por completo qualquer agente terapêutico curativo ou preventivo para esta doença, assim como a sua própria natureza.

6) *Erisipela*: Os agentes da doença pertencem a certas estirpes de estreptococos hemolíticos que actuam por meio de uma toxina e com a qual se obtém um sôro anti-tóxico concentrado e de valor terapêutico. O próximo pa

rentesco que há entre os agentes da erisipela e da escarlatina sugere teoricamente a possibilidade de conseguir um soro anti-tóxico capaz de agir indiferentemente em uma ou outra doença; a experiência clínica feita nesta orientação confirma até certo ponto a hipótese.

7) *Gangrêna gasosa*: É a consequência da infecção por agentes sépticos do género *Clostridium* — *cl. welchii*, *oedematiens*, *oedematis-maligni*, etc. — Existem soros anti-tóxicos de grande préstimo para o tratamento auxiliar da gangrêna gasosa que devem ser empregados precocemente por via intramuscular e a par com o tratamento cirúrgico.

8) *Influença*: Como se não conhece por enquanto o verdadeiro agente específico da influenza, não se pôde também preparar até agora um produto biológico para o seu tratamento. As vacinas polivalentes, em que entram os de Pfeiffer, além de não terem uma base científica só servem para aumentar a resistência orgânica para um certo número de complicações originadas nas infecções secundárias.

9) *Sarampo*: Das fauces e do sangue dos doentes com sarampo tem-se isolado, durante os primeiros dias da doença, um estreptococo, que liberta uma toxina capaz de provocar reacções análogas às de Dick e Schick, respectivamente para a escarlatina e difteria, e que é neutralizada pelo sangue dos convalescentes. O soro de convalescentes tem sido por isso usado no tratamento do sarampo, com um certo sucesso, a título preventivo e curativo. Na falta de soro de convalescente pode lançar-se mão do soro de qualquer pessoa que haja já contraído a doença. A diferença de um para outro soro está na maior actividade do primeiro. A dose corrente é de 6 a 10 c. c. por via intramuscular adentro dos 3 a 5 primeiros dias de doença. Estão em andamento certos estudos, uns referentes à natureza do agente etiológico e outros relativos à preparação de soros anti-tóxicos através da imunização de animais.

10) *Meningite*: O soro anti-meningocócico polivalente determina uma baixa pronunciada na mortalidade dos doentes com meningite epidémica e uma diminuição na gravidade das seqüelas. A injeção faz-se por via intra-raquidiana e intracerebral e o volume do soro a introduzir deve ser sempre um pouco inferior ao do líquido céfalo-raquidiano previamente tirado. As estirpes de meningococos variam de epidemia para epidemia e os soros até hoje obtidos não contêm seguramente a totalidade das variedades existentes. Isto explica a pouca actividade de determinados soros em certos casos e a vantagem do estudo bacteriológico a par do tratamento seroterápico. A injeção de soro por via intravenosa pouca vantagem traz e só é justificável no período inicial da doença.

11) *Pneumonia*: Da experiência em animais é talvez possível extrair a conclusão de que as vacinas com bactérias mortas determinam a formação de substâncias imunizantes, estritamente específicas para cada tipo de pneumococo, e que dão uma protecção temporária, de curta duração. A seroterapia é actualmente limitada, na prática clínica, ao tipo I e tipo II, mais activa para o tipo I; a seroterapia influi de modo considerável nas manifestações clínicas dependentes destes dois tipos de pneumococos, abreviando a sua evolução e fazendo desaparecer bacteremia quando existe. Como acontece para

tantos outros soros, a sua acção é predominante nas formas tratadas precocemente. A concentração dos soros em anti-corpos era até há pouco muito fraca, mas Felton conseguiu preparar um soluto concentrado de anti-corpo, muito activo e desprovido de efeitos secundários tóxicos.

12) *Febre puerperal*: O estreptococo hemolítico gerador da doença tem características biológicas particulares e produz uma toxina contra a qual se preparam soros; como porém na febre puerperal os principais sintomas provêm mais das manifestações sépticas do micróbio do que dos processos propriamente tóxicos, os soros não fornecem ainda benefícios comparáveis aos da escarlatina ou da erisipela.

13) *Raiva*: A imunização dos cães por meio da vacina com vírus rábico morto poucos resultados tem obtido. A protecção dos animais além de incerta é passageira.

A vacinação do homem com vírus rábico atenuado (segundo o método de Pasteur) ou por qualquer outro processo (vírus vivos dissecados, mortos, etc.), defende como regra o indivíduo mordido do desenvolvimento da doença. É difficil de dizer com propriedade qual dos métodos dá melhores resultados.

14) *Reumatismo*: Nada se sabe de positivo quanto ao agente e também nada ainda se obteve no campo da terapêutica biológica.

15) *Escarlatina*: É uma doença causada por um tipo particular de estreptococos hemolíticos. Dêles se isolou uma toxina que serve para a preparação dos soros anti-tóxicos, para a imunização activa e finalmente para a averiguação da susceptibilidade para a doença.

Nos indivíduos sensíveis a injeção intradérmica de um soluto de toxina provoca um *rash* local (r. de Dick).

Os soros anti-tóxicos de cavalo são eficazes, segundo se depreende da larga experimentação efectuada, quando usados nos três dias que se seguem à eclosão do *rash*. Os soros hoje à venda são concentrados e a dose média varia de 10 a 15 c. c. para os casos ligeiros, em crianças; duas a três vezes esta dose para os casos mais graves ou para os adultos. A via de administração preferível é a intramuscular, mas nos casos mais graves recorre-se à via intravenosa.

16) *Variola*: Ainda que a vacina contra a variola tenha sido praticada há longo tempo com successo, nenhum micro-organismo específico foi isolado em cultura pura ou demonstrou experimentalmente os attributos de agente específico. É hoje corrente a idea de que a vacina da vaca é uma variante da variola.

O método de vacinação faz-se por um processo de imunização activa, usando um vírus atenuado pela passagem no corpo da vaca. A vacinação deve ser feita no decurso do 1.º ano de vida e repetida, fora doutras circunstâncias especiais, na idade escolar.

17) *Tétano*: A anti-toxina injectada em seguida ao ferimento suspeito impede geralmente a aparição do tétano. Como tratamento a anti-toxina usa-se por via intra-raquidiana, o mais cedo possível, e conjuntamente por via intravenosa.

18) *Tuberculose*: As tuberculinas servem como meio de diagnóstico e tratamento. A profilaxia da tuberculose tem sido objecto de proliado estudo; a

acção da vacina proposta por Calmette e seus colaboradores, conhecida pela designação de B. C. G., está em experimentação, e se bem que a apreciação final do seu valor ainda não esteja feita, há contudo depoimentos e estatísticas que falam em favor do método.

Esta vacina consta de b. de Koch modificados e tornados avirulentos pelas culturas sucessivas em meios que contêm bilis. Administra-se *per os* nos primeiros dias de vida.

19) *Febre tifóide*: As vacinações são feitas com uma suspensão de b. de Eberth, paratífico A e B. Recentemente usam-se bacilos lavados, o que parece diminuir o grau dos fenómenos reaccionais sem prejudicar o valor imunológico da vacina.

Besredka, partindo do princípio de que é possível imunizar os tecidos mais vulneráveis aos b. tífico ou paratífico, propôs uma vacina por ingestão cujo valor tem sido aferido de maneiras diferentes. A aplicação das vacinas ao tratamento das doenças dos agentes do grupo tífico não sai fora de um puro empirismo.

20) *Tosse convulsa*: Há dois tipos de vacina para a tosse convulsa. Em um entra exclusivamente o b. de Bordet-Gengou, em outro entram, além destes bacilos os outros agentes isolados usualmente das vias respiratórias. Como por um lado não está absolutamente provado que seja o b. de Bordet-Gengou o agente da doença, e como, por outro lado, os bacilos que constituem as vacinas têm fracas propriedades antigénicas, as vacinas, simples ou mixtas, dão resultados inconstantes e pouco precisos.

A maior incerteza reina mesmo nas próprias apreciações dos autores acêrca do valor terapêutico da vacina.

MORAIS DAVID.

---

**Tratamento curativo e preventivo das radium e radiodernites pelos raios infravermelhos.** (*Traitement curatif et preventif des radium et radiodernites par les rayons infra-rouges*), por HALKIN e S. LAPIÈRE. — (Comunicação feita à 1.<sup>a</sup> Conferência Internacional da Luz, de Lausanne, de 1928).

Segundo os AA., o antagonismo dos raios infravermelhos e ultravioletas, infravermelhos e raios X é relativo; a acção das radiações dum determinado comprimento de onda é diminuída por aplicações de radiações dum comprimento de onda maior; deste modo pode-se por conseguinte, em caso de tratamentos intensivos, atenuar a acção nociva, sobre a pele, do rádio e raios X.

Utilizam como fonte produtora a lâmpada Sollux com reflector e sem filtro, a 1 metro de distância, em sessões bicotidianas da duração de uma hora.

Uma série de observações apresentadas põe em evidência a eficácia do método.

F. FORMIGAL LUZES.

**Antagonismo das radiações vermelhas e ultravioletas.** (*De l'antagonisme des rayons rouges et ultra-violets*), por FRITZ LUDWIG e JULIUS VON RIES (Berne). — (Comunicação feita à 1.ª Conferência Internacional da Luz, de Lausanne, de 1928).

Os AA. sujeitam ratos de pouca idade a um regime desprovido de vitamina D, ao qual adicionam diariamente para cada animal 10 centigramas de colesterol.

Um primeiro grupo de animais ingere colesterol não irradiado, um segundo colesterol submetido a radiações vermelhas e infravermelhas, um terceiro colesterol irradiado sucessivamente com uma lâmpada de vapor de mercúrio, radiações vermelhas e infravermelhas, um quarto e último grupo colesterol irradiado somente com raios ultravioletas. Os resultados foram os seguintes: apenas os animais do quarto grupo manifestaram um rápido aumento de peso.

Outras experiências feitas pelos AA. consistem em estudar a acção da cravagem de centeio sobre o útero das cobaias.

Os AA. reconheceram que a cravagem de centeio, muito rica em ergosterol, perde toda a sua actividade quando irradiada previamente com radiações vermelhas e infravermelhas, recuperando-a porém uma vez submetida à acção dos raios ultravioletas.

Qualquer desta série de experiências é na realidade prova bem evidente do antagonismo dos dois grupos de radiações.

F. FORMIGAL LUZES.

**O tratamento das varizes pela alta frequência.** (*Du traitement des varices par la haute fréquence*), por M<sup>ME</sup> BAUDE. — *Bulletin officiel de la Société Française d'Electrothérapie et de Radiologie*. Séance du Octobre 1928.

M<sup>me</sup> Baude preconiza o emprêgo dos eflúvios de alta frequência em aplicações bipolares para o tratamento das varizes, com o que obtém excelentes resultados. A sensação dolorosa de peso desaparece, as ampolas varicosas deixam de se apresentar túrgidas e reproduzem-se menos facilmente com a marcha, as varicosidades violáceas desaparecem e o edema maleolar diminui apreciavelmente.

Os resultados obtidos mantêm-se 6 a 18 meses e mais, convindo que os doentes repitam a cura uma vez por ano.

*Técnica e instrumental:*

É necessário dispor dum poderoso aparelho de alta frequência. O doente deve ficar deitado e com as pernas mais altas do que o corpo, sendo pôsto em conexão com a extremidade inferior do ressonador de Oudin por meio duma barra de cobre que segura com as duas mãos ou por meio duma placa electrodo sobre a qual as apoia; à extremidade superior do ressonador é ligada uma *aigrette* metálica destinada a produzir os eflúvios e que os deve aplicar aos doentes durante 20 minutos de modo a actuar sobre toda a região

varicosa. Antes de terminar a sessão Mme Baude faz 5 minutos de fiação com electrodo condensador. A confirmar os óptimos resultados colhidos apresenta quatro observações.

F. FORMIGAL LUZES.

A actino-massagem. (*L'actino-massage*), por P. KOUNDJY. — *Journal des Praticiens*. 19 de Maio de 1928.

O A. submete os seus doentes às manobras massoterápicas apropriadas a cada caso, irradiando ao mesmo tempo a região sobre que actua com uma lâmpada de raios ultravioletas. Prefere a lâmpada de arco polimetálico de Saidman, que coloca à distância de 25 a 35 cm. do doente. As exposições começam por 5 minutos e não excedem a 10.

A fim de proteger as mãos o A. usa luvas brancas de algodão bastante frias, de modo a não diminuírem consideravelmente a sensibilidade táctil.

O A. explica o modo de actuar desta associação terapêutica da seguinte maneira: o arco actua tanto sobre a circulação geral como local. A massagem, pela sua acção mecânica e reflexa, activa os fenómenos de vaso-dilatação, arrasta assim a massa sangüinea para a periferia e submete-a à acção dos ultravioletas.

As principais indicações deste método, que emprega com successo há mais de dois anos, são: as artrites, as nevralgias, as nevrites e todas as formas de algias (sciática, lombago, mialgia, etc.), a obesidade, o raditismo, as feridas átonas, as úlceras e as cicatrizes.

Está contraindicado nas dermatoses e nas afecções cancerosas e tuberculosas.

F. FORMIGAL LUZES.

Acêrca do tratamento das verrugas. (*A propos du traitement des verrues*), por LAQUERRIÈRE. — *Bulletin Officiel de la Société Française d'Electrothérapie et de Radiologie*. Novembro de 1928.

Laquerrière prefere a clivagem galvânica à diatermo-coagulação no tratamento das verrugas, para o que emprega uma agulha ligada ao polo negativo e que é enterrada sob a lesão. A formação imediata duma flictena provoca, sem deixar cicatriz, a queda da verruga dentro de poucos dias.

Este processo tem sobre a diatermo-coagulação as seguintes vantagens:

1.º o paciente não sofre; 2.º não há necessidade de penso; 3.º e não há nunca infecção.

Em todos os casos (4) em que o A. empregou a diatermo-coagulação notou a seguir à sua intervenção, embora tivesse usado de todos os cuidados, a formação dum pequeno tumor do qual saía bastante serosidade e uma cicatrização bastante mais morosa do que aquela que obtém habitualmente quando emprega a galvano-puntura negativa.

F. FORMIGAL LUZES.

Dois casos de nevralgia facial tratados e curados pela ionização com azotato de aconitina. (*Deux cas de névralgie facial traités et guéris par l'ionization d'azotate d'aconitine*), por E. EUNIERE, P. LAMARQUE e H. VIALLEFONT. — *Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen*. Janeiro de 1928.

Os AA. apresentam dois casos de nevralgia do trigémio rebeldes a toda a terapêutica medicamentosa e que foram tratados com grande êxito pela ionização com azotato de aconitina. Um dos casos mais recente obteve a cura em poucas sessões, para o outro elas foram em maior número.

Os AA. descrevem a técnica que nada tem de especial e é vulgarmente usada. Reputam êste método, de todos os de que dispõem os fisioterapeutas, aquele com que se obtêm resultados mais brilhantes no tratamento desta afecção, e o qual deve sempre ser tentado antes das injeções de álcool e da intervenção cirúrgica.

F. FORMIGAL LUZES.

Sobre um caso de doença de Léo Burger. (*Su di un caso, etc.*), por LUIGI DE GAETANO (Nápoles). — XVIII Congresso da Sociedade Italiana de Ortopedia. — Bolonha 1927. — In *Archivio di Ortopedia*. Vol. XLIV. Fasc. 1.º Págs. 201-204.

Entre as várias denominações sob que é designada a doença dos vasos para a qual Léo Burger, de Nova York, em 1908, chamou a atenção dos estudiosos, a que ao A. parece a melhor é a de *tromboangiote obliterante juvenil*. Com êste nome torna-se precisa a lesão anátomo-patológica que a caracteriza e é mais fácil diferenciá-la das outras formas não juvenis.

As denominações «endoarterite obliterante», «gangrena juvenil ou pre-senil», etc., não a destringem bem das outras doenças dos vasos que têm alguma semelhança com ela.

A sífilis e a artério-esclerose não têm nada com a etiologia e a patogenia desta doença, que se localiza principalmente nos membros, e mais frequentemente nos inferiores, atacando, porém, algumas vezes, membros diferentes.

As lesões anátomo-patológicas consistem na obliteração dos vasos, artérias e veias, produzida por trombos que se organizam e se canalizam, e na produção de abundante tecido conjuntivo fibroso perivascular, que envolve e empilha, apertando-os, vasos e nervos.

Clinicamente manifesta-se por claudicação intermitente, com dores intensas e com lesões tróficas gangrenosas. As dores agravam-se e vão sempre aumentando de intensidade, a ponto que na fase última da doença se tornam de tal modo intensas e intoleráveis (*angina cruris* de Dalton e Paul) que os próprios doentes pedem insistentemente para serem libertos desses padecimentos todos com a *extrema ratio* da amputação.

A doença não é, como ao principio se julgou, exclusiva dos judeus da Europa de Leste, raça alemã e eslava; há já observações dela em todas as raças e regiões. A doença é quasi exclusiva do sexo masculino.

Baseando-se nas manifestações clínicas e nos relatos histo-patológicos,

concordando, porém, com a maioria dos autores que afirma não haver ainda hoje elementos para precisar a causa que a determina, parece ao A. que, com as maiores probabilidades, deva estar em jôgo um ou vários estímulos toxi-infecciosos que, penetrando na corrente sangüínea, determinariam alterações da interna vasal e trombozes conseqüentes, trombos que subiriam após a fase de organização e de canalização.

Não se pode admitir como causa determinante, mas apenas como predisponente ou concomitante, uma disfunção endócrino-simpática. No caso do A. a simpatectomia, a tiroidina, os extractos pluriglandulares, a insulina, não impediram a evolução ulterior da doença.

MENESES.

**Tratamento dos prematuros e débeis congénitos pelos raios ultravioletas.** (*Tratamiento de los prematuros y debiles*, etc.), por L. VELASCO BLANCO y E. VIRASORO. — *Archivos latinos-americanos de Pediatría*. Fevereiro de 1928.

A intenção de modificar favoravelmente o número de mortalidade nos prematuros e débeis congénitos, e também o fim de acelerar o aumento de pêso nestas crianças, que é excessivamente lento, mesmo nos alimentados naturalmente, foram a razão que levaram os AA. a aproveitar êste novo método terapêutico.

Estimulados pelos resultados animadores obtidos por Meugert e Saidman, o primeiro em dez prematuros, em oito dos quais o resultado foi excelente, o segundo em vários casos, iniciaram os AA. os seus estudos. Dado o escasso número de casos tratados e o pouco tempo que ainda têm dêles, os seus resultados apenas podem ter um carácter provisório, esperando que os anos completarão êsse trabalho e confirmarão os resultados de até agora.

Não pretendemos discutir a acção dos raios ultravioletas sôbre o crescimento do lactante, sôbre o aumento da calcemia e fosfatemia, e portanto sôbre a profilaxia e tratamento do raquitismo, que tão freqüentemente acompanha a prematuridade e a debilidade congénita; a sua acção sôbre o sangue, aumentando o número dos glóbulos vermelhos e a hemoglobina e modificando, por conseguinte, a anemia; sôbre a superfície cutânea, favorecendo a circulação sangüínea e com ela as trocas nutritivas; emfim, sôbre o sistema nervoso e a regulação térmica; sôbre as glândulas endócrinas, etc.

Esta acção complexa, demonstrada com numerosas e bem documentadas observações, explica os resultados, que podem bem ser qualificados de surpreendentes, obtidos em muitos casos cujas histórias acompanham o trabalho.

Não pretendem que os raios U. V. sejam uma panacea da debilidade congénita; êste estado reflecte, como é sabido, múltiplas razões, entre elas a infecção que, se é extremamente grave até ao ponto de comprometer fundamentalmente a função de órgãos vitais, difficilmente permitirá a sobrevivência da criança.

O tempo de gestação, a alimentação a que possa ser submetido o débil congénito, os cuidados havidos com êle, emprêgo da estufa de incubação,

etc., são outros tantos factores que devem ser tidos em conta ao estabelecer o prognóstico.

Não há porém dúvida de que, nos casos susceptíveis de serem beneficiados, os resultados obtidos, associando os raios ultravioletas, são mais rápidos e mais completos.

Não se descuidou o tratamento dietético tão essencial nestes casos, embora muitos o ignorem e dêle não cuidem senão muito por alto, dando preferência à alimentação natural e não empregando a artificial senão em determinados casos (e nestes últimos usou-se o leite acidulado de Marriot).

Fizeram simultaneamente o tratamento anti-sifilítico nos casos necessários e reduziram o emprêgo da estufa incubadora ao estritamente necessário.

Quanto à técnica, seguiu-se como conduta geral não empregar senão doses fracas progressivamente crescentes.

Trabalho cuja leitura tem um real interesse prático.

MENESES.

---

**Estudo cirúrgico das gangrenas juvenis por arterites crônicas não sifilíticas.** (*Étude chirurgicale*, etc.), por LEIBOVICI. — *Thèse de Paris*, 1928, cit. nos *Archives Franco-Belges de Chirurgie*. 30.º Ano, n.º 7.

As gangrenas juvenis por endarterite crônica não sifilítica resultam de duas causas:

1) *Tromboangeite obliterante ou doença de Burger*, sobrevivendo quasi exclusivamente na raça judia, atacando os homens entre 20 e 40 anos, de origem provavelmente microbiana, e daí a sua qualificação de «septicémia arterial crônica».

É constituída por uma angeíte total, de nódulos miliares com células gigantes e células epitelióides, acompanhada de trombose e seguida duma organização da lesão com esclerose definitiva.

2) *Artério-esclerose juvenil ou pre-senil*, possuindo os caracteres anátomo-patológicos da ateromatose: endarterite proliferativa, placas de ateroma, pequena inflamação. A origem é tóxica ou endocrínica (supra-renal). As duas doenças podem coexistir, a sua sintomatologia é idêntica.

*Perturbações subjectivas*: dor extraordinariamente aguda e claudicação intermitente.

*Perturbações circulatórias*: desapareição do pulso, do índice oscilométrico no Pachon, vermelhidão no declive e palidez na elevação.

*Perturbações tróficas*: ulcerações e gangrênas.

A evolução da doença é caracterizada por *poussées* agudas correspondentes ao comprometimento de novos territórios vasculares, separados por períodos de remissão muitas vezes muito longos (muitos anos), durante os quais a compensação circulatória se estabeleceu, graças sobretudo às rêdes arteriais musculares. A gangrêna só sobrevém quando a obliteração ocupa uma parte considerável dos grandes vasos, ou quando ataca artérias terminais (colaterais dos dedos do pé); muitas vezes uma frieira ou uma pequena ferida podem ser a causa.

O estudo da vascularização do membro é essencial, tanto para o dia-

gnóstico da afecção como para a escolha da decisão terapêutica. O Pachon, que não interroga senão as grandes artérias, não dá conta da irrigação dos tecidos; a laqueação experimental ou cirúrgica das femurais seguida de compensação rápida, a evolução dos casos clínicos em que a indicação do Pachon é nula sem que haja gangrêna, a presença, pelo contrário, de gangrêna dos dedos do pé com conservação do pulso no tornozelo, mostram que êste método não dá conta de toda a vascularização. Deve associar-se à prova de Moskowitz, que estuda a vitalidade dos tecidos e, no caso de falha, a injeção lipiodolizada intra-arterial.

*Tratamento.* — O tratamento médico pela insulina, a acetilcolina, as injeções intravenosas hipertónicas e o tratamento fisioterápico podem ter acção no principio da doença. Mas em geral recorre-se aos processos cirúrgicos:

- 1) Conservadores, entre os quais a simpatectomia periarterial é o único a reter, contra a dor ou para assegurar a boa nutrição dum retalho;
- 2) Radicais, amputações altas na altura em que o índice oscilométrico é nítido, às quais se devem preferir as amputações económicas, guiando-se pelos processos de exploração citados mais acima.

Em resumo, Leibovici rejeita as grandes operações paliativas e aconselha a conservação à *outrance*, numa doença em que as remissões espontâneas duram muitas vezes mais tempo do que as curas operatórias.

MENESES.

**Doença de Panner.** (*Maladie de Panner*), por CARL KREBS (Aarhns, Dinamarca). — *Archives Franco-Belges de Chirurgie*. 30.º ano, n.º 7, Julho 1927. Pág. 608.

Nesta observação descreve-se uma doença da articulação do cotovêlo, lembrando muito a doença de Calvé-Perthes da articulação coxo-femural, e que se localiza no epicôndilo do húmero.

Como o quadro radiológico desta doença foi descrito pela primeira vez pelo Dr. H. J. Panner, o A. propõe o nome de «doença de Panner» para êste quadro nosológico.

O doente apresentado pelo A. historia o seguinte: Criança de família saudável, teve sempre boa saúde e aos 5 anos foi atingido por um veículo. Não se sabe ao certo se nesta ocasião sofreu algum traumatismo importante; não apresentava imediatamente algum sinal exterior que o fizesse supor. A criança não se queixava de cousa alguma.

Depois disso não sofreu qualquer outro traumatismo que se possa incriminar como causa da doença, e só dois anos depois é que começou a queixar-se de dores no cotovêlo direito e tremor na mão direita, sobretudo quando escrevia.

Consultou o médico, que receitou massagens, mas quando o A. observou o doente, seis meses mais tarde, estava na mesma. Nessa ocasião notou o seguinte: tudo normal excepto o braço direito, cuja mobilidade do cotovêlo

está um pouco diminuída, constatando que faltam 15° para chegar à flexão completa, assim como à completa extensão. Pronação e supinação normais. Não há dores à pressão nem tumefacção da articulação ou da região adjacente. Nada de anormal à palpação da cabeça do rádio. As outras articulações do braço normais.

Acompanhando este artigo vêm as reproduções de radiografias em dois estádios da doença, na altura da observação do A. e já na fase de reparação, que são na verdade magníficas. A estrutura do epicôndilo humeral está irregularmente maculada, com rarefacção notável no meio do tecido ósseo, que ora tem a aparência normal ora esclerosado.

Os contornos são irregularmente ondulados. A fenda articular visivelmente mais larga do lado doente. O aspecto recorda em muitos pontos o da doença da cabeça do fémur descrita por Calvé-Legg-Perthes. Wassermann negativo. Pirquet negativo às 24 horas, positivo fraco às 48.

Num exame um ano mais tarde, os contornos são mais regulares, a fenda articular mais estreitada não oferecendo diferença comparativamente à do lado esquerdo, o epicôndilo humeral está maior e a sua estrutura dá a impressão de se ter tornado mais firme, as rarefações menos pronunciadas e o tecido calcificado aumentado em quantidade.

A mobilidade do cotovêlo melhorou, pôsto que o doente não se tenha submetido a algum tratamento no intervalo do tempo.

A extensão faz-se livremente, sem restrição; faltam todavia os 15° para a flexão completa.

Não há alteração alguma mais a notar. Com a apresentação desta nova doença abre a estatística a sua inscrição.

MENESES

---

Relações entre a glicolise e a glicémia. (*Rapports entre la glycolyse et la glycémie*), por P. MAURIAC. — *La Presse Thermale et Climatique*. N.º 3141. 1929.

Haverá acumulação de açúcar no sangue:

1.º — Se há deficiência de insulina (por lesão pancreática ou lesão nervosa que impossibilite o funcionamento do pâncreas).

2.º — Se a insulina fôr neutralizada por substâncias como as toxinas, colóides, etc., em circulação nos humores. Com E. Aubertin o A. demonstrou que o sangue de certos diabéticos pôsto em presença da insulina neutraliza-a por completo. Assim se explicariam os casos de insulino-resistência que se encontram na clínica.

3.º — Se o equilíbrio existente entre o pâncreas e o sistema tiro-hipofiso-supra-renal se desloca a favor deste último sistema.

4.º — É finalmente possível que nos humores e tecidos dos diabéticos se originem modificações físico-químicas que dificultem a acção dos fermentos glicolíticos.

F. FONSECA.

Glicémia e hiperglicémia experimental na magreza. (*Glicémie et hyperglycémie expérimentale dans la maigreur*), por F. MOUTIER e L. CAMUS.—*La Presse Thermale et Climatique*. N.º 3141. 1929.

Do seu estudo os AA. concluem que na magreza e no emmagrecimento há uma perturbação glico-reguladora evidente.

Esta perturbação é essencialmente caracterizada por um exagêro dos tempos de reacção e dos valores glicémicos (61,62 % dos casos observados). Do conjunto dos gráficos destacam-se dois tipos: a curva de ascensão e descensão bruscas dos hipertiroídeos, a curva de subida e descida lentas dos paradiabéticos.

Dos factores etiológicos diversos intervêm na perturbação glico-reguladora: ptose com inanção, complexos endocrínicos, insuficiência hepática.

F. FONSECA.

Revista dos nossos conhecimentos sôbre as anemias da gravidez. (*A Review of our Knowledge of the anemias of pregnancy*), por H. P. PEPPER.—*The Med. Clinics of North America*, Janeiro, 1929.

Durante a gravidez há fisiologicamente uma leve anemia.

Esta anemia fisiológica pode tornar-se geral em individuos anteriormente anémicos ou em consequência de hemorragias abundantes, ou complicações infecciosas das quais aparentemente a mais importante é a sífilis.

A grave anemia perniciosa da gravidez não é idêntica à anemia Addisoniana (anemia perniciosa primária), embora o grau da anemia possa ser tão acentuado.

A infecção pode ser a causa de tal anemia e a falta de leucocitose não deve excluir essa possibilidade.

O diagnóstico precoce da anemia em volta do grau fisiológico e o tratamento adequado evitam na maioria dos casos o desenvolvimento de graus mais graves de anemia que antigamente eram catalogados como anemias perniciosas da gravidez.

F. FONSECA.

A malarioterapia da lues congénita. (*Die malaritherapie der congenitalen Lues*), por K. KUNERATIKG.—*Die Therapie der gegenwart*. N.º 2. 1929.

O A. julga a malarioterapia indicada nos seguintes casos de sífilis congénita:

- 1) Nas doenças do sistema nervoso central.
- 2) Nos casos de persistentes reacções positivas do *liquor* com ou sem sintomas clínicos.
- 3) Em todas as formas tardias não influenciáveis pelo tratamento específico.
- 4) Nos casos clínicos sem sintomas com reacções hematológicas positivas não modificadas por curas específicas intensivas.

O tratamento é aproximadamente o seguinte :

Injecção sub-cutânea ou intramuscular de sangue malárico recebido recentemente da clínica de Wagner-Jauregg ou duma outra criança com sezões (terçã). Se há razões para deminuir o tempo de incubação administra-se o sangue malárico por via intravenosa. Depois dum período de incubação de 9 a 14 dias para a via sub-cutânea ou intramuscular e 4 a 8 dias para a via intravenosa sobrevêm ligeiras subidas prodrômicas de temperatura seguidas dos acessos típicos de febre a 39°, 40°,5 e mesmo 41°.

Vômitos freqüentes, grande diarreia, anemia progressiva e aumento notável dos plasmódios (quando em cada campo se encontram muitos plasmódios) são razões por vezes suficientes para interromper a cura.

A febre desaparece rapidamente com quinina. O A. emprega nas crianças maiores, duas vezes ao dia, 0,5 gr. durante três dias, nas mais pequenas 0,2 a 0,3 gr. duas vezes ao dia, seguindo-se depois 11 dias durante os quais tomam respectivamente 0,5 gr. e 0,2 a 0,3 gr. Se a quinina é mal tolerada *per os* usa a via intravenosa: 2 a 5 c. c. duma solução de sulfato de quinina a 10 por cento. Se há intolerância completa aconselha recorrer ao tratamento pelo *salvarsan* ou então ao *stovarsol* que, segundo trabalhos italianos, tem na malária a mesma acção que a quinina. Excepcionalmente passados 5, 6 ou 7 acessos estes desaparecem espontâneamente. Se há indicação para que a febre se repita provocam-se novôs acessos com aplicações de raios ultravioletas, injecções de adrenalina ou leite; entretanto o A. administra sempre quinina depois da desapareição espontânea da febre.

De grande importância na terapêutica malárica da lues é fazer seguir ao sezonismo uma cura anti-sifilítica (*salvarsan* combinado com mercúrio ou bismuto) pois a experiência tem mostrado que os resultados são superiores aos obtidos com o emprêgo exclusivo das sezões.

Além desta cura anti-sifilítica post-malárica aconselha o A. um tratamento premalárico (8 a 10 injecções de *neosalvarsan* ou 10 a 15 injecções de bismuto). Durante o período de sezonismo pode continuar a fazer-se o tratamento com bismuto, visto que êste último não actua sôbre o plasmódio da malária.

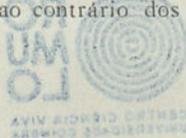
Nos casos renitentes repetir a cura malárica decorrido um ano a ano e meio.

Nos casos em que não sobrevêm febre, decorridas três semanas após a inoculação, repetir a injecção de sangue.

F. FONSECA.

Sôbre o tratamento das anemias com Ferronovin. (*Über die Behandlung von Anämien mit Ferronovin*), por W. TODTENHAUPT. — *Therapie der Gegenwart*. N.º 2. 1929.

O A. assinala os três grandes e recentes progressos na terapêutica das anemias: o tratamento pelo figado da anemia perniciosa cuja acção ainda não está completamente explicada; os bons efeitos das vitaminas e especialmente da ergosterina irradiada nas anemias infantis raquíticas e distróficas e finalmente o conhecimento de que, ao contrário dos preparados de ferro



orgânicos e inorgânicos usados até agora, há outras combinações de ferro «activas» que têm acção sôbre o crescimento e o metabolismo, o ferróxido «Siderac» introduzido por Bandisch e Welo, cuja acção foi provada por Bickel e confirmada por Rosenkrang, Moldasoski, Goldbloom, etc.

Estes três componentes foram reunidos pela fábrica Promonta de Hamburgo no preparado Ferronovin.

O A. empregou êste medicamento em 52 doentes, chegando às seguintes conclusões:

A Ferronovin, que a maioria das vezes é tomada pelos doentes com agrado, exerce uma acção notável e rápida sôbre a regeneração do sangue em vários casos de anemia secundária.

Na anemia perniciosa o medicamento parece apropriado para manter e continuar os benefícios obtidos pela terapêutica hepática.

F. FONSECA.

**O tratamento da nevralgia de trigémio por meio da corrente eléctrica.**  
(*Die Behandlung der Trigeminusneuralgie mittels des elektrischen Stromes*), por SEHURIG. — *Therapie der Gegenwart*. N.º 2. 1929.

Desde 1924 que o A. tratou 41 casos de nevralgia de trigémio por meio de electricidade (galvânica, corrente de alta frequência, diatermia).

5 dos doentes cuja história apresenta não melhoraram. Dos restantes 36 em 5 casos a doença era aguda, tendo tomado já 3 deles, sem qualquer benefício, notáveis quantidades de anti-nevrálgicos. O tratamento eléctrico trouxe a todos melhoras imediatas.

Em nenhum dos casos crónicos estavam apanhados os três ramos de trigémio, em 5 eram dois dos ramos doentes e nos restantes um.

Começa o tratamento com corrente de alta frequência. Sessões de 15-20-30 minutos. Se depois de alguns tratamentos não há melhoras, muda para a corrente galvânica, intensidade máxima de 1 mA., sessões de 15-20-30 minutos.

Se por êste meio não obtém resultados apreciáveis, faz alta frequência — diatermia, e em alguns casos principalmente diatermia.

Segundo o modo de pensar do A. todas as nevralgias do trigémio devem ser sujeitas a um tratamento eléctrico regular e intenso. Só quando êste tratamento não dá o resultado desejado o doente fará o tratamento cirúrgico ou por injeções.

F. FONSECA.



# NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

## O ensino da Fisiologia na Argentina

Mostrámos já, no *editorial* de Janeiro do ano passado, o incremento que tem sofrido, nos últimos anos, o ensino médico na Argentina, e como esta nação procura introduzir no estatuto universitário os processos seguidos nas Universidades da América do Norte e dos países da língua alemã. Demais, a Argentina envia os seus *docentes*, todos os anos, a esses países, e vai buscar ao estrangeiro algumas das figuras marcantes na ciência, que aí se fixam, criando escolas de investigação. Basta exemplificar com dois nomes: Nicolai, antigo professor da cadeira de Fisiologia Patológica na Faculdade de Medicina de Berlim, é hoje professor em Córdova; Salomon, professor consagrado de Dietética em Viena, ensina em Buenos Aires há uma dezena de anos.

São estes, de resto, os dois caminhos que qualquer país, sem tradições científicas, tem de seguir para desenvolver o seu ensino e criar o *meio* da investigação científica, e que já constituíram tradição em Portugal, infelizmente perdida. Não basta mandar assistentes para o estrangeiro. É preciso trazer alguns dos seus melhores professores, não só para o ensino universitário, como para a organização e direcção de institutos de ensino e de investigação.

Temos de caminhar na pegada desses países se quisermos elevar o nosso meio científico e universitário.

Vamos hoje transcrever de um artigo do Prof. H. Roger a descrição do Instituto de Fisiologia de Buenos Aires, de sorte a focar a importância que assume esta cadeira na Argentina e a mostrar como o governo argentino compreendeu que a fisiologia constitui, hoje, a verdadeira base da medicina. «En médecine — dizia Dejerin — il faut penser physiologiquement» (*Sémiologie des Aff. du s. nerveux*, vol. 1).

«O Instituto de Fisiologia de Buenos Aires possui três andares. No rés-do-chão estão agrupados todos os serviços de trabalhos práticos com um anfiteatro disposto de modo que os alunos possam seguir as demonstrações. Algumas salas são reservadas aos investigadores, outras estão dispostas para a determinação do metabolismo basal no homem.

O primeiro andar compreende os laboratórios de investigação, com salas de operações segundo o modelo das melhores clínicas cirúrgicas.

No segundo andar estão os animais.

Existem várias secções: uma secção de cirurgia e uma de histologia; secções para o estudo da circulação, da respiração e do metabolismo basal, da alimentação, da digestão, da nutrição e das secreções internas, do sangue,

dos sucos e dos líquidos do organismo, para as applicações dos agentes físicos, e as investigações sôbre as radiações».

«O prof. HUSSAY, director do Instituto, consagra-se inteiramente e exclusivamente ao seu cargo. Renunciou a todos os lugares públicos e privados, recusou ministrar o ensino da fisiologia noutros estabelecimentos scientificos. Tem por colaboradores: 2 professores auxiliares, encarregados, um do ensino da química applicada à fisiologia, o outro da física; 1 professor suplente e 2 professores adjuntos de fisiologia; 9 chefes de trabalhos (3 para a fisiologia, 3 para a bioquímica e 3 para a biofísica); 4 assistentes; 12 ajudantes de fisiologia; 5 de física e 4 de química; 4 preparadores técnicos, etc.

O Instituto serve ao mesmo tempo para a investigação e para o ensino. Além das lições que são destinadas aos alunos da Faculdade de Medicina, organizaram-se os seguintes cursos: um curso de aperfeiçoamento; cursos especiais sôbre os diferentes ramos da fisiologia; cursos técnicos preparatórios para a investigação; conferências para os médicos que desejam manter-se ao corrente dos progressos realizados na fisiologia; cursos de vulgarização».

É esta, nas suas linhas gerais, a organização do Instituto de Fisiologia.

Quando veremos os poderes públicos do nosso país dotar a Faculdade de Medicina de Lisboa com um Instituto de Fisiologia que responda às necessidades do ensino e da sciência moderna — e que corresponda, diga-se de passagem, ao prestígio de quem actualmente o dirige?

EDUARDO COELHO.

## Dias Médicos de Paris

(9-14 DE JUNHO DE 1929)

Os próximos *Dias Médicos de Paris* terão lugar de 9 a 14 de Junho de 1929. São organizados com o concurso da *Revue Médicale Française* e dos seus colaboradores, podendo inscrever-se todos os médicos francezes e estrangeiros, bem como os estudantes de medicina.

A comissão executiva é constituída pela seguinte fôrma:

*Presidente* — Prof. Delbet.

*Vice-Présidentes* — Profs. Sérgeant e Desgrez.

*Comissário geral* — Prof. Balthazard.

*Secretário geral* — Dr. Léon Tixier.

*Secretário geral adjunto* — M. Deval, chefe de Laboratório na Faculdade de Medicina.

*Tesoureiro* — Dr. Léon Giroux, antigo chefe de clínica na Faculdade de Medicina.

Os *Dias Médicos* realizar-se hão no Palácio de Exposições da cidade de Paris (Porte de Versailles), onde terá lugar uma exposição patrocinada pelo

*Comité* Francês de Exposições e sob a direcção de M. JEAN FAURE, presidente da Câmara Sindical dos Fabricantes de Produtos Farmacêuticos. Pela tarde serão feitas diversas conferências na nova sala do Palácio de Exposições pelos Profs. DELBET e SERGENT, pelo Dr. LESNE, médico dos hospitais, etc.

De manhã, um programa cuidadosamente elaborado permitirá aos inscritos seguirem as demonstrações práticas com o concurso de todos os chefes de serviços nas Clínicas da Faculdade e nos hospitais públicos e privados, Assistência Pública, Instituto Pasteur, Instituto do Radium, etc.

O *Comité* de Festas, presidido pelo Dr. HENRI DE ROTHSCHILD, preparou um programa extraordinariamente brilhante:

*Domingo, 9 de Junho* — Recepção solene no Palácio de Exposições, orquestra, teatro, bufete.

*Têrça-feira, 11 de Junho* — *Soirée* na Ópera.

*Quinta-feira, 13 de Junho* — Excursão em *auto-cars* ao Vale de Chevreuse, almoço em Rambouillet, visita aos Castelos de Rambouillet, de Dampierre, à Abbaye de Port-Royal-des-Champs, merenda na Abbaye des Vaux-de-Cernay.

*Sexta-feira, 14 de Junho* — Será facilitada a visita a diversas estações climáticas, termais e marítimas em condições especialmente agradáveis e vantajosas.

Um *comité* de senhoras dirigirá todos os dias as visitas aos grandes costureiros, museus, concertos, chás, etc.

«Pode desde já prever-se que o successo dos *Dias Médicos* de 1929 ultrapassará o dos anteriores, pois o *Comité*, aproveitando a experiência adquirida, soube introduzir-lhes todas as modificações desejáveis».

Inscrição: 50 francos para os que se inscrevam nos *Dias Médicos*, 20 francos para as senhoras e estudantes de medicina. Pagamento por cheque ou cheque postal — «*Dias Médicos*». Compte 1.155-60, Paris

Para mais informações dirigir-se a:

Dr. LÉON TIXIER — 18, Rue de Verneuil — Paris (7<sup>ème</sup>).

## Faculdades de Medicina

### Do Pôrto

O Conselho da Faculdade de Medicina resolveu que as provas de concurso para o lugar de primeiro assistente de Radiologia, a que concorreu apenas o Dr. Roberto de Carvalho, se realizem no próximo mês de Março.

Também ficou assente que se efectuem depois das férias da Páscoa as provas de concurso para o lugar de primeiro assistente de Medicina, sendo as argumentações feitas pelos Drs. Tiago de Almeida, Lourenço Gomes, Rocha Pereira, José Maria de Oliveira e Almeida Garrett.

Na última sessão do Conselho, realizada no dia 28 de Fevereiro, deliberou-se nomear o Dr. Vilas Boas Neto assistente livre de Dermatologia e Sifilografia e contratar o Dr. José Ferreira Bata Júnior para encarregado do curso de Psiquiatria.

#### De Coimbra

As resoluções tomadas na última reunião do Conselho da Faculdade de Medicina são as seguintes: lançar na acta um voto de sentimento pela morte da filha do Prof. Henrique de Vilhena; instar para que sejam pagos os vencimentos em atraso, há quatro meses, a três primeiros assistentes da Faculdade; agradecer ao Govêrno a criação de um hospital para tuberculosos em Coimbra e de outros estabelecimentos anti-tuberculosos no País, dando assim satisfação ao pedido da Faculdade; repetir o pedido ao Govêrno para que o novo hospital seja instalado num edificio convenientemente escolhido; ponderar ao Govêrno a vantagem e mesmo a necessidade que há em que o novo hospital fique sob a jurisdição da Faculdade, nas mesmas condições dos Hospitais da Universidade; e autorizar o Dr. Maximino Correia a ir, em viagem de estudo, a França.

#### De Lisboa

No *Diário do Govêrno* foi publicado um despacho que confirma o contrato do Dr. Luis de Sousa Adão para primeiro assistente de Clínica Cirúrgica.

— O Prof. Reinaldo dos Santos foi contratado para reger o curso de Prope-  
dêutica Cirúrgica.

— Estão abertos concursos: por 30 dias, para dois lugares de segundos assistentes de Psiquiatria, um de segundo assistente de Ginecologia, um de segundo assistente de Pediatria, um de segundo assistente de Histologia e um de segundo assistente de Anatomia.

\*  
\* \* \*

#### Profs. Bettencourt Raposo, Ricardo Jorge e Gama Pinto

Atingidos pelo decreto que regula o limite de idade dos funcionários, foram jubilados estes três professores da Faculdade de Medicina de Lisboa.

A Faculdade de Medicina pediu ao Govêrno que continuem, respectivamente: a presidir ao Conselho de Medicina Legal, a dirigir o Instituto Superior de Higiene, e o Instituto Oftalmológico; e que a este Instituto seja dado o nome de Instituto Gama Pinto, e aquêle o de Instituto Ricardo Jorge.

\*  
\* \* \*

#### Sociedade das Ciências Médicas

No dia 16 de Fevereiro reuniu-se a Sociedade das Ciências Médicas, presidindo o Dr. Silva Carvalho,

O Dr. Álvaro Lapa propôs que fôsse nomeada uma comissão para estudar o problema da assistência e profilaxia das doenças venéreas.

Em seguida, o Dr. Silva Carvalho fez uma comunicação sôbre a «História da dieta hídrica».

Por fim, o Dr. Cancela de Abreu traçou as biografias de Letulle, Widal e Sicard, cuja perda a ciência francesa acaba de sofrer.

No dia 23 reuniu-se novamente esta agremiação.

O Dr. Manuel Machado de Macedo apresentou três comunicações: a primeira referia-se a um doente com uma fistula gastro-jejuno-cólica consecutiva a uma gastro-enterostomia; a segunda tratava de um caso de mega-uretero demonstrável pela uretero-pielografia; e a terceira era a história de uma doente a quem appareceu uma fistula do uretero após ter sido operada de um tumor do ligamento largo e anexite supurada bilateral.

O Dr. Silva Carvalho continuou a sua comunicação sôbre a «História da dieta hídrica».

\* \* \*

### Sociedade Portuguesa de Estomatologia

A sessão do dia 7 de Fevereiro presidiu o Dr. Tiago Marques, secretaria- do pelos Drs. Pereira Varela e Cardoso Pereira.

Foi apresentado o programa do novo ano académico, o qual é, em resumo: sessões mensais de carácter científico, publicação de um boletim anuál e realização dos «Dias Estomatológicos» em Coimbra e no Pôrto.

As comunicações que se apresentaram foram: uma do Dr. Pereira Varela sôbre «Dois casos raros de osteomielite do mandibular», e outra do Dr. Sacadura Falcão sôbre «Um caso curioso de prótese fixa.»

\* \* \*

### Associação Médica Lusitana

Há dias realizou-se, no Pôrto, uma sessão desta colectividade.

O Prof. Tiago de Almeida fez uma comunicação sôbre «Tuberculose gema- lar». A comunicação foi discutida pelos Profs. Rocha Pereira e Pires de Lima.

\* \* \*

### Hospitais Civis de Lisboa

Os directores e assistentes dos serviços clínicos de especialidades e laboratoriais são os seguintes:

Alberto Borges de Sousa e Luís Xavier da Costa, directores de serviço clínico da especialidade de Oftalmologia; Manoel Leite Valadares, Francisco Avelino Monteiro, João Santana Leite e Alberto Luis de Mendonça, directores de serviço clínico da especialidade de Oto-rino-laringologia; António Amor de Melo, director de serviço clínico da especialidade de Estomatologia; Artur de Carvalho Ravara, Henrique Bastos e Francisco Elisiário Ferreira, directores de serviço clínico da especialidade de Urologia; Carlos Artur da

Silva e Tomás de Melo Breyner, directores de serviço clínico da especialidade de Dermatologia, Sifilografia e Doenças venéreas; Jaime Salazar de Sousa, director de serviço clínico da especialidade de Pediatria cirúrgica; José Leite Laje, director de serviço clínico da especialidade de Pediatria médica; Sebastião da Costa Sacadura, director de serviço clínico da especialidade de Obstetrícia; Sebastião Costa Santos e João Medeiros de Almeida, assistentes de serviço clínico da especialidade de Oftalmologia; Alberto Gomes, assistente de serviço clínico da especialidade de Urologia; Álvaro Isidro Faria Lapa, assistente de serviço clínico da especialidade de Dermatologia, Sifilografia e Doenças venéreas; Henrique Domingos Parreira, assistente de serviço laboratorial de Anatomia patológica; José Fragoso Tavares, Francisco Maria Esteves da Fonseca, José Maria de Sousa, João Pedro de Almeida, Augusto Lôbo Alves, Nicolau Anastácio de Bettencourt e Rui da Costa e Silva, directores de serviços clínicos (serviços gerais de clinica médica); Manoel António Moreira Junior, António Carlos Graveiro Lopes, José Maria Branco Gentil, Alfredo José de Almeida Ribeiro, José Maria Damas Mora, Augusto de Almeida Monjardino e Francisco Vasques Machado, directores de serviços clínicos (serviços gerais de clinica cirúrgica).

— Foram nomeados internos do 1.º ano dos serviços clínicos dos Hospitais Cíveis de Lisboa os Srs.: José de Abreu Bacelar, Carlos Salazar de Sousa, Domingos Bentes Pimenta, José Filipe da Costa, Adelino Cesar de Gamboa, Fernando Silva Saldanha, Nuno Sacadura Botte Corte Real, António Júdice Pargana, António Luís de Seabra, Pedro Mayer Garção, Augusto Machado e Costa, Fernando Pereira Mora, Joaquim António Prior, Hildo Leren Monteiro, Vasco Pinto Bastos de Moraes, Alice Benilde de Andrade, António Barata Salgueiro, Mário Pereira de Oliveira, Leonel Mendes Rodrigues, Branca Moreira Lopes, José Simões do Paço, Gil Serrão de Carvalho, Júlio da Cruz Neves, Fernanda de Sousa Carvalho, José Valente Rocha, António Ribeiro Dias, António Mougá Rodrigues, Maria Lança Barbosa e Viriato de Gouveia Santos.

— Foram nomeados internos do 2.º ano dos serviços gerais de clinica cirúrgica os Srs.: Henrique Jorge Nini, Eulóguio Mendes Puga, Nicolau Martins de Bettencourt, António de Assis Brito, José Baptista de Sousa, Artur Viana Fernandes, Francisco Lacerda da Costa Félix, António Teixeira de Sampaio, Fernando Belo Pereira, Luís Queriol Macieira, Francisco de Matos Taguenho, Pedro Mendonça Soares, Octávio Gomes da Silva, José Pereira da Silva, Vicente da Fonseca Chantre, José Inácio Gomes e Jacinto Gomes Henriques.

— O Hospital de Santo António dos Capuchos foi solenemente inaugurado no dia 24 de Fevereiro.

#### Escolar

Os Drs. Francisco Bénard Guedes e Domingos Gentil Soares Branco foram nomeados, respectivamente, chefe de serviço e assistente da secção de raio X do Hospital Escolar.

— O Dr. José Espadinha Rocheta foi louvado pelo donativo que concedeu ao Hospital.

\*  
\*            \*  
\*

### Clínica Neurológica

Pelo Ministério da Instrução foi concedido um subsídio de 100 contos para ampliação dos serviços de Clínica Neurológica da Faculdade de Medicina de Lisboa.

\*  
\*            \*  
\*

### Congresso Internacional de Hidrologia, Geologia e Climatologia Médicas

A cidade de Lisboa foi escolhida, pela Sociedade Internacional de Hidrologia de Londres e pelo *bureau* do Congresso Internacional de Hidrologia de Paris, para sede do próximo Congresso de Hidrologia, Geologia e Climatologia Médicas que se realiza em Outubro de 1930.

Encontra-se entre nós o Dr. Paul Ferreyrolles, o qual se está ocupando dos trabalhos de organização.

\*  
\*            \*  
\*

### Médicos sanitários

Segundo proposta da Direcção Geral de Saúde, aprovada pelo Ministro do Interior, os médicos sanitários com o cargo de sub-inspectores passam a especializar-se nos diferentes ramos de higiene urbana, de modo a poder aplicar a cada aspecto particular a sua atenção e devido remédio.

Em virtude da abertura do Dispensário de Higiene Social, são chamados três sub-inspectores: dois para a secção de profilaxia anti-venérea e Dispensário Anti-sifilítico, incluindo o exame de toleradas que será feito no Parque Sanitário, e um para o Pósto de Protecção à Infância, secções de vacinação e puericultura.

\*  
\*            \*  
\*

### Sanidade escolar

Por haver sido atingido pela lei das incompatibilidades, abandonou o cargo de inspector chefe de sanidade escolar o Dr. Sebastião da Costa Saadadura.

\*  
\*            \*  
\*

### Curso de Medicina Sanitária

Inaugurou-se no dia 4 de Fevereiro, no Instituto Central de Higiene, o Curso de Medicina Sanitária, com uma prelecção feita pelo Dr. Gonçalves Marques.



\*  
\*   \*  
\*

### Prof. Francisco Gentil

A convite de alguns médicos espanhóis, foi a Sevilha realizar uma conferência o Prof. Francisco Gentil.

\*  
\*   \*  
\*

### Dr. Damas Mora

Foi concedido o título de «doutor» pela Universidade do Cairo ao Dr. Damas Mora, chefe dos serviços de saúde de Angola e membro da missão que representou Portugal no Congresso Internacional de Medicina Tropical, há meses efectuado naquela cidade.

\*  
\*   \*  
\*

### Curso de Malária — Hamburgo, 1929

No «Institut für Schiffs-und Tropenkrankheiten» realiza-se de 10 de Junho a 13 Julho de 1929 um curso especial de Malarilogia (Hematologia, Parasitologia, Clínica, Entomologia e Profilaxia). O curso consta de lições, com demonstrações, trabalhos práticos, apresentação de doentes e excursões. Neste curso, devido à iniciativa do «Hygiene-Organisation des Volkerbundes», podem tomar parte quaisquer médicos.

Terá também interesse para os que se dedicam ao estudo do tratamento das doenças pelo parasita da malária.

Serão dadas explicações, em línguas diferentes, no *Praktikum*.

Os professores são: Nocht, Fülleborn, Giemsa, Höppli, Martini, Mayer, Mühlens, Reichenow, Weise.

Para mais informações, etc., dirigir-se ao «Institut für Schiffs-und Tropenkrankheiten», Bernhard Nocht Strasse 74, Hamburg 4.

\*  
\*   \*  
\*

### Necrologia

Faleceram, em Évora o Dr. José Albino da Silveira Moreno, e em Lisboa o Dr. Manuel Ferreira de Mira, assistente da Faculdade de Medicina e colaborador da *Lisboa Médica*.

A *Lisboa Médica* apresenta ao Prof. F. de Mira as suas condolências.



## Tratamento completo das doenças do fígado e dos síndromas derivativos

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



**Opoterapias hepática e biliar**  
associadas aos colagogos

2 a 12 pílulas por dia  
ou 1 a 6 colheres de sobremesa de **Solução**

## PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos científicos

Lavagem  
de Extracto de Bilis  
glicerinado  
e de **Panbiline**



1 a 3 colheres em 160 gr.  
de água fervida  
quente.  
Crianças:  $\frac{1}{2}$  dose

Depósito Geral, Amostras e Literatura: LABORATORIO da PANBILINE, Annonay (Ardèche) FRANÇA  
Representantes para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>, Rua Nova da Trindade, 9-1.º — LISBOA

## A MUSCULOSINA BYLA, VITAMINADA

SUCO MUSCULAR DO BOI, CONCENTRADO, INALTERÁVEL

FORÇA,

DÁ

SAUDE

Agentes para Portugal: **Gimenez-Salinas & C.<sup>a</sup>**

Rua Nova da Trindade, 9 — LISBOA



# JEMALT

Oleo de figado de bacalhau desprovido do seu gosto característico desagradavel

Opinião dum medico:

*„Felicito-vos por ter creado o JEMALT que é verdadeiramente um triunfo de tecnica pharmaceutica. Minha mulher por exemplo, que nem mesmo suporta o cheiro do oleo de figado de bacalhau, está encantada com o Jemalt. Eu mesmo notei o seu gosto excelente e receteei-o largamente este inverno enquanto que até aqui não me decidia a atormentar as creanças com o oleo de figado de bacalhau.*

*Dr. O. H. V.*

O JEMALT é um extracto de malte contendo 30 % de oleo de figado de bacalhau hydrogenado, sob a forma seca, sem gosto desagradavel e possuindo as mesmas propriedades que o oleo de figado de bacalhau. Sempre que haja creanças escrófulosas, rachiticas ou fracas que precisem de oleo de figado de bacalhau mas que o recusem, o JEMALT dá-lhes a cura, não havendo então produto que o substitua.

DR. A. WANDER S. A. BERNE

*Unicos concessionarios para Portugal*

ALVES & C.<sup>a</sup> (Irmãos)

Rua dos Correeiros, 41-2.º — LISBOA

*Amstras e literaturas á disposição dos interessados*

Sal  
Est  
Tab  
Ne