



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

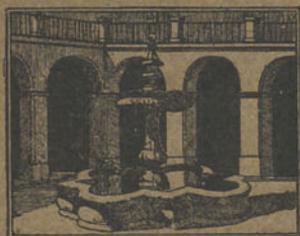
*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,
Lopo de Carvalho, Pulido Valente, Adelino Padesca,
Henrique Parreira, Carlos de Melo,
António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

FLUOROFORMIO

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

PNEUMONIAS AGUDAS — TUBERCULOSE — TOSSE

Leça-se literatura aos agentes para Portugal e Colonias

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

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina, Paris 1889. Provam que a cada dia produzem **diurese prompta**, reanimam o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPRESSÃO, EDEMA**, Lesões **MÍ RAES, GANGLIOPATHIAS da INFANCIA** e dos **VELHOS**, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

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

Muitos **Strophantus** são inertes, as tinturas são infeis; exige os Verdadeiros Granulos **CATILLON** Premio da Academia de Medicina de Paris para **S. rophantus e S. rophantine**, Medalha de Ouro, 1900, Paris.

3. Boulevard St-Martin, Paris — PHARMACIAS.

RICINOSAL

OLEO DE RICINO EM PÓ EFERVESCENTE

Purgante eficaz e muito

* agradável de tomar *

Verdadeiro substituto do

* oleo de ricino vulgar *

|| INDICADO PARA ||

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.^a — RUA NOVA DA TRINDADE

LISBOA

Sala B

Est. 9

Tab. 1

N.^o 95

Película EASTMAN

para Raios X

Contraste Dupli-Tized

Películas radiográficas

Pathé

A nova película Contraste Dupli-Tized representa um progresso consideravel, devido á pureza das suas transparências, á sua resistência ao véu químico e á profundidade dos seus negros. A sua extrema rapidês permite obter imagens muito detalhadas e duma notavel visibilidade E' absolutamente insensível ás marcas de fricção.

Dotadas duma grande sensibilidade aos Raios X, as películas radiográficas "Pathé", oferecem aos radiologistas diferentes variedades de emulsões, susceptíveis de adaptação aos mais variados trabalhos:

Películas radiográficas rápidas.
Películas radiodiaphanes.

Os Serviços Técnicos de Kodak Ltd., Rua Garrett, 33, Lisboa, respondem com o maior prazer a quaisquer consultas que lhes sejam dirigidas sôbre assuntos radiográficos, e fornecem, contra pedido, plantas de instalação de laboratórios.

Kodak, Limited — Rua Garrett, 33 — LISBOA

MEDICAÇÃO NUCLEO-ARSENIO-PHOSPHATADA
GRANULADO, INJECTAVEL

NUCLÉARSITOL

"ROBIN"

Anti-tuberculoso, Doenças degenerativas, Lymphatismo
Medicação de uma actividade excepcional

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo. D. N. S. P. N.º 825-827
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :
GIMENEZ-SALINAS & C.^a-R Nova da Trindade, 9, 1.º-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 série)

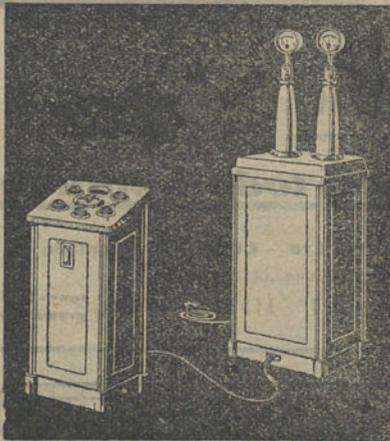
Muito EFICAZ na orquite, artrite e mais complicações locais de Blenorragia, Metrite, Salpingite, etc.

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVIIe)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

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



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

Os melhores
aparelhos de
RAIOS X
E
Electromedicina

são os da

SIEMENS REINIGER VEIFA

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

Material para

Raios ultravioletas

Sempre em Armazem

Lampadas de vapor de mercurio (Bach e Jesioneck)

Lampadas Sollux

Lampadas de arco

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

A BASE SCIENTÍFICA

dos
AFAMADOS

alimentos

VITAMINADOS

Allenburys

PARA AMAMENTAÇÃO

É O SEGRÊDO

— do sucesso
— da eficácia
— do apreço

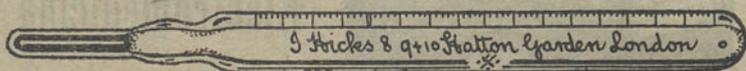
que alcançaram em todo o mundo.

Fabrico esmerado de ALLEN & HANBURYS, LTD. — LONDRES — fundada em 1715

FOLHETOS, TABELAS E IMPRESSOS AOS EX.mos CLÍNICOS

Representantes: COLL TAYLOR, LDA. — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA — Tele } fone - 2 1476
gramas-DELTA

O



genuíno, aferido, garantido e preferido

pelos médicos e pelo público.

— EM QUALQUER BOA FARMACIA —

ABSOLUTAS

PUREZA, POTENCIA

E
INALTERABILIDADE

SÃO

— as características da supremacia e
— os fundamentos do apreço mundial da

Insulina

PARA a DIABETES

marca



registrada

(De ALLEN & HANBURYS, LTD. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.)

APROVADA

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

e a de maior venda em Portugal.

Frasquinhos de 100, 200 e 500
unidades.

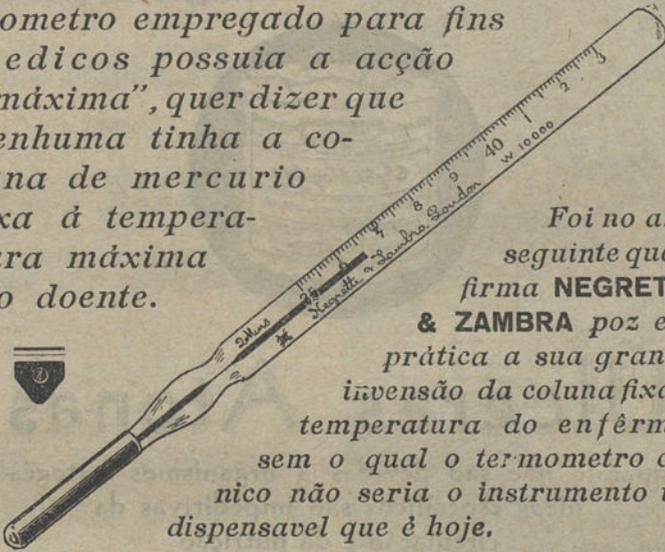
Folheto de 40 páginas
GRATIS a médicos.

Representantes exclusivos deste produto:

COLL TAYLOR, LTD. — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA — Tele } fone - 21476
gramas-DELTA

Agente no PORTO: M. PEREIRA DA SILVA, LARGO DOS LOIOS, 36

Antes do ano de 1860 nenhum Termometro empregado para fins medicos possuia a acção "máxima", quer dizer que nenhuma tinha a columna de mercurio fixa á temperatura máxima do doente.



Foi no ano seguinte que a firma **NEGRETTI & ZAMBRA** poz em prática a sua grande invenção da columna fixa á temperatura do enfermo, sem o qual o termometro clinico não seria o instrumento indispensavel que é hoje.

Vendem todas as boas farmácias do País

AGENTE: **A. S. Alban** -:- Rua da Madalena, 66, 2.º -:- 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^{ie}, 6, Rue Dombasle, Paris, e boas Pharmacias.



Úlceras Atonas

quando não são devidas a organismos patogénicos específicos são impeditivas da circulação e da nutrição

ANTIFLOGISTINE, aplicada a quente, dilata os capilares, congestiona a região, estimula portanto a circulação local, de aí resultando mais eficaz a nutrição dos tecidos e mais rápida a absorvação de exudados

O calor humido continuo, generalizado e mantido por este penso, fazendo desaparecer a dor sem irritação pode ser aplicado durante muito tempo sem acção toxica alguma

A Antiflogistine, que contém 45% de glicerina, pode ser considerada como antiseptico perfeito, exercendo uma acção sedativa sobre os nervos cutaneos, promovendo o metabolismo local, uma acentuada phagocitose, aumentando o numero de celulas vermelhas e estimulando a granulação

A observação dos praticos confirma o facto de que este processo abrevia muito a cronicidade e o sofrimento nestes casos.

Antiphlogistine

SERVE PARA COMPLETAR O CICLO DOS TRATAMENTOS EFICAZES DE ÚLCERAS ATONAS

THE DENVER CHEMICAL MFG Co. - New-York-U. S. A.
ROBINSON, BARDSLEY & Co.
 8, Cais do Sodré, 8 LISBOA

UM
NOTAVEL
AVANÇO
 NA
TÉRAPEUTICA
INTESTINAL

Corrige a prisão de ventre, evitando as drogas, os productos irritantes ou o simples oleo mineral.

A pratica de longos anos demonstra, que deve evitar-se os catarticos, pois contribuem para a causa da prisão de ventre e outros serios inconvenientes.

ESSE NOTAVEL AVANÇO consiste no producto médico-scientifico 'PETROLAGAR.'



O 'Petrolagar' é uma emulsão palatavel de 65% de parafina medicinal pura emulsionada com agar-agar, tendo muitas vantagens sobre o oleo mineral simples. Acciona normalmente os movimentos peristalticos do intestino sem causar irritação, produzindo umas fezes moldadas que ocasionam bem estar na evacuação.

Peça amostras gratuitas e literatura que o ha-de interessar ao :

Representante em Portugal :

RAUL GAMA, 31, RUA DOS DOURADÔRES, 33 — LISBOA.

CINNOZYL

Methodo de immunisação artificial do organismo tuberculoso

COMPOSIÇÃO: Cada empôla de CINNOZYL contém a solução seguinte esterilizada:

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

MODO DE USAR E DOSES. — O methodo deve ser applicado o mais cedo possivel, logo que o organismo seja ameaçado pela impregnação bacillar tuberculosa e na bacillose bacteriologicamente confirmada. *Procede por etapas e não visa os periodos ultimos da infecção.*

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

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

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

LABORATORIOS CLIN, COMAR & C^o Pharmas. de 1^o cl. Fornecedores dos Hospitales. 20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS

1677

ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

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

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

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

SIPHILIS :- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilisação terapeutica).

PIAN — TRYPANOSOMIASES — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

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

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

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

LABORATORIOS CLIN . COMAR & C^o — PARIS

GIMENEZ-SALINAS y Cia, Rua Nova da Trindade 9, 1º — LISBOA

D. P. 156

VIAS URINARIAS

DISMINE FAVROTCapsulas contendo a totalidade
dos principios activos
extrahidosdo **BUCCHU****ANTISEPTICO URINARIO
ANALGESICO — DIURETICO**Novo Remedio receitado
pelas autoridades medicas.Experimentado com o maior exito em
Paris nos celebres
Hospitales Saint-Louis e Saint-Lazare.**Esgotta o corrimento** dentro de
alguns dias.**Faz desaparecer** em poucas horas
as dores agudas da micção.**Aclara as urinas.***Blennorrhagia, Uretrite chronica, Cystite,
Prostatite, Rheumatismo blennorrhagico.**Efficacissima contra as Colicas nephriticas.*

DÓSE : 9 capsulas por dia.

Laboratorios Doutor H. FERRE.

Doutor em Medicina, Pharmaceuticos de 1ª classe.
6, Rue Dombasle, Paris.

DOCTOR

Quando se trata de receitar a Valeriana tem por ventura receio de dar ao seu doente um medicamento de cheiro desagradavel ?

Nesse caso receite o Valerianato Gabail Inodoro, ou o Elixir Gabail Valero-Bromurado, que tem uma accao tao eficaz quanto agradavel é tomal-o.

Amostras a disposiçao dos Ex^{mos} Srs. MedicosRepresentante : **LARANGEIRAS & AGOSTINHO, L.^{da}**Rua dos Fanqueiros, 366, 2.^o

LISBOA

2 novidades em vacinoterapia

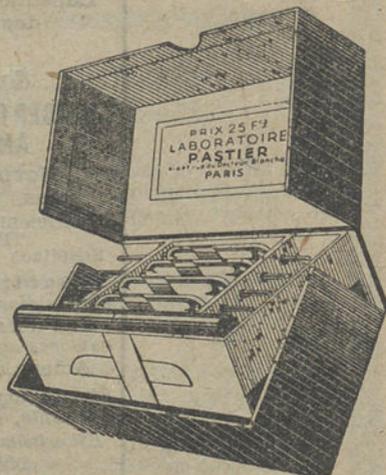
Dupla superioridade

Acção directa sobre o micróbio
Ausência de reacção febril . . .

colitique

vacina curativa anti-colibacilar
(segundo a técnica do Doutor FISCH)

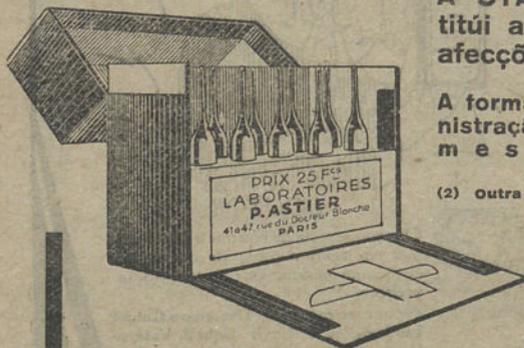
a que melhor realisa
sob a forma bucal,
a vacinação
anti-colibacilar (1)



(1) Outras formas: injectavel e filtrado para applicações locais

stalysine

vacina curativa anti-estafilococica
(segundo a técnica do Doutor FISCH)



A STALYSINE injectavel constitúi a melhor therapeutica das afecções estafilococicas.

A forma bucal (de mais fácil administração) pode usar-se com o mesmo successo. (2)

(2) Outra forma: filtrado, para pensos sobre focos abertos.

Colitique e Stalysine

há mais de dez anos que são ensaiadas com successo em muitos serviços dos Hospitais de Paris.

Literatura e Amostras

LABORATOIRES ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche — PARIS

ou nos representantes para Portugal e Colónias

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — R. Nova da Tindade, 9 - Lisboa



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Sobre o tratamento cirúrgico do estrabismo</i> , por A. Borges de Sousa.....	pág.	751
<i>A patogenia da eclampsia</i> , por Manuel Vicente Moreira.....	»	772

Notas clínicas

<i>O estado actual da vacina preventiva da tuberculose pelo B. C. G.</i> , por José Rocheta.....	»	800
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	»	807
<i>Noticias & Informações</i>	»	XCI

SÓBRE O TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ESTRABISMO

POR

A. BORGES DE SOUSA

Este artigo refere-se ao tratamento cirúrgico do estrabismo chamado «concomitante», quer êle seja convergente ou divergente, sem que me ocupe dos desvios causados por paralisias dos músculos oculares (estrabismos paralíticos). A palavra estrabismo, sem outro qualificativo, significa actualmente estrabismo «concomitante», e assim deve ser para evitar confusões.

Os dois olhos movem-se em conjugação perfeita. De tal maneira são similares os impulsos motores que simultaneamente um e outro recebem que os dois órgãos funcionam como se um só fossem. A lei da correspondência motriz exprime esta igualdade de inervação que deriva de uma disposição congénita e a sua exactidão demonstra-se em casos de anomalias graves, como no estrabismo, na cegueira completa dum olho, mesmo que ela seja congénita. Até o nistagmo a corrobora com a igualdade das excursões, às vezes tão rápidas, nos dois olhos.

Em relações de grande intimidade com esta lei da correspondência motriz está a lei da correspondência sensorial das retinas — a lei dos pontos idênticos de Joh. Müller, ou dos pontos correspondentes de Fechner. — É que na escala zoológica, subindo, os eixos oculares se vão dirigindo para diante, de modo que o mesmo objecto impressiona simultaneamente as duas reti-



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

nas, vem a semidecussação das fibras do nervo óptico no quiasma, de maneira que à sinergia sensorial, funcionando as duas retinas como uma só que fôsse construída pela sobreposição das duas membranas, ou como se os dois olhos delegassem a representação visual num olho único, ciclópico, situado pelas alturas da raiz do nariz. Aos de baixo, por exemplo ao camaleão e a muitas aves, nada interessam tais sinergias e os olhos laterais movem-se em independência mutua (Cords).

Destas duas leis — correspondência motriz e correspondência sensorial — resulta a «fusão» geralmente qualificada de «reflexo de fusão», mas que puro e verdadeiro reflexo não é, porque se em verdade são involutários os movimentos destinados a colocar os olhos em posição tal que a imagem do objecto venha a formar-se em pontos correspondentes, coordenados, de cada uma das retinas, é certo também que para que a fusão se efectue indispensável se torna a consciência e a atenção prestada às imagens duplas e semelhantes que o movimento adequado e extremamente exacto dos olhos funde e reúne em uma só, sobrepondo-as.

Este impulso de fusão, diplopiaphobia, como van der Hoeve lhe chama, aparece cedo; aos seis meses de idade já Worth o verifica, mas a sua intensidade e amplitude varia largamente com os indivíduos e com as circunstâncias.

Se excluirmos por meio de artificios variados a possibilidade de fusão binocular, podemos estudar a posição de repouso e encontraremos olhos em que o equilíbrio muscular é perfeito — ortoforia, — e outros em que há tendência para as linhas de fixação se desviarem da posição exacta — heteroforia. Neste último caso o reflexo de fusão ajusta e conserva o delicado mecanismo dos movimentos oculares, e o equilíbrio mantém-se à custa de certo esforço; diz-se que existe um estrabismo latente.

Mas se em virtude de alterações que tornem difícil ou impossível o exercício da visão binocular, como sejam a baixa da agudeza visual dum olho, as anomalias de refração, certas assimetrias anatómicas, etc., o reflexo de fusão enfraquece a ponto de perder o comando supremo dos movimentos oculares e um olho desvia, existe estrabismo, existe heterotropia. Então a linha de fixação dum dos olhos, isto é a linha que passa pela mácula lútea e pelo ponto nodal, encontra o objecto fixado, porém a linha de

fixação do outro olho segue uma direcção diferente, não passando pelo objecto fixado, e nestas condições o individuo é vesgo.

Se as linhas de fixação dos dois olhos se cruzam num ponto situado entre o olho e o objecto fixado, o estrabismo será convergente; se divergem afastando-se uma da outra, o estrabismo será divergente.

Não podemos estudar aqui a etiologia do estrabismo, que hoje se considera ser uma anomalia da convergência, determinada por alterações do reflexo de fusão. A influência de certas causas está hoje bem averiguada e da supressão delas tira bom partido a terapêutica, mas factores há sobre os quais a última palavra ainda não foi dita e que demandam mais estudos.

É certo que o estrabismo entre nós, em Portugal, não é tratado com todos os recursos que merece. Quási todos os estrábicos não curados por meios conservadores, e elles constituem uma legião, poderiam deixar de envesgar sujeitando-se a um tratamento cirúrgico, corrigindo o defeito, e ganhando a estética; contudo vemos que este género de operações constitui uma relativa raridade entre nós, comparada com a grande frequência com que tais operações são executadas nos centros estrangeiros.

Indiferença pelo aspecto pessoal? Descrédito no resultado operatório? Não sei, mas certo é que o estrábico, pela sua deformidade física, encontra dificuldades na vida para se empregar, para se casar, e a-miúdo sofre das chufas e ditos a que o seu defeito dá motivo. Não há mulher por mais formosa que ser possa que um estrabismo não afeie, nem feia que por vesga mais feia não fique; a deformidade tão aparente que é o estrabismo cria muitas vezes um estado psíquico anormal, desconfiança, irritabilidade, reserva, que durante a vida toda aflige e prejudica o vesgo.

Bem sei que em bastantes casos a cura real do estrabismo (visão binocular e sensação de profundidade) não se obtém, visto o desvio ocular ser apenas um dos sintomas do estrabismo; mas alcança-se sempre o desaparecimento da deformidade, por maneira que não faz correr perigos ao doente nem ao olho que se opera. E afinal o doente que nos consulta pretende somente que os seus olhos fiquem como os de toda a gente; se tem visão binocular, se um dos olhos pouco vê, são detalhes que pouco o interessam e dos quais raro é que tenha consciência.

Menos do que há alguns anos se insiste hoje demasiadamente no tratamento do estrabismo por meios exclusivamente médicos. O combate da ambliopia pela oclusão do olho que fixa, pela atropinização dêle, os exercícios de fusão com o estereoscópio, o amblioscópio nas suas variadas formas, estão um tanto postos de parte, como métodos eternamente necessários, pelos oftalmologistas experimentados que raras vezes viram um resultado satisfatório coroar a longa série de trabalhos, exaustivos para médico e doente, tendentes a normalizar as funções dos olhos estrábicos.

De facto, o estudo cuidadoso da ambliopia do olho estrábico leva muitos a pensar que ela é antes *congénita* do que *ex anopsia*, existe antes de estabelecido o estrabismo, dá-lhe motivo, e não é causada, apenas poderá ser agravada pela falta de uso do olho desviado. Entre outras razões, a presença de um escotoma central nos olhos ambliopes (Uhthoff, Heine), aponta fortemente para um defeito periférico (retina, nervo óptico) talvez aplásico, e a sua incurabilidade quasi geral faz hesitar o cirurgião em iniciar a interminável série de manobras que têm por fim curar a ambliopia. Certamente se sabe, desde os trabalhos de Donders, que a exacta correcção da refração basta em muitos casos para fazer desaparecer o estrabismo, e ninguém se lembra de começar o tratamento sem primeiro do que tudo cuidar da ametropia existente. Mas com um olho fortemente ambliope, apesar de corrigida a sua refração, os exercícios de fusão são impossíveis de realizar, e esta ambliopia em geral pouco melhora, ou nada, a-pesar-dos maiores e mais aturados esforços, que, de resto, raramente são applicados com a severidade que o médico ordena, porque falha a coragem para obrigar uma criança ao martírio de, durante meses e anos, servir-se apenas dum olho ambliope. Do largo material que pelas mãos me tem passado durante 30 anos, consultando as notas dos boletins em dia, vejo que poucas, muito poucas vezes uma ambliopia melhorou com os exercícios.

Contudo, os trabalhos mais modernos de C. H. Sattler trazem provas que parecem irrefutáveis, obrigando a considerar a ambliopia do olho estrábico como causada pela falta de uso — *ex-anopsia*. As ambliopias nas mais tenras idades curam-se, ou melhoram muito com o exercício severo e constante do olho vesgo, forçado pela oclusão permanente do olho que fixa, mas admite-se

LISBOA MÉDICA

DRYCO

Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

Assegura uma alimentação de leite admiravelmente apropriada para um desenvolvimento rápido e vigoroso, promove a formação de ossos e dentes fortes e perfeitos.

DRYCO é o leite IDEAL

Especialmente preparado para a

**alimentação
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

Simenez-Salinas & C.^a

Rua Nova da Trindade, 9, 1.^o

l i s b o a



Prokliman "Ciba"

Associação racional de hormónio ovariano e de substâncias sedativas descongestivas e reguladoras do sistema cardiovascular

Vidros de 40 drageas.

Específico dos
transtornos da

Menopausa

Amostras e literatura:

CATULLO GADDA,
RUA DA MADALENA 128, LISBOA,
único representante dos Productos "Ciba" em Portugal



como certa a inutilidade perfeita de tais exercícios nos adultos, bem como nos estrábicos com mais de seis anos.

Esta questão da *ambliopia ex-anopsia* tem a sua importância prática porque aqueles que nela acreditam evidentemente julgam que a melhor maneira de a combater é colocar o olho vesgo em condições de trabalhar simultânea e conjuntamente com o outro, de maneira que operam tanto quanto possível cedo: Pristley Smith desde a idade de 2 anos, Asmus, Duane, Elschnig, Dimmer, dos 4 aos 6, etc. Outros que, como eu, olham com certo scepticismo para as conclusões práticas terapêuticas da *ambliopia ex-anopsia*, operam muito mais tarde: depois dos 14, 15, 16, (Morax, Schweigger, Czermak, v. Stellwag). E, além da questão da ambliopia, outras razões há e de pêso que me levam a aconselhar na grande maioria dos casos a só operar depois da puberdade. É sabido que muitos estrabismos convergentes desaparecem ou deminuem em virtude de modificações nas condições estáticas da órbita, dependentes do crescimento do crânio; operando pela idade da puberdade estamos ao abrigo desta contingência. Além disto, é infinitamente preferível operar sob anestesia local, visto que a narcose altera por completo a posição dos olhos normais ou estrábicos, e para a execução da operação, bem como para o tratamento consecutivo, é de extrema utilidade a cooperação do paciente, tanto mais eficiente quanto mais adiantada a sua mentalidade estiver.

Em suma, todos os casos de estrabismo têm de ser cuidadosamente estudados; saber se o estrabismo é permanente ou ocasional, se alternante; o grau do desvio medido, averiguado o poder de adução e de abdução dos respectivos músculos, pesquisado qualquer elemento paralítico que concomitantemente exista, procurada a presença dum desvio em altura; a amplitude da convergência, movimentos de retracção do globo, agudeza visual medida, correcção cuidada da refração dos dois olhos, se existe fixação do olho que desvia, se é possível despertar diplopia, se há tendência para a fusão. De tudo há que tomar nota completa. Depois, segundo os resultados do exame, ver como se comporta o estrabismo a seguir à instilação de atropina em cada olho.

Durante um período que pode ser longo, experimentar o tratamento médico: oclusão durante certo tempo, todos os dias, do olho que fixa, correcção óptica exacta, e este é o meio conserva-

dor mais eficaz de que dispomos, exercícios esteroscópicos, amblioscópicos, diploscópicos, leitura controlada, etc. Empregaremos, desde que os resultados vão justificando os esforços feitos, todos os meios ao nosso alcance para promover o aumento de visão do olho vesgo e para desenvolver a visão binocular.

Quando chegarmos ao convencimento de que destes meios nada mais haverá que esperar, e sendo conveniente a idade do paciente, recorreremos à operação.

Para corrigir o desvio ocular temos dois meios à nossa disposição e podemos empregá-los isoladamente ou combinados: enfraquecer o músculo cuja acção é excessiva, ou fortalecer o antagonista.

Na técnica actual enfraquece-se um músculo pela *tenotomia*, fortalece-se por meio do *avanço muscular*, ou do encurtamento.

Como estas operações incidem principal e geralmente nos músculos recto externo e interno, cujo antagonismo é simples de compreender e completo, as nossas considerações terão sobretudo em vista estes dois músculos.

Os quatro músculos rectos nascem duma origem comum no vértice da órbita — o anel de Zinn — têm praticamente o mesmo comprimento (cêrca de 40 mm.), caminham para o equador do globo, e, a partir de aí, curvam-se, seguindo a superfície convexa do globo, em contacto com ela, para se inserirem na esclerótica. Estas inserções fazem-se por meio de tendões delgados e achatados, formados por fascículos rectilíneos de tecido conjuntivo, sem anastomoses, e fracamente reünidos por fibras transversais muito pouco resistentes. Estes fascículos formam várias lâminas sobrepostas e terminam na parte anterior por uma lâmina única. Alguns dos feixes, deixando o tendão, inserem-se separadamente atrás dos restantes numa extensão de 1 a 5 mm. Escuso de insistir na importância que desta disposição resulta para as intervenções operatórias. O tendão penetra a esclerótica e une-se a ela com grande firmeza, ficando debaixo da parte anterior da cápsula de Tenon e, é claro, também da conjuntiva que a cobre. O comprimento antero posterior dos tendões (Merkel) para o recto interno 3,7 mm., para o recto externo 8,8 mm. A largura na de inserção é, fazendo a média das medidas de Fuchs e

de Weiss no adulto, de 10,5 mm. para o recto interno, de 9,4 mm. para o recto externo. A distância do meio desta linha de inserção ao bordo da córnea é de 5,5 mm. para o recto interno, de 6,9 mm, para o recto externo (Fuchs).

O tecido conjuntivo que além gordura orbitária envolve os músculos, os vasos, os nervos e o globo ocular, condensa-se em determinadas partes, formando ligamentos e membranas resistentes; uma destas formações mais importantes é a cápsula de Tenon, a *tunica vaginalis oculis*, constituindo um delgado folheto de tecido conjuntivo e elástico que reveste o globo ocular desde a entrada do nervo óptico até a circunferência da córnea. O olho pode executar oscilações de pequena extensão dentro da cápsula, mas, nos movimentos mais largos, o globo e a cápsula movem-se conjuntamente, deslizando sobre a gordura orbitária (que também se dissolveu, ainda que pouco), frouxamente ligada à parte posterior da cápsula (Whitnall). Como a cápsula envolve todo o globo, os músculos no trajecto que seguem do vértice da órbita para se inserirem na esclerótica, têm de perfurar a cápsula, o que fazem diante do equador do globo; neste ponto de perfuração as bainhas musculares, que aderem a toda a extensão do músculo, condensam-se e espessam-se, fundindo-se com a cápsula de Tenon. A parte anterior da cápsula, em frente das inserções tendinosas, adelgaça-se e vem a fundir-se com a esclerótica numa extensão de 1 a 2 mm. a contar do bordo da córnea. Sobre ela acha-se a conjuntiva bulbar, e as duas membranas têm de ser interessadas antes de atingirmos os tendões dos músculos oculares.

Da superfície exterior das bainhas musculares partem expansões que vão inserir-se às paredes orbitárias são «ligamentos-freios» (*check ligaments*, Fascienzipfel, Hemmungsbänder ou *ailérons*), melhor desenvolvidos no caso do recto externo e recto interno. Estes ligamentos actuam como freios, impedindo a contracção exagerada dos músculos, a retracção demasiada deles, mas a sua função de maior importância é a fixação de todo o aparelho aponevrótico do olho às paredes orbitárias (Whitnall). Para Maddox o papel principal desempenhado pelos «ligamentos-freios» consiste nos amortecimentos dos movimentos oculares nos movimentos extremos, assim evitando os abalos súbitos e sacudidos que uma paragem rápida ou uma mudança de direcção causariam para o globo.

Estas breves noções de anatomia descritiva e topográfica são essenciais para a compreensão exacta do modo de acção dos músculos oculares, e dos tempos e dos resultados operatórios.

O globo ocular, repousando sobre a cápsula de Tenon e sobre a gordura da órbita, gira simplesmente em tórno do seu centro de rotação, quando se efectua a contracção muscular. O equilíbrio de posição é determinado pelo tónus de todos os músculos oculares, e um músculo não pode isoladamente contrair-se sem outros músculos tomarem parte no acto motor, ajudando a acção do primeiro, mantendo o olho na nova posição e coordenando o movimento. Quando o músculo se contrai, encurtando-se, o seu antagonista tem de alongar-se na extensão necessária; e como os seis músculos motores do globo combinam as respectivas acções sinérgicas, adjuvantes e antagonistas reguladoras em quasi todos os movimentos oculares, vê-se quanta complexidade e delicada regulação tem a mecânica da motilidade dos olhos.

O centro de rotação do olho está situado, segundo Donders e Volkman, a 1,3 mm. atrás do ponto médio do eixo ocular, a 13,5 mm. por detrás do vértice da córnea, variando um pouco a sua posição com as condições de refração do olho. Esta situação do centro de rotação atrás do centro geométrico do olho tem como consequência uma facilidade extrema em o globo girar obedecendo a sollicitações musculares levíssimas.

O eixo de rotação do globo ocular tem de ser, para um determinado músculo, perpendicular ao plano de rotação desse músculo. Este plano é determinado pela linha de bissecção do músculo, desde a inserção até a origem, e pelo centro de rotação do globo. Para os dois rectos, interno e externo, se o plano de rotação coincidir com o plano horizontal do olho, o efeito da contracção muscular será apenas: adução pura (r. interno), ou abdução (r. externo), porque o eixo de rotação será vertical.

Mas se o globo estiver em elevação, dirigido para cima, o plano de rotação muscular, e consequentemente o eixo de rotação ocular, occuparão outra posição, e a contracção dos rectos, interno ou externo, além da acção principal adutora ou abductora, tenderá também secundariamente a puxar o olho para cima, e se o olho estiver dirigido para baixo, a contracção dos ditos músculos tenderá subsidiariamente a voltar o olho para baixo. Ainda sub-

sidiariamente, é fácil de compreender que, no abaixamento do globo, recto interno, além de adutor, será secundariamente elevador e tenderá a inclinar o meridiano vertical para dentro. O recto externo tenderá, na elevação, a inclinar o meridiano para fora, no abaixamento fá-lo há para dentro - cicloforia positiva ou negativa.

Todas as fibras do recto interno tendem, quando da contracção, a voltar o olho para dentro, mas as fibras superiores, inserindo-se acima do plano horizontal, tendem a levar o olho para cima, e as que se inserem abaixo do plano horizontal tendem a levar o olho para baixo. Iguais deduções se aplicam ao recto externo.

Sem esforço se compreende o alcance destas considerações para o cirurgião que pretende alterar a situação das inserções tendinosas na cura do estrabismo.

Tenotomia — Anestesia local obtida por instilações repetidas de cocaína a 4-5 0/0, seguidas de uma injeção subconjuntival de novocaína-adrenalina a 2 0/0, 1/4 de centímetro cúbico ao longo do músculo, a partir da inserção. A desvantagem de a injeção alterar as relações anatómicas dos diferentes tecidos, tornando menos fácil a identificação dêles, é mais do que compensada pela facilidade que resulta de operar sem dor, podendo nós contar com a cooperação do doente. De resto, é fácil atenuar o edema da zona injectada por meio de massagem da região. Esta anestesia aplica-se tanto à tenotomia como ao avanço, e nunca tive dificuldades técnicas dependentes da injeção ao executar qualquer das operações.

Colocado o blefarostato, deverá o paciente olhar em direcção oposta à do músculo sobre que se opera, para o relaxar e tornar mais acessível. Com uma pinça na mão esquerda apreendo a conjuntiva e tecido subconjuntival próximo da inserção do tendão, de maneira a formar uma prega horizontal (na direcção do eixo do músculo), esta prega é incisada com a tesoura, na direcção vertical (paralela à tangente que passa pelo bordo correspondente da córnea); a sua extensão é de cerca de 6 a 8 mm. Igual incisão na cápsula de Tenon e depois dissecar levemente na direcção do bordo inferior do tendão. Passar o gancho de estrabismo pela abertura assim alcançada, fazendo-o deslizar por detrás do tendão, com a ponta constantemente apoiada contra a esclerótica,

até que apareça ao nível do bordo superior do tendão a ponta do gancho coberta com tecidos; estes cortam-se de maneira a libertar a ponta, e o gancho puxa-se para diante até encontrar a resistência fornecida pela inserção tendinosa. Adquirida a certeza de que todas as fibras tendinosas estão levantadas pelo gancho, e eu para isso costumo introduzir um segundo gancho de estrabismo em sentido oposto ao primeiro (de cima para baixo), corta-se o tendão rente à esclerótica, evitando sempre qualquer tracção dolorosa durante o músculo. Um ponto de sutura termina a operação.

Não faltam variantes na maneira de executar a tenotomia, algumas elegantes e perfeitas, como o processo de Snellen, outras, como as tenotomias parciais, produzindo um resultado tão deminuto que chega quasi a ser illusório.

Como desagradáveis conseqüências da tenotomia aponta-se o afundamento da carúncula, levada para trás pela retracção do recto interno, e a oftalmia.

Contra o afundar da carúncula o conselho de Liebereich é eficaz: separar cuidadosamente a conjuntiva da cápsula de Tenon até debaixo da carúncula; desta maneira a carúncula não será re-puxada pela retracção do músculo. Devo, contudo, dizer que nas nossas tenotomias exactas, sem incisões capsulares laterais, a retracção é moderada e o afundamento da carúncula não se manifesta usualmente.

A exoftalmia, essa é causada pelas lacerações largas da cápsula; é portanto óbvia a maneira de a evitar.

O efeito de uma tenotomia prudente do recto interno anda por uns 10 graus, a mudança de posição causada pela mesma operação aplicada ao recto externo é muito menor, apenas de 2 a 5 graus.

A cicatrização final, após a tenotomia, faz-se por meio de tecido de granulação que, originado na episclera, enche a abertura na cápsula de Tenon e produz a aderência da conjuntiva à esclerótica; estas aderências são em geral frouxas, pouco resistentes.

Operando com prudência, sem desbridamentos capsulares, não deve haver o receio de estrabismo secundário, em sentido oposto ao primitivo, nem das fortes insuficiências de convergência.

Resumindo, podemos dizer que a tenotomia bem executada é applicável aos pequenos graus de desvio, quando não haja deficiên-

cia manifesta no músculo a enfraquecer, mas o seu efeito é precioso quando combinada com o avanço do antagonista, porque permite que esta operação se execute com grande exactidão e precisão.

No nosso país os pequenos graus de desvio não vêm frequentemente parar à mesa das operações, temos quasi sempre de corrigir estrabismos consideráveis, e para êsses, na minha opinião, o avanço combinado com a tenotomia do antagonista é o método que se deve preferir.

No *avanço* pretende-se dar ao músculo uma nova inserção mais próxima da córnea, ou fazer que uma parte mais recuada do músculo venha unir-se à inserção antiga (encurtamento). De qualquer das maneiras o resultado é idêntico, aumentando a distância entre as duas inserções, ou encurtando propriamente o músculo: êste, de frouxo e bambo que era, passa a ter uma tensão que lhe permite contrair-se com maior energia sob a influencia do mesmo impulso nervoso.

Os métodos empregados são inúmeros. Em verdade são antes variantes do que processos radicalmente diferentes. Tenho empregado vários na minha prática; um, sobretudo, o processo de Worth, foi durante anos a minha operação preferida, mas a variabilidade dos resultados, a incerteza do final, fizeram-me desejar cousa mais segura, e há bastantes anos opero pelo processo que vou descrever. A excelência e permanência dos resultados, tanto nos estrabismos convergentes como nos divergentes, justifica esta minha preferência, e o desejo de contribuir para que mais se cuide do defeito e corrija a deformidade notável que constitui o estrabismo dá razão a êste artigo.

Opero da maneira seguinte: a anestesia é semelhante àquela que indiquei para a tenotomia, simplesmente temos que lembrar de humedecer de vez em quando a córnea com sôro fisiológico, para que ela não venha a apresentar lesões dependentes da exsiccção.

Colocado o blefaróstato, levanto a conjuntiva com uma pinça e faço nela com a tesoura uma incisão vertical extensa de cêrca de 10 mm.; esta incisão corre entre a inserção muscular e o bordo da córnea. Igual incisão sofre a cápsula de Tenon; depois, com a tesoura fechada, desloco conjuntiva e cápsula para o lado

da inserção tendinosa. Então introduzo um gancho de estrabismo por debaixo do bordo inferior do músculo, faço-o caminhar sob a sua face profunda até que a ponta, deslizando sempre contra a esclerótica, aflore por detrás do bordo superior do tendão. Liberto a ponta do gancho da cápsula que a envagina e por êste orifício introduzo um segundo tenáculo de cima para baixo, retirando o primeiro; desta maneira me certifico de que todas as fibras tendinosas estão bem espalmadas sôbre o gancho. Aplico então, da mesma maneira que o fiz com os ganchos, um dos ramos da pinça de Prince, ou da de Worth, por debaixo do tendão, servindo-me de guia o tenáculo que vou retirando.

Tenho pois nesta altura da operação a pinça aberta, com um dos ramos passado por detrás do tendão; com uma pinça ordinária seguro a cápsula e conjuntiva, em geral um tanto recuadas por virtude da elasticidade que possuem, e faço-as cobrir o tendão, trazendo-as para entre os ramos da pinça de avanço. É sôbre êste conjunto: tendão, cápsula e conjuntiva, que fecho a pinça de Worth e corro o seu fecho de segurança.

É resta ocasião, quando a operação chegou a êste ponto, que costumo fazer a tenotomia do antagonista, deixando a pinça de Worth aos cuidados do meu assistente. Completada a tenotomia, sem contudo suturar a conjuntiva, volto ao músculo que pretendo avançar.

Secciono com vários golpes de tesoura o tendão, entre a inserção e a pinça de Worth. Feito isto, fica-me, na parte anterior da ferida, a linha de inserção do tendão, com uma saliência dependente das fibras tendinosas aderentes à esclerótica e formando um pequeno côto tendinoso; para trás tenho a pinça de avanço, agarrando entre os seus ramos o tópo anterior do tendão. Afastando-a do globo posso inspecionar a face profunda do músculo e a superfície da esclerótica; passo a tesoura fechada entre as duas estruturas para dividir alguma fibra das que às vezes se inserem para trás.

Uma linha enfiada em duas agulhas vai servir-me para fazer o avanço: uma das agulhas penetra de fora para dentro o côto tendinoso, 1 milímetro abaixo da linha média, e a outra agulha faz o mesmo serviço 1 milímetro acima da linha média. Obtenho assim uma sutura em U com a ansa voltada para o exterior. As agulhas devem atravessar toda a espessura do tendão, mesmo

LISBOA MÉDICA



JUNO

KLIMAKTON



contra os
distúrbios do climacterio

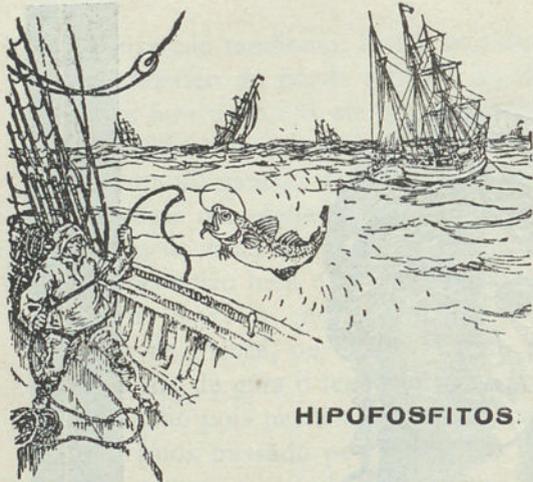
COMPOSIÇÃO:

3 cg. de substancia ovarica da mais pura (Ovaradeno),
6 mg. de substancia da thyroideas da mais pura (Thyradeno),
15 cg. de Bromural e 15 cg. de Calcio-Diuretina.

Tubos com 20 e frascos com 50 drageas.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN SOBRE O RHENO

LISBOA MÉDICA



GLEFINA

LABORATORIOS ANDRÓMACO

Pl. Central de Tibidabo 3

BARCELONA

Preparada com:

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

HIPOFOSFITOS.

De manganésio, de cálcio, de potássio de ferro, de quinina e de estricnina

D O S E S :

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**

LASA para as doenças das vias respiratórias.

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

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

Rua dos Sapateiros, 39, 1.º - LISBOA



Laboratório de Preparados Dermatológicos

J. Caballero Roig

Rocafort, 135 - Telefone 31031 - Apartado Concas 710 - BARCELONA

SULFURETO - Cura a SARNA em 10 minutos, tempo que se demora em efectuar uma fricção.

DEPURATIVO INFANTIL - (Sabor agradável). Eficaz nas erupções e doenças de pele das crianças.

GOTAS DEPURATIVAS - (Antiarpéticas). Poderoso antitóxico de grande resultado nas afecções cutâneas dos adultos.

PASTA POROSA DERMATOLÓGICA - Antiséptica, absorvente dos exudados e cicatrizante rápida - Recomendada para queimaduras.

LIXALINA - Para as inflamações da epiderme, comichões das doenças eruptivas.

Todos estes preparados foram premiados com a Medalha de Ouro na Exposição Internacional de Barcelona em 1929.

Depositários Gerais para Portugal: - **Pestana Branco & Fernandes, L. da**

Rua dos Sapateiros, 39, 1.º

LISBOA

junto à inserção, o que não oferece dificuldade alguma, e durante a passagem das agulhas o côto tendinoso deverá estar fixado por meio duma pinça.

Agora a pinça de avanço levanta o músculo, afastando-o da esclerótica, e a primeira agulha é introduzida 1 milímetro abaixo do eixo do músculo, e a uma distância variável da pinça de avanço dependente do maior ou menor efeito que pretendo obter; em posição simétrica, 1 milímetro acima do eixo do músculo, introduzo a outra agulha. Cada uma das agulhas passa de dentro para fora, atravessando o músculo, a cápsula e a conjuntiva.

Para exemplificar esta narração digamos que estou corrigindo um estrabismo convergente, que avanço portanto o recto externo e tenotomizei o interno.

Com uma pinça o assistente fila na esclerótica a linha de inserção do recto interno tenotomizado e faz rodar o olho para fora, em abdução passiva; ao mesmo tempo peço ao doente que faça por olhar para o lado do nariz; o efeito dêste esforço de adução é relaxar o abductor (o músculo que quero avançar) (Worth). Ao mesmo tempo que o doente faz êste esforço e que o assistente coloca o olho em abdução por meio da pinça fixada na inserção do recto interno, com a outra mão avança para o lado do nariz a pinça de Worth, e eu ato com dois nós, uma à outra, as duas linhas que pendem ao longo da conjuntiva bulbar que cobre o recto externo. Notar que o apertar do nó não produz trações cortantes: as duas superfícies a unir são levadas pelas pinças ao mesmo nível, e, quando estão sobrepostas, o nó mais não faz do que mantê-las em contacto.

Fica assim, neste tempo operatório, o bloco constituído pelo músculo, cápsula e conjuntiva, unido, pela parte axial, ao meio da linha de inserção antiga, numa extensão de 2 milímetros, e a pinça de avanço, sempre filada ao tôpo do tendão, alcança agora, ou excede, o bordo da córnea.

Toda a extensão da esclerótica compreendida entre a inserção primitiva do tendão e a vizinhança do bordo da córnea é agora cuidadosamente avivada, excisando todo o tecido que cubra a episclera.

Com uma de duas agulhas em que uma linha está enfiada entro no tecido que circunda a córnea, de fora para dentro, a uns 5 mm. acima do meridiano horizontal; a segunda agulha

penetra na mesma estrutura 2 mm. abaixo da primeira, e ambas vêm a passar, depois de atravessada a episclera, entre o retalho conjuntival aderente à córnea e a episclera subjacente. Durante a passagem destas agulhas o globo está fixado pela presa da pinça na aresta de inserção do recto interno. Fica assim um ponto em U com a ansa voltada para o exterior, junto ao limbo da córnea. Igual ponto, executado da mesma maneira, é passado na episclera pericorneana 5 mm. abaixo do meridiano horizontal. Estas duas suturas vão servir-nos para fixar à episclera a parte anterior do tendão, espalmando-o.

Para isso a primeira agulha perfura tendão, cápsula e conjuntiva, perto do bordo superior do tendão, por detrás da pinça de avanço; a segunda agulha executa a mesma manobra 2 mm. mais abaixo. Com as duas linhas da segunda sutura faço o mesmo perto do bordo inferior do tendão. Aperto os dois nós sem exagero, levando o tendão com a pinça de avanço ao sítio próprio, e manobrando o globo pela inserção do recto interno.

Resta apenas seccionar com um golpe de tesoura, junto à pinça de avanço, os tecidos compreendidos entre os seus ramos, e dar um ponto de sutura na conjuntiva que cobre o recto interno.

Durante a operação é útil fazer o doente fixar de vez em quando um foco luminoso colocado a certa distância; a posição da imagem corneana do foco fornece indicações exactas sobre a situação do globo.

Costumo conservar os dois olhos cobertos durante uma semana, mudando os pensos de dois em dois dias. Tiro os pontos ao fim de 10 dias e, ao 12.º descubro também o olho operado.

Se o efeito da operação me parece um pouco exagerado, descubro mais cedo o olho não operado; se este exagero persiste, tiro os pontos mais cedo, não instilo atropina, descubro também o olho operado e mando o doente fazer exercícios de leitura: — durante o período de cicatrização a convergência produzida desta maneira diminui o efeito da operação.

Se, como de costume, a correcção é perfeita e perfeita se mantém, atropinizo, e quando descubro o olho não operado (7.º dia) o paciente passa imediatamente a usar o seu vidro corrector em frente deste olho. Mantenho a atropinização durante três semanas e próibo toda a aplicação visual a curta distância.

Se o efeito é insuficiente, ou quando a grandeza do desvio determina de antemão a certeza da impossibilidade de obter a correcção pela operação num só olho, opero o segundo olho, mas nunca na mesma sessão, só mais tarde, depois de alcançado o resultado definitivo do olho primeiro operado.

Julgo que convém, como eu faço, seguir a regra de não operar um estrabismo sem que o doente tome o compromisso de deixar operar o segundo olho se o efeito da operação sôbre o primeiro fôr julgado insuficiente. O juiz do resultado final sou eu e não o doente, que muitas vezes se considera satisfeito com uma correcção aproximada que lhe melhorou a aparência.

Na apreciação dos resultados há que tomar em consideração a abertura, prèviamente medida, dos ângulos *alfa*, *gama* e *kapa*, susceptíveis de, nos graus acentuados, simularem um desvio que realmente não existe.

É claro que, para um pequeno desvio primitivo ou post-operatório, pode bastar uma moderada tenotomia, ou um avanço apenas, sem tenotomia. O processo completo que descrevo é o que aplico geralmente aos estrabismos consideráveis, áqueles que mais vezes me vêm parar às mãos.

Uma larga parte dos insucessos nos avanços praticados contra o estrabismo depende dos caracteres estruturais dos tecidos em que se opera. A mobilidade extrema da conjuntiva e do tecido subconjuntival fazem que êstes tecidos não forneçam pontos sólidos de ancoragem para as suturas que devem fixar o tendão na sua nova posição; além de facilmente se deslocarem da posição inicial, deixam-se com igual facilidade cortar pelos fios de sutura, inutilizando, ou pelo menos enfraquecendo, o resultado imediato da operação.

A esclerótica presta-se na verdade a uma ancoragem mais sólida, mas para que esta solidez seja uma realidade necessário se torna que a agulha entre profundamente na membrana, penetrando cêrca de $\frac{2}{3}$ (Worth), de um quinto (v. Pfluck) da sua espessura total. Nestas condições, o perigo da perfuração completa da parede, abrindo uma comunicação intra-ocular para a infecção, aparece como uma temerosa ameaça para o cirurgião (Klein, Cogan, Hill Griffith, etc.). E o receio é bem fundado, visto que

Noyes escreve que viu, às vezes, as pontas das agulhas apparecerem na câmara anterior; eu mesmo, num caso operado há anos, vi, em seguida à minha operação (um avanço pelo método de Worth), numerosos focos flutuarem no vítreo com sinais de inflamação moderada das membranas profundas, cousa evidentemente atribuível apenas a alguma das suturas ter perfurado a túnica fibrosa do olho. O caso terminou bem, como de resto parece ser a regra em accidentes dêste género, pelo pouco que dêles reza a literatura, mas o accidente é com certeza mais freqüente do que se julga e é de molde a fazer reflectir o cirurgião cuidadoso. A zona a escolher para a ancoragem na esclerótica deverá ser a junção córneo-escleral, região na qual a esclerótica tem a sua maior espessura.

Com agulhas finas e bem aguçadas e com uma boa fixação do globo consegue-se sem difficuldade colocar as suturas na devida profundidade, mas quantas vezes uma agulha que parecia impeccável mostra ser menos do que mediocre quando, depois de esterilizada e de ter servido para as suturas preliminares do tendão e da cápsula, vai ser usada para a sutura final da rija esclerótica, a qual, por sua vez, apresenta também differenças notáveis de consistência, espessura e friabilidade.

Se a difficuldade de obter um apoio sólido na esclerótica, para a fixação das suturas, é um escolho em que tropeça a miúdo o cirurgião, inutilizando-lhe a permanência do resultado inicial, com igual difficuldade se vê a braços na applicação das suturas aos tendões dos músculos oculares, que pela fragilidade e facilidade com que as suas fibras, formadas por delicados feixes paralelos, separados por interstícios cellulosos, se deixam cortar pelas linhas, constituem um mau material para a execução duma costura sólida.

Desta difficuldade nasceram os processos mais ou menos complicados com a variedade imensa de nós, de posições, de número de fibras comprehendidas na sutura, constituindo variedades nos inúmeros processos inventados para obter uma sólida fixação tendinosa. Convém não esquecer, contudo, que a inclusão de toda a massa tendinosa num nó apertado, se bem que à primeira vista possa parecer um processo de garantia para a solidez da sutura, pode resultar contraproducente, porque a estrangulação causada pelo fio necrosará por isquemia o tópo tendinoso além da sutura.

LISBOA MÉDICA

MAGNESIA S. PELLEGRINO

*Purga,
refresca,
desinfecta*



LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO MODERNO - Via Castelvetro, 17 - MILANO

Representantes e depositarios para Portugal e Colonias:

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

Tratamento especifico completo das **AFECCÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

AMOSTRAS e LITTERATURA : **SALINAS**, Rua Nova da Trindade, 9, LISBOA

Acaba de ser posto á venda

Foscal Serono

em HOSTIAS e COMPRIMIDOS com açúcar ou cacau,

de cujas confeções, bem como da antiga (em frascos de alumínio) enviamos amostras gratis aos Senhores Médicos que no-las requisitem

O mais moderno recalificante

Fosfo-carbonato de calcio e magnésia, preparado nas mesmas proporções em que se encontra nos ossos.

Quando uma **cura cálcica** “per os” resulte ineficaz e sempre que haja necessidade de intervir prontamente prescreva-se o

Zimolactil Serono

em ampôlas de 2 cc.

que se prepara tambem em ampolas de de 5 cc. como

Anti-hemorrágico

por vias endomuscular ou endovenosa.

O Zimolactil Serono — é uma combinação de calcio com ácido lactico de fermentação.

Amostras grátis para os Srs. Médicos.

L. Sepori

Apartado 214
LISBOA

Rua Victor Cordon, 1-E

Nos avanços é preciso, em primeiro lugar, procurar maneira de obter suturas firmes nos dois pontos: parede do globo e tendão do músculo, firmeza que resista às tracções contínuas exercidas pelos antagonistas; além disso diminuir na medida do possível esta tracção que o músculo avançado deverá sofrer. Por isso, em todos os estrabismos de certo grau, o avanço muscular deverá ser acompanhado da tenotomia do músculo oposto àquele em que se avança, e conservar a oclusão dos dois olhos durante vários dias.

A tenotomia tem de ser cuidadosamente feita, completa, mas limitada ao tendão, sem desbridamentos capsulares. Da perfeita execução desta tenotomia resulta em grande parte a permanência do resultado operatório e, sobretudo, a garantia contra o desenvolvimento dum estrabismo secundário, isto é, em direcção oposta àquele que se pretende corrigir.

Em suma, para realizar um avanço perfeito e permanente, é necessário colar o tendão no ponto preciso da esclerótica onde deverá ter lugar a nova inserção, e para que isto suceda indispensável se torna que a sutura tenha uma ancoragem sólida na parede do globo, outra, igualmente sólida, no tendão do músculo. Se qualquer dos pontos onde a sutura se apoia, esclerótica ou tendão, cede; se o fio corta os tecidos, o resultado, mesmo que imediatamente seja perfeito, diminuirá e a correcção do estrabismo resultará incompleta. É a explicação da incerteza dos resultados na maioria dos processos de avanço. Worth julga que o resultado será definitivo se as suturas se mantiverem firmes durante dez dias.

O ponto de apoio tendinoso mais firme é aquele em que o tendão, a cápsula e a conjuntiva são compreendidos num nó apertado. O tendão e o globo devem ser levados à posição desejada por meio de pinças, e então unidos um a outro atando os fios de sutura; é erro fazer que as linhas sejam agentes de tracção no contacto a realizar entre o tendão e o olho. Os fios não devem ser em demasia delgados para que não cortem os tecidos, e os nós devem ser facilmente acessíveis.

No que respeita o ponto de apoio no globo, a mais sólida ancoragem é a fornecida pelo côto tendinoso, ou pela inserção primitiva do músculo que se avança; aí não há perigo de perfurar a esclerótica, e a possibilidade de produzir torsões anormais do

globo é, nestas condições, extremamente remota. É de admirar que esta ancoragem não seja mais usada (van der Høve).

Nos avanços puros pretende-se criar ao tendão uma nova inserção diante da primitiva, junto ao limbo da córnea. Atribui-se uma grande importância a esta inserção mais dianteira, porque aumenta, supõe-se, o arco de contacto do músculo com o globo, tornando mais enérgico o efeito da contracção muscular. Assim pensam e, para o conseguir, neste sentido operam a maior parte dos oftalmologistas que estudam o assunto.

¿Terá o processo a eficácia que lhe é atribuída? Suponho que não. Maxwell, Muller e Fröhlich, êste com uma experiência que ficou clássica, demonstraram que, pelo menos em muitos casos, o músculo avançado contrai aderências com a parede do globo em toda a extensão compreendida entre a nova e a primitiva inserção. ¿Sendo assim, para que correr os riscos duma perfuração possível da esclerótica, para que inserir as suturas numa região que não oferece firmeza absoluta aos pontos, com a possibilidade de o efeito imediato diminuir consecutivamente, reaparecendo o estrabismo? O avanço seria assim, em verdade, apenas um encurtamento muscular e, nesse caso, porque não empregar para a verdadeira ancoragem ao globo a inserção antiga do tendão, ou o côto deixado pela secção tendinosa? A sutura aí aplicada é duma firmeza a toda a prova, não corta os tecidos, e tenho-a visto manter-se sem nada ceder durante 15 dias e mais, quando, por virtude de várias circunstâncias, convém prolongar a sua permanência.

Mas se de facto as cousas podem às vezes passar-se doutra maneira, e a nova inserção realizar-se dianteira, resultando um maior arco de contacto muscular, é duvidoso que isto represente uma vantagem (van der Høve). Em primeiro lugar é evidente que a inserção normal permite um arco de contacto suficiente para o perfeito funcionamento do músculo, em segundo logar a mudança na inserção muda também a acção do músculo: um recto externo avançado será na posição primária do globo um puro abductor, mas nas posições de abaixamento, durante a leitura por exemplo, êle tornar-se há, além de abductor, também um abaixador, e tanto mais assim quanto mais a sua nova inserção estiver adiantada em relação ao centro de rotação do globo ocular, e ao mesmo tempo exercerá uma acção de torsão sôbre

**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 da insuficiencia das glandulas endocrinicas 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.^a 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 resultado desejado, continue o tratamento com o *Extracto Ovarico Antiamenorreico N.º 2.* — DOSE: 2 comprimidos por dia.

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



o meridiano vertical. Por aqui se vê que nestas condições toda a inervação dos músculos oculares fica alterada no olhar para baixo ou para cima. Tal não acontecerá certamente se ao músculo conservarmos a inserção primitiva.

Quando num avanço se pretende unicamente aumentar o poder dum músculo, convém atentamente pensar em que os dois bordos do tendão devem ser avançados ou encurtados exactamente na mesma extensão, e que a nova inserção na parede do globo deverá rigorosamente encontrar-se na perpendicular à linha axial do músculo em questão, estando, é claro, o globo em posição primária, porque de contrário a contracção dum recto externo, por exemplo, passaria a, além da abdução, causar um abaixamento ou elevação do olho, acompanhado de torsão, conforme a nova inserção estivesse abaixo ou acima do eixo primitivo do músculo, realizando-se o mesmo fenómeno quando um avanço desigual dos dois bordos tendinosos fizesse que um dêles, mais curto, viesse a exercer sobre o globo uma tracção mais intensa do que o outro; e ainda o mesmo sucederá se, depois de executada a operação, um dos dois pontos simétricos garrar immediatamente ou consecutivamente mais do que o outro.

Quem queira fazer juízo exacto sobre o efeito final das operações que sobre os músculos do olho se praticam tem de cuidadosamente estudar a acção destes músculos nas condições naturais e normais — fisiológicas — e depois de reconhecer em que medida e de que maneira a acção do músculo foi modificada pela operação. Ora este capítulo da fisiologia não é dos de mais fácil estudo, porque, como já disse, nenhum dos músculos motores do olho tem uma acção única e certa; se o principal efeito da sua contracção é conduzir o globo para uma determinada posição, secundariamente, estando o olho desviado da posição primária, o resultado da sua actividade pode ser, e é, muito diferente daquele que habitualmente se lhe attribui.

Julgo que a operação que descrevi, e que há bastantes anos executo, obedece à técnica que actualmente deve comandar as operações deste género.

No que respeita a tenotomia, limitada ela ao tendão, deixando intactas as expansões capsulares, não corremos perigos de estrabismo secundário post-operatório, nem de afundamento da carún-

cula, nem de paralisia ou insuficiência do músculo tenotomizado. E necessário não pretender da tenotomia a correcção dum desvio forte; ela deverá servir apenas para tornar possível a execução dum avanço extenso, e impedir que o antagonista perturbe a cicatrização sólida e definitiva do músculo avançado.

O avanço, feito como disse, foge às incertezas da maior parte dos métodos. A ancoragem na inserção tendinosa primitiva é duma solidez perfeita, não há a recear que a sutura ceda nesse ponto, não há perigo de perfurar a esclerótica. O músculo fica com um feixe central de fibras incluído numa sutura que compreende a cápsula e a conjuntiva, fortemente aplicado contra a inserção primitiva; a solidez desta costura é muito considerável. Note-se que sendo a parte central apenas compreendida no apêrto, não se corre o risco da necrose por estrangulamento; a circulação fica perfeitamente assegurada pelos feixes superiores e inferiores. Evidentemente a acção fisiológica do músculo, reforçada, mantém-se sem alteração, visto o ponto de inserção no globo ser o mesmo que primitivamente. A superfície de esclerótica avivada, estendendo-se desde a inserção tendinosa até perto do limbo da córnea, permite uma aderência sólida e extensa do tendão à parede do globo. Os pontos dianteiros, espalmado o tópo anterior do tendão (coberto pela cápsula e conjuntiva), não têm necessidade de ser muito profundos, visto não serem destinados a suportar tracções; servem apenas para que as partes sejam mantidas em perfeito contacto e boa posição; a tracção é toda ela exercida sobre a inserção. É facilimo executar toda a operação com perfeita simetria.

O resultado immediato não diminui com os dias que decorrem, porque a solidez das suturas a isso se opõe. Não há fazer sobre-correcções, contando com perda de efeito — terminada a operação o resultado é definitivo. — A técnica, para quem esteja habituado a fazer operações oculares, nada tem de difficil.

Não há preocupação de prioridade no processo descrito. Os avanços no estrabismo descrevem-se, obedecendo as operações a determinados tipos, e dentro destes tipos as variantes são inúmeras. Nada mais fácil do que criar uma nova forma de nó, ou dar um feitiço mais ou menos imprevisito à incisão do tendão. São cousas de fraca importância.

O meu desejo foi chamar a atenção para os pontos fracos, e para os princípios gerais de onde saem as regras conducentes ao sucesso operatório. Operei estrabismos por muitos processos e a minha experiência já longa mostra-me que esta maneira realiza com grande segurança os desejos do operador. Não ilustro os resultados com fotografias: evidentemente elas mostrariam, uma um vesgo, a outra uns olhos em ortotropia, a não ser que a minha documentação fotográfica se estendesse a todos os meus operados e demonstrasse assim a excelência ou insuficiência dos métodos. Tal não sucede.

Termino por onde quasi comecei: a operação do estrabismo não merece o descrédito que entre nós a raridade da sua execução parece demonstrar; os resultados que com ela se obtêm são sempre satisfatórios e, quasi se pode dizer, seguros.

A PATOGENIA DA ECLAMPSIA

(Teorias de Magalhães e de Weichard)

POR

MANUEL VICENTE MOREIRA

Assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa

Il ne peut être décevant, dans des recherches qui doivent aboutir non seulement à éclairer la pathogénie de l'éclampsie, mais encore toute la physiologie pathologique de la femme gravide, de ne pas obtenir immédiatement des résultats décisifs. Les recherches faites dans le but de solutionner le problème de la pathologie de l'éclampsie ont cette ampleur.

Acceptons donc leurs résultats tels qu'ils sont, sachons en reconnaître les points faibles et poursuivons le travail commencé.

BAR et COMMANDEUR.

Antes de analisarmos a doutrina da insuficiência placentar da eclampsia, eloqüentemente advogada pelo professor do Rio de Janeiro, Fernando de Magalhães e a da anafilaxia de Weichard, é mester recordar, embora sucintamente, as restantes tentativas de explicação do síndrome a que Bar e Zweifel chamavam doença das hipóteses.

Baseamos este estudo em observações clínicas e laboratoriais de 14 eclâmplicas, sendo algumas acompanhadas de autópsias e cortes histológicos de glândulas de secreção interna. No mapa junto inserimos exames de outras mulheres não eclâmplicas a fim de confrontar os resultados.

Classificamos as causas até hoje invocadas para interpretar a eclampsia em dois grupos:

1.º — Predisponentes e acidentais; 2.º — Determinantes.

1.º grupo — As predisponentes e acidentais englobam:

a hereditariedade nevropática;

a primiparidade;

as condições que presdipõem à albuminúria, que são aquelas que favorecem a hiperprodução de toxinas ou que impedem a sua eliminação;

o frio e humidade;

a higiene geral e alimentar defeituosa;

o sedentarismo e obstipação;

a cloro-anemia;

o excesso volume do útero—comprime ureteres (g. gemelar);

as alterações placentares (mola);

as lesões renais curadas.

2.º grupo — As determinantes compreendem causas maternas e ovulares:

A) Das *maternas* tem-se defendido:

Teorias nervosas: a) Psiconeurose;

b) Afecções orgânicas dos centros nervosos (edemas, anemias, congestão).

Teorias microbianas.

Teoria da hipertensão paroxística de Vaquez.

Teorias tóxicas, compreendendo:

a) As renais gerando a retenção das seguintes substâncias: ureia ou teoria da uremia;

matérias extractivas da urina ou teoria da urinemia;

carbonato de amoníaco ou teoria da aminoemia;

creatina ou teoria de Blumreich;

matérias corantes;

sais de potássio.

b) As hepáticas;

c) A intestinal;

d) A menstruação retida;

e) As perturbações do metabolismo.

Teorias endócrinas (intoxicando ou aumentando tensão):

a) Da supra-renal;

b) Da hipófise;

c) Do ovário;

d) Da tiroideia;

e) Da paratiroideia.

Teorias mamárias.

B) Das *ovulares* têm-se descrito :

Teorias fetais ;

Teorias amnióticas ;

Teorias coriais ;

Teorias placentares :

a) De Veit ou imunitária ;

b) De Hofbauer ou enzimática ;

c) De Magalhães ou da insuficiência placentar ;

d) De Weichardt ou anafilática.

De todas estas hipóteses, a que hoje se aceita quasi unânime-mente é a da auto-intoxicação gravídica. Os defensores da origem microbiana baseiam-se no aparecimento de hipertermia durante as crises eclâmpticas e na observação de estas sobrevirem em séries. Não nos convencem estes argumentos. Quanto à hipertermia, nem sempre existe; existindo, pode ser posterior ao início das convulsões e mesmo assim, por vezes, é pouco elevada.

De resto, quando se produz elevação térmica acima da normal, e ela é muito freqüente, isso deve atribuir-se ou a uma infecção associada ao processo eclâmptico ou ser uma daquelas febres asépticas assim designadas por Bezançon e Weill, traduzindo um conflito de albuminas que se pode verificar experimentalmente, introduzindo na torrente circulatória substâncias estranhas, sobretudo coloidais.

Preguntamos: não serão os produtos fetais anormais que análogamente produzem o efeito de colóides injectados na circulação? Supomos que sim, acrescentando por ora apenas que aqueles AA. encaram a febre em geral como uma manifestação anafilática.

Quanto à outra base da teoria infecciosa, isto é, pelo que se refere ao aparecimento dos casos em séries, é isso explicado, segundo Recassens, não pela infecção, mas pelo regime alimentar idêntico dos habitantes duma região em determinadas épocas.

A teoria tóxica funda-se na maior toxicidade do sôro sanguíneo da mulher com eclampsia em relação ao sôro da grávida hígida.

Até há pouco tempo atribuia-se essa nocividade à maior actividade do seu poder coagulante ou a determinadas substâncias (ureia...); porém, produto de composição química especial para a eclampsia não se conhecia, pois não foram confirmados os cris-

tais de Doleris, dominando, contudo, a opinião de Bar de que os venenos deviam ser múltiplos (lipóides, albuminóides e fermentos). O professor do Rio, Fernando de Magalhães (pág. 30 das suas lições) acusa 4 bases púricas (guanina, adenina, xantina, hipoxantina) às quais ainda foi acrescentado o *uracit*, produto do desdobramento do ácido nucleico.

Levy-Solal e Tzanck contribuíram com curiosas experiências para o esclarecimento do assunto em questão.

Injectaram no coração de cobaios sôro de eclâmptica numa série e sôro de grávida normal noutra. Verificaram então que no 1.º caso a morte obtinha-se com doses de 1 a 2 cm³ por quilograma de animal e na 2.ª série os animais suportaram doses 6 a 8 vezes mais elevadas. Era, portanto, mais a qualidade do que a quantidade do sôro a causa da nocividade.

Até agora, como se nota, só foi diferente a via e o animal empregados (Bar usou a via venosa e empregou o coelho), pois a conclusão é análoga à de Bar: há uma intoxicação maior na eclâmptica do que nas outras mulheres.

Todavia êste trabalho contém novidades curiosas.

Os AA. admitem a existência nos soros das eclâmpticas de *dois venenos: um convulsionante e anaflático e outro não convulsivante* (1). O primeiro produz acidentes bruscos e rapidamente mortais, desaparecendo pelo aquecimento a 55° (como os outros soros tóxicos), pelo envelhecimento, ou sujeitando as eclâmpticas a um tratamento desintoxicante.

Existe, contudo, nesses soros aquecidos, velhos ou extraídos depois da crise, o outro princípio não convulsivante mas nocivo, matando o animal em 1/4 de hora, 1/2 hora ou uma hora e cujos acidentes aparecem lentamente e progressivamente, deitando-se o animal de lado sem apresentar convulsões ou prurido, ficando como que sonolento e morrendo assim.

(1) Seitz (*in* Mangiagalli. Lições de 1929. Pág. 387) reconhece também a possibilidade de o veneno eclâmptico não ter sempre a mesma constituição podendo ser formado de dois componentes variáveis, um geral tóxico e um convulsivante. Assim se explicariam os casos de eclampsia sem convulsões (por exemplo o caso VIII da nossa tese?). Actuaria apenas o veneno tóxico? Em vez de veneno convulsivante lembremo-nos de que há processos físicos bem importantes explicando certas convulsões.

Esta mesma toxicidade foi também observada pelos AA. no sôro de antigas eclâmpticas com sinais de insuficiência hepática ou renal ou de mulheres atingidas por acidentes grávido-cardíacos (edema agudo do pulmão). Os AA. pensaram que estes factos revelavam que uma parte da toxicidade era devida às alterações orgânicas e evidenciaram o papel da hepatotoxemia de Pinard.

Admitia-se geralmente que a maneira como actuava êste veneno ou venenos era a coagulação.

Assim o supuseram Bar e outros, apoiados nesta ordem de factos:

a) Coagulação mais rápida do sangue de eclâmpticas, obtido por meio de sangria, do que do sangue das grávidas híginas;

b) Coagulação do sangue nas vísceras, principalmente no fígado, das mulheres que morrem de eclampsia;

c) Nos animais que sucumbem depois de sofrerem a injeccção de sôro sanguíneo de mulher eclâmptica têm-se encontrado também coagulações nos exames necrópsicos das suas vísceras.

a) Quanto ao primeiro facto, Levy-Solal e Tzanck estudaram-no pelo tempo de sangria, pelo limiar de coagulação e pela retracção do coágulo, tendo para isso adoptado o seu método quantitativo. Consiste êle na extracção de volume determinado de sangue (10 c. c.) para um tubo de ensaio e na verificação, no dia seguinte, do sôro exsudado. Subtraindo do volume de sangue extraído o volume de sôro, obtém-se o volume exacto do coalho, exprimindo-se assim a sua retracção. Nas 6 eclâmpticas que estudaram obtiveram resultados comparáveis aos das grávidas híginas.

b) Nas observações necrópsicas das mulheres mortas depois das crises convulsivas, notaram nas suas vísceras coágulos sanguíneos.

c) Recorrendo a injeccção de doses não tóxicas de sulfarsenol (que é um anticoagulante) em cobaios e injectando depois doses mortais de sôro de eclâmpticas, constataram que 30 por cento dos animais sobreviveram e nos restantes 70 por cento a morte sobreveio, a-pesar-do anticoagulante, e não se observaram coagulações sanguíneas nas autópsias realizadas imediatamente a seguir à morte.

As coagulações não são por consequência a causa da morte porque a nocividade não desaparece, tornando o sangue fluido pelos anticoagulantes.

Seja como fôr, o facto é que os sintomas clínicos, anátomo-patológicos e terapêuticos (eficiência da terapêutica desintoxicante) quási sempre condizem com os sintomas das intoxicações e deve implicitamente admitir-se a existência de uma intoxicação, embora não se desprezem as interessantes experiências de Levy-Solal e Tzanck que poderão, quando confirmadas em maior número de observações, justificar a existência de mais alguma coisa do que uma simples intoxicação na génese da eclampsia.

Para prova, basta dizer que uma das características das intoxicações é, segundo Widal, deixarem seqüelas que só lentamente desaparecem, como se dá quási sempre nas eclâmpticas; algumas vezes, porém, a mais grave sintomatologia eclâmptica manifesta-se e desaparece em 48 horas (Bumm), o que faz crer que, nestes casos, não houve intoxicação e que, quando esta sobrevém (a maioria das vezes), deve existir mais alguma coisa: talvez a acção física coloidal.

E esta hipótese é plausível, pois se é certo o fígado e o rim desempenharem o seu papel causal, o que é crível é estes órgãos actuarem como causa segunda, visto que:

a) Podem ser posteriores aos acessos as perturbações funcionais reveladas não só pelas análises das urinas mas até pela hemoclasia digestiva.

Apresentamos um caso pessoal (caso I), em que a grávida, 9 dias antes dos acessos, não revelava sinais urológicos de insuficiência hepática e a crise hemoclásica digestiva era negativa.

b) *¿ Pode não haver ureia no sangue em excesso, mesmo no momento dos acessos?* Conhecemos um exemplo (caso VII), em que a ureia foi pesquisada no sangue, extraído durante o cômá, entre dois acessos convulsivos, acusando a taxa de *0,384 grs. por litro*, que está compreendida nos limites normais — *0,10 grs. a 0,50 grs.* (Sergent).

No caso IX também se procedeu à análise ureica, revelando este ligeiro excesso: *0,6404 grs. por litro*.

c) A permeabilidade renal e hepática para o azul de metilena podem ser normais, mesmo em casos de eclampsia mortal (Bar, pág. 146 das lições).

d) A constância das lesões hepáticas e renais nas autópsias pode acusar desproporcionalidades entre a intensidade da lesão e a gravidade da moléstia (pág. 26, de Magalhães).

e) As lesões reveladas nas autópsias, segundo a maioria dos investigadores, não são específicas à eclampsia, mas comuns a outras intoxicações, a despeito da opinião de Bouffe de Saint-Blaise.

As lesões em si nada têm de específico, quer as macroscópicas, quer as microscópicas, consistindo estas em hemorragias e lesões celulares.

Quanto às *lesões renais*: no caso X houve esteatose renal bilateral muito acentuada, pesando cada rim 165 grs. (normal 125) e tendo volume aumentado; no caso XI rim direito poliquistico e no esquerdo nefrite parenquimatosa aguda com aumento sensível de volume mas pêso habitual; no caso XII, esteatose renal bilateral acentuada com pêso e volume habituais; no caso XIII, degenerescência turvo-gorda da camada cortical, dos dois rins; no caso XIV, nefrite aguda parenquimatosa bilateral. Aumentados de volume e pêso: esquerdo 180 grs.; direito 200 grs.

Pelo que se refere à *glândula hepática*, descrevemos as que analisámos nos exames a que procedemos e que são as seguintes:

No caso X ponteadado hemorrágico sob a cápsula de Glisson; dissociação celular;

No caso XI, esteatose, hemorragias sob a cápsula de Glisson e litíase biliar;

No caso XII, as preparações microscópicas continham congestão e hemorragia intersticiais, dissociação celular e degenerescência gorda;

No caso XIII, degenerescência turvo-gorda;

No caso XIV, os cortes microscópicos possuíam apenas infiltração gorda.

Vemos, pois, que as lesões encontradas, quer hepáticas, quer renais, quer macroscópicas, quer microscópicas, nunca foram específicas da eclampsia e algumas são impotentes para explicar por si a morte.

Quando muito o que se pode aceitar é o que a observação macroscópica do fígado revela, isto é, lesões que são muito numerosas e a sua topografia ressentem-se dessa disposição: são generalizadas a todo o órgão. Observámos esta disposição nas cinco autópsias a que assistimos.

É nossa convicção, contudo, que esta importante víscera desempenha um papel secundário na produção deste síndrome, devido à freqüência com que aparece lesada, se bem que, muitas

vezes, por forma tão pouco intensa que só por si não se coaduna com a gravidade dos sintomas mortais.

Foi descrito por Pinard êste facto que é mister arquivar: nos animais em que a acção hepática foi impedida de se manifestar pela fístula de Eck, quando se sujeitaram a uma alimentação de carne, determinaram-se acessos eclâmpticos.

Não conhecemos detalhes sôbre estas experiências, mas o seu valor não pode ser suficiente para provar que o fígado seja causa primeira da eclampsia, visto que o próprio mestre que delas se utilizou, conhecendo naturalmente as suas minúcias de técnica, se declara dessa opinião.

É por isso que, mesmo que Bouffe de Saint-Blaise tivesse encontrado lesões patognomónicas no fígado ocorria, lógicamente perguntar: ¿ qual será a causa primitiva que as gerou e qual foi o seu modo de acção? É o que vamos estudar (1).

*

* *

São quatro, como indicámos no esquema, as modalidades causais a que se tem atribuído a eclampsia: amnióticas, coriais, fetais e placentares.

Por um lado compreende-se logo *a priori* que, sendo êste síndrome freqüente na gestação, a esta se vá pedir a decifração do enigma que envolve a sua etiologia. É natural e é lógico que assim tenha sucedido. Mas, por outro lado, não se aceita facilmente que possa o funcionamento normal de um órgão prejudicar o organismo inteiro. Teòricamente, o problema reveste alta complexidade, como se nota. ¿ Que dirão então as investigações? Estudá-las hemos separadamente em cada uma das modalidades da doutrina ovular.

Ao *liquido amniótico* foi atribuída a génese da eclampsia, porquanto na gravidez normal êste líquido, obtido por punção e

(1) Algumas das outras doutrinas, mencionadas no esquema, serão analisadas a propósito dos fundamentos da hipótese anafilática. Seria pueril tentar ser completo neste assunto, limitando-nos, por isso, ao que se nos afigura basilar. No tocante às hipóteses nervosa e microbiana chamamos a atenção para a crítica de Mangiagalli nas suas lições publicadas em 1929.

injectado nos animais, não provocou os acidentes a que deu origem 4 vezes em 5 casos de eclampsia descritos por Albeck e Lohse (citados por Bar em 1911). Bar com razão julgava necessário o seu *contrôle* devido provavelmente ao número limitado de experiências. Ainda ocorre perguntar se os factos não serão atribuíveis antes à própria eclampsia em vez de serem a sua causa, visto que não se revela no âmniotico um agente que possua qualquer acção fisiológica que alterada explique o síndrome em questão.

A causa placentar funda-se exactamente na proliferação sincitial, a qual se observa na prenhez fisiológica até certo período e compreende-se que quando essa proliferação for alterada gere a eclampsia.

Em 1919, foram narradas por Bar e Écalle as tentativas infrutíferas feitas para obter reacção entre o sêro sanguíneo materno e o *corion* isolado das outras membranas.

A *teoria fetal* apoia-se num facto de ordem anatómica: as lesões anátomo-patológicas encontradas nos rins e no fígado do feto.

Consistem elas em hemorragias e congestões por um lado e em degenerescências por outro.

Pensou-se que estas lesões eram o índice da intoxicação do veneno fetal, o qual, lançado no organismo materno, gerava a eclampsia.

Bar demonstrou que as lesões fetais eram antes a consequência da eclampsia do que a sua causa porque essas alterações eram menores que as da mãe.

Mas esta hipótese fetal não é plausível ainda porque:

1.º — O feto trabalha pouco, visto já receber os alimentos em grande parte preparados e, portanto, tem poucos resíduos tóxicos;

2.º — A placenta tem normalmente um papel antitóxico que ainda não se demonstrou não existir neste síndrome (êste argumento de Bar é menos convincente que o anterior e o seguinte);

3.º — Existe eclampsia na mola hidatiforme, embora raramente.

Das teorias fetais é a de Dienst a mais interessante. Êle supõe que o sangue fetal pode encontrar-se com o sangue materno e agir como uma albumina heterogénea.

Admite, por conseqüência, uma permeabilidade anormal da placenta.

Assenta isto no facto verificado já de, na eclampsia, se podem romper as vilosidades e, portanto, misturar-se sangue materno e sangue fetal.

Porém, esta rotura pode ser uma conseqüência dos acessos, como o admite Bar, e não a causa d'elles, como quere Dienst.

Por outra ordem de ideas, chegaram à mesma conclusão Bar e Éclalle, em 1919, depois de terem feito tentativas para conseguir a reacção entre o sôro materno e as albuminas provenientes das diferentes vísceras do feto, sem que obtivessem resultados constantes.

Além destas ponderáveis objecções à teoria fetal da eclampsia, ainda lhe podem ser applicáveis alguns óbices levantados para as outras teorias ovulares, mas estes, que no momento próprio estudaremos, não são indispensáveis para negar que a eclampsia seja causada pela acção fetal: são suficientes os argumentos acima expostos.

A *teoria placentar* (1) é actualmente a que reúne o maior e melhor número de sufrágios em seu favor e é a que tem mais visos de verdade para explicar parcialmente o syndroma eclâmptico.

Para a justificar podem grupar-se os argumentos que lhe dizem respeito em 3 séries:

- A) Observações anátomo-patológicas da placenta;
- B) Reacções biológicas que a placenta é susceptível de desenvolver no organismo materno;
- C) Argumentos de ordem clínica.

A) Existem *lesões anátomo-patológicas* na placenta das eclâmpticas. Consistem em necrose, *infarctus* antigos ou recentes e em lesões plasmodiais.

Nota-se a distensão dos vasos vilosos que às vezes é tão grande que a parede vilosa cede e o sangue fetal mistura-se com o sangue materno. O plasmódio apresenta-se exuberante, terminando pela formação de verdadeiras franjas, prolongando a vilo-

(1) Teve origem na investigação de Schmorl o qual encontrou grumos sincitiais nos pulmões de mães eclâmpticas.

sidade, e flutuando nos seis sanguíneos, ao passo que nos pontos vizinhos o plasmódio parece ter desaparecido.

Até aqui os factos.

Agora deve seguir-se naturalmente a discussão de que êles têm sido alvo.

Quanto às modificações patológicas da placenta alguns AA. atribuem-lhe a significação de uma reacção de defesa do plasmódio em contacto com o sangue materno intoxicado.

Pestalozza (1) e Bar consideram-na não o efeito mas o ponto de partida da eclampsia. É certo, por outro lado, Wallich ter objectado que as lesões da placenta eclâmptica não são patognomónicas mas sim comuns ás das placentas albuminúricas.

Não é crível, todavia, que o argumento — em absoluto verdadeiro — possa invalidar a teoria placentar desde que se alargue o conceito de eclampsia aos fenómenos que têm sido denominados de accidentes de auto intoxicação, como o fizeram, até certo ponto, Brindeau e Bar, êste último criando o termo de eclampsismo; na mesma ordem de ideas pondera o nosso illustre compatriota coimbrão Luís Raposo.

Uma outra objecção foi levantada incidentalmente pelos médicos bordaleses Fieux e Mauriac, em 1910. Consiste em a eclampsia ser tanto mais freqüente quanto mais avançadas são as gestações, ao passo que as produções sincitiais são tanto mais raras e menos activas precisamente quanto mais próximas do termo se encontram as gravidezes.

Mas êste argumento não é concludente porque relata as placentas dos casos normais, ao passo que é possível que as placentas das eclâmpticas acusem em qualquer época grande proliferação epitelial.

B) Quanto às *reacções biológicas* provocadas no organismo materno pelo ovo vivo, devem ser estudadas, na placenta, no decurso da *gestação normal* e só depois na *eclampsia*.

Antes, porém, de iniciar o exame de tais reacções, diremos duas palavras de necessária introdução, para êste problema que tem o mais alto interêsse fisiológico e physio-patológico mas que infelizmente ainda se encontra repleto de nebulosidades.

(1) In Bar. — *L'Obstétrique*. 1911. Pág. 1037.

Termómetros Clínicos "Scott Precisão,, de absoluta garantia

Adoptados nos mais prestigiosos SANATORIOS, HOSPITAIS
e à venda em tôdas as farmácias do mundo.

Modelos prismáticos de 11 e 13 centímetros de 1 minuto e de 12 centímetros de 1/2 minuto.

Representantes para Portugal e Colónias:

Pestana, Branco & Fernandes, Limitada
Rua dos Sapateiros, 39, 1.º LISBOA

TUBERCULOSE MEDICAÇÃO BRONCHITES

CREOSO - PHOSPHATADA

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



SOLUÇÃO PAUTAUBERGE



de Chlorhydro-phosphato de cal creosotado.

Anticarrhal e Antiseptico

Eupeptico e Reconstituente.

Todas as Affecções dos Pulmões e dos Bronchios.

L. PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople

GRIPPE

PARIS (8^e)

RACHITISMO

PILULAS OPOBYL PILULAS

TRATAMENTO PHYSIOLOGICO

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

Prisões de ventre chronicas, Estados hemorrhoideos.

COMPOSIÇÃO

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

**INSUFFICIENCIAS
Hepatica e Biliar**

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

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

Amostras gratuitas, a um simples pedido endereçado aos:

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

Pastilhas de

Panflavina

(Principio activo: Trypaflavina: chloreto de 3-6 diamino-10-methylacridina)

Antiseptico chimiotherapico de acção bactericida reforçada, para a desinfeccção da boca e da pharynge

As pastilhas de **Panflavina** possuem uma acção extraordinariamente paralyzante sobre o desenvolvimento das diversas especies de bacterias e de protozoários, assim como um poder de desinfectante energico perante os agentes pathogenicos (bacillos diftericos, estreptococcos, pneumococcos)

Indicações: Todas as doenças da cavidade bucco-pharyngea, bem como as que por esta via penetram no organismo

Na prophylaxia das constipações, angina, grippe, etc.

ACONDICIONAMENTO ORIGINAL:

Vidros com 40 pastilhas



»Bayer - Meister Lucius«

Secção Farmacéutica Scientifica

I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT
LEVERKUSEN (Alemanha)

REPRESENTANTE-DEPOSITÁRIO

AUGUSTO S. NATIVIDADE — Rua dos Douradores, 150, 3.º — LISBOA

Essas reacções foram estudadas na teoria de Veit que é uma consequência das teorias de Erlich, Bordet e Metchnikoff sobre a imunidade, adaptadas pelo A. ao assunto que presentemente estudamos. São estas as suas bases:

Tem-se encontrado partículas férricas na porção ectodérmica das vilosidades placentares que banham nos espaços sanguíneos maternos, sendo lógico, portanto, concluir que provêm directamente do sangue da mãe.

¿De que parte deste sangue? Dos glóbulos vermelhos, visto que os glóbulos brancos e o plasma contêm pouco ferro.

Tem-se atribuído às vilosidades coriais o papel de extrair a hemoglobina contida nas hematias, baseando-se em certas preparações histológicas terem evidenciado na face externa dessas vilosidades, ao lado de hematias de forma e reacções normais, fragmentos de glóbulos vermelhos em todos os graus de redução e dissolução. Veit, partindo da existência desta fusão globular, admitiu que as células sincitiais, que banham no sangue materno, se destacam freqüentemente para constituir embolias (1).

Aceitando estas premissas, Veit lançou a seguinte doutrina: as vilosidades coriais destroem as hematias porque lançam no sangue materno um veneno, uma hemolisina. Esta, como todo o veneno celular inoculado a um animal, age como antigénio, provocando por parte do animal uma reacção de defesa específica em relação com o veneno celular inoculado, isto é, um anticorpo, uma citolisina, a sincitiolisina.

Esta destrói as albuminas sincitiais que passam para o sêro materno e, por outro lado, graças à hemolisina, a hemoglobina e as albuminas celulares maternas são dissolvidas.

A alimentação do feto é o resultado da absorção de substâncias albuminosas dissolvidas no sêro da mãe, ao passo que a excreção é, para Veit, o resultado da dissolução do epitélio corial no sêro materno.

O equilíbrio da nutrição fetal e da saúde materna podem ser modificados quando a dissolução incida sobre muitas vilosidades; produz-se então uma forte hemólise e uma mais fraca sincitiolise; no caso de eclampsia encontram-se embolias das vilosidades sin-

(1) O A. supôs confirmar a teoria com a investigação de Schmorl e ainda pelo aparecimento de albuminúria depois da injecção de vilosidades.

citiais não alteradas nas artérias pulmonares; se a dissolução das vilosidades é fraca a nutrição fetal é má.

Está demonstrado o facto das placentas das eclâmpticas possuírem células sincitiais exuberantes e de no figado (e não só na artéria pulmonar) se encontrarem células semelhantes às sincitiais.

Bordet afirmou que a formação de anticorpos constitui um processo geral que se produz sempre que células estranhas ou os seus produtos penetram num organismo.

Porém, o que não se pode aceitar sem reservas — diz Bar — é que as células sincitiais sejam células estranhas ou que reajam como tais.

O poder hemolítico da placenta humana sôbre as hematias humanas, *in vitro*, não foi demonstrado e, por outro lado, o sôro das grávidas saudáveis não evidenciou poder sincitiolítico sôbre a placenta humana.

O professor de Paris admite, contudo, que se as células sincitiais não desempenham o papel que Veit lhes atribuiu, o organismo fetal não é, todavia, pelas propriedades biológicas dos seus humores e dos seus elementos celulares, idêntico ao organismo materno. Pelo facto de o organismo poder, como na realidade sucede, criar anticorpos contra os seus próprios espermatozoides, igualmente devia, segundo Bar, poder produzi-los contra o óvulo e, por conseqüência, contra o óvo que dêles provém.

O A., a-pesar-disso, declarava em 1907 que esta última parte era apenas hipotética, mas plausível e mais plausível lhe pareceu mais tarde (1911), depois de observar um facto digno de menção: numa mulher com 8 meses, não albuminúrica, nem apresentando qualquer outro sintoma preronitor de eclampsia, o A. executou uma punção no útero com o fim de diminuir o volume do órgão distendido por um hidrâmnios.

O *trocant* penetrou na placenta e, atingindo o corion basal, sentiu uma resistência; o A., surpreendido, deslocou o instrumento.

Neste momento, a mulher, que não estava anestesiada, teve um acesso de eclampsia seguido de côma.

Uma hora depois teve albumina. Isto fez pensar que o *trocant* dilacerou a placenta, libertando massas sincitiais que provocaram o acesso.

Com razão, Wallich perguntou se tinham sido feitas experiências nesse sentido em animais, o que não obteve resposta, pelo menos do nosso conhecimento. Cremos, a-pesar-disso, verosímil aquela opinião.

Prosseguindo este capítulo das relações biológicas, separaremos agora os trabalhos respeitantes à gravidez normal dos que se referem à eclampsia.

A) Da fisiologia da *grávida normal* faremos apenas um estudo sintético para adquirirmos os conhecimentos indispensáveis a compreensão da fisiopatologia da eclampsia.

São fundamentalmente dois os estudos litigiosos que merecem mais demorada atenção.

Por um lado, os trabalhos de Fieux e Mauriac (1) e por outro os estudos que contradizem aqueles, da autoria de Bar e colaboradores (2).

Em 1910, F. e M. pretenderam ter demonstrado a existência de anticorpos placentares no sôro da grávida dos primeiros meses, aplicando o método do desvio do complemento de Bordet e Gengou ao assunto em debate.

Serviram-se para isso como antigénio de massas vilosas provenientes de um ôvo vivo de 2 meses, extraído por causa de vômitos incoercíveis e ligeiramente impregnado de pigmentos biliares e ainda de vilosidades de ovos de outras idades que não produziram tão nítido resultado, o que prova, segundo F. e M., que é no ôvo daquela idade que se encontra mais particularmente antigénio específico.

Foram 55 as experiências.

Eis as suas conclusões:

1.^a — O sangue da mulher grávida contém no início da gestação um anticorpo específico do elemento tóxico ou destruidor da vilosidade corial jôvem.

(1) *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*. Pág. 65. 1910.

Idem, pág. 257. 1912.

Archives d'Obstétrique et Gynécologie. Pág. 544. 1919.

(2) Bar et Commandeur, *L'Obstétrique*. Pág. 1039. 1911.

Bar et Daunay, *Archives d'Obstétrique et Gynécologie*. Pág. 271. 1912.

Bar et Écalle, *idem*, pág. 372. 1919.

2.^a — Êste anticorpo é revelado com uma grande nitidez no decorrer do 2.^o e do 3.^o mês.

3.^a — Atenua-se rapidamente desde o 4.^o mês e não se revela nos meses seguintes.

4.^a — Êle encontra-se, algumas vezes, em certas mulheres, em seguida a um abôrto jovem e recente.

Em 1919, Fieux e Mauriac confirmaram as suas opiniões acima mencionadas mas apoiadas já em 151 observações, concluindo que:

1.^o — Em presença de um antigénio que seja uma vilosidade jôvem, o desvio do complemento observa-se com o sôro da mulher grávida de 1 a 4 meses (31 vezes em 34 experiências das 2 últimas séries) ou que haja tido, algumas horas antes, um abôrto com embrião vivo.

2.^o — A experiência realizada em condições idênticas nunca produziu o desvio do complemento com sôro de mulher não grávida ou com sôro de mulher grávida de mais de 4 mezes, ou com sôro de mulher retendo o feto morto, ou ainda com sôro de mulher apresentando retenção post-abortiva.

Não ficaria completo êste resumo dos trabalhos dêstes AA. sem a seguinte teoria que os dois bordaleses mencionaram em 1910: ao ovário, como glândula endócrina que é, deve estar incumbido o papel de presidir ao equilíbrio entre a acção das vilosidades e a defesa do organismo materno, em vista do paralelismo existente entre a vida do corpo amarelo e a presença do anticorpo viloso no sangue da mulher grávida.

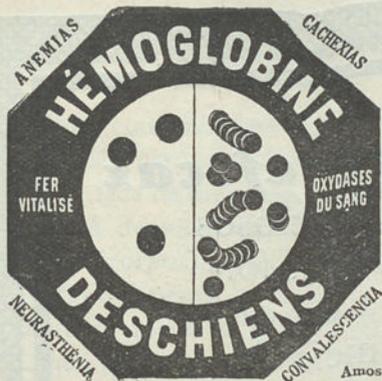
Com efeito, o corpo amarelo, cuja formação segue a expulsão do óvulo, desenvolve-se rapidamente. Atinge o seu máximo desenvolvimento 30 a 40 dias depois da concepção, para começar a decrescer no início do 4.^o mês.

Bem opostamente aos dois AA. de Bordeus, que acabamos de citar, Bar concluiu em 1911 que:

1.^o — A placenta humana tem uma acção nociva para o sangue dos animais, acção que parece ser específica e própria, porque a placenta lavada é mais nociva que a placenta não lavada;

2.^o — As injeccões de placenta agem como as injeccões de albuminas viscerais, isto é, são capazes de produzir lesões viscerais num animal da mesma espécie;

3.^o — A acção sincitiotítica do sangue da mulher grávida não



Opothérapie Hemática Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineræas do Sangue total.

MEDICAMENTO RACIONAL DOS
Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas

DESCHIENS, D^r em P^{la}, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8^e)
Amostras e Littérature: SALINAS, rua Nova da Trindade 9, LISBOA

Gotas Sanguineas ROYEN

PEPTONATO DE FERRO, QUÁSSIA E ESTROFANTO

ANEMIAS, CLOROSE, DEBILIDADE, INAPETENCIA E DESARRANJOS MENSTRUAES

Doses: 8 gotas antes de cada refeição, diluidas em agua ou vinho

Depositarios para Portugal e Colonias: Gimenez-Salinas & C.^a Rua Nova da Trindade, 9, 1.^o Lisboa

LABORATORIOS HIGIONE DIPUTACION 73 BARCELONA

”

eregumil

Fernández

Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas

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

Insustituivel 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.

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

Tratamento eficaz

dos estados infecciosos
pela mobilização das for-
ças de defesa do or-
ganismo por meio da

Omnadina

(Vaccina completa imunisante "MUCH")

Subjuga rapidamente
a infecção. É bem
tolorada. Absota-
mente inofensiva



EMBALAGEM ORIGINAL :

Caixas de 1, 3 e 12 ampollas a 2cc. cada uma.

» *Bayer - Meister Lucius* «

SECÇÃO FARMACEUTICA SCIENTÍFICA

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen — ALEMANHA



está completamente provada e o valor da acção hemolítica da placenta não está precisado, supondo que elle é fraco, só se realizando em face de uma deminuição especial da resistência globular;

4.º — A demonstração da acção específica da placenta (formação de anticorpos), pelo método do desvio do complemento, não está definitivamente assente.

De uma maneira geral, Bar e Commandeur pensaram, em 1911, que o conceito das reacções biológicas entre o sangue materno e a placenta normais não estava suficientemente demonstrado, mas que os factos já conhecidos eram tais que as pesquisas mereciam não ser abandonadas.

Em 1919, Bar reincidiu nos seus pontos de vista, fundado em novas experiências feitas desta vez em colaboração com Écalle.

As reacções do sangue materno, provocadas pelas albuminas ovulares, actuando como albuminas estranhas, continuam a não se lhe afigurar verosímeis, pois entre as albuminas da mãe e do feto não pode existir grande diferença pelo simples facto de a fecundação se ter realizado regularmente.

Se a albumina placentar actuasse como antigénio resultaria o seguinte:

1.º — Existiriam no sôro da mãe anticorpos dirigidos contra a albumina placentar reveláveis pelo método do desvio do complemento.

2.º — Existiriam no sôro da grávida fermentos proteolíticos susceptíveis de desdobrar a albumina placentar pelo método da diálise de Abderhalden.

3.º — E, além disso, a mãe estaria sensibilizada para a albumina placentar, o que se devia revelar pelo método da cutis-reacção anafilática.

1.º — Quanto ao primeiro facto, pelo menos como tal o consideraram Fieux e Mauriac, as experiências de Bar não consentem que passe de hipóteses a que nem sequer parece attribuir grandes visos de probabilidade, porque obtiveram 13 reacções negativas entre 20 provas feitas com sôro de grávidas dos primeiros meses; 22 reacções negativas em 23 provas feitas com sôro de mulheres na segunda metade da gestação.

2.º — Exames de sôro de 210 grávidas normais levaram o A. à seguinte conclusão: o sôro da mulher grávida com feto vivo

contém fermentos proteolíticos antiplacentares dando sempre uma reacção de Abderhalden positiva desde o segundo mês de gestação; o desaparecimento desses fermentos nota-se na terceira semana do puerpério; a intensidade da reacção não é muito influenciada pela idade da gravidez, sendo contudo um pouco mais forte nos últimos meses.

Exames do sôro de 100 mulheres não grávidas produziram em 30 por cento dos casos reacções positivas, sendo as reacções mais acentuadamente positivas nos soros de mulheres atingidas de lesões do aparelho genital.

3.º — No que se refere à sensibilização do organismo materno, em relação às proteínas placentares, os AA. consideram-na uma questão em estudo depois de terem praticado injeções intradérmicas de solução de peptona placentar em 14 mulheres não grávidas e 25 grávidas, obtendo reacções incertas que não especificam em que consistiram.

*

* *

Confrontando as contraditórias conclusões dos AA. franceses, precedentemente descritas, com as dos trabalhos de Brouha (Liège), de Franz Daels (Gand), de Hauneberg (Genève), com as dos estudos citados por Pestalozza (Roma), com as de Manuel de Meneses (Lisboa), L. Martins Raposo (Coimbra) e Fernando de Magalhães (Rio de Janeiro), concluímos por ordem de importância:

1.º — Quanto à reacção de Engelhorn e Wintz ou intrademo-reacção anafilática (a que menos tem sido aplicada), é prematuro formular qualquer opinião; o mesmo acontece com a reacção de Gilafani (1) ou da mola hidatiforme.

2.º — Quanto à reacção de Fieux e Mauriac ou do desvio do complemento, não existe unanimidade de vistas e de resultados. De resto, para os próprios AA. que primeiro adaptaram o método, ela só é positiva nos primeiros meses da gestação.

Neste ponto não aceitamos como definitiva a opinião do ilustre obstetricista de Coimbra, Sr. Dr. Raposo, que, para tirar as

(1) in Pestalozza.

suas ilações da existência de anticorpos sensibilizadores placentares, se fundou, entre outras, na tese de 1911, de Nepomuceno, do Rio de Janeiro.

Ora esta tese não merece a importância que lhe atribui o distinto tocologo Sr. Prof. Raposo (1), não só porque estuda poucos casos, mas porque dela não consta uma observação do Prof. Magalhães (2) de prenhez no 3.º mês, na qual a sôro-reacção foi negativa naquela época que é a de maior positividade, segundo Fieux e Mauriac. Mas há mais: o professor do Rio, que seguiu aquelas experiências, declara que Nepomuceno não pôs de parte uma causa de êrro importante: o antecedente sífilítico que basta, segundo Magalhães, para determinar o resultado positivo da reacção de Fieux e Mauriac. É muito possível que assim seja porque, como se sabe, a reacção de Wassermann não é específica e obtém-se mesmo sem o espiroqueta da lues. De resto, a doutrina dominante não é a do desvio do complemento mas sim a floculação e outras modificações coloidais.

Em face desta divergência, para resolutamente concluirmos, seria necessário que possuísemos experiências pessoais, o que não sucede. Resta, pois, arquivar estes elementos e... esperar novas indagações.

3.º— Quanto à reacção de Abderhalden ou dos fermentos proteolíticos, quasi todos os investigadores são concordes em afirmar a sua positividade durante a gestação, indo alguns mesmo mais longe que o próprio inventor (3) do método que julgava a intensidade da reacção diminuir na gravidez de termo (Meneses, por exemplo, obteve no termo resultados +).

Em última análise, o que isto significa é que as reacções biológicas feto-maternais existem, se não em todo o estado gravídico hígido, pelo menos em parte do decurso da prenhez normal. Todavia, deve-se acrescentar que não se descortina nestas reacções a acentuada característica patológica que alguns supõem.

Com efeito, parece-nos precipitada essa generalização que

(1) Pág. 130 da sua tese de concurso.

(2) Pág. 32 das Lições de 1915.

(3) Antes de Abderhalden, já em 1908 Noël Fiessinger havia previsto os fermentos de defesa (Calmette *in* Kolle e Hetsch. 1918. 1.º vol.).

admite o conceito de que a gestação considerada até hoje como normal é um estado patológico, por analogia com o que se passa no cancro. Sim, os cancerosos produzem fermentos de defesa pela introdução de produtos estranhos no seu organismo; ¿mas não haverá estados fisiológicos em que eles também são criados, por exemplo, durante a digestão? ¿Se querem admitir que constantemente a prenhez é patológica, não deverão deslocar também para um capítulo da patologia a mais fisiológica das digestões?

Pfeiffer, Friedberger e outros AA. (1), fundando-se em trabalhos experimentais, afirmam que em todos os soros normais se encontram anticorpos preformados (bacteriolizinas, amboceptores, etc.) e até nos indivíduos que nunca tiveram uma infecção, existindo, portanto, uma imunidade natural. Além disso, não se conhece ainda a natureza íntima dos «Abwehrfermente», afirmando-se no tratado de Bordet (2) que o sôro do cobaio normal manifesta uma nítida actividade peptolítica e que (3) os coelhos machos injectados com placenta fornecem, como as fêmeas grávidas, um sôro que reage positivamente.

¿Sendo certo, por outro lado, que a existência mais normal tem de provir lógicamente de uma evolução normal, com que autoridade se pode, pois, a gestação considerar sempre um estado patológico? Dir-nos hão: os vômitos gravídicos habituais nos primeiros meses (não nos referimos aos incoercíveis).

Esses vômitos várias vezes não existem e, ¿quando se produzem, acaso provaram já que são tóxicos? ¿Não estará a sugestão, em muitos casos, a explicá-los?

Em última análise:

No estado actual da sciência é admissível a existência de reacções biológicas feto-maternais, mas sem excluir o conceito de simbiose harmónica homogénea de Bar (4), pois a solução patologica não satisfaz a razão humana nem se baseia em factos incontrovertidos.

(1) *In* Kolle e Hetsch. Pág. 105.

(2) *In* pág. 632. Nota 2.

(3) *In* pág. 632. Nota 1.

(4) Este A. formulou este conceito, apoiando-se na normalidade dos coeficientes urinários.

*

* *

B) Para seguir o método adoptado, estudaremos, nesta altura, em que já possuímos o conhecimento da fisiologia habitual da gravidez, qual a fisiopatologia das *eclâmpticas*.

Em 1910, Fieux e Mauriac negaram a possibilidade dêste estado mórbido dos últimos meses da prenhez ser devido a um excesso de anticorpos placentares, visto que êstes só são reveláveis nos primeiros meses da gestação pelo emprêgo do método do desvio do complemento.

Da memória de Bar e Commandeur extraem-se as seguintes conclusões (1):

1.^a — Não está provado que as placentas das eclâmpticas apresentem toxicidade especial, supondo alguns AA. que nos casos muito graves é menos tóxica, porque o elemento tóxico passou para o sangue materno, o que também não foi demonstrado.

2.^a — A existência de anticorpos placentares (sincitiolisinas) em excesso nas placentas eclâmpticas não ficou demonstrada pelos resultados das injeções aos animais nem pelo método do desvio do complemento.

3.^a — A existência do poder hemolítico da placenta das eclâmpticas que parecia dever ser intenso, dada a metahemoglobinúria que nelas se observa, não foi ainda demonstrada.

4.^a — A reacção do sôro (pelo método óptico) deu resultado negativo num caso de eclampsia mortal e positivo em 3 casos de eclampsia curados.

Com razão Bar considera necessário multiplicar as experiências, dado o seu pequeno número e em vista do valor que podem ter os seus resultados.

Em 1919, Bar e Écaille (2) observaram a maneira de reagir a respeito da reacção de Abderhalden, das mulheres atingidas pela intoxicação gravídica.

Êles verificaram pelo método da diálise que:

1.^o — Nas albuminúricas e nos casos ligeiros ou médios da eclampsia (os únicos estudados pelos AA.) o sôro e a placenta

(1) Págs. 1044 e seguintes

(2) Pág. 385.

destas mulheres reagem um sobre o outro, como reagem os sóros e as placentas das mulheres normais.

2.º — Nas mulheres atacadas pelos vômitos incoercíveis, a reacção pode diminuir e até desaparecer completamente.

Expostos estes resultados das suas experiências, os dois expositores de Paris descrevem a falta de concordância nos resultados obtidos por outros investigadores.

Para uns a reacção é forte, para outros é mais fraca e algumas vezes negativa; finalmente, para Abderhalden dá-se uma passagem em grande quantidade das albuminas placentares no sangue materno, e há uma insuficiência dos fermentos proteolíticos de defesa que, insuficientemente aumentados, não chegam para eliminar os elementos do sangue materno.

Abderhalden (1) advoga esta interpretação: um resultado + significa a mobilização de fermentos que neutralizam a acção nociva das albuminas estranhas ao sangue; um resultado — significa ou que não se deu a invasão ou que o organismo é impotente para resistir ao mal.

Bar e Écalle admitiram a possibilidade de a efectivação de novas pesquisas realizadas neste sentido contribuir para o estudo patogénico das intoxicações gravídicas.

*

* *

Além do que foi exposto, cumpre-nos exarar ainda outras interpretações placentares antes de descrever a anafilática.

Assim, *Hofbauer* (2) emitiu também uma doutrina para explicar êste síndrome: a teoria enzimática que atribui a eclampsia à penetração dum fermento em excesso no sangue da mulher grávida. Parte do princípio que a placenta é uma glândula que serve para o metabolismo fetal e a sua actividade depende da presença de fermentos muito activos que sindem o material nutritivo fornecido pelo sangue materno, e, por meio de sínteses sucessivas, produzem os materiais de construção para o organismo fetal. O revestimento epitelial desta glândula é banhado por sangue ma-

(1) Citado por Bar. Pág. 1046. 1911.

(2) *In* Policlínico. Pág. 51 a 54. 1913.

terno e é por isso facilitada a entrada directa dos fermentos do revestimento dos vilos nos vasos maternos.

A eclampsia é para Hofbauer nma intoxicação produzida pela penetração no organismo da mãe de fermentos em excesso derivados da placenta e caracterizados por processos autolíticos.

Liepman (1) pretendeu reforçar esta doutrina executando novas experiências,

Se se fizer passar — diz êle — leite por *perfusão* numa placenta normal isolada, a taxa do açúcar e dos produtos azotados doseados pelo formol diminui depois da *perfusão*, o que se lhe afigura ser devido aos fermentos placentares glicolíticos e proteolíticos.

Se fôr repetida a experiência com uma placenta eclâmptica, a taxa dos produtos azotados aumenta, o que demonstra a actividade fermentativa anormal destas placentas.

Estava assim também explicado porque é que a placenta destas mulheres injectadas ao coelho se mostrava mais tóxica que as placentas normais.

O expositor objecta que talvez isso deva somente attribuir-se ás hemorragias que existem nas placentas das eclâmpticas, pois os resultados positivos sôbre a toxicidade do sôro destas mulheres não têm sido geralmente confirmados, tendo até Bumm descrito um caso em que se fez a transfusão dum litro de sôro de eclâmptica a uma cancerosa, sem resultados funestos.

Em virtude disto, pergunta o expositor que estamos transcrevendo: ; A intoxicação placentar não terá a particularidade de só actuar sôbre o organismo da mulher grávida, que será o único sensível à sua acção? O trabalho de Obata (2) parece corroborar essa hipótese.

Ele utilizou macerações de placenta em água salgada que injectou a coelhos, determinando por esta forma accidentes convulsivos e dispneicos mortais em 1 a 3 minutos, apresentando as lesões das eclâmpticas.

A toxicidade era quási idêntica com as placentas normais e com as de eclâmpticas. Apenas estas acusavam uma média um pouco mais forte.

(1) *In Presse Méd.* Pág. 787. 1923.

(2) *In Presse Méd.* Pág. 787. 1923.

Porém, a junção de sôro humano aos extractos neutralizava a sua acção tóxica.

Ora, o sôro da mulher eclâmptica, extraído durante o acesso, baixa consideravelmente o poder neutralizante que exerce sôbre o extracto placentar.

Para se averiguar a veracidade da teoria de Hofbauer é necessário estudar:

1.º — A existência dos fermentos.

2.º — A época do aparecimento da eclampsia.

Quanto à existência de fermentos lê-se em Vignes (1): «todos, alternadamente, têm sido descobertos nas maçerações do tecido placentar e quasi todos têm sido negados por outros investigadores».

É, de resto, possível que a função placentar não tenha sempre o mesmo tipo. Umã teoria do tipo vitalista fundando-se sôbre um processo diastásivo é talvez o que melhor explica o papel da ectoderme placentar no início da gestação. Mais tarde, as necessidades aumentam e são semelhantes às necessidades do adulto; o produto da concepção pode nutrir-se do sangue da mãe por simples osmose. Sabe-se que, nesta época, o revestimento vilositário simplifica-se, a camada de Langhans desaparece, o *sincitium* adelgaça-se, o espaço que separa os dois sangues diminui; não existe senão uma delgada membrana propícia às filtrações.

Isto é, presumivelmente, o que acontece no estado normal. ¿Na eclampsia haverá a hiperfunção enzimática? ¿Mas, nessa hipótese, não seria mais natural que a eclampsia fosse mais frequente na primeira fase da gestação, que é exactamente quando este estado patológico é menos habitual?

Como se nota, a hipótese de Hofbauer tem semelhança com a de Veit, pois divide como esta a acção placentar normal em dois períodos, e é por excesso de acção agressiva do óvo que ambas explicam a eclampsia, embora num caso actue o fermento, noutro o antigénio.

Ora, normalmente, em ambas as doutrinas tem logicamente de se admitir a reparação materna, ou para a acção fermentativa

(1) *Physiologie obstetrical*. Pág. 30.

LABORATORIOS CLIN

COLLOIDES

1º COLLOIDES ELECTRICOS : Electrargol (prata) - Electrauról (ouro) - Electr-Hg (mercurio) - Electrocuprol (cobre) - Electrrodíol (rhodio) - Electro selenium (selenio) - Electromartíol (ferro), Arrhenomartíol.

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

SULFO-TREPARSEANAN

ARSENOBENZENE INJECTAVEL

Pela via hipodérmica

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

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

NEO-TREPARSEANAN

Syphillis — Plan — Impaludismo — Trypanosomíases.

ENESOL

Salicylarsinato de Hg (As e Hg) dissimulados)

Empólas 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.
Granulos a 1/4 milligr. — Suppositorios 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.

Empólas de 5 c.c.

SOLUÇÃO de Salicylato de Soda do D^r CLIN

Dosagem rigorosa - Pureza absoluta

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

SALICERAL

(Mono-salicyl-glycerina)

Línimento antirreumatismal

LICOR E PILULAS DO D^r 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 adranesthetics.
Tubos esterilizados para todas as anesthetics.
Collyrios.

ISOBROMYL

(Monobromisovalerylurada)

Hypnotico e sedativo

Comprimidos doseados a 0 gr. 30 :

1 a 3 antes de deitar-se.

VALIMYL

(Diethylisovaleríamide)

Antiespasmódico

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

TANACETYL

(Acetylтанin)

— Antidiarrheico

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

3 vezes por dia.

INJEÇÃO CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINADA

Empólas de 1 c. c. (N^o 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

5 cgr. 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^{ia} — PARIS

LISBOA MÉDICA

VIGANTOL

Vitamina-D

Acção favorável sobre a dentição crescimento dos ossos e a formação do cálcio ao nível das fracturas. Acentuação das forças defensivas do organismo infantil contra todas as influências mórbidas.

Embalagens
originais:
VIGANTOL
solução óleo
VIGANTOL
chocolatado em drageas

**Raquitismo,
Craneotabes,
Osteomalacia,
Cária dos dentes,
Tuberculose ossea
Prétuberculose,
Escrofulose,
Espasmofilia
e Tétano.**

Bayer-Meister-Lucius
Secção Farmacéutica Científica
I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen
Depositario: **AUGUSTO S. NATIVIDADE**
Rua dos Douradores, 150, 3.º
Lisboa

E. Merck
Fábrica de Produtos Químicos
Darmstadt
Deposit.: Estabelecimentos **HEROLD, Ltd.**
Rua dos Douradores, 7
Lisboa

ou para a agressão local destrutiva do trofoblasto a qual se realiza até o 3.º mês.

A nosso ver na eclampsia isso não se dá porque o estado da mãe tem influência, como desenvolveremos na devida altura. A causa ovular deve ser associada à causa materna que vai explicar a falta de reacção, como descreveremos.

*

* *

Na magistral lição que à eclâmpsia dedicou o Prof. *Magalhães*, eloqüentemente advogou uma teoria que por êle foi imaginada em 1904, na qual a eclampsia era subordinada à insuficiência placentar.

Começa o A. por criticar as teorias por excesso de função (a de Veit e, principalmente, a de Hofbauer), servindo-se de argumentos que já foram analisados no decurso dêste estudo, excepto os seguintes, que merecem ser ponderados porque podem invalidar as experiências realizadas com o fim de provar que o elemento sincítial é o responsável pelas reacções do organismo; experiências essas que têm consistido na introdução de extracto sincítial nos animais.

«Sòmente — escreve o mestre brasileiro — o sincítio deportado é o sincítio degenerado, é o sincítio prestes a ser reabsorvido o sincítio injectado na prova experimental é o tecido que ainda está no seu ponto de origem, que não entrou em degeneração, cuja vitalidade é manifesta».

Isto elimina tais experiências mas ficam de pé outros argumentos que não foram destruídos pela argumentação brilhante do notável contraditor brasileiro.

Ouçamo-lo na exposição da sua doutrina.

A placenta possui funções de nutrição, respiração e neutralização de toxinas, sendo, além disso, um órgão endócrino. Fundando-se nestas premissas, o A. lembra que «a gestação traz ao organismo materno acréscimo de trabalho funcional, dependente da actividade celular típica do estado grávidico e da evolução dum organismo que assimila e desassimila na torrente circulatória materna. Esta hiperfunção das células da mãe basta para aumentar a desassimilação que não pode ser socorrida pelos emunctó-

rios de capacidade funcional adequada aos casos normais, mas naturalmente insuficientes nesta oportunidade de trabalho demasiado.

«Nada mais natural, em primeiro lugar, que atribuir à placenta, pela sua secreção interna, uma acção defensiva do organismo materno com a garantia das suas propriedades redutoras e oxidantes.

«Os excreta aumentados durante a gravidez sem a intervenção da placenta, provocariam no organismo da mulher a manifestação toxémica». A esta sua teoria da função defensiva da placenta acresce, segundo o A., a hipótese de Jarzew, para quem a eclampsia é causada pela insuficiência do trabalho de assimilação e oxidação das albuminas maternas que incumbe à placenta.

Magalhães aceita a presença dos enzimas placentares de Hofbauer que desdobram a albumina, pois, na sua opinião, isso é provado pela presença de albumoses.

«Mas, como não são encontrados produtos oriundos da decomposição maior da molécula de albumina, acredita-se que, mesmo no tecido placentar, procede-se à recomposição ou à síntese da molécula de albumina.

«A incapacidade funcional da placenta na execução desta complexidade química irá facilitar a introdução de produtos albuminóides não reintegrados, da nutrição local do tecido placentar ou da nutrição fetal, na torrente circulatória, agindo eles como albuminas estranhas e portanto tóxicas.

«Além, pois, da actividade da placenta como glândula de secreção interna, a sua insuficiência como órgão de nutrição fetal».

C) *Argumentos clínicos.* — Descritos os argumentos anatómicos e biológicos, referir-nos hemos aos argumentos clínicos. O director da maternidade de Copenhague, Vítor Albeck (1), depois de se declarar partidário da junção da eclampsia com outras manifestações mórbidas debaixo do nome genérico de toxemias *gravidarium* (compreendendo estas dois grupos: grupo de emesis e grupo de edema e de albuminúria, ou seja um grupo da primeira e outro da segunda metade da gestação) para que o estudo da eclampsia seja mais compreensível, isto é, depois de se

(1) *Archives d'Obstétrique et Gynécologie*. 1919. Pág. 501 a 505.

declarar partidário da causa tóxica da eclampsia, aceita a teoria ovular baseado em que a gravidez gemelar produz em geral sintomas de intoxicação mais graves que a gravidez simples.

Êste facto, de observação clínica, casa-se em parte com os casos e as explicações que demos quanto aos argumentos de ordem biológica referentes à eclampsia. Van der Höven (1) acrescenta ainda que os acessos cessam quando morre o feto o que não é exacto.

Resumindo e concluindo: das várias doutrinas ovulares, tem mais argumentos em seu abono a doutrina placentar que, de resto, é a mais universalmente aceita.

Quanto às suas modalidades, cremos ser simplista e erróneo o critério extremista, pois, quer a insuficiência de Magalhães, quer a hiperfunção de Hofbauer, podem explicar a eclampsia, mas só parcialmente, pela disfunção placentar, que é onde se deve filiar a génese do flagelo.

Para disto nos compenetrarmos bastará recordar o que dissemos da hipótese de Hofbauer; quanto à de Magalhães também algumas objecções merece, embora seja engenhosa.

Ela não explica cabalmente o caso de perfuração placentar de Bar que produziu os acessos típicos de eclampsia, nem obscurece o valor da reacção de Abderhalden.

O que, a nosso ver, existe é um exagêro dos doutrinários, Veit e Hofbauer, por um lado, Magalhães, por outro, em aceitarem apenas aquela concepção que foram os primeiros a architectar. Os argumentos em que se apoiam têm plausibilidade em muitos casos; mas porque há de ser sempre a insuficiência placentar de Magalhães a causa da eclampsia ou, opostamente, porque ir constantemente procurar explicar o morbo pela hiperfunção de Hofbauer?

As glândulas endócrinas geram estados patológicos, quer por hiperfunção quer por hipofunção (por exemplo na asma anafilática de Widal) e nestas circunstâncias porque há de a placenta fazer excepção?

Para mais, encontrámos nesta hipótese da disfunção placen-

(1) In Döderlein. Pág. 714.

tar a explicação da eclampsia dos últimos meses da prenhez (pela hipofunção) e a causa dos raros casos em que o síndrome se manifesta nos primeiros tempos da gravidez (pela hiperfunção).

Além disto, cumpre não esquecer a sinergia funcional endócrina que, repetimos, leva a admitir também a existência de disfunções (tiroideia, etc.) maternas, como adiante exporemos. Todavia, não se deve excluir a possibilidade da anafilaxia afastando-nos, neste ponto, de Hofbauer e concordando com Magalhães.

Estudadas isoladamente cada uma das modalidades da doutrina ovular, examinaremos agora as razões desfavoráveis que a todas são aplicáveis.

São as seguintes essas objecções:

- 1.^a — A existência de acessos nos casos de mola.
- 2.^a — A existência de acessos no puerpério.
- 3.^a — A existência de acessos fora da puerperalidade.

Resposta:

1.^o — A mola é uma degenerescência quística das vilosidades coriárias.

2.^o — A existência de acessos no puerpério é possível ser ainda uma consequência da acção do óvo.

3.^o — Se os acessos se podem produzir fora de toda a puerperalidade, como admite Bar (pág. 1048), embora muito raramente, provar-se-ia realmente assim não ser a gestação a causa do síndrome em debate? Seria necessário, primeiro, averiguar se nesses casos as mulheres já estiveram grávidas, porque desta forma os elementos do óvo podiam actuar mais tarde quando a mãe tivesse certas perturbações, talvez endócrinas, que favorecessem o terreno.

Não é, porém, aquela a opinião de Magalhães (1) nem a de Pinard (2) para quem a eclampsia não se pode manifestar fora da puerperalidade.

Em face duma discordância quanto à própria época da manifestação do síndrome, é difícil assentar ideias sobre a sua patogenia.

É necessário observar — e o próprio Bar o afirma — que

(1) Pág. 28 das suas lições.

(2) *L'Obstétrique*. Pág. 1029, 1911.



mesmo que a eclâmpsia seja susceptível de se manifestar fora da puerperalidade, ela é mais freqüente durante esta.

Não deve, portanto, ser desprezível a acção ovular, como uma das causas primeiras e primaciais da produção do syndroma de que nos ocupamos; todavia, o que não é provável é ser o seu factor exclusivo, dada a vulnerabilidade de uns indivíduos e a resistência de outros.

¿Quais são os outros factores que dificultam ou impedem a reparação, por parte da mãe, dos estragos causados pela acção agressiva do ôvo? A insuficiência hepática? As distonias vago-simpáticas? As desendocrinias?

Vê-lo hemos no exame que vamos fazer à doutrina anafilática.

(Continua)

NOTAS CLÍNICAS

O ESTADO ACTUAL DA VACINA PREVENTIVA DA TUBERCULOSE PELO B. C. G.

POR

JOSÉ ROCHETA

A vacina pelo B C G — bacilo de Calmette-Guérin — introduzida na clínica há aproximadamente 6 anos, entre o scepticismo dos que tiveram conhecimento dêsse facto, acaba de receber em Oslo, na Conferência Internacional contra a Tuberculose, um acolhimento tão favorável que é quasi a sua completa consagração.

A idea da vacinação preventiva contra a tuberculose, nascida pouco depois dos primeiros triunfos da bacteriologia (Koch e Behring) e pela primeira vez realizada no homem no princípio do século actual por Maragliano, em Itália, e sucessivamente praticada em França por Rappin, na Espanha por Ferran, no Japão por Shyga e ainda por outros em diversos países, não tendo até aqui dado o resultado sufficiente para ser applicada em larga escala, começa agora a entrar na prática somente pelo método preconizado por Calmette e Guérin.

Foram essencialmente as concepções e os trabalhos de Pasteur que, norteando as investigações realizadas por estes autores, ajudaram a criar, depois de numerosas tentativas frustradas, uma raça de bacilos que, possuindo as mesmas qualidades antigénicas do bacilo de Koch comum, fosse incapaz de tuberculizar, quere dizer, de provocar clinicamente a doença do portador. Digam-se desde já que esta incapacidade não representa para o individuo uma imunidade propriamente dita, tal qual é produzida pela maior parte das doenças infecciosas agudas ou pelas vacinas utilizadas contra estas, como a varíola, a raiva, a febre tifóide, a difteria, etc., mas sim duma intolerância ou melhor duma resistência do organismo, emquanto permanece parasitado pelo agente vacinante, em face das reinfeccões, como de resto acontece na sífilis, por exemplo, e que cessa naturalmente quando aquele parasitismo desaparece. Admite-se hoje que esta resistência às reinfeccões assenta na associação biológica, ou pelo menos num estado de parasitismo exercido pelo bacilo e perfeitamente tolerado pelo organismo, estabelecido entre o bacilo-vacina e certos elementos celulares mesodérmicos.

Esta simbiose, a célula bacilizada, depois de constituída e emquanto subsiste, não tolera a invasão de novos bacilos, mesmo mortos, sem que procure expulsá-los. É esta a explicação do conhecido fenómeno de Koch, e que, quando observado pela primeira vez por este autor, não foi nitidamente compreendido. Eis naturalmente a razão por que a efficácia da vacina será tanto maior quanto mais precoce fôr a sua inoculação, porque assim afastamos com uma maior segurança a hipótese duma contaminação anterior, se

exceptuarmos, claro está, os casos, de resto muito raros, de transmissão transplacentária dos germes (43 casos até hoje, na literatura médica).

A vacina é feita com bacilos vivos, contrariamente ao que fizeram os autores já mencionados, que a praticavam com bacilos mortos, porque só aqueles são capazes de provocar a formação rápida e intensa de anticorpos. Não foi, porém, sem grandes objecções, principalmente por parte de Kraus, Chiari e Pétróff, que se introduziu a vacinação com bacilos vivos, mas já hoje está absolutamente demonstrada a incapacidade do BCG para produzir lesões tuberculosas.

Pétróff, sobretudo, defendia a tese da formação, por êste bacilo, de dois tipos diferentes de colónias, umas *rough* avirulentas e muito mais numerosas, e outras *smooth* muito raras, capazes de determinarem uma tuberculose evolutiva nas cobaias. Na verdade não tem sido possível, nem mesmo após reinfecções repetidas e abundantes em animais já inoculados, ou depois de passagens sucessivas de animal a animal, e em seguida em animais avitaminados ou intoxicados por tóxicos animais ou minerais como o fósforo, por exemplo, provocar nêle a virulência suficiente para matar um animal tão sensível como a cobaia. O próprio Kraus e outros estabeleceram definitivamente que mesmo com grandes doses de BCG, as lesões de aspecto tuberculoso por elas produzidas são sempre regressivas e espontâneamente curáveis. Os acontecimentos de Lübeck, que de início foram considerados como a prova perentória destas objecções, não puderam por muito tempo fugir a esta evidência. A cultura que tinha sido enviada pelo Instituto Pasteur de Paris foi experimentada depois na Alemanha nos animais de *contrôle*, antes da utilização nas crianças, e os resultados mantiveram-se tão seguros que o próprio chanceler Wirth podia na tribuna do Reichstag afirmar a sua inocuidade e decidir a aplicação do método na prática médica.

Os casos de morte, por generalização tuberculosa nos vacinados, só podem explicar-se pela infecção dum germe virulento que as culturas tenham sofrido, visto que todas as originárias da enviada para o Instituto de Higiene de Lübeck já serviram para numerosíssimas vacinas sem resultados desastrosos. De resto, o relatório apresentado pelos peritos L. e B. Lange nomeados para o inquérito ao assunto são concludentes.

O processo seguido para atenuar a virulência, consiste essencialmente, em fazer sucessivas sementeiras duma cultura muito virulenta de origem bovina, em bile de boi glicerizada a 5%. Chega-se assim a modificar hereditariamente a constituição físico-química do bacilo, e a tal ponto que, ao fim de trinta sementeiras efectuadas todos os 25 dias neste meio, a cultura tornou-se quasi inofensiva para as cobaias e os vitelos.

Continuando do mesmo modo, Calmette pôde verificar que ao fim de 13 anos, e depois de 230 passagens ininterruptas sobre bile, o bacilo injectado em emulsão fina no tecido celular subcutâneo, no sistema circulatório, no peritoneu, ou no liquido céfalo-raquidiano, de coelhos ou cobaias, mesmo em grandes doses, não provoca lesões de tuberculose evolutiva, reinoculáveis.

Se as doses são demasiado fortes, formando-se tubérculos, estes nunca atingem o período de caseificação, e desaparecem passadas algumas semanas ou meses sem que dêles restem nem mesmo sinais de esclerose.

Estes resultados foram verificados não só nos animais de experiência, mas ainda em autópsia de crianças vacinadas, e que tinham morrido de processos não tuberculosos.

Os bacilos assim avirulentos não perderam todavia a propriedade de segregar tuberculina, de produzir o fenómeno de Kock ou de provocar a formação de anticorpos.

Numerosas experiências mostraram que, quando o BCG é introduzido em animais novos, não infectados, e colocados em seguida em condições de isolamento capazes de evitar a sua ulterior contaminação, adquirem uma grande resistência às infecções tuberculosas, a qual é limitada, nos veados, por exemplo, a um período de 18 meses. Era dêste modo lógico tentar uma tal imunidade na espécie humana.

Resolveu-se que a idade da primeira vacinação fôsse até os 10 dias depois do nascimento, para evitar tanto quanto possível qualquer contágio prévio, e escolheu-se como via de introdução da vacina o tubo digestivo, não só por maior facilidade de técnica — a pessoa mais inculta a pode praticar — como também pela facilidade e rapidez com que as toxinas e os micróbios são absorvidos pela mucosa intestinal, que é constituída até esta idade, como o mostraram os trabalhos de Behring e Disse, por células incompletamente diferenciadas e dotadas dum forte poder fagocitário. Todavia, Pirquet e em seguida Wallgren, baseando-se essencialmente na falta de reacção à tuberculina verificada freqüentemente nos indivíduos assim vacinados, refutaram êste modo de emprêgo. Hoje, porém, sabe-se pela experimentação e pela observação clínica que nem sempre a imunização antituberculosa caminha paralelamente à alergia, pois casos há em que esta se verifica — com bacilos mortos, por exemplo — sem a respectiva imunização, e contrariamente uma infecção latente não produtora dum estado alérgico cria, todavia, um estado de imunidade. Segundo Calmette, a reacção à tuberculose só é positiva quando o bacilo tuberculoso deu origem ao folículo ou tubérculo elementar; quando aquele vive apenas na situação de simples parasita, capaz mesmo assim de criar a imunidade, a reacção é negativa. Muitas vezes o BCG, quando introduzido *per os*, não produz nos gânglios êsse tubérculo elementar, e quando assim sucede êste desaparece rapidamente, embora o bacilo só mais tarde seja eliminado.

Além disso, que eram infundadas as dúvidas de Pirquet sôbre a permeabilidade da barreira entérica, provaram-no as autópsias dos vacinados, que sucumbiram a doenças não tuberculosas, nas quais foi possível o isolamento do bacilo nos gânglios mesentéricos. Com êle fizeram-se novas reinoculações que todas foram inofensivas. A-pesar-disto, porém, o próprio Calmette acenta que, à falta dum conhecimento mais exacto das reacções sanguíneas apresentadas pelos vacinados, continua ainda para a demonstração da vacinação a pesquisa da alergia.

Verifica-se que a vacinação *per os* está limitada às crianças até 10 dias, pois embora o intestino não constitua desde então uma porta infranqueável aos germes, deixa com a idade de oferecer a garantia e a segurança duma completa absorção. Por isso, recorre-se à via subcutânea para os indivíduos que excederam aquela idade; como a estes, as probabilidades de contamina-

ção aumentam progressivamente com os anos, é necessário que o exame clínico e radiológico e a pesquisa da reacção à tuberculina à Mantoux ou à Trambusti sejam de resultados negativos, para se evitar o risco de provocar com esta injeção um fenómeno de Koch, uma reacção total ou, o que é pior, uma generalização (Weill-Hallé). Para os que obedecem a estas condições, ainda a técnica não está completamente fixada, podendo todavia dizer-se desde já, que tudo leva a crer, que será talvez êste o meio a empregar para os indivíduos que necessitem da revacinação.

Acêrca das alterações que se produzem no organismo com esta infecção preventiva, há que referir os trabalhos de Pittaluga e Garcia sôbre as variações leucocitárias apresentadas em crianças vacinadas *per os*, durante os três primeiros meses, verificando a precocidade das modificações que começaram a ser apreciáveis logo depois da administração das primeiras doses, atingem o máximo da intensidade entre a terceira e a quinta semanas, para voltarem à forma primitiva ao fim de dois meses. A reacção mais freqüente é o aumento dos monócitos, depois dos linfócitos, à custa dos granulócitos neutrófilos, a tendência para a deminuição do número dos eosinófilos durante as primeiras semanas e o desvio para a esquerda (Arneth). Sandoval faz o mesmo em crianças vacinadas por via subcutânea e chegou sensivelmente a idênticas conclusões.

Sayé refere que as lesões pulmonares produzidas pelo BCG e verificadas pelas imagens radiográficas se reduzem a pequenos nódulos situados na região mediastínica, especialmente inferior direita, acompanhados de sombras discretas e mais raramente de fenómenos exsudativos da scisura imediata, e que deminuem e desaparecem durante o terceiro e principalmente no quarto ano.

Acêrca dos resultados já hoje colhidos, falam eloqüentemente os inquéritos cuidadosos levados a cabo em França e noutros países, que demonstram bem a diferença da mortalidade infantil por tuberculose pulmonar dos vacinados para os não vacinados. Dos últimos e da idade de 1 mês a 4 anos, as últimas estatísticas acusavam em média 16%, percentagem que depois da vacinação sofre uma deminuição para 3,5, entrando em linha de conta com aqueles que ficam sempre no meio infectante, uma grande parte das vezes por tuberculose da mãe, contrariamente à necessária precaução do seu afastamento dêsse meio, durante 1 mês pelo menos, depois da vacina. Está nesta necessidade, justo é confessá-lo, possivelmente o seu ponto fraco, pelas dificuldades que na prática acarreta êsse isolamento. Duma maneira geral os vacinados que vivem em meio são, e quando expostos, passado o período de imunização, ao contágio não contraem a tuberculose. Aos números atrás mencionados juntam-se os obtidos considerando não a causa da morte, mas a mortalidade geral; procedendo assim verifica-se que a mortalidade geral é em média, nos vacinados, de metade, em relação com os não vacinados.

Êste facto é considerado como uma resistência maior conferida aos vacinados, para aquelas doenças que atacam habitualmente a infância.

Calmette, admitindo que o BCG inoculado pode multiplicar-se no organismo, afirmou, a-pesar-disso, que ao fim de algum tempo, terminada essa proliferação, os bacilos começam a ser eliminados pelos emunctórios naturais,

perdendo assim o vacinado progressivamente a sua imunização. Este autor julga que esta se mantém durante um período de cinco anos.

Todavia, é bom praticar periodicamente nos vacinados uma reacção à tuberculina, para assim avaliar do seu estado alérgico; não há inconveniente, e mesmo para maior segurança, em fazer a primeira revacinação ao fim do 3.º ano, operação que se deve repetir ao fim do 7.º e do 15.º.

Como se disse atrás, a revacinação deve ser feita pela via subcutânea.

TÉCNICA DA VACINA. — *Per os.* — Nos recém-nascidos com menos de 10 dias faz-se ingerir por 3 vezes, por exemplo, nos 4.º, 6.º e 8.º dias ou nos 5.º, 7.º e 9.º dias, uma dose diária de 1 centigrama de bacilos vacina, duma cultura de 20 a 25 dias. A administração deve ser feita com um pouco de leite tépido $\frac{1}{2}$ hora antes da mamada, para que o estômago se encontre em período de repouso.

A dose total dos 3 cm³ representam 1 bilião e 200 milhões de bacilos.

Via subcutânea. — Para os que não foram vacinados até os dez dias, para os adolescentes e adultos, os quais, bem entendido, devem ser submetidos antes da vacina às provas clínicas, radiológicas e laboratoriais para a despistagem de qualquer lesão tuberculosa existente, injecta-se 1 a 2 cm³, segundo as idades, duma emulsão cuidadosamente preparada e sem grumos em suspensão, titulada a 1/100 de miligrama por centímetro cúbico.

Nestas doses, a injeccção pode excepcionalmente produzir um pequeno abcesso frio, que se reabsorve espontâneamente ou se esvazia por punção sem mais inconvenientes.

Conclusões. — Ao terminar podemos concluir:

1.º — O BCG é inofensivo e não exerce nenhuma influencia prejudicial sobre o desenvolvimento ulterior dos vacinados.

2.º — A vacinação deve ser feita *per os* até os 10 dias e desta idade em diante pela via subcutânea.

3.º — As crianças inoculadas com o BCG devem manter-se afastadas de todo o perigo de contágio, durante 1 mês pelo menos, e, quando assim não possa suceder, educar o meio familiar de todos os preceitos e regras de hygiene.

4.º — Terminado o estado alérgico, verificável pela reacção à tuberculina, deve proceder-se à revacinação, operação que se deve repetir ao fim do 7.º e 15.º anos.

BIBLIOGRAFIA

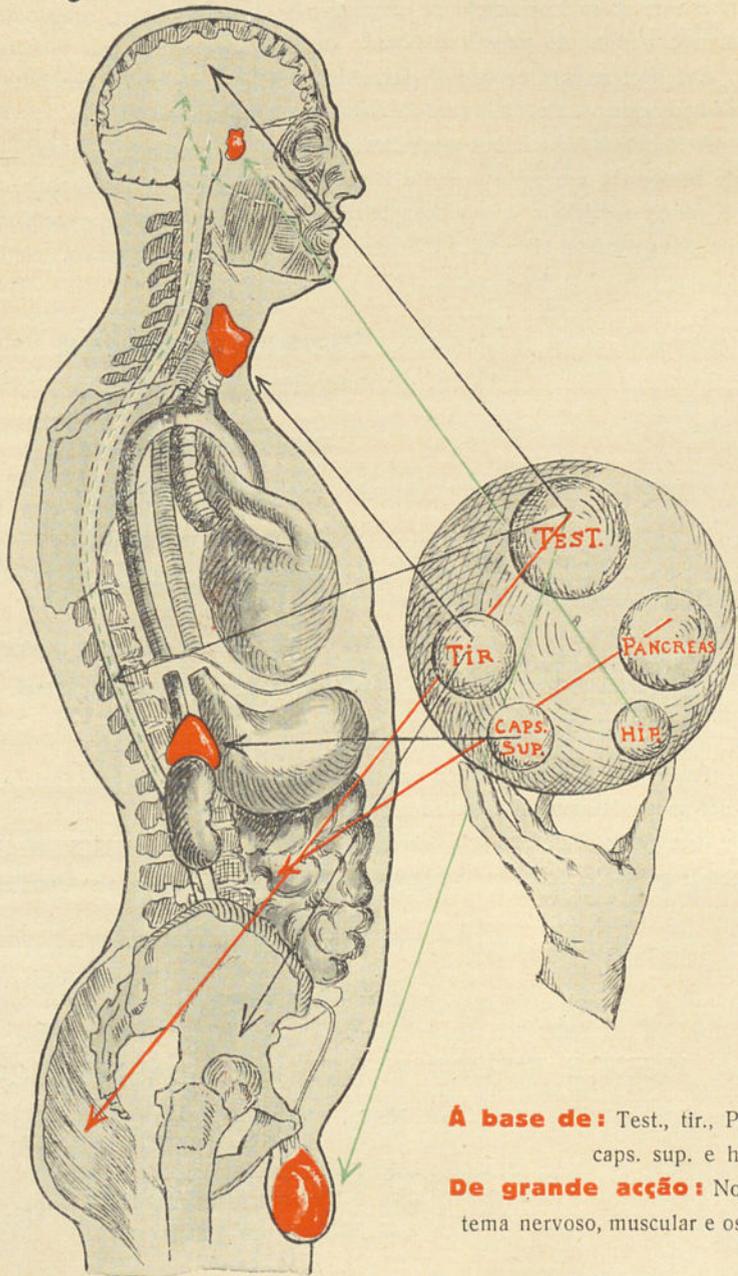
Au sujet des accidents de Lübeck chez les nourrissons vaccinés par le BCG. — Note de l'Institut Pasteur de Paris.

ALONSO MUÑOZEIRO, J. A. — Nuestros primeros ensayos sobre vacunación tuberculosa con BCG en 757 casos. — *Archivos Españoles de Pediatría*. N.º 3. 1929.

ASCOLI, A. — Die Calmettesche Schutzimpfung und die Säuglingserkrankungen in Lübeck. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 28. 1930.

PLURÍGLANDULÍNA SEIXAS-PALMA

Para ambos os sexos
em todas as idades



À base de: Test., tir., Panc.,
caps. sup. e hipof.

De grande acção: No sistema nervoso, muscular e osseo.

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

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

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

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

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

Neurastenia geral

Fraqueza geral

Falta de appetite

Prisão de ventre

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

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

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

DEPOSITOS:

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

RUA PRATA, 237, 1.^o — LISBOA

LOURENÇO FERREIRA DIAS, L.^{DA}

RUA DAS FLORES, 153 — PORTO

- BERG, M. R. HEYNSIARS VAN DEN. — La vaccination préventive de la tuberculose par le B C G. Co-rapport à la 7^e Conférence contre la tuberculose. Oslo, 1930.
- CALMETTE, A. — La vaccination préventive de la tuberculose par le B C G. — *Journal de Médecine de Paris*. N.º 23. 1929.
- La vaccination préventive de la tuberculose par le B C G. — *La Presse Médicale*. N.º 60. 1930.
- La vaccination préventive de la tuberculose par le B C G. Rapport à la 7^e Conférence International contre la tuberculose. Oslo, 1930.
- CONTACUZÉNE, I. — Résultats des vaccinations des nouveau-nés contre la tuberculose par la méthode Calmette-Guérin (B C G) effectuées en Roumanie. Co-rapport à la 7^e Conférence contre le tuberculose. Oslo, 1930.
- CALMETTE, A. — Tuberkulose-Schutzimpfung mit B C G. — *Zeitschrift für Tuberkulose*. Mai, 1930.
- JENSEN, K. A. — B C G vaccination in Guinea-Pigs. Co-rapport à la 7^e Conférence contre le tuberculose. Oslo, 1930.
- KIRCHENSTEIN, A. — Mit Calmette Tuberkuloseimpfungstoff B C G Geimpfte Säuglinge in Riga. — *Zeitschrift für Tuberkulose*. August, 1930.
- KIRCHNER, O. und TIEDEMANN, H. — Untersuchungen zur Frage der Pathogenität des B C G. — *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*. 75 Band, 3 und 4 Heft, 1930.
- KIRCHNER, O. — Die Calmettesche Schutzimpfung. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 38. 1930.
- LANGE, L. — Zu den Tuberkuloseschutz-Impfungen in Lübeck. — *Zeitschrift für Tuberkulose*. August, 1930.
- LANGSTEIN, L. — Zur Tuberkuloseschutzimpfung. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 22. 1930.
- MARAGLIANO, E. — Le B C G et la vaccination prémunisante contre la tuberculose. Co-rapport à la 7^e Conférence contre la tuberculose. Oslo, 1930.
- MICHALOWIES, M. — Les résultats des vaccinations contre la tuberculose par la méthode de Calmette. Co-rapport à la 7^e Conférence contre la tuberculose. Oslo, 1930.
- NAESLUND, C. — Expériences sur la vaccination B C G dans la province de Noirbatten (La Bothnie du Nord). Co-rapport à la 7^e Conférence la tuberculose. Oslo, 1930.
- NEUFELD, F. — Die Tuberkuloseschutzimpfung mit B C G. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 38. 1930.
- La vaccination préventive de la tuberculose par le B C G. Co-rapport à la 7^e Conférence contre la tuberculose. Oslo, 1930.
- PITTALUGA, G. e GARCIA, F. — Estudio de las variaciones leucocitarias en los niños vacunados con B C G. — *Archivos Españoles de Pediatría*. N.º 10. 1929.
- PARK, WILLIAM H. — The B C G vaccine. Its cultural characteristic and its immunizing value. Co-rapport à la 7^e Conférence contre la tuberculose. Oslo, 1930.
- SANDOVAL, E. S. — Contribución al estudio de la vacunacion Calmette-Guérin por vía sub-cutanea en el niño. — *Mundo Médico*. Julio, 1930.

- SAYÉ, L. — La conferencia para el estudio de la vacunación antituberculosa con el B C G y nuestras observaciones durante cuatro años de aplicación al niño. — *Revista Medica de Barcelona*. Enero, 1929.
- La vaccination antituberculeuse par le B C G. Co-rapport à la 7^e Conférence contre la tuberculose, Oslo, 1930.
- SCARZELLA, M. — La vaccinazione col B C G nei bambini che hanno oltrepassato l'età del neonato. — *Rivista de Patologia e Clinica della Tuberculosis*. Luglio, 1930.
- SCHEEL, O. — Vaccinations par injections de B C G en Norvège. Co-rapport à la 7^e Conférence contre la tuberculose. Oslo, 1930.
- Statistique du B C G délivré par l'Institut Provincial de Hygiène et de Bactériologie du Hainaut, à Mons.
- TOGUNOWA, A. I. und M. M. LARIONOWA. — Experimentelle Untersuchungen an neugeborenen Meerschweinichen mit B C G. Schutzimpfung *per os*. — *Zeitschrift für Tuberkulose*. August, 1930.
- ZODEK, I. — Praktische Erfahrungen mit dem Tuberkuloseschutzverfahren nach Calmette. — *Zeitschrift für Tuberkulose*. August, 1930.

Revista dos Jornais de Medicina

As causas de morte nos diabéticos. (*The causes of death amongst diabetics*), por M. LYON e MURRAY LYON. — *The Lancet*. 9 de Agosto de 1930.

As condições actuais de tratamento da diabetes, a introdução de métodos dietéticos e o uso de insulina, melhoraram consideravelmente o decurso da doença, até o ponto de se afirmar por vezes que a sobrevivência do diabético submetido a tratamento meticoloso é igual à do indivíduo normal.

Se na maioria dos diabéticos os factos se passam em concordância com semelhante afirmação, esta torna-se menos consistente em face de alguns casos de morte imprevista onde a diabetes apareceu como condição principal de tal acontecimento.

A investigação dos autores versa o estudo dos perigos que pesam sobre os diabéticos e trata de averiguar as causas de morte de 150 casos em um total de cerca de 2.000 doentes.

O coma precedeu a morte em 59 casos e foi precipitado por infecção, complicação abdominal ou tratamento incorrecto.

As mortes sem coma foram principalmente devidas a lesões cárdio-vasculares, infecções, tuberculose e neoplasias.

Os casos de diabetes podem agrupar-se em duas classes.

a) Um tipo tóxico, dos indivíduos mais novos, com tendência ao desenvolvimento do coma.

b) Um tipo degenerativo, predominante nas pessoas mais idosas, acompanhado de artério-esclerose e uma propensão para a obesidade.

O tratamento deve ser rigidamente seguido por todos os doentes com idade inferior à idade média da vida de maneira a fugir ao perigo da acidose. Este perigo é menor entre as pessoas mais idosas, nas quais a atenção deve orientar-se especialmente para o sistema vascular.

MORAIS DAVID.

A reacção de Ascheim-Zondek para o diagnóstico da gravidez. Os resultados do estudo de 259 casos. (*The Ascheim-Zondek reaction for pregnancy. Results in 259 cases*), por H. C. MACH. — *Surg. Gyn. and Obst.* Outubro de 1930.

Das sucessivas provas biológicas experimentadas no diagnóstico precoce da gravidez, nenhuma parece ter atingido o grau de precisão atribuído a este recente processo que tem por base a presença da hormona do lobo anterior da hipófise na urina da grávida, em quantidade suficiente para poder demonstrar a sua actividade experimentalmente.

A hormona tem uma acção estimulante sobre o aparelho genital. É esta actividade que se procura como fundamento da reacção, e para isso injecta-

-se uma pequena porção de urina da pessoa a examinar em ratas jovens, imaturas.

Uma reacção de Ascheim-Zondek positiva significa a presença de tecido vivo derivado dum óvulo fertilizado. A prova é positiva em todos os casos de gravidez intra-uterina e extra-uterina e bem assim na mole hidatiforme e no cório-epitelioma maligno. A reacção é mais forte durante os primeiros meses da gestação e torna-se mais fraca para o têrmo da gravidez. As urinas colhidas pouco tempo depois da interrupção da gravidez por morte fetal intra-uterina, abôrto tubário, ruptura tubária ou abôrto provocado, deixam de provocar a reacção positiva.

Conclusões:

A reacção de Ascheim-Zondek é um método laboratorial sensível para a diagnose precoce da gravidez intra e extra-uterina, da mole hidatiforme e do cório-epitelioma maligno.

A sua simplicidade permite executá-la sem equipamento complicado.

Tem provado como um valioso reforço dos métodos de investigação clínica habitual nos problemas que envolvem o diagnóstico de gravidez.

A reacção de Ascheim-Zondek em 259 casos de gravidez deu resultados certos em 98,8 % dos casos.

MORAIS DAVID.

Patologia e patogenia da tabes e da paralisia geral. (*Patologia y patogenia de la tabes y de la parálisis progresiva*), por F. JAHNEL. — *Rev. Méd. Ger. Iber-Am.* Julho de 1930.

Diz o autor em resumo:

A paralisia geral e a tabes são enfermidades de origem sifilitica e devidas ao *spirocheta pallida*.

Não são conhecidas as condições patogénicas destas doenças e também não são satisfatórias quaisquer das teorias formuladas para explicar as causas pelas quais tanto a tabes como a paralisia geral se apresentam apenas em um número relativamente reduzido dos sifilíticos.

No tratamento da paralisia geral e especialmente da tabes são de utilidade os agentes espiroqueticidas, empregados com regularidade. O tratameto medicamentoso é todavia inferior à nosoterapia (inoculação do paludismo e da febre recorrente) que também se usa agora contra a sífilis recente.

Não se pode ainda estabelecer qual a eficácia que possa demonstrar o tratamento precoce da sífilis pelo paludismo como preventivo da tabes e da paralisia geral.

MORAIS DAVID.

O estado actual do tratamento dos miomas uterinos. (*El estado actual del tratamiento de los miomas uterinos*), por E. ZWEIFEL. — *Rev. Méd. Germ. Iber-Am.* Julho de 1930.

15 a 20 % das mulheres adoecem com miomas do útero. Os miomas podem determinar sintomas da mais alta gravidade ou permanecer sem provocar quaisquer manifestações.

A maioria dos casos necessita duma intervenção cirúrgica, cuja mortalidade oscila entre 2 a 4%.

Em mais de $\frac{4}{5}$ dos casos a intervenção pode ser substituída pelo tratamento radiológico e mais especialmente pelos raios X do que pelo rádio.

O tratamento radiológico consiste em duas aplicações a intervalo de 6 semanas. Os raios X devem ser dirigidos sobre os ovários.

Pela destruição do epitélio germinativo cessam a ovulação e a menstruação, provocando-se artificialmente a menopausa, e da mesma forma que na menopausa natural o útero e os miomas atrofiam-se.

A cura dos miomas consiste no tratamento das hemorragias e na atrofia dos tumores. Alguns miomas com o volume da cabeça duma criança desapareceram por completo com as aplicações de raios X.

MORAIS DAVID.

Tumor paratiroideu com alterações do esqueleto. (*Parathyroid tumor and changes of the bones*), por I. ANAPER. — *Arch. of Int. Med.* Setembro de 1930.

Descreve-se o caso dum homem de 56 anos com alterações do esqueleto que consistiam em extensa descalcificação (pseudo osteomalácia terminal da doença de Kecklinghausen) com dores violentas.

O estudo do cálcio do sangue revelou um grande aumento nos seus valores que foi atribuído a uma hiperfunção da glândula paratiroideia.

Havia um ligeiro aumento de volume da tiroideia. Em face destes elementos foi alvitrado o diagnóstico de tumor da paratiroideia que a intervenção operatória confirmou.

A extirpação de tumor, de reduzidas dimensões, foi seguida da cura clínica do doente. No artigo figuram fotografias dos aspectos radiológicos dos ossos, antes e depois do tratamento.

MORAIS DAVID.

Hiperparatiroidismo. (*Hiperparathyroidism*), por J. PEMBERTON e K. GEDDIE. — *An. of Surg.* Agosto de 1930.

No artigo é relatado mais um caso de hiperparatiroidismo em uma rapariga (adenoma paratiroideu).

Os sintomas constavam de fraqueza e perda do *tonus* muscular, crises dolorosas do abdômen, vômitos, anemia, polidipsia, poliúria, hipercalcémia, hipofosfatémia e descalcificação difusa do esqueleto. Várias provas radiológicas e um exame macro e microscópico do adenoma, completam o artigo. Alusões são feitas a outros casos espalhados pela literatura.

A extirpação cirúrgica do tumor trouxe notáveis alívios de todos os sintomas clínicos do caso descrito.

MORAIS DAVID.

Nefrose lipóide. Patologia, génese e relação com a amiloidose. (*Lipoid nephrosis. Pathology, genesis and relation to amyloidosis*), por F. SHAPIRO. — *Arch. of Int. Med.* Julho 1930.

Sumário do artigo:

Existe um tipo de nefrose lipóide pura, que é antes uma perturbação do metabolismo lipóide-proteico do que uma doença primitiva do rim, uma diabetes lipóide-proteica. As alterações renais são função do papel destes órgãos como emunctórios dos produtos do metabolismo alterado. As lesões renais iniciam-se com uma hiperactividade do epitélio renal que lentamente conduz à atrofia e degenerescência das células.

Os histiocitos do estroma renal proliferam e incorporam os lipóides do sangue e do epitélio tubular degenerado. A proliferação do tecido intersticial retrai os glomérulos e mais tarde os rins, secundariamente. Esta retracção deixa o rim com uma superfície regular, salvo nos casos em que se manifesta alguma regeneração do epitélio tubular, porque então a superfície renal apresenta-se granulosa.

Nem toda a infiltração lipóide do rim é uma nefrose lipóide; esta é relativamente rara.

Os estigmas histológicos da nefrose são caracterizados por acentuadas alterações intersticiais do rim e por uma impregnação lipóide do tecido reticulado de todo o organismo.

A nefrose lipóide distingue-se patologicamente da nefrite crónica associada com certo grau de alteração nefrótica pela marcada desproporção entre as leves lesões dos glomérulos e dos vasos e as profundas alterações degenerativas do epitélio tubular.

A amiloidose e a nefrose lipóide são conseqüências distintas dum mesmo elemento causal. A amiloidose quando coincide com a nefrose lipóide agrava o prognóstico desta última.

MORAIS DAVID.

O tratamento da paralisia geral pela malária. (*Malarial therapy in dementia paralytica*), por H. R. UNSWORTH. — *Journ. of Am. Med. Ass.* 13 de Setembro de 1930.

A neuro-sífilis tardia parece ceder mais facilmente ao tratamento malárico do que às injecções arsenicais.

Toda a terapêutica arsenical intensa mostra certos inconvenientes nos casos graves de demência paralítica e por outro lado, quando vigorosamente aplicada, atenua os efeitos benéficos da malarioterapia.

Os melhores casos para o tratamento pela malária são os dos indivíduos novos com bom estado geral.

Os doentes debilitados, com alterações graves do *liquor*, lucram menos com as inoculações do paludismo do que com as injecções de iodo intravenosas e com as fricções mercuriais.

Do arsenal terapêutico das manifestações para-sifilíticas devem omitir-se

os preparados arsenicais que, em certos casos, promovem o agravamento dos doentes.

MORAIS DAVID.

O bacteriófago intravenoso na osteomielite aguda. (*Le bactériophage intraveineux dans l'ostéomyélite aiguë*), por L. TAVERNIER (Lyon). — Société de Chirurgie de Lyon, 27-3-30. In *Lyon Chirurgical*. 1930. N.º 4. Págs. 468-469.

Os resultados felizes obtidos com as injeções intravenosas de bacteriófago nas septicémias de estafilococos levaram o A. à idea de experimentar o mesmo tratamento na fase de início da osteomielite; nesta ocasião ou antes da aparição de abcessos locais, o quadro clínico é o de uma septicémia.

O A. empregou-o numa forma muito grave de osteomielite do fémur numa criança de 3 anos e o efeito foi nulo: nem a temperatura nem o estado geral se modificaram, foi necessário incisar um abcesso volumoso e ulteriormente trepanar um fémur cheio de sequestros e fortemente destruído.

Não desanimou nas suas tentativas e voltou a experimentá-lo num caso em que obteve um successo impressionante e que é interessante resumir: criança de 4 anos e meio, osteomielite aguda do antebraço esquerdo, impossível de precisar em qual dos ossos, tumefacção desde o punho até meio do braço, 39º,7, radiografia não mostrando alteração na estrutura dos ossos dêsse membro.

Injecção intravenosa imediata dum bacteriófago antiestafilocócico preparado especialmente para a via venosa, 2 1/2 c. c. diluidos em 20 c. c. de sôro fisiológico. De tarde, a temperatura caiu a 38º,4, no dia seguinte estava a 37º,8, a tumefacção do antebraço reduzida a metade, dor menos viva, aspecto geral muito melhor e a criança tinha dormido. No dia seguinte houve uma ligeira subida da temperatura a 38º,4, mas logo de seguida baixou à normal a aí ficou.

Ao terceiro dia a criança estava curada, não conservando mais do que uma tumefacção difusa pouco volumosa e pouco dolorosa localizada na parte média da diáfise radial. Esta tumefacção persistia ainda mês e meio depois, um pouco menor, mas já sem dor há bastantes dias.

Nova radiografia mostra que essa tumefacção corresponde a uma lesão importante do rádio, cuja diáfise está na sua parte média cheia de lacunas alongadas e envolvida por ossificações corticais neoformadas.

Esta cura teve a rapidez e a perfeição que caracterizam a acção do bacteriófago no caso em que ela é eficaz.

É claro que existem formas espontaneamente resolutivas da osteomielite, mas essa resolução é mais lenta, em geral uma semana e a radiografia não mostra no final alterações no osso, o que atesta a benignidade do processo. Ora, no caso citado pelo A. a radiografia, segundo diz, mostra que as lesões ósseas foram profundas e impressiona muito a desapareição rápida da febre, da tumefacção e da dor.

Evidentemente que êste único caso não constitui mais do que um estímulo para que continue a ensaiar o método, que não tem inconveniente al-

gum, não encontrando a sua indicação senão antes do momento da intervenção cirúrgica, que não será retardada em caso de insucesso, e não provocando reacção geral alguma de choque.

Recomendou-se muito fazer estas injeções com uma lentidão extrema (mais de uma hora), diluindo-as numa grande quantidade de soro. Nas crianças muito pequenas, que estão constantemente a mexer-se e nas quais já é difficil puncionar a veia, essas precauções são impossíveis; por isso, o A. diluiu o bacteriófago apenas em 20 c. c. de soro e injectou em menos de um minuto.

Nunca observou reacção alguma em 4 casos em que fez destas injeções (2 casos de osteomielite e 2 casos de septicémia duma outra natureza). A opposição entre este successo notável e o insucesso absoluto da primeira tentativa do A. não tem nada de fazer admirar, concorda com o modo de acção do bacteriófago utilizado lentamente nas infecções circunscritas, antraz ou abcesso, em que dá tudo ou nada.

Em estados mais tardios da osteomielite, em injeções nos abcessos que começam a formar-se, não observou o A. acção apreciável.

MENESES.

Sobre as localizações ósseas do equinococo. (*Sulla localizzazione ossea dell'echinococco*), por EVANDRO PASQUALI (Bologna). — *La Chirurgia degli Organi di Movimento*. Vol. xv. Fasc. 4. Págs. 355-380.

O A. apresenta quatro casos de equinococos ósseos, excelentemente documentados, sobre os quais borda as suas considerações clínicas, que resumimos. Nessa sua colectânea de casos nenhum sintoma clínico o pôde encaminhar com segurança para o diagnóstico da natureza do processo, pois os sintomas que os doentes apresentavam eram comuns a outras doenças do aparelho da locomoção. Junte-se ainda a isso a inconstância e a incerteza das provas biológicas: a eosinofilia, que se encontra também em tantas outras manifestações e especialmente nas helmintíases vulgares: a r. de Weinberg (32% apenas de casos positivos); e então a intradermo-reacção, na qual vários autores depositam maior confiança, mas que nos quatro casos citados pelo A. foi negativa.

Dos exames, o que ainda assim deu resultado mais apreciável foi o exame radiográfico. Posto que não existam sinais radiográficos específicos da equinocose óssea, o exame pelos raios X tem nessa lesão a maior importância.

Recordemos que o parasita não mostra preferência alguma pela idade, infecta em graus diversos, e sendo um processo na maior parte das vezes de evolução muito lenta, o quadro varia conforme o momento em que o observamos. Já será muito se se puder fazer um diagnóstico de probabilidade, desde que nos lembremos de que muitas outras doenças têm um quadro radiológico que se parece muito com o do equinococo.

Sob o ponto de vista radiográfico, as doenças que mais facilmente se podem confundir com o equinococo são: os quistos ósseos solitários benignos, o tumor gigante-celular, a osteíte fibrosa localizada; enquanto se diferenciam

bem dêle o ósteo-sarcoma, a osteíte fibrosa generalizada, a tuberculose óssea, a osteomielite, a sífilis.

Para a diferenciação radiográfica do equinococo destas manifestações, os dados mais importantes são:

1.º — A forma das locas (nitidamente ovulares, de margens bem limitadas, que muito freqüentemente dão o aspecto de veludo).

2.º — A ausência de tóda e qualquer actividade osteogénica.

3.º — O tom sombreado (cinzento escuro) do ponto de lesão, de tonalidade diversa do da zona sã.

Pelo que respeita à anatomia patológica, em dois casos observados histologicamente encontrou: num, a necrose total da medula e das lamelas ósseas circundando quistos hidáticos. A architectura bem detalhada das próprias vesículas permite concluir que a germinal interna é a membrana geradora, que no ósso há vesículas filhas, seja dentro ou na parte externa da vesícula mãe, e que êsse aspecto pode ser resultado de condições mais do ambiente do que genéticas.

Noutro caso pôde-se estudar o processo no estádio inicial, caracterizado pela invasão de pequenas vesículas entre os espaços medulares e de Havers com conseqüente reacção da parte do ósso em que se formou: daqui, e por graus, se passa à necrose do ósso, como se viu num dos outros casos.

Por tudo o exposto, é lícito concluir que o aumento de volume dos quistos e o derrame do seu conteúdo tóxico no meio ambiente são as causas determinantes da necrose, que é por isso devida a dois factores: isquemia mecânica e acção bioquímica desenvolvida pelo líquido dos quistos.

Uma extensa e muito completa bibliografia, no final, dá a êste estudo um carácter didáctico.

MENESES.

Contribuição clinica para o estudo das perigastroduodenites por colecistites. (*Contributo clinico allo studio delle perigastroduodeniti da colecistiti*), por G. MAZZACUVA. — *Il Policlinico (Sezione Chirurgica)*. 15 de Agosto de 1930. N.º 8.

O estudo do A. compreende doze casos de perigastrite e periduodenite por colecistite. Entre as periviscerites supramesocólicas, as que se revestem de maior importância são as periduodenites de origem vesicular. Já está demonstrada a acção estenosante determinada nas paredes do duodeno e do piloro pela difusão a êstes órgãos de processos inflamatórios que primitivamente tocaram as vias biliares, e não se pode negar que ao processo de coelicitase se juntam com relativa freqüência reacções inflamatórias perigástricas e periduodenais também parciais, constituídas, demais, por bridas peritonias que, tendo origem na vesícula biliar ou no canal cístico, se estendem até o outro pilórico, ao bolbo ou à segunda porção do duodeno. Assim, teremos a concomitância ou a sucessão de processos flagísticos apêndico-colecísticos.

Sobre as relações possíveis entre colecistite e apêndicite, o A. supõe que o apêndice possa ressentir as conseqüências inflamatórias duma bilis alterada

e rica em germes. Microscòpicamente, as formações aderenciais são representadas por bridas de tecido conjuntivo em forma de rêdes e sulcadas por raros vasos neoformados. O A. entende que diante de muitos syndromas digestivos de origem colelitiásiaca se deve suspeitar a concomitância de uma periviscerite, que tem muitas vezes a sua confirmação na mesa da operação.

Sob o ponto de vista terapêutico, praticar-se há a colecistectomia nos casos de vesícula biliar com lesões parietais profundas: se as alterações colelísticas não são muito acentuadas, associar-se há à destruição das aderências e à peritonização dos topos a colecistotomia; outras vezes bastará apenas desfazer as aderências.

MENESES.

Contribuição para o estudo das modificações hematológicas na varicela. (*Contributo allo studio delle modificazioni ematologiche nella varicella*), por N. CARRARA (Nápoles). — *La Pediatria*. 15 de Agosto de 1930. N.º 16.

Os resultados dos estudos até agora effectuados sôbre as modificações hematológicas na varicela nem sempre foram concordes. O A., estudando 14 casos de varicela, chegou às seguintes conclusões:

A infecção varicelosa repercute-se nos órgãos hematopoiéticos, trazendo modificações quasi exclusivamente a cargo da série branca, excitando o sistema linfático, enquanto inibe o mielóide; daí, aumento dos linfócitos e presença, em número superior ao normal, de *plasmazellen*, por um lado, e neutropenia, ou eosinopenia e falta de basofilia e de elementos não maduros da série granulocítica, do outro. A série vermelha aparece pouco ou nada alterada.

Estes dados podem ser de grande valor para o diagnóstico diferencial entre varicela e variola, entre varicela e variolóide, sobretudo nos frequentes casos de diagnóstico diferencial clinicamente duvidoso.

MENESES.

O azeite de oliveira na dieta das crianças acetonémicas. (*L'huile d'olive dans la diète des enfants acétonémiques*), por C. SAINZ DE LOS TERREROS (Madrid). — *Archives de Médecine des Enfants*. Tõmo 33. N.º 10. Outubro de 1930. Págs. 609-611.

A acetonemia infantil, que hoje se observa com tanta frequência na prática pediátrica, talvez porque dela mais se fala, tem um mecanismo etiopatogénico obscuro, encontrando-se todavia em todos os casos um certo grau de insuficiência hepato-pancreática.

Por isso mesmo, segundo o A., há uma má utilização das gorduras, sejam as dum grau inferior de fusão (manteiga, por exemplo), ou sejam as dum alto grau de fusão (por exemplo, a margarina de vaca, a estearina). Esta má utilização das gorduras, e por consequência a transformação dêste princípio immediato num factor nocivo, é muito frequentemente observado nas crianças acidósicas, a tal ponto que as manifestações clínicas da doença são tanto mais

STAPHYLASE do D^r DOYEN

Solução concentrada, inalteravel, dos principios activos das leveduras de cerveja e de vinho.

Tratamento especifico das Infecções Staphylococcicas :
AGNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ, etc.

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

Provoca a phagocytose, previne e cura a major parte das
DOENÇAS INFECCIOSAS

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

AMOSTRAS e LITTERATURA : **SALINAS**, Rua Nova da Trindade, 9, LISBOA

IODALOSE GALBRUN

iodo physiologico, soluvel, assimilavel

A IODALOSE é a UNICA 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^o Congresso Internacional de Medicina, Paris 1900.

Substitue Iodo e Ioduretos em todas suas applicações sem Iodismo.

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

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

NEUTRALON

Silicato de alumínio sódico sintético
para o tratamento racional da hipersecreção,
hiperacidez e úlceras do estômago e duodeno.

O Neutralon reduz no estômago a acidez total do seu conteúdo e converte a acidez livre em acidez combinada, corrigindo e modificando assim a forma de acidez gástrica. Não dá lugar a uma hiperacidez reaccional, nem exerce efeitos irritantes. O Neutralon cobre as úlceras, protegendo-as contra irritações mecânicas e químicas. Nos casos de irritabilidade vagotónica aumentada é indicado o

NEUTRALON COM BELADONA



SCHERING LIMITADA,
Rua Vitor Cordon 7 — Lisboa.

graves ou repetidas quanto o regime da criança é mais rico em gordura ou produtos gordos. Pelo contrário, os regimes magros retardam e enfraquecem a aparição dos acidentes e das crises acetonémicas.

É neste ponto que o A. encontra a oportunidade do emprêgo do azeite. É evidente que não é possível chegar a uma supressão total e constante das gorduras no regime alimentar das crianças acidósicas, mas é possível e fácil realizar uma substituição parcial e passageira desta substância cetogénia por uma outra semelhante não provocando crises acidósicas: o azeite. Quando a criança sai da crise e começa de novo a utilizar uma dieta variada, recomenda o A. a supressão total da gordura vulgar (manteiga, queijo, *foie-gras*, mólhos), e receita o azeite como condimento culinário.

Não sendo, porém, suficiente esta quantidade de azeite para preencher a soma de calorías do regimen magro, aconselha o A. dar às crianças pão frito em azeite, pão ensopado no azeite das latas de sardinhas, e no inverno algumas colheres de óleo de fígado de bacalhau.

Este regime traz um repouso ao fígado e ao pâncreas quando são insuficientes, e permite-lhes um funcionamento aproximado do normal, sem excesso de trabalho. Assim, e com a ajuda da opoterapia das duas glândulas, obtém-se um aumento de reserva alcalina, maior afastamento na repetição das crises e melhor utilização dos proteídios e hidratos de carbono, que são manifestos na melhoria do estado geral, aumento de pêso, etc.

Conclui ainda o A. que se todas as crianças com insuficiência hepato-pâncreática suspeita fôssem submetidas, mesmo antes das primeiras manifestações clínicas ou logo após a sua constatação, a um regime bromatológico magro sistemático, substituindo a substância cetogénica pelo azeite, um grande número de casos tão freqüentes de acetonemia observados em pediatria não se produziam ou desapareceriam em absoluto.

MENESES.

Um novo sintoma de rubéola. (*Ein neues Symptom der Röteln*), por K. STOLTE. — *Monatschr. für Kinderheilkund.* Bd. XLV. Novembro de 1929. Págs. 206.

O A. apresenta o caso de uma criança que, entre as 10 horas e as 11 da noite, transpira com tal abundância que os lençóis da cama têm de ser mudados. No dia seguinte, aspecto de perfeita saúde, vai à escola, brinca como de costume com as outras crianças. Um dia depois, pela manhã, acorda com 38,5 de temperatura e uma erupção de rubéola típica. Dez dias mais tarde, na mesma casa, um adulto apresenta o mesmo caso clínico: de tarde, transpiração considerável, dia seguinte perfeitamente bem, noite calma sem transpiração, ao acordar erupção típica de rubéola. Dez dias depois um companheiro de brincadeira do primeiro doente apresenta o mesmo quadro clínico. Catorze dias mais tarde o A. observa o mesmo quadro numa criança que teve antes sarampo e escarlatina.

A Dr.^a Heissman, de Hirschberg, refere dois casos semelhantes.

O A. pensa que esta transpiração intensa possa ser um sinal prodromico da rubéola, até agora passado despercebido em virtude do excelente estado

aparente de saúde que separa êsse período de transpiração da fase do exantema.

MEESES.

A visualização e o tratamento das doenças das artérias periféricas. (*Zur Darstellung und Behandlung der Erkrankungen peripherer Arterien*), por M. SGALITZER, R. DEMEL, V. KOLLERT e H. RAUZENHOFER. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 27. 1930.

A imagem radiográfica das artérias foi proposta e pela primeira vez empregada por Hirsch e Berberich. O método foi depois aperfeiçoado principalmente por autores franceses, portugueses e americanos, que escolheram todos como substância de contraste solutos de sais hologénicos. Os A. A. empregaram Uroselektan, já usado com muito sucesso na pielografia. Esta substância é um derivado da piridina, com 42 % de iodo, encontrando-se êste tão ligado à molécula orgânica que nenhum é libertado no organismo.

No que se refere à técnica há a mencionar a cuidadosa preparação da artéria com anestesia local e a injeccção de 10 a 20 cm³ de Uroselektan; como se tem observado casos de dores arteriais durante a injeccção, é recomendável o emprêgo de cloreto de etilo. Quando após a injeccção, ou durante esta, o liquido refluir para fora da artéria, por a punção ter sido feita muito próximo do início do estreitamento arterial, há que limpar cuidadosamente a ferida para evitar atrasos na cicatrização.

Os casos até aqui considerados como próprios para êste processo diagnóstico são de trombose, embolia, oclusão por artério-esclerose, endarterite obliterante, espasmos arteriais graves, aneurismas dos vasos periféricos e todos os processos que podem conduzir a perturbações na irrigação das extremidades. Imediatamente após a injeccção, os doentes referem uma sensação de calor nas regiões injectadas, comparável à que sentiam anteriormente à sua doença. Objectivamente, isto traduz-se muitas vezes por um reaparecimento da sudação e uma diminuição da hipoestesia cutânea. Além disso o aspecto microscópico dos capilares mostra em muitos casos uma melhoria notável algum tempo depois da injeccção.

Constata-se portanto que a injeccção intra-arterial de Uroselektan produz uma melhoria mais ou menos longa e induz-nos a empregá-la sob o ponto de vista terapêutico.

J. ROCHETA.

O emprêgo da efedrina em cirurgia. (*L'emploi de l'éphédrine en chirurgie*), por E. DEROM. — *Revue Belge des Sciences Médicales*. N.º 3. 1930.

A efedrina deve o seu emprêgo terapêutico em cirurgia essencialmente à sua acção vaso-constrictora e hipertensiva. Sob êste aspecto, as suas indicações encontram-se no tratamento da hipotensão, nas anestésias geral e local e especialmente na raquidiana.

Pela sua acção vaso-constrictora a efedrina pode substituir vantajosamente a adrenalina para retardar a reabsorpção dos solutos anestésicos

empregados nas anestésias locais. Há doentes nos quais a administração da adrenalina provoca taquicardia, angústia e por vezes uma hipotensão secundária prejudicial. É por isso que Schmidt aconselha substituir a adrenalina pela efedrina à razão de 0,05 grs. a 0,10 grs. por 100 cm³ de novocaina a 1 0/0. Contrariamente à adrenalina, a efedrina administrada por via bucal conserva o seu poder vaso-constritor. É por isso que o seu emprêgo nas hemorragias do estômago e do tubo digestivo é valioso.

Um outro ponto interessante consiste na acção antagónica da efedrina e da escopolamina e da morfina. Guttman e Kreitmair mostraram que a efedrina previne a acção deprimente da morfina e da escopolamina sobre os centros respiratório e vaso-motor sem lhes diminuir a sua acção narcótica. Mas é seguramente na raquianestesia que este fármaco encontra a sua melhor indicação. Em caso de hipotensão raquianestésica a injeção — 0,05 por cm³, no tecido celular subcutâneo — de efedrina é capaz de elevar rapidamente a pressão sanguínea ao seu nível normal. Administrada preventivamente, a efedrina impede a produção habitual da hipotensão raquianestésica.

J. ROCHETA.

O problema terapêutico das hemorragias «post-partum» por atonia uterina. (*Zur Frage der Therapie von atonischen Nachgeburtsblutung*), por KARL ELMAR FECHT. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 25. 1930.

O A. divide as hemorragias *post-partum* por inércia uterina em duas espécies: anteriores e posteriores à expulsão da placenta. Nas primeiras faz imediatamente a compressão da aorta e injecta nas veias 1 c. c. de Pituglandol; quando aquela se descola, o que acontece num pequeno intervalo de tempo, sobretudo quando está numa posição normal, é facilmente expulsa por ligeira pressão manual. Depois de se ter verificado a sua integridade, injecta-se no tecido muscular 2 c. c. de secacornin.

As vantagens que derivam deste procedimento são:

a) A aplicação imediata da compressão da aorta reduz muitíssimo a hemorragia;

b) Não são necessárias grandes manipulações no útero, as quais frequentemente, após a expulsão placentária, criavam uma nova atonia, porque o Pituglandol produz na maioria dos casos uma contracção uterina forte e eficaz;

c) A secacornin evita a maioria das vezes um novo relaxamento uterino;

d) A injeção de Gynergen reforça e continua a contracção do útero e deve preferir-se este preparado a uma segunda injeção de secacornin porque a prática tem demonstrado que a aplicação sucessiva de meios diferentes com efeitos iguais produzem um resultado melhor e mais duradouro.

Na segunda espécie de hemorragias applica-se do mesmo modo imediatamente a compressão da aorta e a injeção intramuscular de secacornin; a compressão da aorta deve pelo menos durar 15 minutos; 1/2 até 1 minuto antes da sua descompressão 1 c. c. de Pituglandol intravenoso e mais uma injeção de 2 c. c. de secacornin intramuscular. 5 a 7 minutos depois injeção

ção intramuscular de $\frac{1}{2}$ a 1 c. c. de Gynergen. Há que acentuar como nota importante que se deve empregar 3 a 5 minutos pelo menos na descompressão da aorta.

As vantagens são as seguintes :

a) Depois de 15 minutos de compressão da aorta já os trombos, formados nas artérias da implantação placentária, são capazes de evitar, sobretudo se a chegada da corrente sanguínea se faz lentamente, novas hemorragias;

b) Pela compressão da aorta, provoca-se uma anemia uterina, que por sua vez conduz a uma maior contracção;

c) Com a injeção de Pituglandol $\frac{1}{2}$ até 1 minuto antes da total descompressão da aorta, consegue-se que o útero nesta altura se encontre em contracção intensa;

d) Se falha o efeito do Pituglandol pode contar-se com o da secacornin e ainda do Gynergen.

J. ROCHETA.

Narcose completa com avertina-sulfato de magnésio-narcofina. (*Vollnarkosen mit Avertin-Magnesiumsulfat-Narkophin*), por WERNER SCHULZE. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 31. 1930.

Há um ano que o A. emprega, depois de alguns insucessos provocados pela narcose só com avertina, o processo de Martin, isto é a anestesia geral pela avertina combinada com o sulfato de magnésio e a narcofina. A vantagem d'este procedimento consiste no aumento da dose da avertina, sem inconvenientes para o doente; consegue-se assim na maioria dos casos uma anestesia que chega para grandes intervenções.

De entre os casos—400—há trepanações, laminectomias, operação radical dum divertículo esofágico e numerosas amputações de mama; foram exceptuadas apenas operações da porção inferior do intestino, ileos, doentes com acidose e doentes com lesões hepáticas, assim como aqueles que acusavam valores altos de uremia e alto ponto de congelação do sangue. Não houve um caso de morte. Ao contrário do que sucede, quando as anestésias são feitas só com a avertina, obteve-se com a mistura, uma queda da pressão arterial pouco importante não excedendo aquela que se obtém pelos outros processos de inalação. Não se notaram lesões renais nem quaisquer outras lesões post-anestésicas. Im seguida à operação administra-se tiroxina para encurtar o sono anestésico que em média dura 2-4 horas, e só em casos muito raros excede a 6 horas. As doses de avertina empregadas oscilam entre 0,06 grs. a 0,12 grs. por quilo, com 20 a 30 c. c. de sulfato de magnésio a 10% e 0,03 grs. de narcofina.

J. ROCHETA.

O tratamento do fluor vaginal. (*Die Behandelung des Fluors*). por LUDWIG ADLER. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 30. 1930.

Antes da aplicação de qualquer terapêutica destinada à cura do fluor vaginal, há, em primeiro lugar, que fazer o diagnóstico da região originária desta afecção e em seguida proceder à sua análise bacteriológica.

1) Fluor vulvo-vestibular é em geral consequência dumã flogose vaginal. O corrimento de início, puramente, por excesso de secreção, não inflamatório, conduz quasi sempre, devido à sua acção macerativa, a uma inflamação secundária. Por isso, as bartolinites e muitas metrites agudas nem sempre devem a sua origem ao gonococo. Como terapêutica usam-se as lavagens frequentes com água fervida morna ou então, quando não cedem a estas, solum de nitrato de prata a 1/2 0/0; em casos agudos repouso na cama.

Muito importante é a vulvo-vaginite das crianças, desde o ano até a puberdade; sob o ponto de vista etiológico deve considerar-se por ordem decrescente a gonorreia, masturbação, oxiurose e cistite. Como tratamento, é de aconselhar as lavagens com solutos muito diluídos de permanganato de potásio, e em casos rebeldes, applicações de nitrato de prata a 1 0/0.

2) Fluor vaginal quasi sempre de origem inflamatória, se bem que as chamadas flores brancas das raparigas, que não têm esta causa, provenham também da vagina; neste caso a principal causa é desempenhada por factores extragenitais de ordem constitucional (astenia, anemia, insuficiência ovárica, tuberculose extragenital). A vaginite pode ter uma causa exógena ou endógena. A primeira corresponde a gonorreia, exames ginecológicos, tentativas de coito, masturbação; a segunda, e mais frequentemente do que é admitido habitualmente, pertence o capítulo das anomalias de constituição: puberdade tardia, menstruações irregulares e pouco abundantes, esterilidade, etc. Por isso, nestas circunstâncias, a terapêutica deve visar essencialmente a tonificação geral e a melhoria das funções ováricas (organoterapia: extractos de ovário e do lobo anterior da hipófise e diatermia dos ovários). O tratamento local indicado, quer se trate dumã ou doutra causa—exógena ou endógena—são lavagens de oxicianeto a 1/2 0/00 alternadas com os preparados de prata. Uma especial atenção merece a colpite senil com corrimento sanguíneo-purulento que faz suspeitar um carcinoma; nestes casos também os preparados ováricos têm boa influencia, além do tratamento local já mencionado.

3) Em muitos casos de fluor é a cervix a região afectada; nestes casos também se tem exagerado a etiologia gonocócica e diminuído a importância das lesões erosivas e ulcerativas, ectropion, etc. Os preparados orgânicos de prata são aqui aconselháveis quando as erosões não são muito profundas; quando assim succede a melhor terapêutica são as excisões da mucosa, podendo ir-se até a amputação do colo.

4) O *corpus uteri* aparece raramente como sede do fluor. O raro corrimento mucoso do corpo uterino não é um sinal de inflamação, mas sim de hiperplasia glandular, coincidindo frequentemente com a existência de pólipos.

Corrimento purulento é sinal dumã inflamação grave (endometrite ou piometrite). A última, em geral própria de mulheres em idade avançada, por estenose cicatricial, carcinoma ou outras causas de oclusão mecânica.

Sintomatologia e tratamento da calculose vesical. (*Symptomatologie und Behandlung der Blasensteine*), por RUDOLF CHWALLS. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 28. 1930.

Habitualmente encontra-se na calculose vesical um conjunto de sintomas que são devidos em parte à existência dos cálculos e respectiva irritação mecânica da mucosa e em parte à estase urinária, de modo que muitas vezes é difícil distinguir qual a verdadeira causa desses sintomas. Os primeiros, como se compreende, de origem mecânica, melhoram com o repouso e chegam mesmo a desaparecer, para reaparecerem com os movimentos, atingindo mesmo por vezes grande intensidade.

Quási sempre o primeiro sinal desta afecção é constituído pela coloração sanguínea da urina, depois duma marcha, duma viagem ou de qualquer esforço corporal; esta hemorragia nunca é abundante, aumenta no fim da micção e cessa com o repouso. A dor, que atinge por vezes grande intensidade, aparece nos abalos físicos, nas marchas, quando se viaja em carro por maus caminhos, às vezes também com movimentos mínimos, e aumenta ou diminui em geral paralelamente a estes movimentos. A localização da dor na glândula, na face interior do pênis, no períneo ou no recto é muito característica; é tanto mais acentuada quanto maior é a irregularidade de superfície do cálculo, além de que a sua intensidade está também em relação com o estado inflamatório da bexiga; principalmente, quando no fim da micção a mucosa ulcerada chega ao contacto do cálculo, aquela aumenta até se tornar insuportável.

As perturbações da micção consistem em retenção e polaquiúria. A retenção é na maioria dos casos devida à causa produtora dos cálculos e só na minoria devida ao próprio cálculo. Na polaquiúria dolorosa as dores muitas vezes desaparecem só pelo repouso; no decúbito dorsal os cálculos assentam na parede posterior pouco sensível, enquanto de pé ou na marcha cai sobre o *trigonum*, provocando assim necessidade de urinar.

Algumas vezes o encravamento dum cálculo no esfíncter ou na uretra prostática não causa retenção, porque provoca uma inibição daquele anel muscular com relaxamento e respectiva incontinência. Nalguns casos o quadro sintomático é dominado apenas por perturbações de origem prostática (ardor à micção, frequência desta) e assim só a radiografia ou a cistoscopia nos revela a existência dum cálculo.

Do ponto de vista terapêutico três indicações se apresentam:

- 1) Remoção da causa produtora da retenção urinária e concomitante extração dos cálculos; em regra prostatectomia e excisão em cunha do esfíncter vesical.
- 2) Extração dos cálculos por *sectio alto*.
- 3) Litotripsia. Nas mulheres já se não usa hoje a colpocistotomia, pelo perigo das fistulas.

J. ROCHETA.

Metodo cytophylatico 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 biologico 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 : LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE
8, rue Vioienne, PARIS

A pedido mandam-se amostras aos medicos

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

SPASMOSÉDINE

O primeiro sedativo e antiespasmodico
especialmente preparado para a
terapeutica cardio-vascular

LABORATOIRES DEGLAUDE
MEDICAMENTOS CARDÍACOS ESPECIALI-
SADOS (DIGIBAÏNE, ETC.) — PARIS

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:
GIMENEZ-SALINAS & C.^a
R. NOVA DA TRINDADE, 9 — LISBOA

LISBOA MÉDICA

PROFILAXIA E TRATAMENTO
"PER OS"
PELO
STOVAR SOL
DE TODAS AS
ESPIROQUETOSSES,
DISENTERIA AMIBIANA,
PALUDISMO

Tratamento arsenical dos
estados de anemia e de astenia

Embalagem: Em frascos de 28 comprimidos doseados a 0 gr.25
— 70 — — 0 gr.05
— 200 — — 0 gr.01

O emprego do STOVAR SOL deve ser feito sob a vigilancia do Médico

Société Parisienne d'Expansion Chimique
Marcas POULENC FRÈRES et USINES DU RHONE
86, Rue Vieille du Temple — PARIS - 3°

Representante — **CARLOS FARINHA**
Rua dos Sapateiros, 30, 2.º — LISBOA

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Considerações gerais sôbre a investigação (1) científica, em Portugal

1.^a — O ensino, em qualquer dos seus graus, não está organizado de modo a desenvolver e a cultivar a curiosidade natural de aprender. Os métodos de ensino das sciências são essencialmente livrescos e as demonstrações, que já vão acompanhando as lições, apresentam-se geralmente como confirmação do que se aprende nas aulas teóricas. O estudo individual, o método da redescoberta, tão próprio a inculcar no espírito dos estudantes o gôsto pela investigação e a ensinar-lhes o processo mental do descobrimento científico, têm sido poucas vezes empregados no nosso ensino, mesmo no superior. Escasseiam, também, nas sciências naturais, no ensino secundário, onde tão úteis seriam, os exercícios de colheita de animais e de plantas. O que se tem feito nesse sentido serve apenas como exemplo da excursão naturalística. Só raras vezes êsse método é empregado com a necessária intensidade e continuidade para poder dar frutos. O resultado é serem extremamente raros os casos de vocação para as sciências naturais revelados nos bancos das escolas. À própria organização dos trabalhos práticos no ensino superior, com o grande desequilíbrio entre o número de alunos e os recursos dos laboratórios em material e pessoal, se aplicam estes reparos.

2.^a — O ensino superior tem em todo o mundo civilizado como característica principal a investigação científica. O professor uni-

(1) Do volume da Junta de Educação Nacional: «Relatórios, propostas e projecto de orçamento para o ano de 1930-31» transcrevemos alguns passos do Relatório do vice-presidente do ramo de sciências (Prof. Celestino da Costa) sôbre as necessidades da investigação científica em Portugal, que, pelo valor e pelo «espírito do nosso tempo» que encerram, bem merecem ser conhecidos e seguidos pelas novas gerações. É essa, em parte, a missão da Universidade do século xx.

versitário merece essa categoria pelo que tem feito avançar a sua ciência, é seu dever continuar a estudá-la, procurar factos e doutrinas novas, publicar seus trabalhos e formar discípulos, capazes de o auxiliar e de continuar, ampliando-a, a sua obra. Nunca se lhe deve aplicar aquele reparo feito pelo genial matemático Abel a professores que tinha visitado, em certo país, recentemente referido em conferência pública pelo Prof. Gomes Teixeira: «esses professores gostam mais de ensinar do que de aprender».

Em Portugal, salvo raras excepções, o ensino superior não tem as características que lhe são próprias. Os professores universitários portugueses devem, geralmente, o seu lugar a ter triunfado em concurso de provas públicas. Como passado têm os louros ganhos nas escolas, nos exames em que mostraram possuir ampla colecção de noções aprendidas nos livros. Só como artigo de luxo lhe é pedido trabalho original, pois não é obrigatório. Quando muito, trabalho inédito, o que é diferente, pois, boa parte das teses de concurso são compilações eruditas, escritos de crítica científica teórica, etc. As provas públicas demonstram, certamente, qualidades interessantes e valiosas: inteligência arguta, facilidade de exposição verbal e de argumentação, cultura geral. Em alguns casos, as provas práticas, através de exercícios, forçosamente mais ou menos convencionais, indagam da capacidade técnica.

O professor é nomeado sem que tenha demonstrado ser capaz de investigar; nada produziu de original, não publicou, muitas vezes, um único trabalho. Se fôr bom prelector, pontual nas aulas, certo nos exames, isto basta para ser considerado bom mestre. Da maior parte dos professores universitários portugueses nada resta a não ser a recordação pessoal que deixaram nos seus discípulos. Ao passo que, lá fora, a nomeada dos mestres é feita pelos seus trabalhos, entre nós assenta sobre elementos diferentes, muitas vezes alheios à ciência e ao ensino.

3.^a — O afastamento de Portugal do trabalho científico vem de longa data; por isso não existe entre nós a tradição científica que tanto concorre para orientar os novos para a investigação.

Os estudiosos que tiverem a veleidade de se dedicar à pesquisa científica não encontram, em geral, mestres para os guiar, assim como não acham tradições que os incitem.

4.^a — Do ponto de vista científico, como de outros pontos de vista, Portugal vive isolado dos povos mais cultos. Não está em contacto directo com um povo adiantado pois, neste capítulo, a Espanha sofre dos mesmos males. Os nossos investigadores vêem-se sós a trabalhar, não têm, muitas vezes, com quem trocar ideas, quer no seu próprio ramo, quer nos ramos afins. O convívio entre sábios, que é tão útilmente praticado nos grandes e pequenos centros lá de fora e que permite a intercomunicação de factos e doutrinas entre pessoas que se ocupam dos mais variados problemas, falta entre nós. A sensação de isolamento é deprimente e prejudicial. A falta de especialistas, a quem demonstre os próprios resultados, tira ao investigador elementos de crítica; a falta de outros investigadores, peritos em especialidades diferentes, diminui fortemente a utilíssima possibilidade de encarar os dados do próprio estudo à luz de outras sciências. Portugal não tem constituído meio próprio à Sciência. Assim, tem visto morrer muitas tentativas brilhantes de criação científica. Nas poucas vezes que no nosso país a investigação tem florescido, tem-se visto, precisamente, criar-se e desenvolver-se um meio científico. Quando um sábio consegue reunir à sua volta discípulos de merecimento, aos quais comunica o gosto pelo estudo da sciência, formando assim escola, a sua obra tem probabilidades de perdurar. Para que essas probabilidades se transformem em certeza é, porém, mester que outras escolas se constituam, criando um ambiente vasto e variado. Eis o que importa conseguir para o êxito dos esforços individuais e a sua continuidade.

.....

6.^a — A condição de investigador não é favorecida entre nós. Acabou de ver-se que à investigação se não liga em Portugal a importância devida e o homem criador de sciência não é mais apreciado que o vulgarizador ou o erudito livresco. Não é, portanto, em consideração do público que o investigador encontra, entre nós, compensação para os seus esforços.

Falta, também, a compensação material. A carreira científica é de sacrificio. Quem, com valor, a ela se dedica, teria no exercício de qualquer profissão liberal, ou indústria, todas as probabilidades de proveitos remuneradores. Se quiser ser clínico, advogado, director de companhia, banqueiro, negociante, arranjará excelentes relações, disporá de influencia e de dinheiro e, se enve-

redar para a política, do poder. O homem de ciência terá, em grande parte, de se sequestrar do mundo e desistir da riqueza. Na alegria do trabalho científico encontrará grandes compensações. O verdadeiro homem de ciência não se seduz pela cobiça. Mas, se esta o não arrasta, a miséria pode expulsá-lo da carreira científica. Se o investigador não angariar os recursos suficientes para o seu sustento e de sua família, pode ver-se compelido, por sagrados deveres, a mudar de vida e a sacrificar a sua vocação.

.....

PROF. CELESTINO DA COSTA.

* * *

XIII Congresso Internacional de Hidrologia, Climatologia e Geologia Médicas

No dia 15 de Outubro findo realizou-se a sessão solene de abertura do XIII Congresso Internacional de Hidrologia, Climatologia e Geologia Médicas, a que presidiu o chefe do Governo.

O presidente do Congresso foi o Prof. Egas Moniz e o secretário geral o Prof. Raposo de Magalhães. Foram vice-presidentes os Profs. Aquiles Machado, Charles Lepierre, Costa Sacadura, Ferraz de Carvalho, João Lopes Martins Júnior e Silva Carvalho; secretário adjunto o Dr. Arnaldo de Almeida e delegados, em Coimbra, o Prof. Maximino Correia e, no Pôrto, o Prof. Mendes Correia. O presidente da comissão de Coimbra foi o Prof. Ferraz de Carvalho e do Pôrto o Prof. João Lopes Martins Júnior. Este ano o Prof. Belo de Moraes foi o presidente da International Society of Medical Hydrology.

Os dias 16 e 17 foram destinados às reuniões das três secções do Congresso e da International Society of Medical Hydrology, tendo sido apresentados numerosos relatórios e comunicações.

Os trabalhos foram encerrados no dia 17.

RELATÓRIOS

Crenoterapia dos espasmos musculares lisos

1.º RELATÓRIO

O Prof. Maurice Villaret e o Dr. Justin Besançon (Paris) estabelecem as bases fisiológicas e patológicas sobre as quais deve assentar a crenoterapia dos espasmos musculares lisos. Considerando estes espasmos devidos a mecanismos gerais, entre os quais avulta um duplo determinismo humoral e neuromuscular, expõem a influência das águas minerais sobre este último. Sem tirar conclusões, demonstram que:

1.º — As águas minerais são susceptíveis de actuar directamente sobre o músculo liso e seu aparelho nervoso autónomo;

2.º — Podem modificar o sistema nervoso vegetativo geral.

Com o método de estudo empregado, a hidrologia entra no domínio das sciências exactas.

As experiências acêrca do músculo liso incidiram sobre o intestino, a vesícula biliar, o brônquio, o uretero, a bexiga e o útero isolados, quer no estado normal, quer no estado de espasmo experimental.

As experiências tendentes a demonstrar a acção sobre o sistema nervoso vegetativo geral foram feitas sobre o coração e a tensão arterial do cão.

Os relatores procuram estudar a que constituinte químico e a que influência física devem as águas minerais essas propriedades. Assim, sob o ponto de vista hidrológico estudaram a acção da concentração molecular global, a da concentração hidrogeniônica, o efeito dos gases dissolvidos, o dos iões e o da rádio-actividade. Reconheceram que todos êles podiam ter um papel incontestável sem que todavia se pudesse atribuir a um só as propriedades biológicas verificadas.

Concluem emitindo o desejo de que se proceda a uma aferição biológica dos efeitos particulares de cada água mineral.

Discutiu êste relatório o Dr. Mougeot (Royat).

2.º RELATÓRIO

O Dr. Cascão de Anciães, Prof. Mark Athias e Dr. Heitor da Fonseca (Lisboa) fazem notar que as suas pesquisas farmacodinâmicas concordam com as dos relatores franceses. Estudaram a acção de algumas águas portuguesas sobre o duodeno isolado do coelho, assim como os estados espasmódicos que são nêle provocados pela acetilcolina e cloreto de bário, excitantes típicos das terminações nervosas vegetativas e da fibra muscular. O meio nutritivo empregado foi o líquido de Rhode e Saito. A água mineral deprime o tono do intestino isolado. Sobre a contractilidade tem acções variáveis. No intestino contracturado pela acetilcolina ou pelo cloreto de bário faz desaparecer a contractura.

O relatório é acompanhado de 73 gráficos.

Concluem que a acção antiespasmódica observada *in vitro* no duodeno isolado do coelho pode exercer-se *in vivo* em condições idênticas.

Discutem a comunicação os Drs. M. Villaret, L. Lescœur, Justin-Besançon e M^{lle} Bernheim que expõem os resultados das suas experiências em Vichy.

As variações sanguíneas no decorrer das curas hidrominerais

1.º RELATÓRIO

O Prof. A. Morais Sarmiento (Coimbra) chama a atenção sobre a acção da água de Vidago no ácido úrico, colessterina, pigmentos biliares, tensão superficial e viscosidade do sôro sanguíneo e no coeficiente de sedimentação e fórmula leucocitária.

Conclui que as variações sanguíneas durante as curas termas constituem um elemento de diagnóstico, de prognóstico e de tratamento do maior valor.

2.º RELATÓRIO

O Dr. Ferreyrolles (La Bourboule) refere principalmente as modificações da composição do sangue nos estados anafiláticos. As águas medicinais protegem contra diferentes venenos, particularmente contra as toxinas que lesam o sistema nervoso.

3.º RELATÓRIO

O Dr. Lescœur (Vichy) mostra que a análise do sistema físico-químico do sangue, não permitindo especificar a natureza da afecção, pode, no entanto, revelar a existência dum desequilíbrio sanguíneo, indicar o sentido e medir a sua extensão. Defende a prática da análise de sangue no decorrer de provas de insuficiência provocada feitas durante as diferentes etapas da cura.

Os sífilíticos nas águas minerais

1.º RELATÓRIO

Os Drs. Henri Flurin (de Caunterets) e Jean Heitz (de Royat) indicam que a terapêutica hidromineral tem o duplo papel de ajudar os tratamentos anti-sifilíticos e corrigir as perturbações e lesões causadas pela sífilis. O enxôfre não actua apenas como dissolvente dos cloro-albuminatos insolúveis de mercúrio e de bismuto, mas como agente oxido-reductor, por catálise. Resta saber se o enxôfre não actua pelo choque febril que determina. Afirmam, em seguida, que:

1.º — Durante os primeiros meses que seguem o aparecimento do acidente primário, há certas alterações do estado geral (anemia, algumas ictericias, algumas flebites) sobre as quais a crenoterapia actua melhor que o tratamento medicamentoso;

2.º — A partir do fim do primeiro ano, achando-se o doente sujeito ao ataque dos grandes aparelhos, as águas minerais podem ajudar o tratamento medicamentoso.

Os relatores passam em revista a sífilis dos diferentes órgãos e a acção que sobre ela exercem as águas sulfurosas.

2.º RELATÓRIO

Para o Prof. J. Rocha Brito (Coimbra), as águas sulfurosas têm uma acção adjuvante indiscutível no tratamento mercurial e bismutado da sífilis; não actua sobre o tratamento arsenical; não têm qualquer acção específica; não reactivam a sífilis; não tornam negativa a reacção de Wassermann; são tanto mais activas quanto mais oxidado é o enxôfre e podem ser úteis em todos os períodos da sífilis, mas especialmente no terciário e quaternário

Assistência social das estações hidrominerais

1.º RELATÓRIO

O Dr. Durand Fardel (Vichy) acentua a necessidade de assegurar o ensino oficial da hidrologia e de favorecer a fundação de hospitais e sanatórios nas estações hidrominerais e climáticas importantes, visando em especial as classes pobres.

O relatório foi discutido pelos Drs. Fortescue Fox (Londres) e Max Hirsch (Berlim).

2.º RELATÓRIO

O Prof. Carneiro Pacheco (da Faculdade de Direito de Lisboa) faz adoptar pelo Congresso os seguintes votos:

- 1.º — Que seja criada sob a rubrica de «Legislação» uma secção autónoma para o estudo das leis relacionadas com os objectivos do Congresso;
- 2.º — Que uma delegação de cada país comunique ao *Bureau* permanente, até o fim de 1932, um resumo das leis respectivas com os textos mais importantes;
- 3.º — Que com êste material legislativo se organize um relatório comparativo para o XIV Congresso (1933).

Climatologia

1.º RELATÓRIO

Análise dos elementos físicos dos climas e seus efeitos fisiológicos e terapêuticos. — O Prof. Piéry (Lyon) e o Dr. Georges Baudoin analisam os seguintes factores:

- a) Factores químicos: azoto, oxigénio, argo, anidrido carbónico, hidrogénio, azono, néon, cripton, hélio e xénon;
- b) Factores físicos: ventos, temperatura, grau higrométrico, pressão barométrica, luz solar, electricidade;
- c) Factores geológicos: constituição do solo, presença ou ausência de cursos de água, etc.;
- d) Elementos accidentais: poeiras, fumo, produtos químicos, etc.

Os relatores estudam principalmente os seguintes factores: depressão atmosférica, raios solares de qualidades particulares, electricidade e radioactividade, grau higrométrico, frio, composição química, pureza da atmosfera e abrigo dos ventos.

2.º RELATÓRIO

Influência das modificações climatéricas sobre os tuberculosos pulmonares, pelo Prof. Lopo de Carvalho (Lisboa). Uma depressão barométrica ou a acção do vento de Este que sopra dos planaltos sêcos e quentes de Castela podem desencadear uma hemoptise.

3.º RELATÓRIO

Climatologia e Medicina, pelo Prof. Cirilo Soares (director do Observatório Central Meteorológico da Faculdade de Ciências de Lisboa). Nunca se devia construir um estabelecimento climatoterápico sem observações prévias minuciosas dos factores meteorológicos locais.

Hidrogeologia

1.º RELATÓRIO

Relação entre a estrutura geológica de Portugal e a sua riqueza em nascentes termominerais, pelo Prof. Ferraz de Carvalho.

2.º RELATÓRIO

Sobre a hidrogeologia das nascentes de radioactividade média, pelo Prof. Urbain (Paris). Apresenta as regras gerais seguintes:

a) As fontes radioactivas devem encontrar-se de preferência nas regiões de subsolo cristalino e na periferia dos vulcões em actividade ou recentemente extintos.

b) Há mais probabilidades de encontrar nascentes de radioactividade elevada nas rochas ácidas.

c) Podem distinguir-se duas categorias de nascentes:

1.º — As águas atravessam os elementos rádioactivos existentes no estado concentrado;

2.º — Atravessam os elementos existentes no estado disperso.

COMUNICAÇÕES

a) HIDROLOGIA

Contribuição para o estudo da cura de Vichy, pelos Profs. A. Desgrez, F. Rathery e Dr. L. Lescœur.

Estudo sobre a cura de diurese de Evian, pelos Profs. Desgrez, Rathery e o professor agregado Gilberton.

Acção farmacológica de algumas águas medicinais portuguesas sobre o intestino isolado do gato, pelo Dr. Armando Narciso (Lisboa).

O tratamento hidromineral dos vômitos acetónicos das crianças, pelos Drs. F. Déléage e André Déléage (Vichy).

Sobre o modo de acção das águas purgativas, pelos Drs. Rodrigues Pinilla e A. Martinez Casado.

O sistema nervoso organo-vegetativo e as águas de Vidago, pelo Prof. M. Joaquim da Costa (Coimbra).

O síndrome entero-naso-faríngeo e o seu tratamento hidromineral, pelo Dr. Armangaud (Cauterets).

O momento mais favorável para uma cura termal nas afecções hepáticas, pelo Dr. Martin Périquier (Vichy).

Sobre a acção colagoga da fonte grande e da fonte Hepar (de Vittel); efeito e aplicação nas afecções biliares, pelo Dr. M. A. Monsseaux (Vittel).

O papel provável da radioactividade sobre a acção filáctica das águas minerais, pelo Dr. Athanassoulas (Grécia).

Especialização terapêutica das águas medicinais portuguesas, pelos Drs. Armando Narciso e Oliveira Luzes (Lisboa).

Notas sobre as antigas termas portuguesas, pelo Prof. Silva Carvalho (Lisboa).

Indicações terapêuticas das águas das Caldas da Rainha, pelo Dr. António de Melo Ferrari (Caldas da Rainha).

As águas de Agroal, pelo Dr. Vieira Guimarães (Lisboa).

As águas medicinais das Caldas da Saúde, pelo Dr. A. Lima Carneiro.

As águas termas de Monfortinho, pelo Dr. José Gardette Martins.

Termas romanas na Lusitânia, pelo Dr. Armando Narciso.

Prova da sedimentação globular no decorrer do tratamento termal de Aix-les-Bains, pelos Drs. Jacques Forestier, F. Gerbay e Mlle A. Certonciny.

Variações sanguíneas sob a influência da cura de Aix-les-Bains, pelo Dr. F. Françon.

Tratamento da lipo-artrite seca do joelho pela cura termal de Aix-les-Bains, pelo Dr. F. Françon.

A defesa neuro-vascular do organismo e a cura termal, pelo Dr. Carone.

Acção da cura de Vichy sobre o metabolismo do ácido úrico, pelo Dr. Paul Vauthey (Vichy).

Modificações hematológicas determinadas pela água de Vidago, pelo Prof. Maximino Correia (Coimbra).

O tratamento hidro-mineral da tabes, pelo Dr. Macé de Lépinay (Néris).

Metabolismo do cálcio, pelo Dr. J. Gay (Bourbonne).

As águas alcalinas e a sífilis, pelo Dr. Roger Glénard (Vichy).

A espondilose rizomélica; seu tratamento termal em Dax e em Aix-les-Bains, pelos Drs. A. Barrau (Dax) e R. Merklen (Aix-les-Bains).

Quimioterapia anti-sifilítica e cura termal, pelo Dr. Max Vauthey (Vichy).

Hipossulfito de magnésio e crise termal, pelos Drs. Asglade e Corane.

A polivalência das águas minerais, pelo Dr. Emile Feuillet.

Os efeitos da estufa-emanatorium das Caldas de Oviedo sobre a pressão arterial, pelos Drs. Cervignon Dias e D. Antonia Martinez Casado.

As doenças coloniais observadas em Vichy, pelo Dr. Humbert Boucher (Vichy).

Importância da investigação das infecções gonocócicas e outras do aparelho genital no tratamento dos reumatismos na mulher, pelo Dr. Melo Ferrari.

Acção zimostémica da água da Curia, pelos Drs. Feliciano Guimarães e Vicente de Gouveia.

A dielectrólise ou ionização das águas de Urgueiriça como modo de apli-

cação das águas medicinais e a utilização das suas propriedades radioactivas, pelo Dr. F. Formigal Luzes (Lisboa).

As «Aguas Santas» das Caldas da Rainha na terapêutica dermatológica, pelo Dr. Fernando da Silva Correia.

Terapêutica comparada das águas minero-medicinais portuguesas e as suas congêneres estrangeiras, pelo Dr. Cândido Mendes Bragança.

Notas práticas de talassoterapia infantil, pelo Dr. Dr. Cav. Salvatore Minutilla (Palermo).

O hospital termal das Caldas da Rainha; sua história, águas e curas, pelos Drs. A. Melo Ferrari, M. Melo Ferrari e F. Silva Correia.

Importância da preparação dos doentes e da post-cura em terapêutica termal, pelo Dr. M. Melo Ferrari.

Tratamentos ginecológicos das Caldas da Rainha, pelo Dr. A. Melo Ferrari.

Cento e trinta anos de clinica termal nas Caldas da Rainha, pelo Dr. F. da Silva Correia.

A sedimentação globular e a cura pela água de Vidago, pelo Dr. Ismael Gamboa.

Ação das águas de Moledo como adjuvante do tratamento da sífilis e da parasifilis, pelo Dr. J. A. Contreiras.

b) CLIMATOLOGIA

O clima da planície do sudoeste da França no tratamento da tuberculose pulmonar e laringea, pelo Dr. Colbert (Cambó).

Utilização creno-climatoterápica da Serra da Estrêla, pelo Dr. G. de Freitas.

Clima da Madeira, pelo Dr. Alfredo Rodrigues (Funchal).

As indicações de Pau; estação climática de planície na tuberculose pulmonar, pelo Dr. Jullien (Pau).

Nota a propósito do clima dos Açores, pelo comandante José Agostinho (director dos serviços meteorológicos dos Açores) e pelo Dr. A. Narciso (Lisboa).

As influências climáticas nas afecções do sistema nervoso, pelo Dr. Goudart (Pau).

O clima da Costa do Sol, pelos Prof. Armando Narciso e Dr. Marques da Mata.

A influência das manchas solares sobre a doença e sobre a morte, pelo Dr. Maurice Faure (Nice).

As hemoptises em série e as suas relações eventuais com as influências cósmicas ou climáticas, pelo Prof. Piéry.

Influência das manchas solares sobre a origem e a disseminação das epidemias; coincidências curiosas, pelo Dr. Tscijeiosky (Moscou).

Relações entre a geologia e a climatologia médicas, pelo Prof. Luis Schwalbach (Lisboa).

Sobre a influência dos temperamentos e dos climas nas doenças e sua evolução, pelo Dr. Lepoince (Nice).

Variações climáticas e fenómenos demográficos em Portugal, pelos Drs. A. Narciso e Carvalho Dias (Lisboa).

Características do clima de Portugal, pelos Profs. A. Narciso e A. Padesca.

Da influência das perturbações atmosféricas sobre a saúde na região central do Chile, pelo Prof. Enrique Taubis (Chile).

* * *

Hospitais

Civis de Lisboa

O *Diário do Governo* publicou editais de concurso para internos do primeiro e segundo ano dos Serviços Clínicos dos Hospitais Civis de Lisboa.

— No Hospital D. Estefânia reabriu a sala 2 do serviço (sexo feminino), antiga Enfermaria Curry Cabral, sob a direcção clínica do Prof. Moreira Júnior, assistido pelos Drs. Manuel de Vasconcelos e Ricardo Jorge.

— A consulta de dermatologia, sifilografia e venereologia dirigida pelo Dr. Carlos Silva foi transferida do Hospital de S. José para o de Santo António dos Capuchos, ficando anexa ao serviço 10. Esta consulta realiza-se ás segundas e sexta-feiras às 9 horas e meia.

Da Marinha

Reassumiu as funções de director do Hospital da Marinha o capitão de mar e guerra Dr. Freitas Monteiro.

— A consulta externa de doenças da pele e sífilis do mesmo Hospital reabriu no mês de Outubro findo.

* * *

Instituto Bacteriológico Câmara Pestana

Foi aberto concurso de provas documentais para o provimento de um lugar de médico subchefe de serviço do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana.

* * *

Prof. E. Leschke

O Prof. E. Leschke, da Faculdade de Medicina de Berlim, realizou no dia 10 do mês findo, na Faculdade de Medicina de Lisboa, uma conferência acêrca do sistema vegetativo e a sua acção sobre o metabolismo.

O conferente foi apresentado pelo Prof. Egas Moniz.

Dr. F. Formigal Luzes

O Dr. F. Formigal Luzes, chefe do Serviço de Agentes Físicos do Hospital Escolar, que foi encarregado de representar Portugal no V Congresso Internacional de Fisioterapia reunido em Liège, onde apresentou duas comunicações sobre assuntos da sua especialidade, acaba de entregar à Faculdade de Medicina de Lisboa, que também o encarregou de o representar, o seu relatório em que se frisa o problema do ensino da Fisioterapia nas Faculdades, um dos que mais prendeu a atenção do Congresso.

Saúde pública

Foi nomeado subdelegado de saúde do concelho de Arcos de Val-de-Vez o Dr. António Pimenta Ribeiro, facultativo municipal do mesmo concelho.

— A comissão administrativa da câmara de Pinhel nomeou médico da 3.ª área, com sede na mesma vila, o Dr. António Andrade.

Saúde naval

O Dr. Nóbrega Salgueiro, capitão de fragata, foi encarregado da direcção dos serviços clínicos da Escola Naval.

Bolsas de estudo

Pela Junta de Educação Nacional foram concedidas as seguintes bolsas de estudo:

Fora do país: Drs. Luís de Sousa Adão, professor auxiliar e cirurgião dos Hospitais Cívicos de Lisboa, 4 meses em Estrasburgo; Luís de Pina Guimarães, assistente da Faculdade de Medicina do Pôrto, 2 meses em Florença; Manuel de Mendonça Côrte-Real, assistente do Instituto Português para o Estudo do Cancro, 9 meses em Paris; Alberto da Silva e Sousa, assistente livre da Faculdade de Medicina do Pôrto, 3 meses em França e Inglaterra; Manuel Joaquim da Costa, assistente da Faculdade de Medicina de Coimbra, 8 meses em Estrasburgo; Manuel Dâmaso Prates, assistente do Instituto Português para o Estudo do Cancro, 4 meses em Berlim; João da Graça Tapadinhas, licenciado em medicina, 8 meses em Bruxelas e Anvers.

No país por 9 meses: Luís de Pina Guimarães, assistente da Faculdade de Medicina do Pôrto e antigo bolsheiro da Junta fora do país; Álvaro Pinheiro Rodrigues, assistente da Faculdade de Medicina do Pôrto e antigo bolsheiro da Junta fora do país; António de Sousa Pereira, assistente da Faculdade de Medicina do Pôrto e antigo bolsista fora do país; José Afonso Dias Guimarães, assistente da Faculdade de Medicina do Pôrto e antigo bolsheiro fora do país; Amândio Joaquim Tavares, professor auxiliar da Faculdade de Medicina do Pôrto; e Arnaldo Abranches de Almeida Dias, chefe de laboratório da clinica neurológica da Faculdade de Medicina de Lisboa.

* *

Doença do sono

O Prof. Aires Kopke, da Escola de Medicina Tropical, conferenciou com o Ministro das Colónias sôbre os estudos scientificos feitos em algumas das nossas colónias e, em especial, sôbre a doença do sono.

Os trabalhos acêrca da doença do sono em Moçambique, realizados naquella colônia pela missão chefiada pelo Prof. Aires de Kopke, e o relatório sôbre o mesmo assunto apresentado pelo referido professor como representante da delegação portugueza na Conferência Internacional de Paris para o estudo daquela doença foram traduzidos em inglês e mandados publicar pela Secção de Higiene da Sociedade das Nações.

— Foi encarregado de proceder ao combate e estudo da doença do sono em Tete o Dr. Rodrigues Paz.

* *

Prof. Eugène Gley

Faleceu em Paris o Prof. Eugène Gley, eminente fisiologista, autor do *Traité élémentaire de physiologie*, obra bem conhecida, e dos *Essais de philosophie e d'histoire de la biologie*, *Études de psychologie physiologique et pathologique*, *Recherches sur l'action physiologique des ichtyotoxines*, *Les sécrétions internes, principes physiologiques, aplicações à la pathologie*, *Quatre leçons sur les sécrétions internes*, etc.

Era professor do Colégio de França, Membro da Academia de Medicina e o primeiro fisiologista que possuia a França.

* *

Jean Heitz

Faleceu inesperadamente em Sevilha, onde se encontrava de visita a essa cidade, êste considerado cardiologista francês. Nada fazia esperar tão rápido desenlace. Trabalhador infatigável, sabedor, espírito desempoeirado,



parecia gozar de boa saúde. Esteve há pouco entre nós a quando do Congresso de Hidrologia. Procurou-nos em Santa Marta, onde tivemos ensejo de lhe mostrar uns «passatempos» sem valor, mas os resultados dos quais êle nos convidara a enviar para os *Archives des Maladies du Cœur, des vaisseaux et du sang*.

Ao estudo da cardiopatologia consagrou toda a sua actividade científica. Os seus trabalhos foram publicados, na sua mor parte, na revista *Archives des Maladies du Cœur*, da qual foi a alma, embora Vaquez seja o timoneiro. Entre os livros que escreveu destacam-se as *Leçons sur les troubles fonctionelles du cœur* de colaboração com P. Merklen, e as *Afections de l'aorte et des artères*.

Prometera-nos um artigo para a *Lisboa Médica*. No fim dêste mês daria duas conferências na Faculdade de Medicina de Madrid. A morte surpreendeu-o em plena actividade.

A redacção dos *Archives des Maladies du Cœur*, de Paris, e especialmente ao Prof. Vaquez, enviamos os protestos dos nossos sentimentos.

E. COELHO.

Necrologia

Faleceram, em Lisboa, os Drs. José Neto Ferreira e José António Marques Geraldês Barbás; em Vila Verde, o Dr. Manuel Barbosa de Brito; e, no Monte Estoril, o Dr. Arnaldo de Almeida, director adjunto do estabelecimento thermal do Estoril, chefe de saúde da Sociedade Estoril e médico da Sociedade de Propaganda da Costa do Sol.



*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 Ceral, Amostras e Literatura: LABORATÓRIO da PANBILINE, Annonay (Ardèche) FRANÇA
Representantes para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a Rua Nova da Trindade, 9-1.^o — LISBOA

ADRENALINA BYLA

Solução a $\frac{1}{1.000}$

NATURAL

QUIMICAMENTE PURA

DOENÇA D'ADDISON — SINCOPES CARDIACAS — HEMOPTISES, ETC.

Agentes para Portugal:

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

FORMITROL

O formaldeído é um poderoso desinfectante que no uso externo, se emprega em larga escala. Há vinte anos, quando se experimentou o valor dos produtos bactericidas como medicamento interno, o formaldeído revelou-se o mais apropriado de todos. As experiências sobre a cultura dos bacilos provaram que as doses muito minimas de formaldeído impediam o desenvolvimento de micróbios patogénios, por exemplo a difteria, a escarlatina, tífos, etc. Foi em seguida a estas experiências que as pastilhas de Formitrol foram creadas: cada pastilha contém 0,01 gr. de formaldeído. Um dos nossos colegas escreve-nos: «Utilisei com sucesso, eu próprio e duas crianças, as vossas pastilhas de Formitrol. Não deixarei de recomendar calorosamente esta preparação».

Dr. A. WANDER, S. A., BERNE

Amostra gratuita e literatura pedindo-se á firma

ALVES & C.^A (Irmãos)

RUA DOS CORREIROS, 41, 2.º

LISBOA

Sala
Est.
Tab
N.º