

Ano VIII

N.º 8

Agosto 1931



# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

## DIRECÇÃO

PROFESSORES

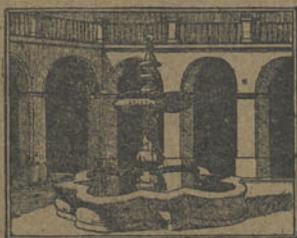
*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,  
Lopo de Carvalho, Pulido Valente, Adelino Padesca,  
Henrique Parreira, Carlos de Melo,  
António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

*Eduardo Coelho*

REDACTORES

*Morais David, Fernando Fonseca, António de Meneses,  
Eduardo Coelho, José Rocheta e Almeida Lima*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA  
LISBOA

# FLUOROFORMIO

Em solução aquosa e saturada

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

**PNEUMONIAS AGUDAS — TUBERCULOSE — TOSSE**

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colonias

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> — 240, Rua da Palma, 246 - LISBOA

## Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina. Paris 1889. Prova que 2 a 4 por dia produzem **diurese prompta**, reanimam o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA, DYSYPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA**, Lesões **MITRAES, CARDIOPATHIAS da INFANCIA** e dos **VELHOS**, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

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

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

3, Boulevard St-Martin, Paris — PHARMACIAS

# RICINOSAL

OLEO DE RICINO EM PÓ EFERVESCENTE

Purgante eficaz e muito

agradavel de tomar

Verdadeiro substituto do

oleo de ricino vulgar

II INDICADO PARA II

**CRIANÇAS • GRÁVIDAS • PUÉRPERAS**

PREPARAÇÃO DE M. GIMENEZ - SALINAS

CALLE ARZOBISPO P. CLARET, 21 Y 23 — BARCELON

PARA AMOSTRAS DIRIGIR-SE AOS REPRESENTANTES:

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> — RUA DA PALMA, 240 -

LISBOA

Sala B

Est. 9

Tab. 1

N.º 104

# 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 sobre 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. pelq. D. N. S. P. N.º 825-827  
26 Junho 1929

Depositários para Portugal e Colónias :

GIMENEZ - SALINAS & C.<sup>a</sup> - Rua da Palma, 240 - 246 — 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 (XVI<sup>e</sup>)

DEPOSITARIOS  
EXCLUSIVOS

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

# Salvitae

## Na sub-infecção intestinal

SALVITAE é o processo que permite ao medico contrastar eliminação e alcalisação actuando de maneira fundamental e eficiente na protecção do organismo contra Sub-infecção intestinal, Toxemia, Acidose, Uricacidemia, Prisão de Ventre

e ainda um grande numero de enfermidades caracterizadas por um metabolismo imperfecto, eliminação deficiente e desarranjos no equilibrio acido-basico do corpo.

.....

AMERICAN APOTHECARIES CO.,  
New York, N. Y., U. S. A.

*Agentes em Portugal:*

**Simenez - Salinas & C.<sup>a</sup>**

240, Rua da Palma, 246 - LISBOA



**acção****pureza****inalterabilidade absolutas**

eis as características  
e os fundamentos

do renome mundial da

marca

**INSULINA****para a DIABETES**

registada

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

FOLHETO DE 40 PÁGINAS  
GRATIS A MÉDICOS

FRASQUINHOS  
de 100, 200, 400 e 500 unidades

Representantes exclusivos deste produto:

COLL TAYLOR, LDA. — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA — TELE } F. 2 1476  
G. DELTA

Agente no PORTO

M. PEREIRA DA SILVA, L. LOIOS, 36. Telefone 701

**allenburys**

alimentos de confiança para o bebé tomar

e para o médico receitar

VITAMINADOSAFAMADOSSCIENTIFICAMENTE PREPARADOSGARANTIDOS

n.º 1 — recém-nascidos  
n.º 2 — dos 3 aos 6 meses  
n.º 3 — depois dos 6 e adultos  
BISCOITOS — » » 10 meses.

PEDIR FOLHETO DE 32 PÁGINAS

Representantes de ALLEN & HANBURYS, LTD. — LONDRES!

COLL TAYLOR, LDA. — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA

Tele } F. 2 1476  
G. DELTA

## Lesões inflamatórias do colo uterino

**A** PESAR de ser a Cervicite reconhecida como entidade clinica necessitando de tratamento, a terapia a ser empregada está ainda sob controversia.

Não obstante, em alguns casos especiais, notou-se que a aplicação da Hiperemia é um valioso método de tratamento. A

### *Antiphlogistine*

combina o Calor Húmido prolongado, com a acção osmótica e bacteriostática da glicerina, produzindo o reflexo neurovascular, o qual traz consigo uma activa hiperemia.

A hiperemia assim provocada favorece a drenagem dos tecidos, fazendo remover o acumulo de celulas alteradas e outros residuos.

ESCREVA - NOS REQUISITANDO O NOVO  
FOLHETO "LEMBRETES GINECOLÓGICOS"

**The Denver Chemical Mfg. Company.**  
163 Varick Street, New York, U. S. A.

Representantes em Portugal:

**ROBINSON, BARDSLEY & Co., Ltd.**  
Cais do Sodré, 8, 1.º LISBOA

ANEMIA PERNICIOSA  
 ANEMIA GRAVE E PARASITARIA  
 ANEMIA LUETICA  
 ANEMIA GRAVIDICA  
 ANEMIA DAS CREENÇAS

Eficaz na  
 DOENÇA DE BANTI e na  
 CAQUEXIA CANCEROSA

**A. B. ASTRA**

SÖDERTÄLJE

Suécia.

PREPARAÇÃO de EXTRACTO de  
 F I G A D O

VINHO: 1 colher das sopa = 50 gr.  
 de Fígado cru.

COMPRIMIDOS: — concentrados —  
 assucarados: 1 comprimido = 25 gr.  
 de Fígado cru.

EXTRACTO: 1 colher das de chá = 50  
 gr. de Fígado cru.

**H**EPATOTAL

# UMA NOVA OPINIÃO NA TERAPEUTICA INTESTINAL

O 'Petrolagar' alem de proporcionar um valioso auxilio á diéta, actua sobre o intestino restaurando o seu normal movimento—o seu efeito é inteiramente mecanico.



O 'Petrolagar' actua penetrando no conteúdo fecal, produzindo uma defecação moldada que desliza suavemente pelo intestino. A acção comoda do 'Petrolagar' fa-lo preferir aos purgantes drasticos. É uma emulsão palatavel de 65% de parafina medicinal pura, com o agente emulsionante não degerivel agar-agar.

Escreva a pedir amostras e literatura que o ha-de interessar ao:

Representante em Portugal:

**RAUL GAMA**

31, Rua dos Douradôres, 33 — 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 constituiu a melhor terapeutica 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.<sup>a</sup> — R. da Palma, 240-246 - Lisboa



## SUMÁRIO

### Artigos originais

<i>Hemibalismo</i> , por Egas Moniz.....	pág.	481
Notas clínicas		
<i>Tiroideia e tensão arterial</i> , por Diogo Furtado.....	"	508
-----		
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i> .....	"	513
<i>Bibliografia</i> .....	"	538
<i>A exposição colonial de Paris e as jornadas médicas</i> , por Ricardo Jorge .....	"	540
<i>Necrologia</i> .....	"	548
<i>Notícias &amp; Informações</i> .....	"	LXIII

# HEMIBALISMO

## A PROPÓSITO DE TRÊS CASOS

POR

EGAS MONIZ

I

### GENERALIDADES SOBRE ALGUNS TREMORES

Déjérine descreveu uma forma de hemicoreia, como complicação de algumas hemiplegias, que corresponde ao que os autores alemães denominaram, com mais propriedade, *hemibalismo*. A essa coreia de tipo muito particular, com movimentos bruscos e extensos dos membros de um lado, chamámo-lhe «hemimio-clonia». Reconhecemos hoje que esta designação, embora separasse êsses estados hipercinéticos, de movimentos diferentes, se presta a confusões. Com efeito, a mioclonia é um tipo particular de contracção muscular que, depois da invasão da encefalite epidémica, particularmente se precisou.

As mioclonias são caracterizadas por contracções musculares espontâneas, bruscas, rápidas, ilógicas, involuntárias, arrítmicas, seguidas ou não de deslocamento dos membros ou do tronco.

Neste grupo cabe o *paramyoclonus multiplex* de Friedereich que, segundo a sua descrição, consiste «em «contracções musculares, simétricas, independentes, produzindo-se ora de um lado, ora do outro, atingindo os músculos dos membros e deixando in-



CENTRO CIÊNCIA VIVA  
UNIVERSIDADE COIMBRA

demnes os do tronco e face. Arrítmicas, de freqüência e intensidade variáveis, oscilam entre 10 a 40 por minuto. Por vezes, quando se intensificam, pode aparecer um certo grau de tetanização. As contracções determinam, muitas vezes, uma saliência dura da massa muscular; contudo, só excepcionalmente se produzem pequenos movimentos do polegar e do antebraço ou ligeiras deslocações da rótula».

A diferenciação entre o paramioclono e a mioclonia não pode, porém, assentar na falta de deslocação dos membros ou dos seus segmentos, aliás comprovada em alguns casos da doença de Friedereich. Já Raymond, na sua primeira lição sôbre mioclonias, perguntava «se devia separar-se o paramioclono dos tipos mioclónicos baseando-se nas contracções musculares produzirem ou não efeitos locomotores». Somos de idêntico parecer e, num trabalho publicado por nós há 18 anos (1), portanto muito antes da invasão da encefalite epidémica, defendemos que as contracções musculares com as características apresentadas na definição englobavam outras cinesias, entre as quais entrava a doença de Gilles de la Tourette (tiques generalizados) que, por vários motivos, julgamos diferentes de certos tiques localizados.

Não vem a propósito trazer êste assunto à discussão. Diremos apenas que a patogenia mental, atribuída por Brissaud a todos os tiques, foi defendida, durante muito tempo, por Henry Meige; mas êste neurologista abandonou, há anos, a defesa da concepção do Mestre em consequência de novas aquisições científicas.

Vem estas reminiscências à colação para justificar a nossa primitiva designação de «hemimioclonia» em substituição de hemicorreia hemiplégica de outros autores.

## II

### CLASSIFICAÇÃO DOS MOVIMENTOS CINÉTICOS

A classificação dos movimentos anormais é assaz difficil. Alguns dêles semelham-se de tal maneira que difficilmente se pode

---

(1) Egas Moniz. — Myoclonies essentielles. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*. N.º 2. Mars-Abril de 1913, com figuras cinematográficas de duas doentes.

encontrar nas formas apresentadas particularidades, bem características, em que possa apoiar-se uma classificação clínica.

Por isso se tem recorrido a outros elementos, tais como o início e a marcha da doença, a sintomatologia anexa, a evolução do mal e, especialmente, a anatomia patológica, que veio alfim diferenciar alguns tremores que apresentavam aspectos similares, assinalando-lhes lugares diferentes no quadro nosográfico.

Num trabalho recentemente publicado, procurámos individualizar uma nova forma de *miopatia* que denominamos *mioclónica*. (1). Os casos observados apresentam uma sintomatologia clínica muito similar à do *paramyoclonus multiplex*. Pudemos, contudo, notar as seguintes diferenças:

a) As contracções musculares descritas por Friedereich aparecem *por crises*, o que não sucede nos dois doentes por nós observados, e essas contracções são mais ou menos permanentes.

b) Os abalos musculares são simétricos na doença de Friedereich, ao passo que em um dos nossos doentes começaram pelo membro inferior esquerdo e somente quatro anos depois apareceram à direita.

c) Os abalos, por fim simétricos, nos nossos doentes, localizam-se aos gémeos, grupos musculares raras vezes atingidos na doença de Friedereich.

d) No *paramyoclonus multiplex* as contracções musculares desaparecem durante a noite, ao passo que na miopatia mioclónica persistem, por vezes, durante o sono.

e) Há um certo ritmo nas contracções musculares dos doentes por nós observados, ao contrário do que foi descrito por Friedereich nos seus casos.

Mais importantes são, porém, as seguintes características da *miopatia mioclónica*:

1) Evolução progressiva que atinge 32 anos em um dos doentes.

2) Existência de uma claudicação intermitente miopática que não foi assinalada em nenhum dos casos de *paramyoclonus multiplex*.

3) Nos dois doentes de miopatia mioclónica por nós estuda-

---

(1) Egas Moniz. Myopathies myocloniques. *Révue Neurologique*, t. 1. N.º 5. Maio de 1930.

dos existe uma *hipertrofia das massas dos gêmeos*, mais pronunciada do lado em que a doença primeiro se instalou.

4) Finalmente, na doença de Friedereich não se encontrou lesão alguma anatómica, quer nos músculos, quer nos nervos, e num dos nossos doentes, em que se fez uma biopsia muscular, o exame histológico revelou *lesões degenerativas de algumas fibras musculares com perda total da estriação. As outras fibras musculares estavam hipertrofiadas na quasi totalidade e notava-se um numero exagerado de núcleos.*

Estes dois estados mórbidos: *paramyoclonus multiplex* de Friedereich e a *miopatia mioclónica* são, sob o aspecto das contracções musculares que em ambos se observam, de difícil separação. Estamos mesmo em crer que alguns casos descritos como *paramyoclonus* são antes de miopatia mioclónica.

Isto mostra, mais uma vez, que temos de socorrer-nos de outros elementos, quer clínicos, quer anátomo-patológicos, para diferenciar alguns abalos e contracções musculares que, a uma apreciação menos profunda, podem parecer idênticos.

### III

#### HEMIBALISMO

Dissemos há pouco que achámos feliz a designação de hemibalismo dos autores alemães como sucedânea da empregada por Déjérine de hemicoreia. De feito, a expressão significa: ἤμισυς meio e βάλλω lançar, arremessar, o que corresponde precisamente às perturbações motoras observadas. E se a pecha dos neologismos sobrecarrega e complica a linguagem médica, de cada vez mais difícil, devemos confessar que esta designação é particularmente bem apropriada. Jakob diz, judiciosamente, «que se não trata de uma hemicoreia banal, mas de uma gesticulação excessiva e desordenada». A expressão de Kussmaul — *hemibalismo* — deve, por isso, ser adoptada.

Estes movimentos involuntários são lateralizados, violentos, bizarros, e atingem não só a extremidade, mas a raiz dos membros. Os braços e as pernas executam fortes deslocções de extensão e flexão, fazem torsão sôbre o seu eixo, deslocam-se desordenadamente em todos os sentidos. Estas hipercinesias aparecem do lado oposto à lesão, de cuja sede nos ocuparemos

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.<sup>a</sup>**

Rua da Palma, 240 - 246

**L i s b o a**



**E**M todas as dores verifica-se uma perturbação no equilíbrio físico ou mental, a interrupção de alguma função vital, ou o desvio da normalidade. Lesões, inflamações, excessos musculares, perturbações circulatórias, — tudo isso é causa de dor. E seja ela fraca ou intensa, prolongada ou passageira, é fundamental, no espirito do doente, a pronta supressão da dor. Para o doente atormentado pelo doloroso processo pneumónico, nada é mais reconfortante e agradável que uma cataplasma de ANTIPHLOGISTINE aplicada no tórax. Os médicos acostumados ao uso desse processo simples, estão de pleno acôrdo que essa aplicação anódina aumenta a circulação superficial pela produção de hiperemia artificial que descongessa o foco inflammatorio dos tecidos profundos, aliviando a dispnea e o estôrço do coração direito.

Os médicos de todos os países reconhecem cada vês mais as propriedades únicas da ANTIPHLOGISTINE, como valioso auxiliar no tratamento da pneumonia, ou onde quer que a dor seja factor preponderante.

**1** preferido por todos que o confezem. Sempre fiel, não admitindo erros na marcação dos graus : : : : da febre. Precisão absoluta.



São fabricados com o melhor cristal Inglês na fabrica de Barnsbury, de Londres, sob a fiscalização cientifica dos seus proprietários  
**NEGRETTI & ZAMBRA.**

Vendem todas as farmácias do país  
Agente: **A. G. ALVAN**  
Rua da Madalena, 66, 2.º - LISBOA

mais tarde. Em alguns casos aparece um certo grau de agitação coreica do mesmo lado da lesão. Esta é, porém, na frase de Lhermitte, «infinitamente mais discreta do que a do lado oposto».

Também às vezes as perturbações motoras podem atingir o pescoço e o tronco.

Pela intervenção enérgica da vontade podem os doentes suspender, por algum tempo, estes movimentos. É mais um motivo para separar o hemibalismo da coreia.

Nem sempre estas hipercinesias hemibálicas aparecem ligadas à hemiplegia. Em muitos casos aparecem independentemente desta complicação motora como sucede nos nossos casos; mas podem acompanhá-la, segui-la ou precedê-la.

Antes de nos referirmos às localizações desta desordem motora, vamos dar conta dos casos por nós observados.

#### OBSERVAÇÃO 1

A. S., de 59 anos, oficial do exército. Passou uma parte da sua vida em África, tendo também estado na Índia.

Activo e válido, estava em concursos de passagem de posto, quando, em 21 de Março último (1931), começou a sentir-se agitado do lado esquerdo, com grandes movimentos involuntários do braço e da perna. Estes movimentos intensificaram-se em dois dias, tornando-se muito violentos. Permaneceram desde então sem grandes alterações, até que o doente nos foi enviado por um colega. Quando o examinámos pela primeira vez em 24 de Março, executava grandes deslocações dos dois membros esquerdos.

O braço e antebraço estendiam-se e flectiam-se bruscamente. O braço elevava-se em extensão acima da cabeça e era bruscamente arremessado para a frente e para trás, executava movimentos rápidos de torsão. Algumas vezes a mão agitava-se em contracções menos rápidas, recordando, ora os movimentos coreicos, ora atitudes atetósicas fugazes. O doente, para fugir a estas incómodas expansões cinéticas, mantinha o braço o mais apoiado possível, colocando-o atrás das costas e cingindo-o ao tronco. A breve trecho, porém, saía da posição em que pretendia conservá-lo para prosseguir na sua cinésia gesticulatória. Os movimentos eram inesperados e desconcertantes. As atitudes tomadas raras vezes se reproduziam em série. A sucessão dos movimentos era sempre imprevisível. Não havia períodos de longa acalmia.

O membro inferior esquerdo apresentava igual desordem motora. Fazia extensões rápidas, flexões, torções sobre o seu eixo. De pé, acalmavam-se um pouco estas perturbações, desde que o doente fazia pressão sobre o pé.

Quando o observámos pela primeira vez apresentava algumas equimoses ligeiras, devidas a pancadas que involuntariamente dava com a perna contra a secretária. Conseguia, sentado, deminuir um pouco estas perturbações motoras cruzando as pernas.

Na face, pescoço e tronco não notámos movimentos anormais.

A vontade tinha uma certa acção de domínio sôbre estas fortes hiperclônias; o doente conseguia, por segundos, pará-las ou, pelo menos, diminuir-las para voltarem de novo e, às vezes, com uma intensidade mais pronunciada. Não se notavam fazes de acalmia espontânea.

Durante os primeiros dias o sono não impedia a sua continuação. Contou-nos que em uma das noites acordara por ter batido violentamente com o braço na cabeceira do leito. Passados uns 10 dias, os movimentos anormais desapareceram durante o sono.

*Motilidade* quanto possível conservada, mesmo do lado doente. Marcha com hesitação, mas sem sinal algum de hemiplegia. Do lado direito nem contracções nem qualquer outra desordem motora.

*Reflexos* tendinosos normais à direita. É impossível obtê-los com nitidez do lado esquerdo. Não há sinais da via piramidal (Babinski, Oppenheim, etc.).

*Sensibilidade subjectiva.* O doente começou a sentir, quinze dias antes, uma dor bastante intensa no polegar esquerdo que irradiava para o antebraço. Essa dor persistia a quando da primeira observação. Oito dias mais tarde vinha por acessos bastante espaçados. Foi diminuindo de intensidade.

*Sensibilidade objectiva.* A dor à picada é normal à direita. À esquerda, há uma hiperestesia nítida. Não há hiperpatia: o doente reconhece a diferença do estímulo doloroso, consoante a picada é mais ou menos forte; a dor é localizada e não persiste após a cessação do estímulo.

Ao calor e ao frio, notámos diferenças da primeira para a segunda observação. A princípio acusava o frio como calor e incomodava-o mais do que este. Ao calor respondia que «não era tão quente».

Na segunda observação conseguia fazer a identificação do frio e calor, embora por vezes com algumas hesitações.

Ao tato havia diferença apreciável de um para outro lado. À direita sentia o pincel como um indivíduo normal; à esquerda tinha uma pronunciada sensação de cêcegas. Havia uma evidente hiperestesia tátil dêste lado.

Qualquer dos estímulos com que explorámos as três formas da sensibilidade superficial provocava uma recrudescência dos movimentos à esquerda.

*Sensibilidades profundas* normais de ambos os lados. Não havia ataxia. O doente reconhecia a posição exacta dos diversos segmentos dos membros, tanto à direita como à esquerda. De ambos os lados destrinchava as pressões mais fracas e mais fortes. Obedecia às ordens de comando com relativa facilidade; só não podia manter os membros ou segmentos dos membros esqueléticos na posição indicada.

*Órgãos de sentidos* normais.

Não havia alteração das *funções cerebelosas*. Não havia nistagmo.

*Estado psíquico.* Logo na primeira observação notámos um certo grau de euforia. O doente não ligava importância de maior às suas perturbações motoras. Propunha-se ir sozinho a um local muito freqüentado da cidade, a fim de aviar a receita que lhe demos, sem se lembrar de que, involuntariamente, podia molestar as pessoas que dêle se aproximassem. Este estado manteve-se.

*Medicação.* Prescrevemos-lhe a genoscopolamina, com que conseguiu atenuar o seu estado hipercinético. Três meses depois, o doente encontrava-se bastante melhorado. Os movimentos tomaram mesmo uma feição coreiforme.

#### COMENTÁRIO

Neste caso há a notar algumas particularidades:

- 1) As perturbações cinéticas, à esquerda, vieram independentemente de qualquer hemiplegia ou hemiparesia.
- 2) Durante os primeiros tempos continuavam durante o sono.
- 3) Do lado atingido (esquerdo) havia hiperestesia tátil e dolorosa. Era acompanhada de termoparestesia.
- 4) Do lado psíquico o doente mostrava despreocupação do seu estado mórbido, julgando-se válido como até aí. Esta euforia era acompanhada de viva animação na conversa em que abordava vários episódios da sua vida.
- 5) Notaram-se melhoras consideráveis. Fez uso da genoscopolamina.

A sintomatologia descrita aproxima-se da maioria dos casos, embora apresente algumas características próprias.

A dor inicial de que se apercebeu o doente é sintoma que não vimos anotado nas observações consultadas.

A hiperestesia tem sido assinalada em observações de outros autores.

Também encontramos descrita, em outros casos, a conservação dos movimentos hipercinéticos durante a noite nos primeiros dias do seu aparecimento.

As perturbações psíquicas observadas por outros autores são, em geral, mais intensas e têm características diversas da euforia notada no nosso doente (casos de Jakob, de Purdon Martin, etc.).

O prognóstico destes casos é considerado como grave, o que nos parece exagerado. Êste doente melhorou bastante dos seus movimentos e a sua vida não parece perigar.

Não teve, nem apareceram até hoje, sintomas paréticos.

O hemibalismo pode ser transitório. Num caso que nos foi cedido pelo Dr. Luís Pacheco, e que tivemos ocasião de observar (6 de Junho de 1931), vimos desaparecer a agitação hemibálica ao fim de pouco mais de um mês.

## OBSERVAÇÃO II

Mulher de 66 anos. Estado geral mau.

*Anamnese.* A doente sempre foi atreita a cefaleias. Últimamente aumentaram de intensidade. Também, por vezes, tinha tonturas. Três meses antes da doença actual, manifestou perturbações mentais. Amnésias intensas. Dava respostas disparatadas às perguntas que lhe eram dirigidas ou mantinha-se em mutismo. Insónia. Informa a família que caía por vezes. De dia apresentava-se frequentemente sonolenta. Êste estado durou dois meses. Melhorou em seguida, tendo estado regularmente durante o mês anterior ao início da doença que a trouxe à consulta.

*Estado geral.* Artériosclerótica. Refôrço do segundo som aórtico. O sinal das carótidas é positivo, sendo mais acentuado à esquerda. Á palpação nota-se a artéria dura e espessa, especialmente na porção superior. Tensão arterial: Máx. 19 e Mín. 11, ao Pachon.

*Doença actual.* Em começo de Maio último começou a sentir alguns movimentos involuntários pouco extensos no membro superior direito, especialmente nos dedos da mão. Ao mesmo tempo sensação de formigueiro no braço e perna direitos. Pouco a pouco êsses movimentos foram-se intensificando. Ao fim de 8 a 10 dias tornaram-se muito amplos, e no momento em que a observámos, deslocava o braço em várias direcções, projectando-o com violência numa gesticulação desordenada e intensa. Estes movimentos persistiam, a princípio, durante a noite.

A perna direita, no começo sossegada, começou, 4 ou 5 dias depois do início da doença, a acompanhar a hipercinésia do membro superior. Surpreendemo-la nessa fase; mas nunca os seus movimentos foram tão intensos como no braço direito. Por vezes, a cabeça também fazia alguns movimentos.

Quando a examinámos acusava uma picada no pé direito, que desapareceu passados dias.

A observação neurológica nada revelou de importante.

*Motilidade* normal, à parte os movimentos observados. Conseguia caminhar, mas receava sempre desequilibrar-se e cair, motivo porque andava sempre apoiada.

*Reflexos* tendinosos vivos e, tanto quanto era possível concluir do resultado da sua difícil observação, pareceram-nos iguais dos dois lados.

*Sensibilidades* superficiais. Subjectiva: parestesia do lado direito e dor no pé durante o periodo agudo da hipercinésia. Objectiva: não notámos alterações de um para o outro lado.

As sensibilidades profundas também nos pareceram normais.

*Nervos cranianos* normais, com excepção do VIII. A doente é um pouco surda.

*Funções cerebelosas* normais.

*Estado psiquico.* A doente apresentou-se um pouco obnubilada nas primeiras observações, mas melhorou rapidamente dêste estado.

*Análises:* urinas normais. Não lhe foi feita a punção lombar.

*Tratamento.* Demos-lhe genoscopolamina. Um mês depois do início da doença as melhoras são acentuadas. Em 22 de Junho havia ainda movimen-

tos involuntários, mas menos intensos e mais espaçados. Em 3 de Julho desapareceram quasi por completo estes pequenos movimentos. Restam-lhe apenas uma ou outra curta flexão involuntária dos dedos da mão, especialmente do polegar, e dos dedos do pé. Estes movimentos são espaçados e a doente não lhes liga a menor importância.

#### COMENTÁRIO

Da história desta doente destacaremos alguns aspectos que merecem ser postos em relêvo. Devemos notar que se trata de uma arterioesclerótica com sinal carotídico, sobretudo marcado à esquerda.

1) Perturbações psíquicas intensas sobrevindas três meses antes do aparecimento do hemibalismo.

2) Não houve icto inicial. O mal veio progressivamente, levando 10 dias a instalar-se. Não houve hemiplegia.

3) Durante os primeiros dias os movimentos mantiveram-se durante o sono.

4) Além da hipercinésia, a observação da doente apenas regista uma parestesia inicial à direita e uma sensação de picada no pé. Estes sintomas foram passageiros.

5) Cura quasi completa e bastante rápida. Tomou a genoscopulamina.

¿Em que relação estão, neste caso, as perturbações psíquicas do tipo confusional, bastante intensas, que antecederam de três meses o aparecimento do hemibalismo, com esta desordem motora? Houve entre as duas doenças um mês de acalmia. Da anamnese nada consta que assinala um passado mental da enferma.

Hesitamos em afirmar que exista correlação entre os dois estados mórbidos. A termos de invocar um processo idêntico para as duas manifestações mórbidas, poder-se-ia pensar em focos de amolecimento, em zonas diferentes, sobrevivendo sucessivamente. Mas a psicose arterioesclerótica não se apresenta com as características descritas. Infelizmente, a doente não foi observada na fase das suas perturbações psíquicas, e o que referimos, por informações, pode não corresponder exactamente ao que ela teve.

O que consta da descrição fornecida, e particularmente o desaparecimento completo do mal, fazem-nos supor que a doente foi atingida por uma psicose autotóxica de etiologia indeterminada.

As desordens motoras encontradas mostram que a região dos núcleos centrais foi evidentemente tocada. O tálamo, o corpo de Luys e talvez a substância negra foram, com toda a probabilidade, atingidos. E neste caso é quasi certo que a lesão deve estar ligada a um processo de amolecimento. Os movimentos não surgiram súbitamente; instalaram-se gradualmente, embora com certa rapidez.

¿Mas, sendo assim, como é que este hemibalismo tão intenso desapareceu quasi por completo e em prazo tão curto?

Sem pretendermos dar uma resposta precisa, pois sem autopsia não passaremos do campo das hipóteses, afigura-se-nos como mais provável que se tenha dado o restabelecimento da circulação dos órgãos affectados, de sorte a restituí-los, quasi por completo, às suas funções. Mas, neste caso, e tratando-se de uma alteração tão profunda, pode objectar-se que esses órgãos difficilmente podiam alcançar a sua reconstituição anatómica. Tudo isto joga com a complicada fisiologia dos núcleos centrais, assunto que reservamos para mais tarde.

Uma causa tóxica, focando uma região tão limitada, sem outra symptomatologia que acompanhasse as desordens motoras, parece-nos inadmissível.

As melhoras — quasi a cura — do hemibalismo nesta doente não constituem um caso único. Em geral, os movimentos hemibálicos, desde que aparecem, persistem até a morte; mas Déjérine observou também uma mulher de idade em que havia hemibalismo e que desapareceu quasi completamente (1).

#### IV

#### LESÕES NEOPLÁSICAS

As lesões que determinam o hemibalismo são quasi sempre de natureza vascular (hemorragia ou amolecimento). Há, porém, excepções e entre elas citaremos o caso de Bremme:

Mulher de 40 anos que, 14 dias após uma amputação do seio por carcinoma, foi atingida de *movimentos coreicos da metade*

---

(1) G. Déjérine. — *Sémiologie des affectations du système nerveux*. Paris. 1914. Pág. 187.

*direita do corpo* e dos dois lados do rosto, midríase do olho esquerdo, sudação com rubor da metade esquerda da face e nistagmo à direita. Mais tarde hipertensão craniana e morte.

O exame anatómico mostrou a existência de vários nódulos metastáticos no nervo acústico direito, no hemisfério cerebeloso correspondente e no pedúnculo cerebeloso superior direito, que estava completamente destruído. Além disto — e é o que particularmente nos interessa — havia uma metástase do tamanho de um caroço de cereja na região hipotalâmica.

Desta observação não se conclui que a destruição do corpo de Luys tenha sido a causa única das desordens observadas. Êste caso pode mesmo ser apresentado, acrescenta Bremme, como um argumento em favor da influência preponderante do pedúnculo cerebeloso superior e do hemisfério cerebeloso, na produção do hemibalismo observado.

É certo, porém, que também pode ser incriminada a região hipotalâmica e particularmente o corpo de Luys.

É caso similar o de Bonhœffer (carcinomatose secundária, com focos múltiplos, numa mulher de 55 anos). Também entra nesta categoria de hemibalismo provocado por neoplasia que vamos relatar.

### OBSERVAÇÃO III.

Mulher de 36 anos. Adoeceu em Janeiro de 1927 com febre (?), delírio, cefaleias, vômitos e muito sono. Esteve de cama durante 3 semanas, conservando-se sempre sonolenta. Não teve diplopia, nem movimentos involuntários de qualquer espécie.

Levantou-se e andou uns tempos a pé. Em Março voltou de novo para a cama com os mesmos sintomas. Passados dias, melhorou, mas apareceram-lhe ruídos nos ouvidos, mais à direita, e em seguida dos dois lados.

Em Agosto do mesmo ano, nova crise idêntica às anteriores, mas acrescentada de diplopia e diminuição da visão que se foi acentuando. Melhorou ainda desta vez. Desapareceu a diplopia; mas a diminuição da visão não retrocedeu. Em Janeiro de 1928 notou, pela primeira vez, movimentos desordenados involuntários nos membros direitos, primeiro no braço, depois na perna, que rapidamente aumentaram de intensidade (cêrca de duas semanas). Estes movimentos nunca mais desapareceram nem diminuíram. Por vezes a doente era acometida por crises fortes de cefaleia, vômitos e perda de consciência.

Queixava-se também de falta de firmeza nas pernas.

*Anamnese.* Não teve sífilis. Três anos antes teve uma doença uterina, que foi tratada pelos raios X (mioma ?).

*Estado geral regular,* no momento das primeiras observações.

Aparelhos cárdio-pulmonar e gastro-intestinal normais. Pulso regular. A face apresentava uma certa imobilidade do tipo parquinsónico.

*Motilidade.* A agitação dos membros do lado direito era a perturbação dominante. A doente executava movimentos involuntários de longas oscilações que tanto atingiam o braço como o antebraço e a mão. Eram extensos, bruscos, fazendo extensões e flexões, sem ritmo, desiguais, desordenados.

Quando pretendíamos dominá-los, segurando o braço, esboçavam-se movimentos de rotação do membro e notavam-se na mão flexões e extensões dos dedos que recordavam os movimentos coreicos.

No membro inferior do mesmo lado observavam-se hipercinésias similares. A coxa executava movimentos largos de extensão e flexão sobre a bacia. A perna também se agitava em flexões e extensões sobre a coxa. Quando segurávamos esta, notavam-se no pé movimentos de rotação, flexão e extensão, de tipo coreico.

No tronco, pescoço e cabeça, bem como nos membros do lado oposto, não se notavam movimentos anormais.

A força segmentar estava conservada de ambos os lados.

A marcha, a-pesar-das desordens motoras acima descritas, fazia-se com uma certa facilidade.

*Reflexos* tendinosos — radiais e tricipitais, normais de ambos os lados; rotulianos e aquilianos, normais e iguais.

Reflexos cutâneos, normais de ambos os lados. Os plantares, em flexão. Não havia sinais da via piramidal.

*Sensibilidades* subjectivas: além das cefaleias não acusava outras dores ou parestesias. Sensibilidades superficiais: tátil, dolorosa e térmica, normais. Sensibilidade óssea, normal. Sensibilidades profundas: sentido das atitudes e sentido muscular, normais.

*Órgãos dos sentidos:*

I. — Anosmia à esquerda e disosmia à direita.

II. — Estase papilar dos dois olhos. Visão do olho direito  $1/3$ , do olho esquerdo  $1/20$  (Professor Gama Pinto).

Hemianopsia nasal no olho esquerdo.

III, IV e VI. — Todos os movimentos dos músculos extrínsecos normais. Movimentos associados normais. Pupilas iguais, reagindo à luz, acomodação e convergência.

V. — Reflexos córneos normais. Sensibilidade da face normal dos dois lados.

VII. — Paresia facial à direita. Nota-se uma assimetria da face, no repouso. A commissura labial está descaída à direita. Entretanto, quando contrai os músculos da face, a assimetria desaparece.

VIII. — Não notámos, no momento das nossas observações, nada de anormal.

Todos os demais nervos cranianos, normais.

*Funções cerebelosas*, normais.

*Funções psíquicas*, normais.

*Análises*: urinas normais.

Líquido céfalo-raquídeo: tensão aumentada, albumina ligeiramente au-

# STAPHYLASE do D<sup>r</sup> DOYEN

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

Tratamento especifico das Infecções Staphylococcicas :  
**ACNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ, etc.**

# MYCOLYSINE do D<sup>r</sup> DOYEN

*Solução colloidal phagogenia polyvalente.*

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

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

AMOSTRAS e LITTERATURA : **SALINAS**, Rua daPalma, 240-246 — LISBOA

ASSOCIAÇÃO DIGITALINE-OUABAINÉ

# DIGIBAINÉ

Substitue vantajosamente  
a digital e a digitalina no tra-  
tamento de todas as formas de  
insuficiência cardíaca

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

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:  
**GIMENEZ-SALINAS & C<sup>a</sup>**  
RUA DA PALMA, 240-246 — LISBOA

LISBOA - MÉDICA

*Nas crises cardiovasculares  
e respiratorias a*

# **Coramina „Ciba“**

*(dietilamina do ácido piridino-beta-carbónico)*

**ocupa o primeiro lugar entre os  
ANALEPTICOS**

*Reúne em si todas as proprie-  
dades da cânfora sem apresentar  
nenhum dos inconvenientes dos  
antigos preparados canforados.*

#### **SUAS 4 PRINCIPAES VANTAGENS:**

*É facilmente soluvel em agua, logo,  
reabsorção rápida.*

*Efeitos clinicos seguros, intensos e persi-  
stentes.*

*Dosagem exacta e administração tanto  
por via hipodermica e endovenosa  
como tambem por via interna.*

*Toxidez mínima e perfeita tolerancia.*



Amostras e literatura:

**CATULLO GADDA, RUA DA MADALENA 128, LISBOA**  
unico representante dos Productos "CIBA" em Portugal.

mentada, Pandy + — — —, benjoim 00000, 22222, 00000,0 (17 de Outubro de 1928).

Radiografia simples: destruição das apófises clinóides posteriores. Alguns pontos opacos sôbre a sela turca.

Fez-se-lhe a prova encefalográfica. Tumor à altura do lobo temporal, visível à esquerda pela sua circulação (meningoblastoma) e forte deslocação do grupo sílvico para cima.

A prova à esquerda foi realizada sob anestesia geral. A doente experimentou um certo choque. As suas respostas foram difíceis no próprio dia da prova e no imediato, tendo voltado, porém, rapidamente ao seu estado normal. Ligeira hemiparesia direita que durou três dias.

Os movimentos involuntários dos membros direitos desapareceram, quasi por completo, durante os dias que se seguiram à injeção intracarotídia, mas voltaram de novo, pouco a pouco, até atingirem a intensidade anterior.

#### COMENTÁRIO

Esta doente, que veio a ser operada, tinha, como fôra diagnosticado pela prova encefalográfica, um enorme meningoblastoma da grande asa do esfenóide (1) à esquerda, exercendo uma forte pressão sôbre a região hipotalâmica do mesmo lado.

O exame histológico do corpo de Luys e da substância negra dos dois lados não mostra alterações apreciáveis em que possamos apoiar-nos para justificar o hemibalismo da doente. As micrografias das preparações (figs. 1, 2, 3 e 4) obtidas pelo chefe do Laboratório de Anatomia Patológica do nosso Serviço, Dr. Almeida Dias, mostram o aspecto normal das células luybianas e da pigmentação da substância negra, igual dos dois lados.

#### V

#### SINDROMA LUYSIANO

Kleist e C. e O. Vogt atribuíram ao corpo de Luys um importante papel como regulador dos movimentos. As sucessivas averiguações anátomo-clínicas vieram dar razão a estes autores e mostrar a importância dêste núcleo no equilíbrio cinético dos membros. Tem-se, por isso, pretendido isolar um síndrome luyiano.

(1) Egas Moniz. — *Diagnostic des tumeurs cérébrales et épreuve de l'encephalographie artérielle*. Paris, Masson & C.<sup>e</sup>. 1931. Págs. 325 e seguintes.

Não se conhecem completamente as conexões anatómicas do corpo de Luys. Êste tem forma lenticular biconvexa, dirigida oblìquamente. Ê fácil encontrá-lo em cortes frontais, horizontais e sagitais do diencéfalo. A sua face superior, convexa, está separada do tálamo óptico pelo fascículo de Forel (campo de Forel de Déjérine e dos autores ingleses). A face inferior, igualmente

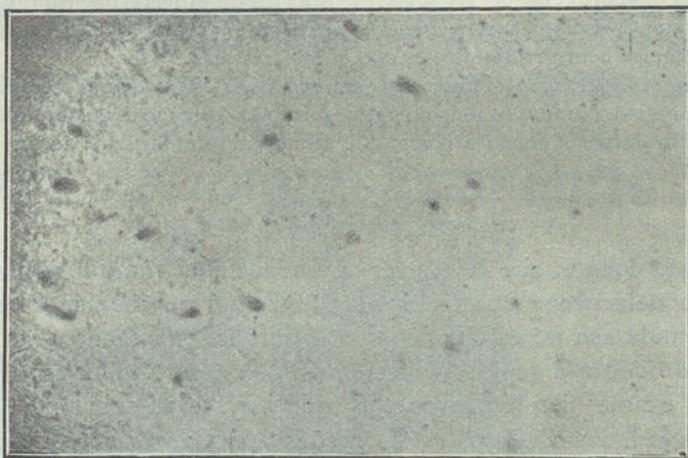


Fig. 1 — Corpo de Luys à direita. Normal

Fixação de formol. Cresil-violeta. Microfotografia Zeiss apocr. 20, homal 3.

convexa está em relação, dentro com o *locus niger*, fora com a porção hipotalâmica da cápsula interna.

Foix e Nicolesco descrevem as seguintes conexões do corpo de Luys:

- 1) Fibras partindo das grandes células do *globus pallidus* e do *putamen* para o seu lado antero-externo.
- 2) Fibras vindas pelo fascículo de Forel, também originárias do *pallidum*, para a sua parte dorsal.
- 3) Fibras mais clara provindo do vértice do *globus pallidus* para o seu bordo súpero-externo.

Dejerine, Jakob e C. e O. Vogt admitem a existência de fibras especiais que ligam o corpo de Luys ao tálamo e, principalmente, ao seu núcleo ventro-mediano.

São discutidas as conexões do corpo de Luys com o núcleo vermelho; mas alguns autores consideram-nas muito prováveis.

Admite-se como certa a existência de fibras comissurais pondo em relação os dois corpos de Luys.

Embora faltem razões anátomo-patológicas concludentes, julgamos muito prováveis as conexões do corpo de Luys com o córtex cerebral motor (área primária ou áreas secundárias). É certo que as lesões destrutivas da frontal ascendente não produzem

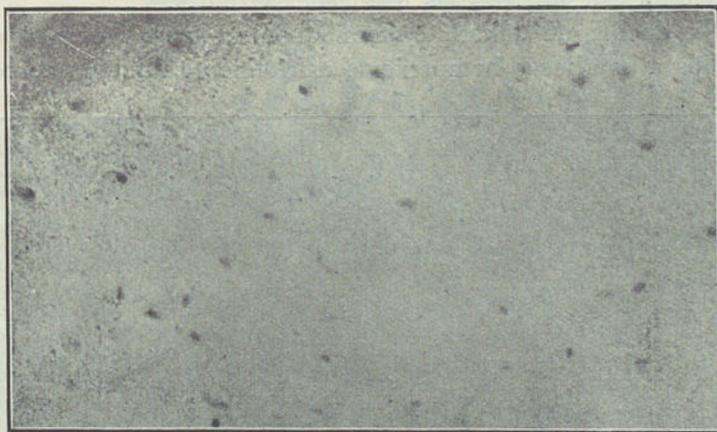


Fig. 2 — Corpo de Luys à esquerda. Normal.

Fixação de formol. Cresil-Violeta. Microfotografia Zeiss apoc. 20, homal 3.

alterações muito apreciáveis deste úcleo. Não nos parece, porém, que isso invalide a nossa suposição.

As conexões podem, ser directas ou indirectas. Neste campo há ainda muitos pontos obscuros a esclarecer.

As ligações do córtex motor com o tálamo são indiscutíveis (Vogt). Além destas, parece haver outras directas para o *striatum* e *pallidum* (Spatz). Pelas conexões tálamo-luysianas e pálido-luysianas pode estabelecer-se a ligação córtico-luysiana.

A destruição do *globus pallidus* implica uma degenerescência muito acentuada do corpo de Luys.

Os trabalhos experimentais no animal, sempre difíceis pela profundidade a que está colocado o corpo de Luys e núcleos próximos, não são de molde a dar solução plena ao problema, até por falta de correspondência segura entre o cérebro do animal e o do homem.

São os factos anátomo-clínicos que hão de derimir os proble-

mos que se suscitam, não só em tórno do hemibalismo, mas de todas as hipercinésias de origem cerebral. Voltaremos ao assunto.

Por agora, resumiremos algumas das observações mais importantes de hemibalismo. Entre as primeiras destacaremos aquelas em que as lesões estão apenas localizadas ao corpo de Luys ou a êste núcleo e às formações vizinhas.

Na doente de Jakob, o hemibalismo surgiu à esquerda em seguida a uma lesão hemorrágica estritamente limitada ao corpo

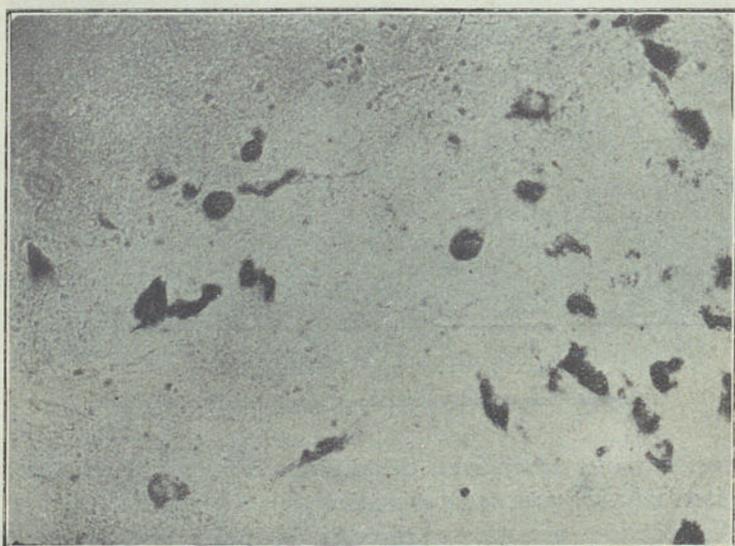


Fig. 3 -- Substância negra à esquerda. Normal.

Fixação de formol. Cresil-Violeta. Microfotografia Zeiss apoc. 20, homal 3.

de Luys, à direita. A época em que esta se produziu coincidiu exactamente com a eclosão da sintomatologia hipercinética.

Muito típico é também o caso de Purdon Martin, que muito se aproxima do de Jakob. Numa mulher de 62 anos com hemibalismo à direita verificou-se na autópsia a existência de uma hemorragia destruindo o corpo de Luys do lado esquerdo, isto é, do lado oposto ao das perturbações motoras. O foco era bastante localizado.

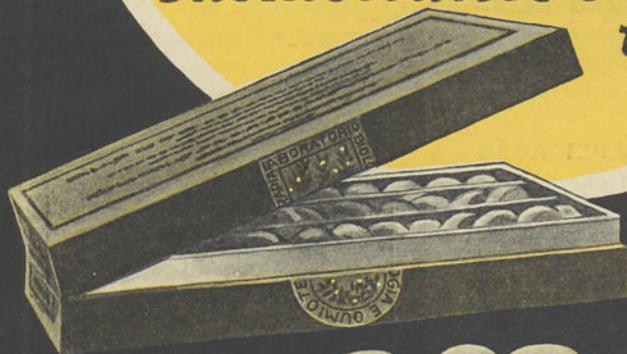
Nenhum outro caso, porém, se apresenta com a nitidez destes dois.

# Pulmác

*Seiscas-Palma*

**O PULMÁC,**

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



**TUBERCULOSE  
EM GERAL**



*Doenças  
do aparelho  
respiratório:  
Raquitismo.  
Gravidez. Remineralização.  
Osteomalácia. Amamentação.*

# PULMAC

DR. SEIXAS-PALMA

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

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

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

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

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

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

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

DEPOSITARIOS GERAES:

VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, LDA.

Rua da Prata, 237. 1.º — Lisboa

No caso de Lewandowsky e Stadelmann, num homem de 64 anos, a hemorragia atingiu o tálamo, a cápsula interna, o campo de Forel e o corpo de Luys.

No de Campora (mulher de 70 anos), a hemorragia produziu-se em toda a região hipotalâmica direita.

Economou notou, em um caso de hemibalismo que, além do corpo de Luys, estavam atingidos a substância negra e o tálamo.

Fischer observou, em um seu doente, que o tálamo estava



Fig. 4 — Substância negra à direita. normal.

Fixação de formol. Cresil-violeta. Microfotografia Zeiss apoc. 2', homal 3.

tocado e a substância negra deformada por um foco hemorrágico da vizinhança.

No doente de Brostroem-Spatz, com hemibalismo do lado direito, encontrou-se destruído o corpo de Luys do lado esquerdo; mas existiam outros focos de amolecimento.

O mesmo acontece nas observações de Pette, Greiff, Kleist-Bremme e Bouhœffer, em que, além do corpo de Luys, outras formações apareceram igualmente tocadas.

Devemos notar que o corpo de Luys tem uma vascularização muito rica, fornecida principalmente pela artéria cerebral posterior e também pela coroideia anterior.

No nosso primeiro doente, tudo faz crer que foi uma hemorragia que provocou o síndrome hemibálico observado. A marcha rápida da instalação do síndrome e o estado geral do doente tornam esta hipótese muito provável. Não ficou, porém, a lesão limitada ao corpo de Luys. O tálamo, pelo menos, foi tocado atendendo às perturbações de sensibilidade observadas.

Na segunda observação, a causa deve também estar dependente de perturbações vasculares. O aparecimento um pouco mais moroso do hemibalismo e o haver sintomas nítidos de arteriosclerose levam-nos a crer que se trate de um foco de amolecimento.

Na terceira doente, o hemibalismo foi devido a uma compressão da região talâmica e hipotalâmica. A falta de lesões do corpo de Luys e da substância negra parece estar em desacôrdo com aqueles que defendem a existência dum síndrome luisiano extreme. Mas as perturbações circulatórias, determinadas pela compressão *in loco*, mesmo sem produzir lesões celulares graves, facilmente verificáveis, podiam alterar o seu funcionamento e provocar as desordens que são atribuídas ao corpo de Luys e formações próximas.

O problema da localização do hemibalismo está longe de estar inteiramente resolvido, a-pesar-da pureza dos casos de Jakob e de Martin. Em todos os demais — e pouco numerosos são — em que houve autópsia, outras lesões foram encontradas nas formações próximas (tálamo, *globus pallidus*, *locus niger*, etc.).

Para Lotmar, a questão apresenta-se ainda sôbre um outro aspecto. ¿ Tratar-se-á de um fenómeno de destruição ou de excitação dêste ou dêstes núcleos? Lotmar inclina-se mais para a hipótese de um fenómeno de destruição, com o que estamos inteiramente de acôrdo.

O corpo de Luys (observações de Jakob e Martin) tem inegavelmente uma importância capital na produção das desordens motoras que caracterizam o hemibalismo.

O corpo de Luys, como outros núcleos centrais, o *globus pallidus*, o *locus niger*, o *striatum*, o *talamus*, o núcleo vermelho e o núcleo dentado do cerebelo, são centros reguladores da motilidade.

Todos estes núcleos têm provavelmente conexões indirectas ou directas entre si e com a zona motora cortical. A maior parte



destas conexões deve fazer-se através do tálamo, onde vêm concentrar-se as fibras corticais das regiões sensitiva e motora. Pelo pendúnculo cerebeloso superior devem estabelecer-se ligações com o núcleo dentado, ultimamente pôsto em relêvo como órgão importante da regulação cinética (Jakob).

## VI

## AS HIPERCINÉSIAS E OS NÚCLEOS CENTRAIS

Se apreciarmos no seu conjunto o problema das hipercinésias nas suas relações com as lesões dos núcleos centrais, podemos localizar algumas delas. Assim, os movimentos parquinsónicos parecem estar especialmente dependentes das lesões do pálido e da substância negra. Jakob incrimina o *striatum*. Vogt atribue mais particularmente a hipertonia a lesões do pálido e ao desaparecimento das grandes células do *striatum*. As lesões do tálamo podem provocar tremores do tipo parquinsónico, mas não determinam a hipertonia.

A coreia crónica de Huntington parece depender da destruição das pequenas células do *striatum*. Na coreia de Sydenham também se nota predilecção por estes elementos celulares, ao passo que nas coreias agudas infecciosas, embora dependentes de lesões do mesmo núcleo, não têm sido notadas alterações das pequenas células.

Ao lado destas coreias há outras observadas em autópsias com lesões focais encontradas nos pendúnculos cerebelosos superiores, núcleo vermelho, corpo de Luys e tálamo. Em alguns casos de tumores do lobo frontal (compressão?), também se têm observado tremores dêste tipo (Förster).

Os movimentos da atetose idiopática estão dependentes das lesões do *striatum*.

Algumas mioclonias dependem também do *striatum* e do *dentatum*; mas nas mioclonias encontradas na encefalite epidémica, as lesões, embora bastante difusas, não atingem, em geral, o núcleo dentado (1).

---

(1) Há mioclonias e paramioclonias que são de origem medular ou periféricas (miopatias mioclónicas). Outras se conhecem de origem cortical. Numa

Ao hemibalismo, e às lesões dos órgãos hipotalâmicos que podem determiná-lo, já nos referimos acima.

Apreciemos agora as hipercinésias no seu conjunto.

Os núcleos centrais a que são atribuídas diferentes hipercinésias, com a provável especificação que acabamos de indicar, estão interdependentes por conexões que precisam de ser melhor determinadas. Estamos convencidos de que os núcleos centrais e o *dentatum* formam, com a zona motora cortical, um sistema complexo, produtor e orientador dos movimentos. Dêle deriva também em grande parte, pelo menos, o tono muscular.

A região motora cortical não é apenas constituída pela frontal ascendente; mas também pelas áreas frontais secundárias subjacentes.

Förster, Payr, Runge, Leroy, destruíram a zona motora em casos de coreia de Huntington e nem assim viram desaparecer os movimentos anormais. Não nos parece a prova concludente; pelo contrário, vem em apoio da concepção de uma zona motora mais extensa do que geralmente se supõe. Destruída também a parte posterior do lobo frontal, é muito provável que desaparecessem os movimentos coreicos.

Da conjugação dos núcleos centrais e da zona motora deriva o equilíbrio cinético normal. Quando a sua interdependência está perturbada, quando os núcleos centrais reguladores estão lesados e se mantém intacta a região motora, surge a desordem cinética.

Desconhecemos ainda quais as conexões diferenciadas dos núcleos centrais com as diversas áreas motoras primária e secundárias; ignoramos qual a importância das segundas no complexo da motilidade; mas estamos em crer que a chave do problema deve estar no esclarecimento da relação destes diversos organismos nucleares com a zona cortical motora, considerada esta com a latitude que acabamos de indicar.

---

nossa doente com tubérculos cerebrais, um dêles afectando a zona cortical de um dos lados, existiam movimentos do tipo mioclónico da mão direita (lado oposto) atingindo os últimos três dedos e punho, com intervenção da parte externa do extensor comum e do flexor profundo dos dedos. Não havia lesões nucleares. Um processo irritativo da zona cortical devia ser a causa desta desordem motora. (Egas Moniz. — «Mioclonias de origem cortical». *Lisboa Médica*. Pág. 53, 1927).

LISBOA MÉDICA

# 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 Colômas:

**Pestana, Branco & Fernandes, Limitada**  
Rua dos Sapateiros, 39, 1.<sup>o</sup> 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

PARIS (8<sup>o</sup>)

**GRIPPE**

**RACHITISMO**

# FORXOL BAILLY

ASSOCIAÇÃO SYNERGICA. ORGANO-MINERAL  
sob a forma concentrada dos principios medicamentosos mais eficazes

**FERRO, MANGANEZ, CALCIUM**

em combinação nucleica, hexoso-hexaphosphorica e monomethylarsinica vitaminada

ADYNAMIA DOS CONVALESCENTES  
ESTADOS AGUDOS DE DEPRESSAO E ESTAFAMENTO  
ASTHENIA CHRONICA DOS ADULTOS  
PERTURBAÇÕES DO CRESCIMENTO  
FRAQUEZA GERAL, ANEMIA E NEUROSES

LIQUIDO

AGRÁDAVEL toma-se no meio das refeicoes, n'agua, no vinho ou outro liquido (excepto o leite)

Laboratorios A BAILLY, 15 et 17 Rue de Rome PARIS 8<sup>o</sup>)

# 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.

Citaremos duas observações pessoais a êste propósito:

1) Fazendo injeções de iodeto de sódio intracarotídias, em parquinsónicos, verificámos que, em muitos casos, deminuíam, por momentos, os movimentos do lado oposto e em seguida do mesmo lado (1).

A irrigação iodetada é particularmente intensa na região motora cortical, isto é, na frontal ascendente e nas áreas frontais anteriores. A provável inibição destas regiões provoca o desaparecimento dos movimentos. Estes não são portanto determinados pelos centros da base que são apenas elementos de frenação e regulação dêsses movimentos.

2) Recordemos o facto citado na observação III. A doente tinha hemibalismo à direita. A injeção intracarotídia, dada à esquerda, determinou o desaparecimento quasi completo dessas perturbações hipercinéticas durante três dias. Ao mesmo tempo houve uma certa reacção cortical. A doente respondeu com certa dificuldade no dia da injeção e no imediato, e apresentou hemiparesia ligeira à direita. Isto é, a zona da afasia sofreu abalo idêntico ao que experimentou a zona motora primária e as áreas secundárias motoras adjacentes, por um provável processo espasmódico arterial.

Esta deminuição das funções motoras corticais, à esquerda, é que, em nosso entender, determinou o desaparecimento das contracções hemibálicas.

## VII

### A CIRCULAÇÃO DOS NÚCLEOS CENTRAIS

Uma objecção pode fazer-se a esta interpretação, fundada em que o soluto iodado também atinge os núcleos centrais, visto serem em grande parte irrigados pelo grupo sílvico e pela cere-

---

(1) Em alguns casos pareceu-nos terem desaparecido primeiro do mesmo lado e em seguida do lado oposto. Sôbre a interpretação dêste facto, não nos demoraremos neste momento. Consulte-se «Egas Moniz et Almeida Lima. — Les accès épileptiques déterminés par l'injection d'iodure de sodium présent souvent un aspect jacksonien homolatéral». *Soc. Port. de Biol.* Séance du 5 Février 1928.

bral anterior, isto é, por artérias derivadas da carótida interna injectada. Dos dois sistemas arteriais mais importantes saídos da corótida interna, o grupo silvico é mais invadido pelo iodeto de sódio do que a cerebral anterior, quando a prova encefalográfica se faz — como succedeu neste caso — com hemóstase transitória. E tanto assim é que a arteriografia cerebral à esquerda não mostra a visibilidade da cerebral anterior (1). Isto não quer dizer que a cerebral anterior não receba também iodeto; sòmente a percentagem baixa nesta artéria por causa do afluxo do sangue do outro hemisfério pela comunicante anterior.

No caso particular do hemibalismo, se dermos importância primordial ao corpo de Luys, é bom recordar que êle é irrigado pela cerebral posterior e por alguns ramos da artéria coroideia. Esta artéria provém, como se sabe, da carótida interna, recebendo, por isso, o soluto iodetado. A cerebral posterior, que dá ao corpo de Luys a irrigação mais importante, é o ramo terminal do tronco basilar e por isso não é atingida pelo soluto opaco.

Só em casos excepcionais, por anomalia, a cerebral posterior provém da carótida interna (2). Vê-se nas arteriografias. Nesta doente, porém não existe tal anomalia.

Em resumo: o corpo de Luys só recebeu neste caso uma pequena porção do líquido iodetado pelos ramos da coroideia anterior que também o irriga.

Antes de tirarmos quaisquer conclusões sôbre a possível acção do iodeto de sódio sôbre êste núcleo hipotalâmico, encaremos o problema no seu conjunto, entrando em linha de conta com a circulação das principais formações cinzentas da base, cuja interferência na produção desta hiper cinésia não pode ser completamente eliminada.

O tálamo recebe a sua circulação mais importante da cerebral posterior, embora também receba alguma circulação da silvica (pedículo lenticulo óptico) e da coroideia anterior.

O *striatum* é irrigado pela silvica, coroideia anterior e cerebral anterior, isto é, tem uma circulação carotídica.

---

(1) Egas Moniz. — *Diagnostic des tumeurs cérébrales et épreuve de l'encéphalographie artérielle* Pág. 328, Paris, 1391.

(2) Egas Moniz. — *Loc. cit.* Pág. 286.

Os ramos arteriais destinados ao *putamen* também derivam da sílvica.

O *globus pallidus* recebe a sua irrigação arterial da coroideia anterior.

Isto é, o soluto de iodeto de sódio, atingindo mais ou menos os núcleos centrais, devia determinar, num ou outro caso, reacções motoras correspondentes à sua função — *se esta fôsse autónoma e activa* — o que nunca verificámos em cêrca de 350 injeções intracarotídiás que temos feito.

De tudo o que acabamos de expor deduzimos que o córtex superintende em todas as hipercinésias, e como êle é a porção cerebral mais irrigada pelo soluto iodetado, os movimentos anormais desaparecem quando a zona motora cortical é atingida no seu conjunto.

Podemos inferir dos dois factos citados, de inegável importância fisiológica, que os núcleos centrais são apenas *órgãos reguladores dos movimentos*. As hipercinésias desaparecem logo que estejam destruídas, ou impossibilitadas transitòriamente de funcionar, as zonas motoras primárias e secundárias. Para que os movimentos existam, ordenados ou desordenados, é indispensável que a região motora se mantenha íntegra.

De toda esta exposição podemos tirar algumas:

## VIII

### CONCLUSÕES

1) O hemibalismo aparece muitas vezes independentemente de qualquer hemiplegia ou hemiparesia.

2) É, em geral, determinado por perturbações circulatórias: hemorragias e amolecimentos da região hipotalâmica.

3) O seu prognóstico não é tão grave como se tem afirmado. Os doentes podem sobreviver por bastante tempo.

4) Há casos de cura espontânea de hemibalismo (nosso segundo caso, caso de Déjérine) e de melhoras muito apreciáveis (nosso primeiro caso).

5) A compressão por tumor da região hipotalâmica pode determinar o hemibalismo, mesmo sem que o corpo de Luys e subs-

tância negra tenham sofrido lesões anátomo-patológicas facilmente apreciáveis (1).

6) Depois das observações de Jakob e Martin, não pode pôr-se em dúvida a importância do corpo de Luys na produção do hemibalismo.

7) O sistema motor cortical, constituído pela frontal ascendente e pelas áreas secundárias, deve ter conexões directas ou indirectas com o tálamo, *striatum*, *pallidum*, corpo de Luys, *locus niger* e *dentatum*.

8) Logo que os centros corticais motores ou as fibras que os põem em contacto com os núcleos centrais estejam destruídos, não podem produzir-se hipércinésias.

9) A acção da genoscopulamina parece ser benéfica nos casos de hemibalismo.

## RÉSUMÉ

L'A. préfère la désignation d'hémiballisme à celle d'hémichorée; il la trouve plus précise. L'hémiballisme est caractérisé par de grandes oscillations des membres de l'un des côtés, oscillations qui ne ressemblent pas aux mouvements choréïques.

L'A. décrit trois observations d'hémiballisme. Dans le *premier cas*, il s'agit d'un officier de 59 ans qui a présenté subitement de forts troubles hypercinétiques dans le bras gauche, puis dans la jambe du même côté, avec grands déplacements en flexion, extension et rotation des deux membres. Pas d'hémiplégie. Douleur dans le pouce de la main gauche irradiant vers l'avant-bras. Au toucher, piqûre et température, grande hyperesthésie du côté malade avec erreurs d'interprétation.

L'A. a attribué ces symptômes à une probable hémorragie hypothalamique. Le thalamus, le corps de Luys et probablement le *locus niger* doivent avoir été atteints. Le malade est assez amélioré par l'usage de la génoscopulamine.

Dans le *second cas*, l'hémiballisme s'est installé, peu à peu, dans un délai de 8 à 10 jours. La malade, de 62 ans, avait eu

---

(1) A nossa conclusão a este propósito não pode ser categórica, pois não foram feitos cortes em série do corpo de Luys e substância negra.

trois mois auparavant des troubles du type confusion mentale qui ont entièrement disparu. Ils ont duré deux mois. La malade avait une artériosclérose avec le signe de la carotide plus accentué à droite. Elle avait noté, au début, de petits mouvements dans le bras droit. Ces mouvements ont progressé, causant de forts déplacements du bras. Puis la jambe a fait des mouvements semblables, bien qu'avec moins d'intensité. Tout cela a duré deux semaines. L'A. attribue ces troubles à un ramollissement hypothalamique. Il lui a fait prendre de la génoscopulamine. Les troubles moteurs ont diminué et une guérison inespérée et presque complète s'est produite un mois après environ. L'A. attribue cette guérison moins à l'action du médicament qu'à l'évolution de la maladie. Déjérine cite aussi un cas de cure semblable chez une femme âgée.

Dans le *troisième cas*, il s'agit d'une malade de 36 ans, chez qui l'hémiballisme est survenu à droite pendant l'évolution d'une très grosse tumeur (méningoblastome) de l'aile du sphénoïde gauche exerçant une très forte pression sur la région hypothalamique. L'examen histopathologique n'a pas montré de lésions importantes des cellules du corps de Luys ou de celles du *locus niger* ou même de leur pigmentation (figs. 1, 2, 3 et 4).

L'A. examine le problème du siège des lésions qui déterminent l'hémiballisme. Il présente un résumé des cas étudiés jusqu'ici avec autopsie. Les observations de Jakob et de Martin sont, à son avis, très concluantes. L'atteinte du corps de Luys peut déterminer, à elle seule, l'hémiballisme. Les formations voisines, surtout le *locus niger*, suffiront-elles à déterminer l'hémiballisme? Cela semble moins probable; cependant le *locus niger* est très souvent atteint.

Considérant le problème général des hypercinésies liées aux noyaux centraux et au *dentatum*, l'A. attache une grande importance aux connexions de ces formations entre elles et surtout avec la zone motrice du cortex.

Cette zone est, pour l'A., non seulement la frontale ascendante, mais encore les aires frontales secondaires (Vogt) également liées à la fonction motrice, bien qu'on ne connaisse pas, d'une façon précise, les modalités de leur fonction. La région motrice et les noyaux centraux constituent un ensemble interdépendant qui préside à la motilité. Le stimulus cortical est réglé

par ces noyaux. Quand ceux-ci sont atteints et le cortex est intact, les désordres surviennent. Lorsque le cortex moteur (aires primaire et secondaires) est détruit ou cesse momentanément de fonctionner, les troubles moteurs des malades (hémiballisme, tremblements parkinsoniens, etc.), disparaissent. L'A. s'appuie à ce propos sur deux faits physiologiques de son observation :

1) En faisant des injections intracarotidiennes d'iodure de sodium à 20 % chez des parkinsoniens, on observe souvent la disparition passagère des mouvements d'abord, en général, du côté opposé, puis des deux côtés. Les mouvements disparaissent seulement pendant qu'on injecte. Comme la région corticale irriguée par les branches de la carotide interne est la plus atteinte, l'A. pense que l'interruption fonctionnelle transitoire du cortex supprime temporairement les liaisons avec le *pallidum* et les autres noyaux centraux et amène, comme conséquence, la disparition des mouvements anormaux.

2) Chez la malade de l'observation III, l'épreuve encéphalographique à gauche, du côté de la tumeur, a fait disparaître presque complètement les troubles hypercinétiques à droite, pendant trois jours. En même temps, on a observé des troubles aphasiques et une hémiparésie droite, ce qui démontre que la zone d'aphasie, la zone motrice primaire et, les aires secondaires frontales ont été atteintes et ont souffert une réaction transitoire par l'action de l'iodure de sodium. Après trois jours les mouvements ont reparu, d'abord faibles, ensuite forts. L'aphasie et l'hémiparésie ont disparu.

L'A. s'appuie sur ces faits pour déduire que les hypercinésies sont toujours en relation avec la zone corticale motrice. Des connexions très importantes doivent exister entre les noyaux centraux et cette zone.

L'A. présente les conclusions suivantes :

- 1) L'hémiballisme existe souvent sans hémiparésie;
- 2) Il est, en général, déterminé par des hémorragies ou ramollissements de la région hypothalamique;
- 3) Le pronostic n'est pas toujours grave; les malades peuvent survivre longtemps;
- 4) Il y a même des cas de guérison (II observation de l'auteur et cas de Déjérine) et d'autres à améliorations remarquables (I observation);

5) Les tumeurs peuvent aussi déterminer l'hémiballisme, soit directement par invasion de la région hypothalamique, soit par compression (III observation);

6) L'atteinte du corps de Luys détermine l'hémiballisme (cas de Jakob et de Martin);

7) Il y a des connexions importantes entre les noyaux centraux et les aires motrices primaire et secondaire;

8) Lorsque les centres corticaux primaires et secondaires ou leurs connexions avec les noyaux centraux sont atteints, les hypercinésies ne peuvent pas se produire, même s'il y a des lésions de ces centres;

9) La génoscopulamine a une action bienfaisante sur les troubles moteurs de l'hémiballisme.

# NOTAS CLÍNICAS

## TIROIDEIA E TENSÃO ARTERIAL

(Revista critica)

POR

DIOGO FURTADO

Um dos pontos que mais estudados têm sido em endocrinologia é, sem dúvida, o das relações entre a tiroideia e a tensão arterial.

Existe, ao que se deduz da maioria das publicações dos fisiologistas, por um lado, e dos clínicos, por outro, uma contradição evidente entre a acção experimental do extracto tiroideu e o que sucede nos distiroidismos humanos. Esta contradição tem servido, mesmo, de argumento a alguns autores (Garnier e outros) que pretendem que os syndromas geralmente admitidos como de hipertiroidismo não correspondam na realidade a uma hiperfunção da glândula.

Queremos, porém, desde já, acentuar que nem todas as opiniões são concordantes no que diz respeito ao comportamento da tensão arterial nos estados de distiroidismo espontâneo do homem, e é, até, a divulgação e a crítica de opiniões tão antagónicas como as que adiante exporemos que nos leva a publicar este artigo.

Experimentalmente, foram Oliver e Shaffer os primeiros a injectar a substância tiroideia por via endovenosa em animais. Obtiveram estes autores uma queda acentuada da tensão arterial, que se mantém durante algum tempo. Esta acção hipotensora da substância tiroideia foi confirmada por numerosos autores (Hascovec, von Fenyvessy, Gomez e Ocaña, Georgiewski, Guinard e Martin, Gley e Langlois, Farini e Vidoni, Fürth e Schwartz, Lohmann, Parisot, Sandford e Blackford, etc.).

A hipotensão obtida seria acompanhada, segundo alguns destes autores, de aumento da frequência do pulso, segundo outros, de diminuição. Em contraste, porém, com a segurança de tais opiniões, Livon e Heinatz, entre outros, afirmam ter obtido, pela injeção de idênticos extractos em animais nas mesmas condições, uma hipertensão bastante marcada. Ainda Conti e Curt (citados por Pende), e mais recentemente Acher, Schkawera e Kotschergini declaram não ter obtido acção alguma sobre a tensão arterial pela injeção de extractos tiroideus.

No homem, Falta, Newburg e Nobel, após ingestão de substâncias tiroideias afirmam ter encontrado hipotensão. Apenas em diabéticos se encontraria hipertensão.

Das experiências citadas, merecem maior relêvo as de Fürth e Schwartz; estes autores constataram que a injeção endovenosa de iodotirina no gato (animal de maior sensibilidade à hormona tiroideia que o cão ou o coelho, usados por outros autores) produz uma rápida descida da tensão arterial, e a aparição durante alguns minutos de pulsações arteriais mais amplas e mais

LISBOA MÉDICA

# MAGNESIA S. PELLEGRINO

*Purga,  
refresca,  
desinfecta*



LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO MODERNO - Via Castelvetro, 17 - MILANO

Representantes e depositários para Portugal e Colonias:

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> - 240, Rua da Palma, 246 - LISBOA

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

## *Veinosine*

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

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

AMOSTRAS e LITTERATURA : **SALINAS**, Rua da Palma, 240-246 - LISBOA

# SIRAN

CONTRA A TOSSE

COMPOSIÇÃO:

Sulfogaicolato de potássio (6%), xarope de hortelã pimenta composto, adicionado de ácido thimico e de extracto de tomilho.

INDICAÇÕES:

Doenças catarrhaes dos órgãos respiratorios, bronchite aguda e chronica, tuberculose pulmonar e laryngea, gripe, coqueluche e asma.

\*\*\*\*\*  
TEMLER — WERKE  
BERLIN — Johannisthal

# BROSEDAN

Medicamento sedante, de toda a confiança, com elevada percentagem de vitaminas de levedura

INDICAÇÕES:

Neurasthenia e padecimentos nervosos de toda a especie, especialmente insomnia nervosa e nevrose cardíaca. Padecimentos nervosos sobrevindo durante a menstruação e durante a menopausa. Estados de excitação de origem psychica; nevroses de terror e afecções semelhantes. Hyperexcitabilidade sexual. Nevralgias e enxaqueca. Epilepsia. Alem disso o Brosedan é empregado, quando se quizer fazer uma alimentação pobre de sal (na nephrite, rheumatismo, tuberculose).

\*\*\*\*\*  
TEMLER — WERKE  
BERLIN — Johannisthal

# Hämafopan

feito de

**Extracto de Malte e Sangue** contem todas as substancias basaes e complementares em estado activo para a **formação de sangue novo**

Dr. August Wolff, Bielefeld

A terapeutica das enfermidades reumaticas e inflammatorias

# SINNODIN

(Dr. Bauer)

Injecção intra-venosa ou intra-gluteal **indolor** para os diferentes processos reumaticos e inflammatorios, gota, nevralgias, mialgias e irite.

Chem. Fabrik Milkai, Altona-Hamburgo

Poderoso desinfectante vaginal — O protector ideal para a mulher, conhecido desde há 25 anos.

# SPETON



Temmler-Werke, Berlin-Johannisthal

Depositários exclusivos: HENRIQUE LINKER L.<sup>da</sup>, Lisboa, Rua D. Pedro V, 34

lentas. Esta acção seria, segundo os autores, e ainda segundo Lohmann e Gautrelet, devida à excitação do vago pela colina contida no extracto glandular e, portanto, não específica da glândula. Não deve, porém, ser assim, visto que a acção sobre a tensão arterial, a única que agora nos interessa, não cessa após atropinização, como sucederia se realmente se tratasse apenas duma acção patológica da colina (Bousquet e Pachon). Ainda merecem relêvo as experiências de Sandford e Blackford; estes autores mostraram que os extractos de bócios tóxicos injectados em cães determinam queda da tensão arterial, trazendo porém a primeira injeção tolerância para as seguintes. E estas experiências têm servido de fundamento às explicações dadas por alguns autores americanos para os factos, aparentemente paradoxais, observados na clínica.

A hipotensão determinada pela injeção de extractos tiroideus viria confirmar a opinião dos que consideram as funções endócrinas da tiroideia e da supra-renal como antagonicas.

Como conclusão das experiências e opiniões que vimos expondo, resume Pende no seu *Tratado de Endocrinologia*:

«Das pesquisas feitas, tanto no homem como no animal, parece poder-se deduzir com certa segurança que a substância tiroideia produz em geral taquicardia com hipotensão».

Crê este autor que tal acção, dada a electividade da substância tiroideia pelas terminações vegetativas, se faria por intermédio das terminações aceleradoras do coração e dilatadoras dos vasos.

Clinicamente, porém, as cousas passam-se de um modo inteiramente diferente. A maioria dos autores crê mesmo, e é esta a opinião que vem expressa nos tratados, que os estados classificados na clinica como de hipertiroidismo se acompanham quasi sempre de hipertensão arterial, acompanhando-se de hipotensão os mixedemas.

Assim, Brugsch diz a propósito dos hipertiroidismos:

«A pressão sanguínea costuma estar ligeiramente aumentada; não costuma diminuir até que fraqueje a energia cardíaca».

Curschmann diz:

«A pressão sistólica está aumentada de 140 a 160 mm. de Hg; porém, a diastólica é normal ou diminuída». E sobre o mixedema:

«O pulso está relentado e a pressão sanguínea diminuída, embora não regularmente».

Souques (in *Nouveau Traité de Médecine*) diz, sobre o hipertiroidismo:

«A pressão arterial, considerada como baixa até aqui (?), seria, segundo Gallavardin, sempre ligeiramente aumentada, o que, diga-se de passagem, está em contradição com as pesquisas dos fisiologistas». E, antes, a propósito do mixedema:

«Hipotensão, microsfimia, fraqueza e irregularidade do pulso (?) são de regra».

Ainda, para nos referirmos por ora só aos tratadistas, Pende admite também uma hipertensão da máxima, mas põe em relêvo em várias publicações o exagêro da tensão diferencial, sobretudo importante e característico, para elle.

Mariano Castex admite também esta opinião (*Conferências sobre a tensão arterial*. Buenos Aires, 1928).

L. Dautrebande no seu recente livro *Physiopathologie de la thyroïde* (Paris, 1931) admite o valor do index de Read (relação directa constante entre a hipertensão e o hipermetabolismo), a despeito de numerosas causas de erro que reconhece cercaremno. De acordo com Davies, que cita, diz ter realmente encontrado com frequência hipertensão nos hipertiroidismos.

W. Falta (*Krankheiten der Endokinendrüsen*) é já, porem, de uma opinião diferente. Diz êle: «em opposição ao aumento da actividade cardíaca e às pulsações tumultuosas do pescoço, o pulso radial e com frequência pequeno e mole, e a pressão sanguínea não se acha elevada, podendo até encontrar-se ligeiramente diminuída (Spietoff, Donath).»

E mais adiante: «A elevação da pressão sanguínea é relativamente rara, e existe uma anormal descida da mesma desde o centro até a periferia (F. Kraus) que se explica pelo anormal relaxamento do tono vascular nos vasos periféricos.»

Dos trabalhos isolados apoiando esta relação hipertiroidismo-hipertensão arterial, merecem citação os de: Hensen, Jackson, Paged, Lucien, Parissot, entre outros, todos êles fundados na constatação clínica.

Uma referência mais detalhada merecem, porém, os trabalhos dos autores americanos, quer pela imponência numérica das estatísticas quer pelo justo critério que nêles se observa.

Assim, Plummer, após o exame de centenas de casos, afirma ter encontrado uma pressão diastólica normal e uma pressão sistólica elevada, e estabelece, para a explicação dêste facto, uma hipótese, admitindo que a elevação da tensão sistólica seria a resultante do esforço feito para manter a tensão diastólica num nível normal, a despeito da exagerada dilatação arteriolo-capilar existente no hipertiroidismo.

Assim, aumentaria o volume sistólico e a frequência do pulso, e portanto a tensão sistólica, tornando-se aqueles vasos, a despeito da sua dilatação, incapazes de dar vazão à aumentada quantidade de sangue, e mantendo-se portanto normal a tensão diastólica. A opinião de Plummer vem a coincidir com a dos autores europeus (Pende, Candia) que consideram essencial o aumento da tensão diferencial.

Plummer admite mesmo que o nível da pressão sistólica poderia servir de medida do grau de intoxicação.

A opinião de Crile aproxima-se da de Plummer, mas nas suas conclusões aquele autor vai mais longe e diz, entre outras cousas:

«Esta correlação entre a hipertensão sanguínea e a hiperactividade da glândula tiroideia está suficientemente bem estabelecida para nos levar a considerar a possibilidade da limitação da acção tiroideia pela excisão da glândula, em certos casos de elevada pressão sanguínea e miocardite, em que a responsabilidade da tiroideia nos seja mostrada, a par dêstes dois sintomas, pela existência de bócio», conclusão esta que nos parece bastante cirúrgica e bastante mal fundada...

Merece ainda relêvo a opinião de Swan: êste autor indica que nos estados iniciais do hipertiroidismo não há hipertensão, mas sim hipotensão, só

mais tarde aparecendo a hipertensão. É interessante relacionar esta opinião com a experiência de Sandford e Blackford atrás citada, em que se verificava, após injeção de extractos de bócio tóxico em animais, uma marcada hipotensão, provocando porém a primeira injeção uma acentuada tolerância para as seguintes.

Da mesma forma, como admite Norris no seu excelente livro sobre pressão arterial, que alguns pontos seguimos, poderia suceder que nas tireotóxicoses houvesse uma primeira fase de hipotensão, a que só mais tarde se seguiria a hipertensão definitiva.

Antes porém de prosseguirmos, e deixando propositadamente para o fim a referência aos mais recentes e concludentes trabalhos americanos, queremos referir-nos às opiniões contraditórias dos autores espanhóis.

Marañon no seu *Manual de Doenças da Tireoideia* diz :

«Tenho por certo que os estados hipo e hipertensivos descritos nestas enfermidades dependem de outros estados patológicos concomitantes com a perturbação glandular. Com isto expressamos a nossa opinião contrária ao sinal da hipotensão diastólica de Pende». E mais adiante :

«A tensão arterial, segundo inúmeras observações nossas, clínicas e experimentais, é normal se se trata de formas puras de hipertiroidismo; assim pensa também Donati».

Mais recentemente Soler e Blasco, com uma estatística de 100 hipertiroideos, afirmam não encontrar tensão elevada senão nos casos complicados, negam completamente a existência de aumento da tensão diferencial, e salientam a instabilidade dos valores da tensão arterial nos hipertiroideos.

É flagrante a contradição entre esta estatística, de resto importante, e as dos autores americanos.

Há porém um factor que altamente desvaloriza as estatísticas até aqui citadas e que explica talvez as suas contradições; é a instabilidade tensional dos hipertiroideos, que como a labialidade do pulso e do metabolismo actual parece ser altamente característica destes estados endocrínicos.

Desde os trabalhos do americano Addis se sabe que a pressão arterial, medida nas condições basais, é mais baixa do que a tirada em quaisquer outras condições. Esta diferença, segundo trabalhos recentes, seria maior nos hipertiroidismos, em que atingiria valores importantes. Num trabalho de Hurxthal (*Arch. of Int. Med.* Febr. 1931) a que mais detalhadamente nos referiremos a seguir, em 116 casos de bócio exoftálmico, a pressão média tirada nas condições clínicas é de 155/76 e nas condições basais 132/70, havendo portanto uma diferença de 23/6.

Pois bem, a tensão arterial dos hipertiroideos, tirada nas condições basais, revela-se ainda assim quasi sempre aumentada; tal é a opinião de Hurxthal, de Read e outros.

Read pretendeu mesmo ver uma relação constante entre a tensão e a frequência do pulso, medidas nas condições basais, e o metabolismo basal.

Esta relação (index de Read), a que alguns americanos ligam desmedida importância, tem, a nosso ver muito justamente, sido contestada agora por vários autores, e posta em dúvida pelo próprio Hurxthal.

Este autor traz para a solução da questão um novo e decisivo argumento: os efeitos da intervenção cirúrgica.

Em 225 casos de bócio tóxico e 78 de adenoma tóxico, observou êle uma hipertensão arterial apreciável, sendo as medições feitas nas condições baixas e comparadas com as de sãos, feitas em idênticas condições. Esta hipertensão aumenta de importância com a idade. Após a tiroidectomia subtotal, observou êle em 50% destes casos uma considerável queda da tensão; só houve aumento nos casos de fibrilação auricular, em que, após regularização do ritmo, a tensão arterial subiu um pouco. Salienta ainda Hurxthal que, nos casos de bócio não tóxico, a extirpação de substância tiroideia traz também consigo uma queda da pressão.

Parece poder-se concluir deste importante trabalho que a substância tiroideia influiria realmente sobre a tensão arterial, no sentido de a aumentar, visto a ablação de parte do parênquima secretório trazer consigo quasi sempre uma baixa considerável dessa tensão.

Chegámos, assim, ao fim da exposição dos principais factos e ideas sobre este interessante assunto das relações tiroideia — tensão arterial. Seria agora ensejo para expormos também a nossa estatística, se não fôra imodesto perante os números apresentados, querer exhibir as nossas duas ou três dezenas de casos.

De resto os nossos casos pouco poderiam ajudar à solução do litigio, se litigio ainda pode haver. Seguidos durante bastante tempo após a intervenção cirúrgica, possuímos apenas um ou dois casos; a falta de serviços mixtos onde os doentes fossem estudados, preparados medicamente, operados, e seguidos depois, de novo, pelos clínicos que dêles se haviam ocupado, muito se faz sentir neste campo das tiroideopatias.

De resto, mesmo os casos que pudemos seguir não nos oferecem a garantia necessária, por só a partir de certa altura terem sido tomadas as tensões em condições basais, visto só então termos tomado conhecimento dos trabalhos que citámos.

Devemos no entanto dizer, que o que temos observado se coaduna inteiramente com as opiniões dos autores yankees citados.

Temos também observado nalguns casos um facto paradoxal, que ainda não encontrámos referido: tratava-se de casos de mixedema e neles a tensão arterial, contrariamente ao que seria de esperar, não era baixa, antes pelo contrário. Para nos referirmos só a um caso já publicado (1), no doente D. P. C. da nossa observação a tensão arterial, que era de 170-90, desceu com o tratamento para 150-90. Estes factos, a confirmarem-se viriam de novo complicar um pouco a questão.

Não era porém nosso objectivo, como dissemos, expor e dilatar opiniões pessoais; pretendemos apenas reunir e criticar as opiniões autorizadas que sobre este assunto se têm pronunciado.

Março de 1931.

(1) «Sobre um caso de mixedema adquirido do adulto», por M. Rosa e D. Furtado, in *Lisboa Médica*, N.º 5, 1930.



J. Souza

**Togal**

ANTINEVRÁLGICO  
ANTIPIRETICO  
ANTIREVMATICO

# COMPRIMIDOS

DE



Combinação químico-farmacéutica de  
Ácido acétil salicílico, de quinino e de lítio  
eficaz e completamente inofensivo

ANTIREUMÁTICO  
ANTIPIRÉTICO  
ANTINEVRÁLGICO

## TOGAL

Prescreve-se 2 ou 3 comprimidos de cada vez, duas  
a tres vezes ao dia, depois ou ás refeições, com água,  
podendo-se fazer uso prolongado do medicamento.

Agentes exclusivos para  
Portugal, Ilhas e Colonias

### FARMACIA BARRAL

Rua Aurea, 126-128  
Telefones: P. B. X.  
2.5321 e 2.5322



Marca Registrada

Escritórios  
Rua Aurea, 124-1.º  
L I S B O A

Pedir amostras medicas

## Revista dos Jornais de Medicina

Oclusão vascular mesentérica. (*Mesenteric vascular occlusion*), por L. M. LARSON. — *Surg. Gynec. and. Obst.* Julho, 1931.

A persuasão corrente de que a oclusão dos vasos mesentéricos é uma condição patológica rara, e, além disso, as dificuldades que na realidade se experimentam para reconhecer o quadro sintomatológico, explicam sobejamente as razões porque os casos tantas vezes permanecem indagnosticados ou com diagnósticos errados.

Larson apresenta um estudo firmado na observação de 36 casos de oclusão vascular, todos êles seguidos do respectivo exame anátomo-patológico. Em 39% dos casos a oclusão era arterial, em 44% era venosa e em 17% mixta, arterial e venosa. A causa mais freqüente da embolia arterial foi a trombose das cavidades cardíacas e da trombose arterial foi a arterioesclerose e a arterite da artéria mesentérica. A oclusão das veias mesentéricas resultou a maioria das vezes da propagação de um processo séptico do tubo digestivo ou da pelve. Em cerca de um quarto dos casos a afecção foi consecutiva a doença do fígado. Em todos os casos de oclusão arterial e em todos os de oclusão venosa, menos um, foram os vasos mesentéricos superiores os atingidos. Em 8 casos não foi possível averiguar o ponto de partida da oclusão vascular. Em 31 casos encontraram-se lesões de infarto do intestino e nestes os sintomas iniciaram-se com manifestações de obstrução intestinal. Na sua feição mais característica, que se encontra nas pessoas idosas, os sintomas começam com dor extremamente violenta, em forma de cólica abdominal, náusea, vômito e diarreia.

No vômito e nas fezes encontra-se sangue por vezes. Em alguns doentes pode haver retenção completa das fezes.

À medida que a dor abdominal se vai tornando mais demorada, mais persistente o estado de *shock* vai-se acentuando, o abdômen distende-se e timpaniza-se, a temperatura e o pulso, que de princípio eram subnormais, elevam-se progressivamente. Nas fazes terminais da doença sobreleva o aspecto da peritonite generalizada. Em raros casos pode palpar-se um tumor intra-abdominal. Os casos de oclusão arterial e de oclusão artério-venosa combinada revestem-se de uma sintomatologia mais aguda e fulminante do que os de oclusão venosa. Não há forma de distinguir a oclusão dos troncos vasculares principais da oclusão das suas ramificações.

O curso da doença é rápido e pode ser inferior a 48 horas. Em 53% dos casos havia peritonite e em 55% ascite com derrame hemático. No diagnóstico diferencial devem considerar-se outras formas de obstrução mecânica,

tais como o volvo, a invaginação, a estenose do cólon por neoplasia, a pancreatite aguda e a perfuração de viscera ôca. O prognóstico é fatal em 100% dos casos sem intervenção cirúrgica e, mesmo depois desta, a cura só excepcionalmente se obtém.

MORAIS DAVID.

O abaixamento da absorção pelo tubo digestivo em seguida à injeção de extracto do lobo posterior da hipófise. (*Decreased absorption from the alimentary tract following injection of posterior pituitary extract*), por C. THIENES, A. HOCKETT. — *The Jour. of Lab. And. Clin. Med.* Junho, 1931.

Aos diferentes métodos de tratamento das intoxicações por via digestiva, lavagens, purgantes, antídotos, parece poder com vantagem juntar-se o uso da opoterapia hipofisária em injeção.

Depois de experiências com estriçnina, morfina, *cannabis*, compostos de iodo e com a glicose os autores concluem:

A injeção subcutânea de extractos do lobo posterior da hipófise determina uma baixa na assimilação de cinco drogas diferentes pelo tubo gastrointestinal.

Este retardamento na absorção é comprovado pela atenuação dos sintomas produzidos pela administração de sulfato de estriçnina *per os* a coelhos e sulfato de morfina e extracto de *cannabis* a cães.

O extracto hipofisário não exerce qualquer actividade nos animais em que se introduz a morfina por meio de injeção e diminui a eliminação do iodo pelo rim e pela saliva, no homem e no coelho.

A glicose administrada *per os* não produz aumento da glicemia no coelho.

MORAIS DAVID.

Tumores malignos do rim na infância. (*Malignant tumors of the kidney in childhood*), por F. LIEBERTHAL. — *Surg. Gyn. and Obst.* Julho, 1931.

Os tumores malignos do rim na infância ocupam um lugar especial na patologia renal e são diferentes dos tumores malignos do adulto no seu modo de origem, na sua estrutura, no seu decurso e finalmente na sua fisionomia clínica.

A grande maioria dos tumores malignos da criança pertence ao grupo dos adeno-sarcomas, sarcomas alveolares, de volume aproximado a uma laranja ou maior, bem encapsulados e isolados do tecido renal circunjacente.

Estes tumores têm origem em resíduos embrionários do metanefros. As metastases fazem-se predominantemente por via sanguínea, sendo mais frequentes no fígado e nos pulmões. O esqueleto e as estruturas linfóides são poupados quasi sempre.

Em alguns casos pode haver propagação aos órgãos vizinhos por intermédio da circulação linfática, mas isto só acontece nos tumores de maior volume, depois da ruptura da cápsula que os envolve.

O sintoma que se depara como mais saliente na marcha da doença é a existência de um tumor abdominal de rápido crescimento, indolor e sem hematuria. A febre encontra-se mais vezes na criança do que no adulto. A ausência de sintomas clínicos, especialmente da hematuria que traz o adulto tão precocemente ao médico, explica a razão porque as crianças chegam ao cirurgião apenas nas fazes terminais da doença. O diagnóstico firma-se na palpação de um grande tumor abdominal que na grande maioria das vezes tem sua origem em um tumor do rim.

O estudo cistoscópico é indispensável em todos estes doentes para avaliar do funcionamento do outro rim.

Os dois rins podem simultaneamente apresentar alterações neoplásicas e bem assim podem também encontrar-se certas alterações congénitas como a presença de um rim único.

O tratamento é operatório, quando o diagnóstico se faz precocemente. A mortalidade é elevada e a sobrevivência muito reduzida como regra.

---

MORAIS DAVID.

O tratamento do soluço com as inalações de anidrido carbónico. (*Control of hiccough with carbon dioxide by a simple rebreathing method*), por L. GOLDEN. — *The New Eng. Jour. of Med.*

O soluço, que corresponde a uma inspiração brusca acompanhada de encerramento glótico, é um sintoma que, pelos transtornos de vária ordem que é capaz de determinar, precisa de um tratamento enérgico. A maioria dos processos aconselhados é de fraca utilidade. A inalação do anidrido carbónico, pelas suas propriedades excitantes intensas do centro respiratório, actua como um poderoso meio terapêutico e isso se depreende da evolução de alguns casos observados pelo autor. Para a efectivação do método emprega-se o próprio ar expirado em recipiente fechado de pouca capacidade.

---

MORAIS DAVID.

A patologia da infecção dérmica experimental pneumocócica no coelho. (*The pathology of experimental dermal pneumococcus infection in the rabbit.*), por C. RHODES e K. G. ODNER. — *The Jour. of Exp. Med.* Julho, 1931.

Goodner, em trabalhos anteriores, estudou os efeitos da inoculação do pneumococo tipo I no tecido celular subcutâneo da parede abdominal dos coelhos e verificou que, a-pesar-de a infecção ser limitada ao tecido celular, havia na sua marcha certas particularidades clínicas e imunológicas, que lembravam até certo ponto o que decorre com a pneumonia lobar aguda do homem.

Após novas investigações sôbre a patologia macro e microscópica do processo infeccioso, sôbre o seu aspecto a vários intervalos da inoculação, os autores concluem que existe uma semelhança manifesta entre as lesões pulmonares do homem e as lesões cutâneas experimentais do coelho.

Nos coelhos o sintoma inicial marcante consiste no desenvolvimento de um abundante edema inflamatório que precede qualquer alteração citológica. À medida que a lesão progride em superfície a infiltração edematosa antecede também nas regiões recém-invadidas a alteração celular. A infecção final parece ser a consequência da inoculação progressiva por um fluido infectado e não a resultante da invasão activa dos tecidos pelos micro-organismos.

MORAIS DAVID.

A reacção de Zondek-Aschheim. (*The Zondek-Aschheim reaction*), por W. STEWART. — *The Lancet*. 20 de Junho de 1931.

Os resultados que o autor apresenta são as conclusões obtidas pelo emprego da reacção durante um ano de estudos.

A reacção provou bem, fornecendo resultados certos em todos os casos salvo em um de doença de Graves, em que o resultado foi errado.

A reacção torna-se positiva ao 25.º dia de gravidez e desaparece cêrca de 30 horas depois do parto.

MORAIS DAVID.

Anemia perniciosa com terminação fatal durante o tratamento pelo fígado. (*Pernicious anemia with fatal termination during a liver diet*), por J. CAREY. — *Arch. of. Int. Med.* Junho, 1931.

3 doentes que o autor estudou, e dos quais relata as respectivas histórias clínicas, morreram enquanto faziam tratamento pelo fígado.

Certos doentes morrem em consequência de complicações que sabemos inteiramente refractarias à acção terapêutica do fígado, a-pesar-de por vezes se ter conseguido uma completa modificação do quadro hematológico que volta ao normal ou quasi ao normal; outros porém morrem pela sideração dos órgãos hematopoiéticos que deixam de poder reagir a qualquer dos agentes terapêuticos conhecidos até hoje.

MORAIS DAVID.

O ritmo da reabsorção e da eliminação do bismuto. (*La rithme de la résorption et de l'émination du bismuth*), por N. GERNAUX. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*. Tõmo II. N.º 7. 1931.

A-pesar-das grandes variações diárias, o ritmo da absorção e da eliminação dos produtos bismutados pode ser representado por uma curva geométrica decrescente, isto é, exponencial.

A absorção e a eliminação são, pois, proporcionais à quantidade de bismuto existente nos sítios injectados

A noção de período divisionário, isto é, o tempo durante o qual a metade da quantidade de bismuto introduzida no organismo se reabsorve e se elimina, é capital para comparar entre si os medicamentos bismutados, sob o ponto de vista da intensidade e da duração da sua acção terapêutica.

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 estircina

**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 antiescrofuloso.

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

Rua dos Sapateiros, 39, 1.ª — LISBOA



## IODALOSE GALBRUN

**IDO PHYSIOLOGICO, SOLUVEL, ASSIMILAVEL**

**A IODALOSE é a ÚNICA SOLUÇÃO TITULADA do PEPTONIODO**  
Combinação directa e inteiramente estável do Iodo com a Peptona  
**DESCOBERTA em 1896 por E. GALBRUN, DOUTOR em PHARMACIA**  
Comunicação ao XIIIº Congresso Internacional de Medicina, Paris 1900.

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

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

Pedir folheto sobre a Iodoterapia physiologica pelo Peptoniido.  
**LABORATORIO GALBRUN, 8 et 10, Rue du Petit-Mercé. PARIS**

# VIGANTOL

Marca registrada

Preparado de Vitamina-D estandardizada de alta eficiência. Em dosagem terapêutica de boa tolerância e sem efeitos secundários: promove o crescimento dos ossos e o desenvolvimento dos músculos, favorece a cura de afecções osseas (osteoparose, tuberculose ossea, fracturas), impede perturbações da odontogenese, actua favoravelmente sobre a consolidação do esmalte dentário e sobre a erupção dentária, aumenta o apetite e o metabolismo geral.

Aumenta a defesa orgânica contra as moléstias da lactância e da infância.

Impede o raquitismo e protege a mãe na gravidez e no periodo de lactação, contra a descalcificação do organismo, que se manifesta nos transtornos da dentadura, dores articulares, osseas e musculares.

**Embalagens originaes:**

Oleo de Vigantol (1 c. c. contem 50 unidades clinicas), conta-gotas de 10 e 50 c. c.  
Drageas de Vigantol (1 dragea contem 10 unidades clinicas), caixas com 50 e frascos com 250 drageas.



«Bayer-Meister-Lucius»

Secção Farmacéutica Científica  
A.G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft  
Leverkusen (Alemanha)

E. MERCK

Fábrica de Produtos Químicos  
DARMSTADT (Alemanha)

Representante:

«LUSOPHARMA»  
AUGUSTO S. NATIVIDADE

Rua dos Douradores, 150, 3.º  
LISBOA

Depositário:

Estabelecimentos HEROLD, Ltd.

Rua dos Douradores, 7  
LISBOA

Para as curas de fundo pelo bismuto continua o autor fiel ao subgalato de bismuto em suspensão oleosa, pelas seguintes razões:

a) Em injeção subcutânea reabsorve-se completamente sem enquistamento e sem dor.

b) Conhece-se a duração e o ritmo da sua absorção pelo tecido celular subcutâneo e pode portanto julgar-se da intensidade e da duração da actividade terapêutica duma cura.

c) A eliminação faz-se simultaneamente e igualmente pelos rins e fezes, circunstância que poupa muito os rins.

F. FONSECA.

Pesquisas sobre as reacções cutâneas designadas eczema do lactante. (*Recherches sur les reactions cutanées dites «eczéma du nourrisson»*), por M. e M.<sup>me</sup> H. MOMTLAUR. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*. Tômoo II. N.º 7. 1931.

Um certo número de reacções cutâneas consideradas como eczema do lactante tem uma etiologia comum microbiana de origem digestiva e observa-se principalmente nas crianças de 1 a 5 meses.

Estas dermatoses, de que os grande eczemas chamados seborreicos são a expressão mais elevada na escala evolutiva (eritrodermia descamatina Leiner-Moussons), começam sempre pelo assento. A lesão inicial representa um dos tipos descritos por Jacquet sob o nome de dermite infantil e sobretudo a forma estudada por Moussons e Lebard. Nesta fase a afecção é uma dermo-epidermite microbiana.

As pesquisas bacteriológicas revelam duma maneira constante a presença de enterococo nas escamas epidérmicas.

O exame coprológico permite pôr em evidência:

a) A pululação do enterococo.

b) O exagêro do processo normal de fermentação (aumento dos ácidos orgânicos) no lactante (amamentado). Êste exagêro falta nas crianças alimentadas a *biberon*: a mais fraca riqueza em lactose e a presença dos sais alcalino-terrosos no leite de vaca explicam suficientemente a menor abundância e a saturação dos ácidos orgânicos.

As perturbações digestivas que acompanham estas dermatoses dependem provavelmente duma deficiência hepato-pancreática em que a sífilis hereditária pode desempenhar um certo papel.

As eczematides que aparecem espontaneamente ou sob a influência de intradermo-injecções de vacina anti-enterocócica são a expressão da reacção tegumentar às toxinas microbianas e devem considerar-se como um fenómeno de sensibilização.

A vacinação anti-enterocócica por intradermo-injecções determina muitas vezes uma cura rápida da afecção cutânea ao mesmo tempo que uma melhoria das perturbações digestivas.

F. FONSECA.

**Experiências com um substituto dos hidratos de carbone «Sionon» na diabetes.** (*Erfahrungen. mit dem Ersatzkohlehydrat «Sionon» bei diabetes*), por R. KVROZ. — *Medizinische Klinik*. N.º 29. 1931.

Dos protocolos das experiências conclue o autor, tal como outros observadores, que o Sionon, na dose diária de 50 a 60 gramas, é bem tolerado nos casos de diabetes ligeira e de média gravidade, provocando ou não uma ligeira subida do açúcar do sangue e urina e baixando a formação de corpos cetónicos na acidose. É, pois, para aconselhar o seu emprêgo, não só como adocicante, mas ainda como libertador de calorías.

F. FONSECA.

**A asma em relação com a idade e o sexo.** (*Asthma im Verhältnis zu Alter und Geschlecht*), por K. BAAGÖE. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 29. 1931.

Do exame de 311 asmáticos conclue o autor o seguinte:

1) O sexo masculino é o mais afectado entre os asmáticos dos 5 aos 40 anos.

2) A asma pode aparecer em qualquer idade e não há qualquer período desta última que predisponha para a asma.

3) A idade dos doentes parece desempenhar um certo papel quanto à reacção cutânea, encontrando-se esta última positiva com mais frequência dos 10 aos 30 anos.

4) Uma reacção cutânea positiva aparece mais frequentemente nos homens do que nas mulheres.

F. FONSECA.

**Sobre o aumento das tromboses e embolias.** (*Über die Zunahme der Thrombosen und Embolien*), por C. WERTHEIMER. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 30. 1931.

As tromboses e embolias aumentaram de frequência no período anterior à grande guerra, deminuíram durante esta última e tornaram-se de novo mais frequentes no período post-guerra, sendo o aumento de começo lento e depois rápido a partir de 1924.

Esse aumento deu-se tanto na acção cirúrgica, como na ginecológica e obstétrica, e ainda na de medicina interna.

F. FONSECA.

**Tuberculoses articulares tratadas por Finikoff.** (*Tuberculoses articulaires traitées par M. Finikoff*), por PIERRE DELBET. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*. TÔMO LVII. N.º 24. Págs. 1059-1062. Sessão de 1 de Julho de 1931.

P. Delbet diz que por um dever de consciência vai apresentar cinco doentes de tuberculoses ósseo-articulares tratados no seu serviço pelo próprio Finikoff, segundo o método a que na *Lisboa Médica* já temos feito refe-

rências. Tendo a princípio acolhido Finikoff com frieza, entregou-lhe todos os tuberculosos ósseo articulares do seu serviço, e considera hoje o método Finikoff como o maior progresso realizado no tratamento das tuberculoses cirúrgicas.

Dos doentes que apresenta, três tinham tumores brancos fistulizados, que iam conduzir a amputações; os seus membros foram conservados e estão em função. Os outros dois, sem fistula, apresentavam lesões graves, cujas radiografias mostra, e curaram-se sem anquilose.

Resumamos as histórias clínicas desses cinco casos :

I. — 50 anos. Cotovêlo anquilosado, fistulizado, com extensas ulcerações. Marcado para amputação. Finikoff pede o doente. Seis meses depois, fístulas secas, cotovêlo indolor e frio. Um ano depois retomou a profissão de distribuidor dum armazém. Um ano mais tarde, em seguida a um traumatismo, o cotovêlo volta a doer e ao mesmo tempo incha o joelho esquerdo, que é punccionado e donde sai um líquido puriforme e grumoso. Finikoff repete as injeções e dentro de seis meses o doente retoma o ofício, onde continua há quatro anos e meio.

II. — 28 anos. Tumor branco tibio-társico fistulizado com enorme tumefacção de toda a perna. Indicado para amputação. Ao fim de dez meses (60 injeções), considerado curado.

Há cinco anos que está curado, a articulação anquilosada, podendo, no entanto, caminhar 8 quilómetros por dia, sem apoio.

III. — Há dois anos tumor branco fistulizado da tibio-társica. Amputação resolvida.

Tinha estado seis meses em Berck, tomado cinamato de benzilo, feito raspagens e injeções modificadoras das quais resultara uma grande ulceração externa. Após dez meses de tratamento (40 injeções) a ulceração estava cicatrizada, pé indolor e frio. Curada há cinco anos, anda sem dor, com a tibio-társica anquilosada.

Agora os dois doentes com lesões menos avançadas, curados sem anquilose :

IV. — 24 anos. Tumor branco do carpo. Grandes lesões ósseas reveladas pela radiografia. Aparelho gessado, que Finikoff tira após a 5.<sup>a</sup> injeção. Ao fim de oito meses o doente é considerado curado, e há seis meses que assim continua. A limitação dos movimentos é tão insignificante que se serve da mão como normalmente.

V. — 16 anos. Tumor branco tibio-társico. Dores vivas, edema de toda a perna. A radiografia mostra uma extensa destruição do astrágalo. Ao fim de um ano (96 injeções) a doente é considerada curada, e assim está há três anos e meio. Ligeira limitação dos movimentos, mas a-pesar-das lesões ante-

riores do astrágalo a articulação não está anquilosada. A radiografia revela uma notável regeneração do osso.

Não foi feito outro tratamento senão o de Finikoff, a estes doentes, nem sequer uma imobilização.

*Nota do Redactor.* — De há três anos para cá temos tido ocasião de ensaiar o tratamento de Finikoff, que nos deu bons resultados em tuberculosas ganglionares extensas e num caso de trocanterite fistulizada, dessa natureza.

Falta-nos a experiência em outras tuberculosas ósseo-articulares dos adultos, por às consultas hospitalares que frequentamos apenas virem crianças, e nestes, termos encontrado dificuldade em executar integralmente o método de Finikoff.

Na sessão da S. de Chirurgie a que nos reportamos, e após a exposição de Delbet, Sorrel (de Berck) afirmou não ter obtido resultados que a esses se assemelhassem, pelo que renunciou em absoluto a continuar a experiência do método, que era aplicado também pelo próprio Finikoff ou sob a sua direcção.

Delbet retorquiu a esta observação, dizendo que foi o trabalho de Sorrel que o incitou a esta comunicação, pois Finikoff obteve ali 75 curas em 100 casos, e nos 25 restantes houve tantas melhoras como insucessos.

Moulonguet pede as provas da natureza tuberculosa das lesões apresentadas. Delbet apenas pode dar as da clínica e das radiografias, não sendo natural que em cem casos se enganasse cem vezes. ¿O que poderiam ser essas artrites senão tuberculosas? ¡Há dois anos que não faz nem ressecções nem amputações; se o método de Finikoff é ineficaz, então é porque se acabaram as artrites tuberculosas no hospital Cochin! A sua idade já não é a dos apóstolos. Foi a sua consciência quem falou . .

¡Para nós (*Nota do R.*) é, até certo ponto, compreensível a atitude scéptica de Sorrel, tratando-se de localizações articulares da tuberculose dos adultos, para as quais na sua escola se afirma a exclusividade da ressecção como método radical de cura!

MENESES.

**Pielografia ascendente ou descendente?** (*Pielografia ascendente o descendente?*), pelo DR. ANTONIO PINGEVERT (Barcelona). — *Sociedad de Radiologia de Barcelona*. 15 de Maio de 1931. *El Siglo Medico*. Vol. 87. N.º 4.044. Pág. 663. 1931.

O A. lastima o modo pelo qual muitos autores se deixaram deslumbrar pela pielografia descendente, reconhecendo-lhe apenas vantagens sem prestar atenção aos perigos que traz consigo.

Os inconvenientes da pielografia ascendente são: impossibilidade de cateterismo uretral, seja por cistite aguda ou crónica, tumores vesicais, fistulas, apêrtos do uretere ou da uretra, etc.

Os fenómenos dolorosos dêste método podem evitar-se com uma boa técnica. Aconselha fazer a injeção píelica sob *contrôle* do *écran* radioscópico. Actualmente, graças ao uso dos óleos iodados, como o lipiodol, iodipina e neo-iodipina, completamente indolores, não se tornam tão frequentes as desa-

gradáveis perturbações que tantas vezes apareciam com o uso das soluções salinas.

As vantagens da pielografia ascendente são: o cateterismo uretral que se pratica para a pielografia serve ao mesmo tempo para o estudo da função renal em separado; a não produção de fenómenos tóxicos, que permite fazê-la seja qual fôr o estado geral do doente; uma melhor e mais clara imagem radiográfica e o permitir, pelo seu forte contraste, fazer pielografias com todas as incidências, até a de perfil.

Os inconvenientes da pielografia descendente são: uma série de fenómenos tóxicos que acompanham a injeção de Abrodil e de Uroselectan, produzindo um quadro tóxico agudo caracterizado por calafrios, náuseas, vômitos, hipertermias que às vezes chegam a 40°, taquicardia a 140°, etc. Em outros doentes dá-se um ligeiro aumento da albuminúria, em especial nos que sofrem de lesões tuberculosas do aparelho urinário.

As imagens obtidas do rim, bacinetes e ureteres, muitas vezes não são claras, sobretudo quando se lhes sobrepõem as sombras produzidas por gases intestinais. Sem dúvida a vantagem extraordinária do método intravenoso é a de ser aplicável em doentes que, pelas suas pequenas lesões, não necessitam do cateterismo uretral que se pode substituir por uma injeção intravenosa.

A discordância no que respeita ao momento óptimo para a obtenção da prova radiográfica demonstra que a pielografia descendente se encontra ainda no período de franca experimentação: uns autores aconselham a obtenção aos cinco ou dez minutos da injeção, e outros retardam-na até trinta minutos.

Outra discordância está no valor que se atribue ao facto de não aparecer sombra pielográfica, o que, num dos lados, pode revelar grave destruição renal, enquanto outros autores observaram pielografias em muitos doentes, sobretudo de retenções renais, nos quais o lado afectado era justamente o doente, e o são, dada a rapidez de eliminação e facilidade de evacuação ureteropielica, não dá sombra pelo-ureteral.

O A. propõe que se estude antecipadamente em cada doente a eliminação do carmim de indigo, verificando a eliminação óptima do meio de contraste injectado intravenosamente.

Das variações que se deduzirem destes reconhecimentos prévios pode ver-se quanto tempo se deve esperar para se obter a melhor radiografia.

No entanto, o que parece concluir-se é que os dois métodos não se substituem mas sim completam-se.

#### MENESES.

**Fractura bimalleolar com fragmento marginal posterior mal consolidada. Redução oruenta. Cura.** (*Fractura bimalleolar, etc.*), por José VALLS. — *Boletines e Trabajos de la Sociedad de Cirugia de Buenos Aires*. Tôm. xv. N.º 12. Págs. 429-431. 1 de Julho de 1931. Sessão de 24 de Junho.

A doente que o A. apresenta tem 49 anos e sofreu há 2 anos uma queda que provocou uma fractura bimalleolar de Dupuytren, com fragmento marginal posterior e luxação do pé para trás, é claro,

Socorrida no campo, ficou 20 dias de cama, com um saco de gêlo sôbre a região traumatizada, e, como não visse melhoras, ingressou no serviço do A., onde foi radiografada, tentando-se uma redução incruenta, que fracassou, decidindo-se aos 30 dias do acidente, intervir sob anestesia raquideana.

Abordou-se a fractura, mobilizando o peróneo, libertou-se o fragmento marginal, colocou-se em boa posição e reduziu-se a luxação do pé, fixando-se o fragmento do peróneo mobilizado com um parafuso. Pôs-se uma bota de gêsso, com a qual a doente deambulou. Aos 45 dias abriu-se o gêsso, tirou-se o parafuso do peróneo e fez-se calor, massagens, mobilização e mecanoterapia durante dois meses, com o que se conseguiu uma recuperação funcional quasi total.

Agora, 19 meses depois da operação, anda normalmente e sem dor, recuperou a totalidade dos movimentos da articulação e a radiografia mostra a boa consolidação dos fragmentos.

Como em casos análogos se tem proposto diversos tratamentos, inclusive a astragalectomia, o A. quiz mostrar êste caso em que, com um tratamento simples, se obteve o melhor resultado.

MENESES.

---

Uma inovação útil feita nos solutos modificadores de Calot para o tratamento dos abscessos tuberculosos. (*Una utile innovazione introdotta nelle soluzioni modificatrici di Calot per il trattamento degli ascessi tubercolari*), por FERDINANDO STEFANI (Lendinara). — *La Chirurgia degli Organi di Movimento*. Vol. XVI. Fasc. 3. Págs. 289-290. Julho de 1931.

Um notável impulso no tratamento dos abscessos tuberculosos foi o dado por Calot, escolhendo as substâncias medicamentosas que melhor favoreciam a modificação estrutural das cavidades do abscesso. Para êsse efeito, Calot indicou duas soluções diferentes: uma com base de iodofórmio e creosota, de acção esclerosante; outra com a base de naftol canforado, fluidificante. Mais tarde, juntou os elementos principais de ambas numa terceira, mais activa mas mais irritante, pelo que o A. prefere a primitiva com iodofórmio e creosota.

Na idea de aumentar a actividade das soluções oleosas aconselhadas por Calot, o A. lembrou-se de substituir o azeite neutro por outro de supostas propriedades anti-bacilares, que se extrai da «Ginocardia odorata», planta asiática mais conhecida sob o nome indígena de Chaulmoogra.

A princípio substituiu o azeite parcialmente, por metade; depois, verificando que a inovação não tinha inconvenientes, substituiu-o por completo, obtendo sempre soluções homogêneas e lípidas.

Seguiu êsse tratamento já em 27 indivíduos, nos quais, mesmo em volumosos abscessos potticos, nunca observou as perturbações digestivas que o óleo de chaulmoogra parece dar com certa facilidade, nem outras quaisquer focais ou gerais, de intolerância, imputáveis ao mesmo.

No seu conjunto, os casos assim tratados necessitaram, para a cura, dum número de injecções modificadoras um pouco menor do que na média necessitam quando se utiliza uma das soluções típicas de Calot, e a cura foi

obtida num tempo mais curto; êsses resultados apareceram mais evidentes com o emprêgo das soluções nas quais o azeite de oliveira estava substituído por inteiro.

Em face dêstes resultados, ao A. parece poder concluir que a substituição indicada aumenta a eficácia das injeções modificadoras nos abcessos tuberculosos, sem dar lugar a inconvenientes de ordem secundária.

---

MENESES.

A propósito das ressecções do joelho. (*A propos des résections du genou*), por ETIENNE SORREL (Berck). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*. TÔMO LVII. N.º 6. Págs. 209-213. 21 de Janeiro de 1931.

O A. termina aqui a sua discussão dêste assunto, pôsto na ordem do dia pela S. de C., verificando que a ósteo-síntese metálica é rejeitada pela maior parte dos cirurgiões.

Os fios metálicos são muitas vezes mal tolerados. Possuímos no gêsso um aparelho de contenção bem superior, mas o aparelho gessado deve abranger a bacia, deve ser um aparelho pelvi-cruro-tibial.

A propósito da técnica operatória, Sorrel entende que a técnica clássica da ressecção do joelho é superior ao método de Fredet. Atribue a êste o defeito de sacrificar demasiado tecido fibroso, justamente muito útil, como as asas da rótula, e de provocar dificuldade fazendo dissecar os planos fibrosos posteriores antes das secções ósseas, quando afinal esta dissecção é muito facilitada graças ao grande campo dado pela ablação das extremidades ósseas.

O momento de escolha da ressecção é o estado, sempre tardio, em que se formou tecido de reacção à volta do foco tuberculoso, e o envolveu. De modo algum se deve intervir no momento duma crise evolutiva.

---

MENESES.

Um caso de quisto dermóide sobreposto ao «vermis». (*Acase of dermoid overlying the cerebellar vermis*), por SAMUEL BROCK e DOROTHY KLENHE. — *Bulletin of the Neurological Institute of New York*. Vol. I. N.º 2. Junho de 1931.

Relato clínico de um caso de quisto dermóide pial comprimindo o *vermis*, com a particularidade de que, sendo calcificado, o seu diagnóstico de localização foi possível pelo simples exame radiológico. O doente foi operado (Elsberg), tendo recuperado o seu estado de saúde anterior.

A propósito dêste caso faz o A. uma resenha dos casos de quistos dermóides intracranianos relatados até hoje. Tenta uma classificação dos mesmos.

Os quistos dermóides devem ser nitidamente separados dos epidermóides e outros teratomas. Faz algumas considerações sôbre a sua gênese e patogenia.

Chama finalmente o A. a atenção para a frequentíssima calcificação

destas neoplasias, devendo, diz, ter-se sempre presente a hipótese do quisto dermóide quando se esteja em presença de uma calcificação visível numa radiografia do crânio.

ALMEIDA LIMA.

A roentgenerapia dos tumores da hipófise. (*The roentgenotherapy of pituitary tumors*), por CORNÉLIUS DYKE. — *Bulletin of the Neurological Institute of New York*. Vol. 1. N.º 2. Junho de 1931.

O A. apresenta cinco casos clínicos bastante detalhados de doentes com o diagnóstico de neoplasias da hipófise e em que foi ensaiada a roentgenerapia.

Em todos os casos as cefaleias desapareceram por completo.

Três dos doentes apresentaram nítidas melhorias dos campos visuais e da acuidade visual. O A. acentua a necessidade de exames campimétricos repetidos, de preferência após cada tratamento, pois é este o elemento mais seguro para apreciação da evolução da neoplasia.

Os dois doentes restantes, a-pesar-da melhoria subjectiva da visão, não revelaram alteração nem dos campos nem da acuidade visual. Dois dos doentes deminuíram muito de pêso. Um caso adicional é brevemente descrito; neste caso só se notaram melhoras transitórias, mas viu-se na operação que se tratava de um caso de adenoma quístico.

ALMEIDA LIMA.

Influência da alimentação hídrica no desenvolvimento do corpo e na origem do bócio e das disfunções tiroideas. (*Influenza dell'alimentazione idrica sull'accrescimento corporeo e sulla genesi del gozzo e delle disfunzioni tiroidee*), por ROSOLINO COLLELA. — *Rivista di Patologia Nervosa e Mentale*. Vol. xxxvii. Fasc. 2. Abril de 1931.

De numerosos estudos experimentais, seguidos durante vários anos e em animais de variadas espécies, em que atende à influência da alimentação hídrica e à composição defeituosa das águas, e do estudo clínico de 512 casos de formas típicas e frustes de bócio exoftálmico, durante um período de vinte e cinco anos, chega o autor a resultados que o conduzem às seguintes principais conclusões:

1. — O bócio, o crescimento e as perturbações da glândula tiroidea estão em relação directa com o uso de certas águas.

2. — O uso dessas águas, desde o nascimento, pode produzir um bócio nalguns mamíferos: gatos, cães, etc. (bócio experimental de causa hídrica).

3. — A alimentação hídrica dêsses animais durante um longo período, começado logo após o nascimento, com as águas produtoras de bócio, não só causa a hipertrofia da tiroideia mas atinge também o organismo todo, produzindo, principalmente durante o período de crescimento, uma deminuição do desenvolvimento corpóreo, associada a uma precocidade do desenvolvimento psíquico.

4. — Na espécie humana, o uso destas águas produz muito frequente-

# Novos preparados orgânicos.

Os preparados orgânicos Merck, comprovados e preferidos ha dezenas de anos, estão presentemente estandardizados e examinados biologicamente, segundo as mais recentes bases de investigação.

**Novarial Merck:** substância ovárica aberta para o tratamento de perturbações menstruais, climatéricas, amenorrea ovárica, dismenorrea, infantilismo, etc

estandardizado

1 comprimido contém 10 unidades de rato  
Tubos de 20 e  
Frascos de 50 e 100 comprimidos

**Ferrovarial Merck:** Novarial + Fe para o tratamento causal da clorose e anemia agravadas por perturbações menstruais

estandardizado

1 comprimido contém 10 unidades de rato  
Tubos de 20 e  
Frascos de 50 e 100 comprimidos

**Tiroidina Merck:** preparado extremamente activo e obtido da glândula tiroidea total, indicado no tratamento de mixedemas, caquexia tireopriva, obesidade tireogena, etc.

biologicamente fiscalizada

A **Tiroidina Merck** tem, em determinados casos, um grande valor como diurético.

**Ovarial Merck:** preparado sêco de ovários, para o tratamento da insuficiência ovárica (veja-se Novarial).

biologicamente fiscalizado

**OVARIAL MERCK em comprimidos**  
Tubos de 20 e  
Frascos de 50 e 100 comprimidos



## E. MERCK DARMSTADT

Pecam amostras e literatura a:  
**E. MERCK DARMSTADT**  
Secção Científica Lisboa  
Rua dos Douradores, 7. LISBOA

Representantes:  
**ESTABELECIMENTOS HEROLD Lda.,**  
Rua dos Douradores, 7  
LISBOA



Nas perturbações digestivas, na  
insuficiência de secreção do suco  
gástrico, na anorexia recitae a

## *Acidol-Pepsina*

preparado de pepsina e acido clorhídrico  
duma eficácia soberana e de conservação  
indefinida sob forma sólida. / SABOR  
AGRADAVEL

EMBALAGEM ORIGINAL:

No. I fortemente acida e } Tubos de 10 x 0 gr 50  
No. II fracamente acida }

» *Bayer-Meister-Lucius* «

SECÇÃO FARMACEUTICA SCIENTIFICA

I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT, LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante

» LUSOPHARMA «

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150 3.ª LISBOA

mente uma tumefacção tiroídea com as características de uma epidemia nas populações que usam essas águas, principalmente nas mulheres.

5. — Em períodos mais avançados, sempre em dependência das mesmas águas, com os mesmos caracteres quasi endémicos, destas formas simples de hipertrofia da glândula tiroídea, podem derivar muitas variedades de perturbações da tiroideia (pseudo-basedowismo), até as formas típicas de bócio exoftálmico, sobretudo em consequência de certas influências especiais (gênese hídrica das perturbações da glândula tiroídea).

Bócio e doença de Flajani-Basedow tornam-se assim uma mesma doença: são o primeiro e último anéis duma longa cadeia de formas intermediárias que cada vez mais afirmam a unidade do síndrome hipertiroídeo.

6. — No que se refere ao princípio activo destas águas produtoras de bócio os estudos do A. levaram-o a crer tratar-se de germes específicos ou mesmo de elementos tóxicos produzidos por microorganismos e actuando como tóxicos sobre o organismo, muito especialmente sobre a glândula tiroídea. É possível que estes elementos actuem ligando-se com a hormona iodica da tiroideia.

O A. estuda também a etiologia, a patogenia, a anatomia patológica, a sintomatologia somato-psíquica, e a terapêutica das formas da doença consideradas, documentando o seu longo trabalho com 113 figuras.

ALMEIDA LIMA.

Forma palilálica e ecopalilálica áfona do automatismo verbal, por G. ROUNY e G. LÉVY. — *Révue Neurologique*. Tôm. 1. N.º 6. Junho de 1931.

Os autores, depois de uma detalhada descrição clínica duma doente com palilália e ecopalilália, sem apresentar nem perturbações mentais, nem parquinsonismo, nem fenómenos pseudo bulbares, chegam às seguintes conclusões principais:

1.º — Existe uma forma de automatismo verbal ao mesmo tempo palilálica e ecopalilálica. A libertação deste automatismo pode ser de tal modo violenta que se manifeste por uma palilália áfona permanente, traduzindo uma ecolália da palavra ouvida e pensada. Esta palilália só cessa com o sono e é absolutamente incoercível.

2.º — A imbricação destes dois fenómenos, palilália e ecopalilália, não permite clinicamente a sua dissociação. Só o facto de se tratar da resposta a uma pergunta ou da expressão espontânea de pensamentos permite dizer se se trata de palilália ou de ecopalilália.

No completo desconhecimento do mecanismo anátomo-fisiológico destas perturbações é, por agora, impossível de saber se se trata de graus diferentes duma mesma perturbação funcional ou de perturbações funcionais diferentes, uma motora outra psicomotora.

3.º — A existência possível destas perturbações puras, quer dizer sem as manifestações neurológicas ou psiquiátricas que acompanham geralmente a palilália e a ecopalilália, prova que determinadas lesões podem arrastar uma dissociação entre a motricidade voluntária e a motricidade automática, ou

entre a psicomotricidade voluntária e a psicomotricidade automática, só no que se refere à palavra articulada.

4.º — Os fenómenos descritos pelos autores marcam aparentemente o limite último entre as perturbações psicomotoras puras e as perturbações psíquicas, às quais aliás podem ou não associar-se.

Como certos fenómenos de automatismo comicial psicomotor, podem por vezes, com efeito, coincidir com perturbações mentais, mas o caso estudado pelos autores demonstra de um modo convincente que também podem estar completamente dissociadas de qualquer anomalia psíquica.

Estes factos são de grande alcance tanto debaixo do ponto de vista neurológico como do ponto de vista dos problemas psiquiátricos aos quais, em última análise, se liga.

ALMEIDA LIMA.

**Nova contribuição para o conhecimento das anomalias do esqueleto nos heredo-atáxicos.** (*Nuovo contributo alla conoscenza delle anomalie scheletriche negli eredo-atassici*), por UMBERTO DE GIACOMO. — *Rivista di Patologia Nervosa e Mentale*. Vol. xxxvii. Fasc. 3. Pág. 498. Março-Abril de 1931.

O A. descreve três novos casos típicos de doença de Friedreich em que praticou o exame radiológico sistemático do crânio e da coluna vertebral.

Tomando como base a casuística até agora escassa (12 casos), acentua que as malformações lombo-sagradas, descritas pelo A. na heredo-ataxia, são na realidade um elemento muito constante na complexa sintomatologia desta afecção.

Pelo que diz respeito às anomalias cranianas descritas por outros autores, e que consistem numa maior ou menor ipoplasia da fossa craniana posterior, é o A. de opinião de se dever atribuir êste fenómeno, embora menos constante, também ao processo mórbido fundamental.

Nalguns casos esta deformação reflecte-se de tal modo sobre a estrutura geral do crânio que origina, como sucede noutras distrofias neuro-ósseas familiares, uma braquicefalia patológica.

ALMEIDA LIMA.

**Um novo síndrome hipofisário.** (*Ein neues hypophysares Krankheitsbild; Die hypophysare Spontan hypoglykémie*), por WILDER. — *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*. Bd. 112. H-46. Pág. 192.

O A. estuda, através de dois casos clínicos, o síndrome da hipoglicemia espontânea. Manifesta-se por crises de intensidade variável, indo desde a perda completa do conhecimento até a simples ausência com amnésia, passando por estados estuporosos ou crepusculares. As crises são precedidas de pequenos síndromas premonitórios, principalmente cefaleias e fadigabilidade. Durante a crise vêm juntar-se-lhe outros sintomas do sistema nervoso que se podem dividir em três grupos:

a) *Sinais bulbo-protuberanciais*, e em primeiro plano perturbações da lin-

guagem, disartria, voz arritmica, explosiva, escandida ou gaguejada; durante a crise pode haver anartria completa. Deve-se juntar a êste grupo ainda a diplopia e o enfraquecimento das reacções pupilares à luz.

b) *Sinais córtico-espinais*: incontinência de urinas e fezes, paralisia facial, sinal de Babinski, hemiplegia ou monoplegias transitórias, afasias. Podem aparecer ainda sinais de excitação, alucinações, crises jacksonianas, *trismus*.

c) *Sinais estrio-talâmicos*: hiperquinesias, instabilidade coreiforme, tremores, mioquimias, coreia, movimentos de torção, algumas vezes rigidez muscular durante a crise, outras vezes atonia muscular completa, e por vezes formas lembrando muito a catatonía.

Temos ainda a considerar os sinais vegetativos: hipertermia ou, o que é mais freqüente, hipotermia durante a crise, polidipsia, perda de apetite, sonolência e oligúria relativa.

As crises apresentam grandes analogias com as que podem suceder-se a injeccão de doses excessivas de insulina.

Acompanham-se de uma queda importante da glicemia, rápidamente corrigida se se introduz açúcar. Uma carência hidrocarbonada prolongada provoca-as. Estes elementos mostram-nos que de facto as crises descritas estão em relação com a hipoglicemia.

Num dos casos apresentados, as crises, de início espaçadas (1 a 2 por ano), foram-se multiplicando e aproximando a ponto de aparecerem várias vezes no mesmo dia.

Nestes últimos anos tem sido êste síndrome descrito várias vezes. Relacionaram-o com adenomas langerhanrianos (Wilder, Thalheimer e Murphy), com a doença de Addison (Wadi), com lesões hepáticas (Parnas, Harris e Cammidge). Outros casos ficaram com uma interpretação incerta (Sendrail, Gougerot, Saroche, etc).

Nas duas observações do A. um certo número de sinais chama a atenção para o lobo anterior da hipófise: principalmente o estudo radiográfico da sela turca mostrando imagens de tumor intraselar e sinais da série acromegálica observados no segundo caso.

O A. julga terem sido descritos muitos casos autopsiados de glicemia espontânea com o nome de caquexia hipofisária ou doença de Simmonds.

A terapêutica consiste primeiro que tudo na introdução de açúcar pelas vias: oral, rectal, subcutânea ou intravenosa. Pode utilizar-se com successo a adrenalina, a pituitrina ou a tiroína. A pilocarpina não deu nenhum resultado. A radioterapia da região hipofisária não deu resultados convincentes.

ALMEIDA LIMA.

A beladona e o tratamento do síndrome epilepsia, por VINCELET. — *En-céphale*. N.º 1. Pág. 75-80. Janeiro de 1931.

Sempre que feniltilmalonilureia falha no tratamento do síndrome epiléptico, pode-se-lhe associar os alcalóides totais da beladona, que provocam uma acção complementar em geral muito eficaz.

ALMEIDA LIMA.

Lesões de nervos periféricos causadas por quistos sinoviais. (*Lesioni dei nervi periferici causate da cisti sinoviali*), por FINAGUERRA DE-SANTIS. — *Rivista di Patologia Nervosa e Mental*. Vol. xxxvii. Pág. 53o. Abril de 1931.

O A., depois de ter esclarecido sob o ponto de vista clínico e hidrológico dois casos de lesão de nervos periféricos determinados por quistos sinoviais, conclue afirmando que o sintoma neurológico não é só devido ao simples factor compressão tomado no sentido puramente mecânico, mas também a um componente inflamatório.

ALMEIDA LIMA.

Sobre a significação da xantocromia do líquido céfalo-raquidiano. (*Über die differentialdiagnostische Bedeutung der Xantocromie in Liquor cerebro-spinalis*), por A. AUERSPERG. — *Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie*. B. 124, S. 512-523.

Da observação de cinco casos de doentes a quem foi extraído líquido céfalo-raquidiano xantocrômico, passa o A. à discussão dêste fenómeno dantes considerado como um sinal de antigas hemorragias intrameningeas.

A coloração xantocrômica pode também aparecer no *liquor* por hemorragias accidentais, determinadas na cavidade meníngea pela punção lombar. Não é, pois, para o A. admissível dar um valor absoluto à xantocromia, como sinal de hemorragias antigas, patológicas, dos espaços meníngeos.

Do facto já também apontado por outros autores (Serchke, Guillain, Troisier) de o fenómeno da xantocromia que se produz no vivo não se poder obter *in vitro*, conclue que a sua aparição está ligada à acção das células endoteliais do revestimento meníngeo.

ALMEIDA LIMA.

#### Uma nova sociedade de cirurgia.

Com os primeiros números do *Bolletino e Memorie della Società Piemontese di chirurgia* veio até nós a notícia de um importante acontecimento para o progresso da cirurgia.

O Prof. Donati, criador de um excelente jornal de cirurgia com 28 volumes já publicados — *Archivio Italiano di Chirurgia* — fundou a *Società Piemontese di Chirurgia*, continuadora da glória cirúrgica de nomes como Larghi, Pacchiotti, Borelli, Bottini e Carle.

Os que conhecem o belo Centro Cirúrgico de Turim vão seguir com interesse a vida da nova sociedade de cirurgia.

Donati publica no n.º 2 do vol. I do *Bolletino* o modelo definitivo do seu aparelho, apresentado em Varsóvia em 1929, para fazer hemóstase e oclusão do duodeno com secção ao abrigo de contaminar o peritонеo, reduzindo e simplificando a operação quando é necessário ressecar o estômago.

Simple, sólido e bem concebido, o aparelho de Donati tem já a sanção experimental e clínica, e a êle nos referiremos de novo em poucos meses.

Além do importante trabalho de Donati, foram apresentados na 1.ª reunião da Sociedade de Cirurgia do Piemonte, trabalhos de:

**BIOLATO.** — *Sopra un caso di idro-rachide cervicale a síndrome seringomielica trattato chirurgicamente*, expando uma modificação de Marro à técnica das punções segundo Puusepp, com drenagem, pelo menos, temporária, obtendo a cura em melhores condições do que as referidas por Schmieden, Oppel e outros.

A discussão feita sobre este caso é curiosa, principalmente pelos elementos que traz ao valor relativo da sutura completa da dura-máter nas intervenções medulares.

**RINALDI.** — Apresenta um caso clínico de *rottura spontanea di rene pioneftico* tuberculoso por esforço brusco; outro caso referido pelo mesmo autor trata de uma retenção renal por torção do rim num traumatismo; e um terceiro sobre nefrectomia numa rottura traumática do rim esquerdo. Os 2 primeiros casos são raros e o 3.º tem de curioso apresentar uma sintomatologia de pseudo-ileon.

**ALESIO.** — Publica três casos de cirurgia renal em crianças, chamando a atenção para o diagnóstico com injeção intravenosa de Uroselectan, permitindo afirmar uma hidronefrose esquerda e pielectasia menor direita; ptose renal com dilatação parcial nos cálices no 2.º caso; e no 3.º um cálculo renal numa pequena de 9 anos.

**TURCO.** — Apresenta radiografias e a observação de um caso raro de arrancamento da espinha ilíaca anterior e superior direita, num indivíduo de 19 anos que, dois anos antes, tivera a mesma lesão à esquerda; noutro caso a lesão era unilateral e em ambos os doentes havia falta de união do núcleo de ossificação da crista. Obteve a cura facilmente e pôe isso em paralelo com a ineficaz intervenção de Lühr, e abre a dúvida sobre a possibilidade de semelhança causal na afecção de Osgood-Schlatter.

**UGO CAMERA.** — *Un trattamento chirurgico personale della lussazione abituale della rotula.*

Lesão de copiosa terapêutica e por isso mesmo sem processo seguro de cura. Filia as 3 categorias de intervenções empregadas na importância ligada às lesões existentes.

Intervenções sobre os ossos, quando se considerem mais importantes as deformações do esqueleto; sobre os músculos, quando a insuficiência do vasto interno parece julgar-se de maior importância; sobre os ligamentos da rótula, quando justamente se considera a sua insuficiência a causa da luxação recidivante.

Camera fez um retalho em U de base superior em que levanta a pele e o tecido celular. Talha à custa da asa interna e da cápsula um retalho da base interna; dobra-o para o lado interno, e, na linha em que está fixo, cose a secção rotuliana do tecido fibroso, fixando assim a rótula que, num último tempo, cobre pelo retalho fibroso, fixando este, em todo o seu contorno, sobre a face anterior da rótula.

A técnica é fácil de realizar e pelos casos que ilustram a comunicação, deve dar excelentes resultados.

Ainda na mesma sessão da *Società Piemontese di Chirurgia* Bertocchi apresenta uma pinça para fixar a rótula na amputação osteoplástica de Gritti que muito deve simplificar a técnica desta intervenção. Na verdade a pinça de Bertocchi não deve adquirir grande voga, pois as amputações já não são feitas para pilões mas para membros artificiais articulados e com o fim de lhes imprimir a maior mobilidade.

F. GENTIL.

**Córion-epitelioma do intestino sem foco genital primitivo.** (*Chorio-épthéliome de l'intestin sans foyer génital primitif*), por A. LAPOINTE, A. CAIN et L. DARFEUIL. — *Annales d'Anatomie pathologique et d'Anatomie normale et médico-chirurgicale*. N.º 5. Maio de 1931.

Os AA. apresentam a observação clínica de uma doente de 30 anos, operada de urgência de colpotomia com o diagnóstico de pelvi-peritonite supurada, por infecção *post-abortum*.

A autópsia revelou peritonite purulenta difusa e a existência de 3 focos neoplásicos do intestino, um dos quais produziu a perfuração duma ansa do intestino delgado. O exame do útero e anexos, fígado, bazo e coração não apresentava lesões macroscópicas. Os pulmões e o cérebro não foram examinados.

O exame histológico dos tumores mostrou os caracteres próprios do córion-epitelioma. Êste resultado levou os AA. a um exame microscópico cuidadoso do útero e anexos, não encontrando elementos neoplásicos que fizessem supor a proveniência ectoplacentária.

Admitem, para explicar a existência dos focos neoplásicos do intestino, duas hipóteses já formuladas por Pick e Kossmann, baseadas em processos embólicos com desaparecimento do foco primitivo neoplásico uterino por expulsão precoce do óvo degenerado.

O diagnóstico clínico das várias localizações metastáticas desta neoplasia é quasi sempre impossível, sobretudo quando não se supõe um abôrto anterior ou expulsão de uma mola hidatiforme.

A. RODO.

**O cancro do colo após histerectomia subtotal.** — (*Le cancer du col restant après hystérectomie subtotale*), por J. SÉNÈQUE. — *Presse Médicale*. N.º 55. 11 de Julho de 1931.

O A., examinando várias estatísticas de clínicas europeias, verificou ser extremamente difícil avaliar com rigor a percentagem da cancerização do côto após a histerectomia subtotal, sendo muito variável de clínica para clínica, esta percentagem.

As estatísticas dos radioterapeutas de vários centros anticancerosos mostram uma percentagem elevada de cancros do colo após a histerectomia subtotal, mas estes números não têm um valor decisivo por não apresentarem as mesmas estatísticas a percentagem das histerectomias subtotais praticadas durante o mesmo espaço de tempo. Em muitos casos, parece poder afirmar-se

pela evolução e data do seu aparecimento, que o cancro do colo já existia ao ser praticada a histerectomia subtotal.

Os cancros do côto, pròpriamente ditos, são os que aparecem vários anos (mínimo 1 ano) após a histerectomia subtotal. Os cancros continuando a evoluir no côto restante são de aparição precoce, e não se deve denominar cancro do côto nos casos em que a neoplasia aparece antes de um ano após a operação.

Como medida profilática indica o exame cuidadoso do colo antes de qualquer intervenção e a prática da biopsia em todos os casos duvidosos.

Sobre a preferência de histerectomia total para evitar a futura cancerização do colo, não acha possível uma conduta sistemática pelas várias dificuldades que cada caso pode apresentar.

*Nota.*—Estas conclusões estão de acôrdo com o trabalho de Delporte e Cahen, publicado em *Le Cancer* — tÔmo VII. 1930 — e já analisadas no número anterior desta revista.

A. RODO

O efeito da laqueação da cauda do pâncreas na diabetes juvenil. (*The effect of ligating the Tail of the Pancreas in juvenile diabetes*), por G. DE TAKATS (Chicago). — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. Julho de 1931. 3701. Vol. LIII.

O A. começa por se referir às experiências de Mansfeld, feitas sobre cães, e que constituem a base do trabalho que apresenta; por aquelas verifica-se que a laqueação ou completo isolamento da cauda do pâncreas provoca sobre a porção isolada um processo de esclerose e atrofia da parte correspondente à secreção externa, com integridade absoluta e mesmo hiperplasia e hipertrofia dos ilhéus de Langerhans. Por seu lado, o autor verificou mesmo um aumento de tolerância dos hidratos de carbono, com um máximo de intensidade, cerca de 3 a 4 meses depois da operação; êste acréscimo é porém passageiro, apresentado ao cabo de um ano o retôrno ao normal, cuja razão está presentemente em estudo.

Sugestiona então uma possível aplicação destas experiências ao tratamento cirúrgico da diabetes humana, sobre o que apresenta argumentos pró e contra. Entre os primeiros está a não permanente verificação do referido processo de hiperplasia e hipertrofia dos ilhéus de Langerhans ou a sua nova destruição pelo mesmo processo inicial, observado em 2 casos de crianças operadas segundo as mencionadas ideas. Entre as segundas, dois habituais e importantes factos clínicos se enfileiram :

a) O grande poder de regeneração das células dos ilhéus de Langerhans em todos os processos destrutivos do pâncreas, como na necrose pancreática aguda e carcinoma, facto verificado clinicamente pelo raro aparecimento duma *diabetes melitus* durante o decurso daquelas doenças;

b) Os manifestos sinais de regeneração celular pancreática verificados nas autópsias de diabéticos.

Em vista disto, o autor acaba por aconselhar que novas tentativas se

façam sôbre a applicação do processo à diabetes humana, tanto mais que da sua experiência pessoal pôde concluir os dois seguintes factos :

1.º — A laqueação da cauda do pâncreas no tratamento da diabetes humana não aumenta a mortalidade que, a-pesar-do tratamento insulínico, ainda hoje existe para aquella doença.

2.º — Nem mesmo qualquer processo de agravamento da doença se observa após a intervenção.

Uma vez expostas estas ideas, o A. procede ao critério de escolha de doentes. Segundo êle, são as crianças que occupam o primeiro lugar de indicação operatória, devido ao seu superior poder de regeneração ao adulto. Destas exclue todos os casos em que existe boa tolerância ao tratamento dietético e insulínico, deixando indicação aos que, pelo contrário, se mostram renitentes àquele mesmo tratamento, ou que pelo menos offerecem um carácter instável, com permanente tendência à acidez e cômã perante o mínimo estado infeccioso, facto habitualmente verificado na clínica. Como ulterior restrição operatória, põe a duração da doença, quando superior a 8 e 10 anos, e em que as alterações do parênquima pancreático já não são de molde a permitir qualquer regeneração.

No caso de operação, nunca esta deve ser executada em doentes com menos de 6 meses de completo desaparecimento da glicosúria.

Termina finalmente o artigo com considerações sôbre preparação do doente, anestesia, técnica, cuidados post-operatórios, e apresenta dois casos clínicos.

FILIPE DA COSTA.

A modification of the Ascheim-Zondek test for pregnancy, por HARRY Z. REINHART e ERNEST SCOTT (Columbus-Ohio). — *The Journal of the Am. Med. Ass.*, 9 de Maio de 1931.

Os AA. examinam as dificuldades de técnica da reacção de A. e Z., sobretudo na escolha dos animais de experiência, que têm de ser ratinhas impúberes, portanto, de um determinado pêso e idade, em número não inferior a 4, e cada uma injectada em doses diferentes. Obviando a estes inconvenientes, só verdadeiramente apreciáveis por quem com a prova tem trabalhado, os autores enaltecem as vantagens da técnica primeiramente apontada por Friedman e ulteriormente por outros como Schneider, em que tomam para animal de experiência a coelha. Neste caso, além de se trabalhar com animais que, embora jôvens, já são adultos (cêrca de 3 meses) e o resultado se poder obter a maior parte das vezes ao fim de 24 horas, há ainda a vantagem de se tratar dum animal em que a ovulação, em vez de periódica, só se produz quando há fecundação, o que portanto evita mais uma possibilidade de êrro, na verificação dos resultados pouco nítidos da reacção de A. e Z., isto é, quando não há o aparecimento de pontos hemorrágicos, únicos por si só patognomónicos da gravidez.

Por último, os AA. indicam a técnica, que consta da injeccção de 5 c. c. a 15 c. c. da urina, convenientemente preparada, na veia da orelha da coelha. Passadas 24 horas, exame dos ovários do animal, por laparotomia sob anes-

**Metodo cytophylatico do Professor Pierre Delbet**

Comunicações as sociedades scientificas e em especial a Academia de Medicina  
Sessões de 5 de Junho, 10 de Julho, 13 de Novembro de 1928; 18 de Março de 1930

# 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 - Asthenia nervosa**

**Perturbações cardiacas por Hypervagotonia**

**Pruridos e Dermatose - Lesões do tipo precanceroso**

**Perturbações urinarias de origem prostatica**

**— Prophylaxio do Cancer —**

DOSE : 2 a 4 comprimidos, todas as manhãs, em meio copo d'agua

DEPOSITO : LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE

8, rue Vivienne - PARIS

*A pedido mandam-se amostras aos medicos*

”

# eregumil Fernández

**Alimento vegetariano completo á base  
de cereais e leguminosas**

Contém no estado coloidal

*Albuminas, vitaminas actiças, fermentos hidrocarbonados  
e principios mineráis (fosfatos naturais).*

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

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

FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA

Depositários : GIMENEZ-SALINAS & C<sup>a</sup>

240, Rua da Palma, 246

LISBOA

LISBOA MÉDICA

**PROFILAXIA  
E TRATAMENTO  
"PER OS"  
DE TODAS AS  
ESPIROQUETOSSES  
DISENTERIA  
AMIBIANA  
PALUDISMO**

PELO

**Stovarsol**

**TRATAMENTO  
ARSENICAL  
DOS ESTADOS  
D'ANEMIA  
& D'ASTENIA**

**APRESENTAÇÃO**

FRASCOS DE 28  
COMPRIMIDOS A 0 gr. 25  
FRASCOS DE 70  
COMPRIMIDOS A 0 gr. 05;  
FRASCOS DE 200  
COMPRIMIDOS A 0 gr. 01

**O EMPREGO DO  
STOVAR SOL  
DEVE ESTAR  
SEMPRE SOB A  
VIGILANCIA DO  
MÉDICO** ●

**SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE**

**— Spécia —**

MARKES DOULENC Frères & "USINES du RHONE"  
86.rue Vieille du Temple. PARIS 5:

OREVILLI

tesia geral, para, no caso de reacção negativa, se suturar a incisão e por ela própria, e nas mesmas circunstâncias anteriores, se repetir a observação ao cabo de 36 e 48 horas.

A experiência de algumas dezenas de reacções de Ascheim-Zondek por mim praticadas leva-me a considerar útil a modificação de Friedman, embora eu tenha obtido mais fácil interpretação praticando as reacções em ratinhos machos

FILIFE DA COSTA.

**Apendicite aguda, Estudo da sua frequência e tratamento em Filadélfia.**  
(*Acute appendicitis. A survey of the incidence and cure in Philadelphia*),  
por JOHN O. BOWER. — *The Journal of the American Medical Association*.  
N.º 18. 1931.

A questão é já velha e discutida, mas ainda é útil repetir mais uma vez os conhecimentos expostos pelo autor.

O A. mostra, numa série de quadros estatísticos, o resultado a que chegou pela análise de 5.121 casos de apendicite aguda, recolhidos em 27 hospitais. Êste estudo foi mandado fazer em virtude da taxa da mortalidade por apendicite aguda ser de 22,3% em todos os Estados Unidos e de 18% na cidade de Filadélfia.

Da leitura dêsses quadros verifica-se:

1. — Que os doentes admitidos e operados nas primeiras 24 horas dão uma percentagem de mortes de 2,55%, aumentando para 6,31 nas 48 horas, 8,59 nas 72 horas e 11,83 para além dêste tempo. Deve acrescentar-se que os operados nas primeiras 6 horas se curam como na apendicectomia a frio.

2. — Que a percentagem de perfurações apendiculares admitidas nos hospitais foi de 66,6% com uma mortalidade de 11,1. Nos casos de morte por apendicite aguda entram em causa: lesões de outros órgãos, 0,45%; anestésias, 0,006; desfalecimento cardíaco, 0,01; hemorragias, 0,006; peritonite localizada, 19,5; peritonite generalizada, 80,5.

3. — Que dos 5.121 casos de apendicite aguda morreram 306; a causa de morte em 224 (73,2%) foi a peritonite generalizada. Dos 306 falecidos somente 160 tinham, averiguadamente, tomado purgantes, mas 131 dêles tiveram peritonite generalizada, e dêstes 131, 124 (98,4%) haviam sido purgados.

Como medidas preventivas, cujos benéficos resultados o A. aponta noutro quadro, é interessante citar uma larga distribuição de prospectos e cartazes dizendo:

«Em presença de uma dor abdominal não ingerir cousa alguma. Não dar nunca purgantes. Aplicar gêlo sôbre o ventre. Chamar o médico assistente Dor abdominal que persiste por 6 horas é geralmente perigosa»;

ou

«*Apendicite.* — Certas dores do estômago são muitas vezes perigosas. Não tomar purgantes. Chamar o médico. Morre-se cada vez mais de apendicite!»

E. ALVAREZ.

**Efeito da anestesia raquidiana na obstrução intestinal aguda. Relato de um caso clínico.** (*Effect of Spinal Anesthesia in Acute Intestinal Obstruction*), por CLAUDE ANDERSON. — *The Surgical Clinics of North America*. N.º 2. 1931.

O A. relata um caso de obstrução intestinal aguda, em que a porção terminal do ileon era estrangulada por uma fita de aderências, resultantes de uma apendicectomia executada alguns anos antes. Quando se procedia à anestesia raquidiana para levar a efeito a intervenção aconselhada, o doente teve grandes descargas de gases e de fezes, com melhoria do estado geral. A operação veio demonstrar, no entanto, pela existência das lesões orgânicas, quanto aquele resultado, aparentemente eficaz, poderia pôr em perigo a vida do doente, a ter-se desistido da intervenção.

Sem tirar o valor a este precioso meio terapêutico de vencer as obstruções intestinais do tipo paralítico, o A. chama, com este caso, a atenção dos médicos para as vantagens da intervenção cirúrgica.

E. ALVAREZ.

**Obliteração mesentérica na doença de Buerger (trombo-angeite obliterante).** Relato de dois casos. (*Mesenteric involvement in Buerger's disease Thrombo-angiitis obliterans*), por NORMAN TAUBE. — *The Journal of the American Medical Association*. N.º 18. 1931.

Após um rápido resumo da etiologia e da patogenia da distribuição das lesões, o A. descreve dois casos desta doença por êle observados, tirando da sua análise as seguintes conclusões :

1. — A história, etiologia e patogenia da trombo-angeite obliterante são ainda discutíveis.

2. — Merece especial importância a distribuição das lesões fora das extremidades.

3. — Vinte e seis casos recolhidos na literatura médica mostram afecções noutros órgãos, além dos das extremidades.

4. — Junto à lista mais dois casos pessoais. Um dos doentes tinha sintomas intestinais de obliteração de vasos mesentéricos, mas o outro doente morreu de trombose mesentérica. Este segundo doente põe em evidência a obliteração dos vasos mesentéricos; apresentou sintomas de *intermittent claudication* dos vasos mesentéricos e, se não erro, é o primeiro caso descrito.

E. ALVAREZ.

**O tratamento da colite grave.** (*Zur Behandlung der Colitis gravis*), por W. BUCKING. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 27. 1931.

O A., baseando-se numa publicação de Strauss acêrca do tratamento da colite grave por meio da transfusão sanguínea, proposto por Rachwalsky, apresenta uma série de 11 casos do seguinte modo:

1) Três doentes melhorados, e um dêles curado, por: repouso, applicações quentes abdominais, dieta apropriada, Adsorgan e Enzypan.

2) Dois doentes que, pouco tempo (10 a 21 dias) depois do início dos seus padecimentos, foram tratados por injeções intramusculares de sôro de desintéricos; ambos curados.

3) Seis doentes por meio de transfusão; em dois dêles foi êste o seu tratamento inicial, em virtude do seu mau estado geral; nos outros quatro só se começou êste método depois do insucesso verificado com outros. Dois dos casos não reagiram, mantendo-se invariável o seu estado; nos outros desapareceu o sangue das fezes, persistindo as mucosidades que só cessaram pelo emprêgo de Adsorgan e Enzipan. Segundo a opinião do A. ainda a terapêutica mais apropriada consiste no repouso, dieta e applicações quentes no ventre; nenhum dos outros processos merece inteira confiança.

J. ROCHETA.

Diagnóstico dum tumor esplênico por meio do novo método de contraste de Radt. (*Milztumordiagnose vermittelt des neuen kontrastverfahrens nach Radt*), por E. E. BANKE. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 27. 1921.

O A. apresenta um caso de tumor subdiafragmático, ao qual não tinha sido possível pelos processos usuais fazer a localização exacta. Resolveu experimentar o novo método de Radt, que consiste em injectar por via endovenosa um preparado de *tórium*, ainda não existente no comércio, que permita depois obter imagens muito nítidas do figado e baço—hepato-lienografia—em virtude da acumulação electiva desta substância no sistema retículo-endotelial. Depois da injeção (em geral várias, em dias consecutivos) foi muito fácil localizar o tumor, embora o diagnóstico da sua natureza continuasse em suspenso. O A. considera êste método melhor que o do pneumoperitôneo, pois tem pelo menos a vantagem de não provocar deslocamentos dos órgãos abdominais.

J. ROCHETA.

Amígdalas e doenças alérgicas. (*Tonsillen und allergische Erkrankungen*), por W. WOLFFHEIM. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 25. 1931.

O A. apresenta três casos com sintomas alérgicos consistindo em tosse espasmódica e edema de Quincke, causados por uma micose das amígdalas. Sobre a terapêutica aconselha a amigdalectomia, visto que não é fácil por meios químicos destruir o fungo, em virtude da profundidade que êle atinge nos tecidos atacados; quando muito, iodo internamente em altas doses, com o qual se obtém, como é sabido, bons resultados na actinomicose. Todavia, como em todas as doenças alérgicas, a terapêutica tem duas fases: o tratamento do acidente agudo, com adrenalina (0,2-04 c. c., subcutânea, dum soluto a 1/100), cloreto de cálcio intravenoso (afenil), efedrina, efetonina; o tratamento do estado alérgico em si, que exige duas condições: pesquisa e

afastamento do alérgene etiológico, deminuição da hipersensibilidade por específica ou não específica desensibilização (terapêutica antialérgica).

J. ROCHETA.

**Profilaxia das perturbações intestinais post-operatórias.** (*Prophylaxe postoperativer Darmstörungen*), por SONNENFELD e CHRISTOPHOROS. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 25. 1931.

A causa das perturbações intestinais, principalmente depois da laparotomia, é em regra de natureza química, mecânica ou térmica, por arrefecimento do peritoneu em operações prolongadas, secura do mesmo, etc. Os processos usualmente empregados para combater a parestesia intestinal abstraindo dos fármacos usados *per os*, sempre de evitar nas primeiras 48 horas, nem sempre dão bom resultado. É por isso de aconselhar o uso de substâncias que actuem sobre a musculatura lisa intestinal e possam ser administradas pela via subcutânea. Os AA. empregaram para êste efeito o preparado Tomphin, que é completamente isento de substâncias albuminóides e que, segundo os trabalhos de Holzbach, Kottlors e Irion, exerce uma forte acção peristáltica desde o jejuno, onde ela menos se faz sentir, até o recto, onde é mais intensa. Empregaram-no em 120 casos, dos quais 99 laparotomias e 21 operações vaginais, e do seguinte modo: no 1.º dia após a operação Tomphin e ar quente para evitar a formação de aderências; no dia seguinte óleo de ricino. A dose de Tomphin é de 1/2 c. c. intramuscular, e o efeito é em geral rápido, 1 a 2 horas depois, e não acompanhado de dores. Não notaram nunca fenómenos acessórios nocivos.

J. ROCHETA.

**A transiluminação nas afecções mamárias.** (*La trasilluminaçione nelle affezioni mammarie*), por L. CAPORALE. *Minerva Médica*. N.º 25. 1931.

Deve-se a Cutler e a Adair as primeiras tentativas para o diagnóstico diferencial entre o conteúdo hemático ou seroso dos quistos da mama por meio da transiluminação.

O A. apresenta o resultado das suas observações baseando-se no mesmo processo, servindo-se dum pequeno aparelho muito simples, construído pela casa Marelli, de Milão; o exame é feito em câmara escura variando a intensidade luminosa conforme a grandeza das lesões.

No período intermenstrual a mama por assim dizer completamente transparente; a transparência durante a gravidez vai diminuindo, até se tornar completamente opaca durante o aleitamento.

Na mastite aguda a mama torna-se também opaca; paralelamente à regressão da inflamação a opacidade diminui, quer em extensão, quer em intensidade, até que os vasos se tornam de novo evidentes; na mastite crónica a opacidade é difusa ou circunscrita conforme a difusão do processo inflamatório.

Quando se trate de formação quística, se o conteúdo é seroso, êste é transparente e opaco se é temático, podendo facilmente verificar-se, no primeiro caso, se são uni ou pluriloculares.

Os tumores deixam passar pouco os feixes luminosos e apresentam-se por isso mais ou menos opacos à transiluminação.

J. ROCHETA.

O tratamento da poliomielite (encefalite letárgica) e especialmente das suas sequências tardias. (*Die Behandlung der Poliomyelitis — Encephalitis lethargica — und besonders deren Spätfolgen*), por G. ARGOIRIS. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 28. 1931.

O A. admite que a prolongada virulência do diplococo de Wiesner no líquido céfalo-raquídeo, mesmo depois de vários anos do estado agudo, se explica pelo aumento nesse líquido da glicose, que constitue um excelente meio de cultura para êste agente. Partindo dêste facto propõe um tratamento, que por um lado procura aumentar a glicorraquia e por consequência melhores condições para a proliferação do diplococo, e, por outro, tenta a esterelização do líquido céfalo-raquídeo por injecções intra-raquídias de urotropina.

No 1.º dia injecta 2 c. c. dum soluto esterilizado de urotropina a 40 0/0, e 10 unidades de insulina subcutânea; 3 dias depois de 5 c. c. de urotropina e 15 unidades de insulina e assim sucessivamente de 3 em 3 dias até 20 unidades. Além dêste tratamento applica também as massagens, banhos de luz e diatermia, além dos arsenicais, e quando necessário o luminal ou o gardenal.

J. ROCHETA.

Pesquisas colecistográficas sôbre a função da vesícula, em doentes operados do estômago. (*Cholezystographische Untersuchungen über die Gallenblasenfunktion bei operierten Mägen*), por H. KALK e K. NISSEN. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 29. 1931.

Os AA. referem os resultados do exame funcional da vesícula biliar, pela colecistografia, em doentes que, por *ulcus* duodenal ou gástrico, tinham sido operados — Billoth II ou gastro-enterostomia por apêrto da cárdia — nos quais se lhes tinha praticamente excluído o duodeno do curso digestivo. O método para a visualização da vesícula é o habitualmente adoptado; depois da 1.ª radiografia com a vesícula visível, é administrada ao paciente uma refeição de 3 gemas de ovo misturadas com creme, que na opinião dos AA. constitue a excitação mais eficaz para o esvaziamento daquele órgão. Verificou-se em todos os casos, com excepção dum, um rápido esvaziamento da vesícula após a ingestão dessa refeição; por 6 vezes, mesmo, deu-se um esvaziamento total. Para a determinação do ponto de partida do reflexo, empregaram nalguns casos a sonda duodenal através da anastomose, de maneira a colocar a refeição em diferentes porções do jejuno, tendo verificado com todo o cuidado que era na sua parte média e superior que nascia o reflexo esvaziador da vesícula.

J. ROCHETA.

A maneira de evitar os vômitos post-anestésicos. (*Das post-narkotische Erbrechen und dessen Verhinderung*), por O. BSTEH e A. HANER. — *Wiener Klinische Wochenschrift* N.º 25. 1931.

Os AA. para evitar os vômitos post-anestésicos empregam a técnica seguinte: uma injeccção de benzoato de cafeína (0,25) pelo menos meia hora antes da operação, pois é absolutamente necessário que o seu efeito comece a exercer-se antes do início da anestesia. Apresentam uma estatística de 262 casos; os vômitos post-narcóticos foram totalmente impedidos em 208 casos, isto é em 79,4 0/0. Este facto é especialmente evidente nas operações de peritonites difusas. Deve acrescentar-se que a todos os doentes tinha sido feita também uma injeccção prévia de morfina e atropina.

J. ROCHETA.

## Bibliografia

**Nieren und Ableitende Harnwege**, por F. VOLHARD et F. SUTER. — 2 vol. de 2.137 págs. (6.º volume do *Handbuch der inneren Medizin*, de G. Bergmann e R. Staehlin). Berlim, 1931. F. VOLHARD: **Die doppelseitigen hämatogenen Niereuerkrankungen**. 1.826 págs.

Anunciando o aparecimento dêste tratado, Korany, nas suas *Vorlesungen über funktionelle Pathologie und Therapie der Nierenkrankheiten* (Berlim, 1929), escreve êste passo: «Ausserdem mußt ich mir sagen, dass ein Bedürfnis nach einer Vermehrung der zahlreichen Hand- und Lehrbücher über Nierenkrankheiten, ganz besonders am Vorabend des Erscheins der zweiten Auflage des epochemachenden Werkes von Volhard...»

De feito, esta obra é das que marcam uma época na medicina.

Em dois grossos volumes de perto de 2.000 páginas expõe Volhard a fisiologia e a patologia renal. O material, acarretado e reunido durante os últimos doze anos, com que documenta a exposição das suas doutrinas, a bibliografia completa — que até aqui nenhum tratado possuía — o espirito crítico com que enriquece todas as páginas fazem dêstes 2 volumes uma obra única em patologia renal.

Abre a portada da obra o conhecido passo filosófico de Goethe: «Alles worin der Mensch sich ernstlich eilässt ist ein Unendliches». Êle substitue qualquer introdutório escusado. Pôsto o distico, Volhard começa o tratado pela *fisiologia renal*. Seguem-se os seguintes capítulos: *Fisiologia patológica da função renal. O edema. Alterações do coração e sistema circulatório. Uremia. Albuminúria. História das doenças hematógenas do rim.*

Parte especial: *Nefroses. Glomérulo-nefrites difusas. Nefrites infecciosas localizadas. Escleroses.*

Se exceptuarmos os trabalhos de Widal, em 1903, sôbre o mecanismo do

edema renal, foram os patologistas alemães quem construiu o edificio da patologia renal.

Depois dos trabalhos de Müller, Strauss, Munck, Volhard e Fahr, Aschoff, etc., renovou-se inteiramente esta comarca da medicina. Pode dizer-se que em 1913 estava levantado inteiramente o edificio. Essas ideas chegaram tarde ao nosso país. Entretanto, na *Escola de Lisboa* as doutrinas alemãs vêm fazendo escola vai para uns 13 anos. Outros meios mantêm ainda o terreno virgem, agora sulcado por uma traduçãozinha espanhola do livro de Lichtwitz que os alunos manuseiam como livro de cabeceira. Mas quantas vezes são apontadas, como novas, cousas já tão velhas. A *nefrose lipóide* ou *nefrose crónica pura*, por exemplo, doença que Munck estabeleceu com toda a sua sintomatologia e precisão, em 1913, passa, aqui e além, por ser assunto novo. É pena que para certos meios só chegue a literatura médica alemã em traduções, nem sempre dos melhores livros.

Obra dêste tómo, bem merecia que os clínicos portugueses se debruçassem a assimilá-la. Guia-a uma orientação fisiopatológica — a patologia funcional — não faltando uma crítica séria das doutrinas, uma documentação completa da casuística clínica e do estudo anátomo-patológico.

A classificação das doenças renais de Fahr e Volhard, que anda em todos os livros da língua alemã, depois que os dois autores — um anátomo-patologista e um clínico — a estabeleceram, é agora ampliada, pois que o trabalho aturado da sua experiência clínica de doze anos impõe outra classificação mais extensa, de acôrdo com novos achados. Ao esquema primitivo succedeu outra classificação que mais se aproxima da realidade, porque «die Natur schematisiert nie, sie schafft überall Varietäten und Übergänge, die der pedantische Gelehreneigensinn nur alzugern übersieht oder beiseite schiebt».

Impossível fazermos uma análise circunstanciada dêste tratado. Pomos fecho a esta noticia bibliográfica, avançando que êle é o mais completo e o mais seguro entre tantos tratados de doenças de rins que estão publicados.

E. COELHO.

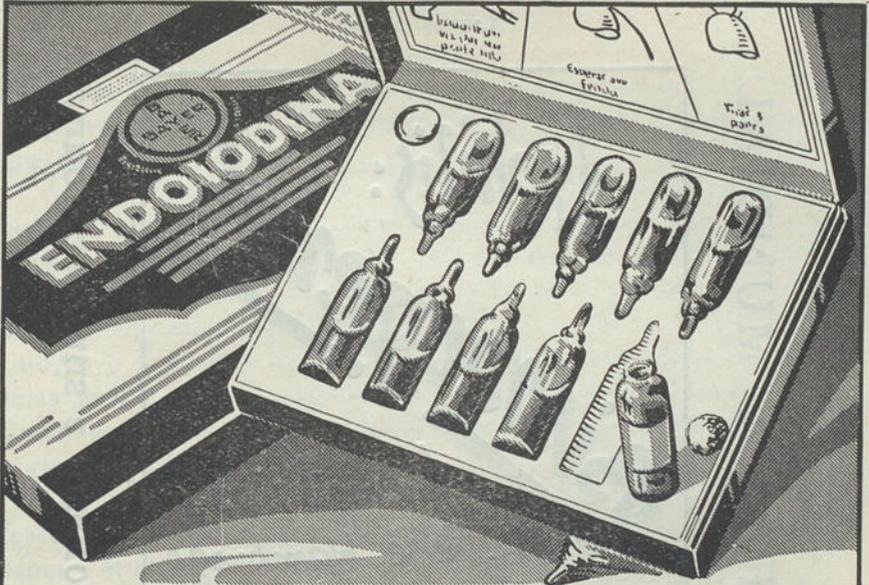
## A EXPOSIÇÃO COLONIAL DE PARIS E AS JORNADAS MÉDICAS

POR

RICARDO JORGE

Estas Jornadas meteram-me mais uma vez a jornadas pelo trilho já tão batido. Não eram propriamente as magnificências pasmosas da Exposição que me chamavam, por já vistas, muito embora tenham sempre que ver e admirar. O que me empuchava com atracção newtoniana era aquella mó compacta de congressistas, onde aos médicos coloniais franceses se soldavam os colegas da metrópole e do estrangeiro. Havia ali amigos e camaradas das lides internacionais da epidemiologia e da medicina preventiva, cujo encontro seria um regalo de coração e de espírito — um e outro reconhecidos a atenções daquelas que vinculam para sempre a gratidão. Julguei-me como que parte, modesta mas obrigada, do conclave, e tanto mais que cêdo me incluíram o nome no *Comité* de honra. Partir não era agora, como no quasi epicédio de Haraucourt, *mourir un peu* — o contrário sim, viver um pouco mais, para quem já tem pouco que viver e pouco de que realmente viva. Parti pois, peregrino de calcanhar rodante de moto próprio, e vá de latinidade — *viatica sumptibus viatoris*.

...Reaparece-me a torre de atalaia, lacrada nas quatro faces pela cruz roxa de Cristo, à roda da qual se distribuem os pavilhões portugueses, que o architecto Raúl Lino delineou sobre motivos nacionais, — a contrastarem pela sua reminiscência arcaica e austeridade de bom gosto com as vizinhas demasias de pastichios exóticos. Faz marca no dédalo pela sua situação e realce a nossa exposição por todos apreciada; caíam os gabos sobre o ideador e executor, o engenheiro Silveira e Castro, tão hábil e sabedor como modesto, e sobre os seus selectos colaboradores. Assisti em Maio à solenidade da abertura, em que luziram os discursos do commissário Silveira e Castro e do Ministro



# ENDOIODINA

Jodo orgânico injectável

M.R.

**Em lugar da  
medicação iodada  
por via oral**

Devido as suas condições favoráveis de dissociação, a Endoiodina demonstra, além da boa tolerância, uma rápida e duradoura acção iódica e pôde ser por isso considerada como o preparado iodado ideal (contem cerca de 60 por cento de iodo).

**Embalagem original:** Caixa com 10 ampolas de 2 c. c.



*» Bayer-Meister-Lucius «*

SECÇÃO FARMACEUTICA SCIENTIFICA  
L.G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT, LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante:

• LUSOPHARMA •

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150, 3.ª LISBOA

LISBOA MÉDICA

FAMA MUNDIAL

Syphilis:  
**Bismogenol**  
Laboratorios  
E. Tosse. Hamburgo

Amstras grátis a médicos

Representante para Portugal

**SALGADO LENCART-Porto-R. 31 de Janeiro, 203**

## LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

### CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PAGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60\$00

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO: 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

Fernando Branco, seguidos dos encómios gratos de Lyautey e da eloquência do Ministro Paul Reynaud. Foi hora feliz para portugueses.

A idea mais afortunada e impressionante é a do grande planisfério, onde por sôbre a tinta escura dos mares singram em lumes eléctricos as linhas das derrotas dos navegadores e circundadores do orbe — síntese ilustrativa grandiosa dos lusíadas, ante e post-camoneanos — a proclamar a preeminência do minúsculo povo português na invenção do planeta desconhecido. Uma carta anexa com as entradas dos bandeirantes nos sertões do Brasil seria um acertado complemento das excursões mundiais portuguesas.

Gostaria de ver, perante êste mapa luminoso e falante, conferenciar sôbre as rotas e as gestas dos varões assinalados a voz sábia e erudita dum Joaquim Bensaúde e dum Duarte Leite. O que nada me diz — perdoe-me o sr. Silveira e Castro — é a citação de Vítor Hugo estampada num ressalto do teto diante do portal de entrada, em que o poeta nos compara, a título encomiástico, aos ingleses e aos espanhóis. Vítor Hugo era desastrado na emissão de conceitos, a deturpar a verdade e o bom senso em jogos de retórica, numa inconsciência inalterável de ridículo. Diante do mapa dos nossos descobrimentos não há senão que proclamar a nossa suprema antecedência em todo o sentido. «Povos da Europa, se ocupais hoje a terra toda, devei-lo à gente da ocidental praia lusitana». Êste brado parece ter agora ferido os ouvidos em cheio, e é com prazer patriótico que se lêem as vozes conclamantes de escritores de tômo, como Paulo Morand e Luiz Gillet.

A imagem retratual dos feitos lusos entra pelos olhos dentro, esteticamente, levada à Exposição do Jogo da Pela nas amstras admirandas das artes plásticas da época. Duplamente felicíssima esta propaganda artística, concebida e realizada pelo nosso amigo José de Figueiredo, em que se extremam, como peças extraordinárias de beleza e significação, as tábuas de S. Vicente, atribuídas a Nuno Gonçalves — tábuas sôbre as quais pairam dúvidas de identificação, levantadas por acirradas discussões, de que lá fora se repercutiram os ecos. Quisera vê-las, digo-o à boa mente, tais quais o tempo as deixou sem a aparência de restauros apurados. Ao derredor, colgando a sala toda, as estupen-

das tapeçarias de Pastrana, que ainda não vira pano desmedido, onde a vista se perde no labirinto guerreiro da tomada de Arzila, minudente e complexivo como se fôra uma fotografia compôsite da realidade. ; Quem seria o debuxador dêste painel bélico, a intercalar na melhor série representativa de batalhas desde a antiguidade até a Renascença? As peças colhidas adrede em França, por exémplo a do museu Guimet, poderia ajuntar-se aquele soberbo tapête persa do museu de Lião, a que já tive ocasião de me referir, onde naves e nautas portuguezes figuram pitorescamente nos triângulos juxtapostos ao losango central.

...A medicina e a hygiene ocupam lugares de destaque na Exposição, a atestar o esforço redentor da metrópole em favor dos habitantes das colónias. Lyautey gaba-se, e justamente, de ter feito da acção da saúde pública o instrumento por excelência da civilização e da atracção do indígena. Que o diga, entre outros, o pavilhão de Marrocos, que patenteia os resultados do fomento sanitário, auspiciado pela gerência do marechal e realizado progressivamente pelo meu amigo Colombani, que há muito me convida amistosamente a ir visitar o país das lançadas portuguezas, contanto que me obrigue a tomar a palavra como conferencista. Marrocos! era entre nós o símbolo desdenhoso, quando se queria frisar a nossa incúria, desde o abandono da cousa pública aos focos de infecção, como se dizia nas gazetas; ; como os tempos invertem às vezes os valores!

A própria Inglaterra limitou a sua representação a esta esfera de redenção física — dioramas, painéis, fotografias e estatísticas, a evidenciarem as melhorias conseguidas em todos os seus domínios do globo, no combate estrénuo contra flagelos, endemias, epidemias — um verdadeiro teatro pitoresco dos empreendimentos e vitórias da hygiene e da profilaxia, que o público mira com interêsse e simpatia.

Na véspera da abertura solene do Congresso o telefone do Ministério francês das Colónias solicitava-me pela voz amiga do Inspector Geral de Saúde, Mr. Lasnet, que no dia seguinte, ao cabo dos *speechs* gratulatorios, tomasse a palavra em nome dos congressistas estrangeiros. Agradei a distinção, mas declinei-a com pesar, coagido pelo revolver do redenho que desta vez se melindrou à entrada com os ingesta dos restaurantes. Ninguém me substituiu, mas ao outro dia pude ao menos figurar de pre-

sença no estrado do salão grande, atestado de gente, da *Cité des Informations*, onde presidia a cabeça encanecida do marechal Lyautey, figura mais que nunca aureolada agora pelo êxito triunfal da Exposição e sublimada como a do colonial por excelência da França. Ali me encontro com patrícios: o delegado também, Aires Kopke, mestre da nossa medicina colonial — lamentamos os dois a falta sensível de Damas Mora e Froilano de Melo; e o iniciador e secretário da *Révue Sud-Américaine*, João Coelho, que procura secundar em Paris os interêsses médicos portugueses, e faz parte do *Comité* de organização do Congresso.

Desenrola-se a fita variegada das Jornadas, projectando cada dia os aspectos múltiplos da medicina tropical — contribuições sucessivas doutriniais e práticas, dados e resultados. Revistam-se a protecção, manutença e assistência das populações autóctones, as pragas da peste, cólera, febre amarela, sezonismo, lepra, sífilis, — a moléstia do sono, sôbre a qual Aires Kopke apresenta os seus trabalhos já clássicos e o sistema de combate nas zonas endemizadas das nossas possessões. Sobressai como novidade de alcance a notícia dada por Daubney e Findley do descobrimento duma hepatite que grassa em Kenia enzoóticamente nos carneiros e outros animais: o vírus é transmissível ao homem e engendra lesões idênticas às da febre amarela, entre elas a necrose de Councilman, julgada atégora sêlo exclusivo da infecção amarílica.

Assisto a algumas destas sessões, convidado sempre para a mesa da presidência e até a tomar parte nesta a convite amável e sublinhado com apresentação hiperbólica pelo Prof. Tanon. Um efeito benévolo dos anos!

Ao falar-se do abastecimento e purificação de águas, surge das bancadas um senhor todo impertigado e vozeante que com o mais impertinente aprumo entra de encarecer os milagres da verdunização, a matar instantâneamente as bactérias da água, não por acção química, mas por efeito de fôrças misteriosas, linfa boníssima até contra a febre amarela. Se o recinto fôsse outro e eu não estivera na mesa, êste reclamista verdunizante dum processo que nada tem de seu senão a denominação contracentífica, teria o trôco devido; quanto à febre amarela, as experiências de Roubaud, que não teve pejo de invocar, demonstram, como fiz vêr no *Office*, que as cloragens ínfimas provocam a eclosão rápida dos ovos latentes das estegomias. Acudiu-me a lembrança

endiabrada de perguntar-lhe se já se tinha ensaiado a tal água verdunizada, nestes tempos de intenso maltusianismo, como meio de contracepção para a matança repentina dos espermatozoides à nascença. Pude soffrear-me, e tanto mais que o pregão do homem nem sequer recebeu as palmas habituais — *Silentium ore facundius*.

Na véspera do encerramento, grande e ruidoso banquete na sala monumental do Museu Colonial Permanente, quadra alta nua de adornos, mas de superfícies literalmente coalhadas de pinturas decorativas e emblemáticas, salpicadas dos lençóis brancos do antigo velame naval. Os delegados portugueses têm naturalmente cadeira na mesa de honra, de cabeceiras ocupadas, uma pelo Ministro Paul Reynaud, à volta da qual estão as entidades médicas francesas, outra pelo marechal Lyautey, a servir de núcleo aos delegados médicos estrangeiros. Ao procurar o poiso, encontro-me à direita do marechal, com interposição da Madama Lasnet; como já me succedeu outrora no banquete da Conferência Sanitária dos Aliados, não oculo a satisfação dada pelo lugar, não por lisongear vaidades pessoais, mas por amor próprio de portuguezes.

Ao pospasto ergue-se, com o gargalejo do Champagne e os intermédios no palco das dansas martiniquesas e anamitas, a catadupa dos discursos e saudações da praxe.

Quanto o soldado de Madagascar e Marrocos é amado, vejo-o ao erguer-se para falar — tudo se levanta num ímpeto de entusiasmo com palmas e vivas, a ponto de o orador ter de pedir que se sentassem, senão nada poderia dizer. Mais uma vez exprimiu o seu amor pela medicina, ao proferir que na longa carreira algumas vezes desobedecera às autoridades militares, mas fôra sempre obediente aos ditames dos médicos. Quanto lhes devia nos seus lances de colonizador, exalta-o com a indicação de factos e pessoas. No fim, as damas correram pressurosas em chusma a pedir-lhe a rubrica na fôlha da minuta do jantar. Felizes os países que sabem procriar e desenvolver os grandes homens e que idolatram essa grandeza, único esteio afinal da superioridade espiritual e social duma nação. ; Como hão-de surdir destas figuras lá aonde a pequenez tudo apequena, calcando de nascença os que puderam ser grandes, e vergando-os toda a vida com a bruteza ignara a enterrar-lhes a cabeça nos ombros!

A Portugal foi dada a palavra entre os primeiros. Deixo aqui registradas as palavras pronunciadas :

Monsieur le Ministre,  
Monsieur le Maréchal,  
Mesdames et Messieurs :

Que je serais heureux si je pouvais, suivant le précepte de Boileau, mêler en ce moment le plaisant au sévère : — le plaisant si à propos après un repas aussi savoureux que joyeux, car le rire, propre de l'homme, l'est aussi d'Hypocrate ; — le sévère, qui est de mise pour nous incliner devant les hommes et les choses qui ont défilé devant nous, dans le film quotidien de la salle du Congrès. C'est la note grave qui dominera dans ce speech, pour exprimer notre admiration pour la noblesse du geste accompli par la médecine coloniale française, autour de laquelle nous nous sommes groupés à son généreux appel.

Ce n'est pas par un simple effet de pragmatique protocolaire, que la voix d'un Portugais a l'honneur de se lever dans l'enceinte de cette Exposition, cité aux mille portiques que la lampe merveilleuse d'un Aladin a fait surgir soudain du sol pour l'apothéose de la civilisation répandue par le génie européen dans les autres parties du monde. Chaque fois que je la visite, je sens battre dans ma poitrine le cœur ancestral de ma race. Et un dessein épique, qui seul serait faisable par le génie d'un Virgile ou d'un Dante, s'empare de moi : celui d'aller chercher dans les bocages des Champs-Élysées de l'au-delà les ombres des princes fameux de l'antique Lusitanie, l'infant Henri et les rois João II et Manuel I, ambitieux de la conquête de la mer et de l'outremer, entourés de pilotes et d'astronomes, ceux-ci médecins juifs, alors maîtres des arcanes de tout savoir humain — et les ombres des grands navigateurs et grands capitaines, les Gama, les Cabral, les Magalhães, les Albuquerque, qui, à travers l'océan mystérieux, ont atteint des régions encore plus mystérieuses, qui, dévoilant plus de la moitié de la planète, ont ouvert les portes de vastes continents et d'îles, où s'est précipitée pour les essaimer la population débordante de la vieille et étroite péninsule européenne. Si l'on pouvait faire promener ces mânes glorieux, à partir du pylone de la Porte Dorée, autour du lac Daumesnil, ils n'en croiraient pas leurs yeux. Possédés d'enthousiasme, ils s'écrieraient — « Ah, voilà où l'on est parvenu en marchant sur nos traces hasardeuses ; ce n'est pas en vain que nous avons bravé les orages, les naufrages et les ennemis, la croix entaillée sur le cœur, les yeux sur l'astrolabe, la dextre sur la poignée de l'épée ! » En lisant l'affiche — *le Tour du Monde en un jour* — « quel miracle, diraient-ils, car pour faire ce tour, il nous en a coûté jadis plus d'un siècle d'efforts ! ».

Et si, à la suite de ces respectables vieilles barbes — ils la portaient jusqu'à la ceinture — on faisait ressusciter les médecins leurs contemporains et collaborateurs, ceux qui par amour de l'aventure, par curiosité de scruter la nature exotique, et par ardeur professionnelle, s'embarquaient pour les Indes et le Brésil, quelques uns auraient le verbe haut pour vanter leurs exploits —

Garcia d'Orta nous dirait comment à Goa il a découvert le choléra, et Ferreira da Rosa comment à Pernambouc il a découvert la fièvre jaune. Ils ne désavoueraient leurs descendants qui, en Afrique et dans l'Inde, mènent le bon combat sanitaire, la main dans la main des confrères des autres puissances coloniales, et qui avec eux réalisèrent le *Congrès de Médecine Tropicale de Loanda*, sorte d'essai avant la lettre des *Journées Médicales de Paris*.

Ces *Journées Médicales*! — vous pouvez être fiers de leur formidable succès. Vous M. Le Maréchal, un des plus grands colonisateurs de tous les temps, à l'intelligence aigüe, à la volonté tenace, à l'activité inlassable, vous qui avez fait de la santé publique un des meilleurs leviers de commande de votre proconsulat au Maroc. Vous, les organisateurs de ce conclave qui marquera une date dans les annales coloniales universelles. Pour ne parler que des chefs de file, vous M. Lasnet, le vainqueur de l'hydre amarillique à Dakar, le triomphateur maintenant de cette joute internationale; vous M. le Prof. Tannon, qui avez insufflé dans l'enseignement de l'hygiène classique l'esprit de la médecine tropicale, vous, qui surveillez constamment le fonctionnement de nos séances et couvez maternellement leur succès.

Le programme était si vaste qu'on pourrait le juger chargé à l'excès de toutes les questions médicales, médico-sociales et médico-politiques concernant les colonies. Eh! bien, cette noble ambition a visé juste, reconnaissons-le. Le vieux proverbe — «qui trop embrasse mal étreint» — a reçu un démenti solennel. La médecine coloniale s'est déroulée devant nous sans encombre, le cadre a été bien rempli, la réussite complète. Des renseignements de toute sorte et venus de partout, de vastes synthèses, de soigneuses mises à point, et des nouveautés, parmi lesquelles se détache cette intéressante hépatite enzootique de Kenia, simili de la f. jaune, qui fera parler d'elle.

Simple parade, dira-t-on, mais quelle parade! Je la comparerais plutôt à une Pentecôte où les langues de feu du Saint Esprit de la science et de la fraternité sont descendues sur le front des congressistes en communion internationale d'un même apostolat. On nous a appellés au nom d'un principe supérieur, humain et humanitaire, et de tous les points on est venu en pèlerinage. Pèlerins, oui, nous le sommes, en contraste avec notre métier, habituellement sédentaire. En contemplant à Rio de Janeiro la foule des médecins accourus à la célébration du centenaire de l'Académie Brésilienne de Médecine, j'ai dit que nous sommes atteints d'une sorte de névrose psychomotrice, qu'on pourrait dénommer la *dromomanie médicale*. Nous nous déplaçons en masse pour nous voir et revoir les uns les autres, pour échanger nos idées et nos sentiments. Qui se ressemble, se rassemble — et ces assemblées de viennent de plus fréquentes et ubiquitaires. Le penchant est ancien, mais de mouvement interne, intra-européen, il est devenu une translation puissante, attirée par les pays tropicaux, de l'orient à l'occident, d'un hémisphère à l'autre. La terre devient petite même pour les médecins, qui vagabondent en quête d'études et de découvertes, et qui mettent leur dévotion au service de l'œuvre colonisatrice.

L'œuvre colonisatrice — cette œuvre dans ce quart de siècle où l'on essaie de tout faire chanceler, s'est vue mise en doute ou même ouvertement réniée. Des esprits frappeurs, des idéologues corrosifs, veulent abolir la colonisation.

Personne n'est mieux placé que nous pour les désavouer, pour combattre cette iconoclasie malfaisante. Attirer à nous les indigènes, les instruire, les assister, les soigner, quel idéal plus élevé peut-on trouver dans la civilisation moderne? La médecine est là à son plus noble poste, c'est là que s'exerce à son plus haut et plus pur degré la religion du dévouement professionnel. C'est l'honneur de la médecine coloniale française de l'avoir compris et réalisé, et d'être devenue le coefficient par excellence de la force pansociale rayonnant de la France.

Dromomanie, ai-je dit, qui nous fait voir de beaux spectacles et avive la foi dans l'avenir. Cette agitation, par la répétition des accès, va jusqu'à la chronicité. Vous en avez devant vous un exemple—quoique vétéran, tant que je resterai assez agile pour monter sur le marchepied des trains express, je ne cesserai pas de me mettre en route. Montaigne disait aimer Paris, même dans ses verrues; la chirurgie esthétique a, depuis lors, extirpé ces papillomes, corrigé et embelli le visage de la grande ville. Nous l'aimons dans ses lumières sans taches et sans éclipses. Le Paris Médical!... Il y a près de cinquante ans que j'y ai desalteré la soif d'un esprit en formation, et il y a près de vingt ans que j'y poursuis ma modeste carrière d'épidémiologiste...

Au nom du Gouvernement Portugais et de sa délégation à ce congrès, j'ai l'honneur de saluer la France métropolitaine et coloniale, représentée par les éminentes personnalités de M. le Ministre Paul Reynaud et M. le Maréchal Lyautey, et je fais des vœux fervents pour la prospérité de la médecine française, la fille spirituelle la plus adorable de ce pays béni.



## Necrologia

### Professor Magalhães Lemos

Acaba de falecer no Pôrto o eminente Professor Magalhães Lemos, a quem a ciência portuguesa deve os mais assinalados serviços. Como homenagem à sua memória queremos recordar nas páginas da *Lisboa Médica* as palavras que em tempo lhe dirigimos. É apenas um escôrço biográfico a que juntamos a funda saudade que nos deixou a perda de um amigo querido.

Ainda há pouco o elegemos presidente do *comité* dos neurologistas portugueses ao Congresso Internacional de Berne. Nesse pôsto empregou os melhores esforços para que honrássemos a ciência portuguesa no próximo certame neurológico, o mais importante que até hoje se tem realizado. Contávamos com a sua actividade, com o seu conselho e com a sua presença, êle que tão conhecido e tão estimado era nos meios médicos internacionais.

Dias antes da sua morte recebemos o *Portugal Médico* com um artigo seu sôbre um trabalho que últimamente publicámos em Paris. Já não tivemos tempo de lho agradecer. Íamos fazê-lo quando recebemos a inesperada e cruel notícia. Êsse artigo, escrito com a sua habitual vivacidade, é apenas a exteriorizaçãq da muita estima que nos dedicava. Aqui fica o meu público reconhecimento pela sua bondade.

Das palavras há anos pronunciadas destacamos alguns trechos que adaptamos à hora presente.

\*

\*   \*   \*

O Sr. Professor Magalhães Lemos, como homem de ciência, merece ser considerado como psiquiatra e neurologista. Nestes dois ramos afins da ciência médica êle vincou a sua personalidade de uma forma brilhante, que, honrando a ciência nacional, se reflectiu no progresso da medicina.

Têm os portugueses pouca consideração pelo trabalho científico realizado intra-muros. O pouco que fazemos ainda pode encontrar algum eco além fronteiras. Em Portugal passa ignorado, entre os próprios profissionais, absorvidos pela infiltração permanente da ciência estrangeira. Em França, na Alemanha, na Inglaterra, a ciência nacional é a primeira a ser anotada e salientada nos trabalhos médicos desses países. Sem menosprêzo pelas verdadeiras conquistas científicas dos países estrangeiros, procuram divulgar, em trabalhos sucessivos, a obra dos seus investigadores. Em nações de ciência mais modesta — pois não podemos comparar-nos aos que marcham na vanguarda do progresso das conquistas científicas, que o próprio meio impulsiona e estimula — no Brasil, por exemplo, que, sob tantos aspectos, nos é comparável, procura criar-se uma ciência nacional nos diversos ramos da actividade intelectual em que esse povo, numa adolescência prometedora, procura firmar a sua posição no mundo das locubrações médicas.

Só em Portugal os trabalhos morrem, ou nas páginas das poucas revistas que possuímos, ou nas memórias esquecidas que correm mundo em língua estranha.

A culpa deste abandono nacional não é apenas dos que, não produzindo, não consideram os mestres portugueses. É destes também, porque não procuram dar expansão dentro da própria terra aos seus trabalhos.

O doutor Magalhães Lemos foi um dos mais eminentes professores portugueses, possuindo obra vasta e valiosa.

Já vai longe a época (1882) em que Magalhães Lemos publicou o seu primeiro trabalho sobre localizações motoras cerebrais.

Passaram alguns lustres sobre o seu aparecimento e ainda hoje mostra o progresso que representou para a época, especial-

mente em Portugal, por ter enveredado ousadamente pelo caminho anátomo-patológico, ao tempo pouco cultivado nos nossos meios científicos.

Um dos seus capítulos mais interessantes: *A histologia da região psico-motora do recém-nascido*, que ainda hoje não perdeu muito do seu valor e importância, foi citado por Bechterew no seu excelente livro *Les voies de conduction du cerveau et de la moelle*, que viu a luz da publicidade em 1900. Teve uma tradução inglesa, feita nos Estados Unidos por George Phelps, e foi integralmente publicada nos *Archives of Medicine* (n.º 3—Junho de 1883). A-pesar-do aprêço em que êsse trabalho foi tido no mundo científico, poucos lhe deram em Portugal a atenção que merecia e todos rãpidamente o esqueceram.

Magalhães Lemos, com uma grande tenacidade, aperfeiçoou depois os seus estudos em visitas ao estrangeiro e publicou em 1886 uma curiosa nota crítica na monografia: *Visite psiquiatrique à la colonie du Cheel*, e apresentou à Sociedade Médico-Psicológica de Paris um trabalho sôbre *Les congestions cérébrales d'après la méthode de Mendel*, que foi muito apreciada.

O seu labor intensificou-se adentro do Hospital do Conde de Ferreira como clínico. Foi por sua iniciativa que começaram a publicar-se, com regularidade, os seus relatórios. O primeiro data de 1887 (biénio de 1883 a 1885), no qual disserta largamente sôbre a organização do serviço médico nos asilos de alienados de Paris, seguindo se outros que vão de 1917 até 1923. São preciosos documentos, não só para a história dêsse Hospital, mas ainda para a da assistência aos alienados em Portugal, infelizmente tão descurada pelos poderes públicos.

Em 1889 escreveu um trabalho sôbre a *paralisia geral* e no ano immediato tomou a ousada iniciativa de abrir um curso clínico de doenças mentais e nervosas, cabendo à cidade do Pôrto a honra de ter sido, em Portugal, aquela em que pela primeira vez se professou a psiquiatria e a neurologia. A *lição de abertura* foi publicada em 1890 por Magalhães Lemos e é já hoje um documento histórico de incontestável valor.

Nesse mesmo ano levou ao Congresso de Berlim o seu trabalho sôbre a *Epilepsia sensitiva e a demência paralítica*. Desde há muito que vinha dedicando a sua atenção ao estudo das localizações sensitivas no córtex cerebral.

Já em 1895 abordara o assunto num trabalho intitulado *Contribution à l'étude de l'épilepsie symptomatique des néoplasmes corticales (Iconographie de la Salpêtrière)*. Em uma das suas conclusões dizia: *o centro da sensibilidade muscular do membro inferior parece estar colocado na parte anterior do lóbulo parietal superior*.

Foi depois dessa época que se apurou definitivamente que a zona motora principal está adstricta à circunvolução frontal ascendente e que a zona sensitiva se localiza à parietal ascendente. Foram os trabalhos da cito e mielo-arquitectura, associados às explorações eléctricas das duas zonas, que nos deram a noção, hoje corrente, da localização diferenciada da motilidade e da sensibilidade nas duas circunvoluções rolândicas.

Magalhães Lemos teve a visão, à face do estudo do seu caso, da localização que trabalhos ulteriores vieram confirmar.

Os seus estudos sobre a *afasia motora*, que datam de 1900, e sobre a *afasia de Wernicke*, publicado mais tarde (1), são igualmente dignos de registo, bem como a sua monografia sobre a *Câimbra das cigareiras*, em que estuda mais uma espécie das numerosas câimbras profissionais que freqüentam as consultas neurológicas.

Também merecem ser postas em relêvo as suas pesquisas sobre a evolução das ideas delirantes em alguns casos de melancolia crónica de forma ansiosa (2) e a perda de visão mental dos objectos na melancolia (3), e outros do domínio psiquiátrico e em especial da assistência aos alienados (4).

Ficou célebre o seu trabalho sobre *Gigantismo, infantilismo e acromegalia*, publicado na extinta revista *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, em 1911. É um estudo de conjunto em que

---

(1) Aphasie de Wernicke et apraxie idéatoire, avec lésion du lobe pariéto-temporal gauche. *Com. à Sociedade de Neurologia de Paris* em 11 de Junho de 1914.

(2) L'évolution des idées délirantes dans quelques cas de mélancolie chronique à forme anxieuse. *Com. ao Congresso de Madrid* (1903).

(3) Perte de la vision mentale des objects (formes et couleurs) dans la mélancolie anxieuse. *Annales médico-psychologiques* (Juillet-Août, 1906).

(4) Assistence des aliénés en Portugal. *Révue de Psychiatrie et de Psychologie Expérimentale* (1907).—Note sur l'assistence des aliénés en Portugal. *Com. ao Congresso de Viena de 1907*.

conseguiu definir as formas de gigantismo infantil que, podendo aparecer na idade adulta, quando o período de crescimento chegou a seu termo ou quasi o atingiu, surge em alguns casos, como no seu doente, na idade infantil ou até durante a fase intra-uterina.

Magalhães Lemos ligou a etiologia do seu caso à hipertrofia da hipófise, juntando assim o gigantismo à acromegalia, o que, ainda hoje, é doutrina corrente.

A hipófise foi durante anos considerada a causa de outras perturbações (síndrome de Babinski-Frölich, poliúria e glicosúria hipofisárias, etc.). Últimamente os notáveis trabalhos experimentais de Roussy e Camus pretendem relegar para os centros infundibulares a maior parte desses síndromas; mas ainda lhe consideram adstricta a maior parte das megalias.

Magalhães Lemos insiste nesse trabalho em que, ao lado do gigantismo adquirido, é indispensável colocar o gigantismo hereditário e, possivelmente, o que possa ser determinado pelas influências patogénicas da vida fetal.

Ainda não há muito, folheando um tratado americano de neurologia e psiquiatria de autor cujo nome me não ocorre, eu pude ver reproduzidas as figuras típicas do gigante Lopes e de seu irmão que conhecíamos do trabalho original do professor portuense.

Não é menos notável o trabalho que Magalhães Lemos publicou no *Encéphale* sobre *Hallucinations unilatérales de l'ouïe*. Tratava-se de um doente com um foco de amolecimento do lobo temporal direito e que sofria de alucinações auditivas à esquerda. O autor discute largamente neste trabalho a origem das alucinações auditivas unilaterais tendendo para a explicação anatómica. Para Magalhães Lemos as vozes que o seu doente ouvia eram possivelmente determinadas pelo foco de amolecimento do lobo temporal direito que actuaría a distância, por intermédio das fibras calosas e talvez da comissura anterior, sobre o lobo correspondente do hemisfério esquerdo. Estas alterações seriam o ponto de partida de um processo complexo que, irradiando para o cérebro, daria o conjunto sintomático observado no doente, que morreu súbitamente num ataque epiléptico isolado.

Não cabe nos limites de uma ligeira análise de conjunto das obras do ilustre professor, um estudo cuidado desta interessante

e extensa monografia em que há ainda a nota de uma auto-observação médica: a própria deficiência auditiva, associada a uma hiperestesia galvânica muito acentuada dos dois ouvidos. A observação da doença que o acompanhou pela vida fora foi ainda, neste caso, tão exacta como foram sempre os seus exames clínicos.

Em 1912 abre Magalhães Lemos, já então investido nas suas funções de catedrático de psiquiatria, o curso oficial. A sua primorosa lição de abertura não ficou sepultada na literatura médica nacional. Correu mundo e Vítor Delfim fê-la conhecida no culto meio médico argentino traduzindo-a em espanhol (1923).

A actividade que Magalhães Lemos deu às suas funções pedagógicas são atestadas a cada passo pelo aproveitamento dos alunos e pelas lições publicadas — sendo a última em 1926 no *Arquivo Médico* com o título *Um caso de sífilis cerebral com síndrome de Weber e perturbações mentais*.

Devemos notar que as produções científicas de Magalhães Lemos que acabamos de citar, algumas das quais datam de há 43 anos — que no campo neurológico e psiquiátrico representa um larguíssimo período de evolução e de progresso — não perderam ainda a sua actualidade. É o maior elogio que podemos fazer-lhe. As descobertas científicas, e nomeadamente as que se conquistam no campo da biologia e da medicina, são clarões que se esbatem cedo, ofuscados pela luz mais viva de novas e valiosas investigações. A ciência médica dos grandes profissionais de há alguns séculos são, com raríssimas excepções, documentos preciosos, mas apenas para os arquivos da História da Medicina. A obra de Magalhães Lemos ainda não esmoreceu com o tempo, porque êle a alicerçou sempre em cuidadosas observações clínicas e em meticulosas investigações anatómicas, sem o que não há obra em medicina que não pereça a breve trecho. Poderão amanhã ser contestadas algumas das suas conclusões à luz de novas aquisições científicas, mas a base do seu trabalho, essa há-de forçosamente perdurar.

Em 1927 publicou um notável artigo a que deram lugar de honra na *Révue Neurologique de Paris* sôbre um caso de *encefalite epidémica prolongada*.

De há muito que o problema da paralisia agitante vinha preocupando o sábio Mestre. Já em 1912 publicara nos *Anais Cien-*

*tíficos da Faculdade do Pôrto* um estudo sôbre a *Relação da paralisia agitante com a paralisia pseudobulbar num doente afectado de psicose sistematizada progressiva (paranóia)*, que mais tarde foi transcrito numa revista alemã (1). Em 1923 publicou na *Révue Neurologique* (2) uma interessante nota sôbre a *Action de la scopolamine sur le clonus et la réflexivité en général dans un cas de syndrome parkinsonien postencéphalitique prolongé* que vem citado no volume de M<sup>lle</sup> Gabrielle Lévy sôbre a encefalite epidémica. É um longo estudo de conjunto, excelentemente documentado, em que Magalhães Lemos individualiza uma nova forma de claudicação intermitente de etiologia, mecanismo e localização lesional diferentes das claudicações intermitentes de Charcot e de Déjérine. A claudicação descrita por Magalhães Lemos deve depender de uma lesão dos núcleos centrais e mais especialmente do *striatum*. Não interfere nela, como nas claudicações intermitentes que já conhecíamos, a insuficiência da irrigação sanguínea. Trata-se de uma contracção tónica de carácter extrapiramidal.

À mesma etiologia liga o ilustre neurologista outras perturbações motoras do seu doente; a câimbra de escrivão e o desvio conjugado da cabeça e dos olhos por hipertonia. É um outro aspecto original do seu estudo, pois ainda não tinham sido mencionadas na complexa sintomatologia do sistema estriado.

Todo o longo trabalho, de uma rara clareza, de uma grande dedução lógica, cuidadosamente ordenado e documentado, vem cheio de inéditas concepções. Palpita nele a mocidade de um espírito observador; reflecte-se através das suas páginas a cultura vasta, e em dia, de quem o tracejou; movimentam-se, na seqüência dos assuntos, as referências adequadas à vasta bibliografia do assunto.

Na *Révue Neurologique* publicou Magalhães Lemos em 1928 interessantes considerações sôbre *Emotion choc et confusion mentale*. É um excelente artigo, em que põe em evidência novas noções etiológicas e sintomáticas da confusão mental. As suas con-

---

(1) *Journal für Psychologie und Neurologie*. Vol. 25. Fasc. sup. N.º 3. 1920. Zur Lehre der Erkrankungen des striaten Systems.

(2) Número 5, de Novembro, e também in *Medicina Moderna*. Pôrto. N.º 10, de Dezembro.

siderações sôbre a emoção-choque, as amnésias lacunares, e ainda o que expõe a propósito do negativismo e auto-negativismo, são aspectos inéditos de um complicado síndrome psíquico que de há muito interessa os psiquiatras.

Afirmava Magalhães Lemos que estava velho. Não o podia estar quem escreveu essas páginas interessantíssimas em que há o vigor de uma admirável robustez mental e o espírito subtil e educado na escola clínica e anatómica que foi o segrêdo de toda a sua vida de investigador. Há aparências que iludem: os seus cabelos brancos disfarçavam uma juventude que perdurava numa ânsia constante de saber e de progresso.

Afastaram-no da vida professoral. Que importava isso! Quem venceu tantas dificuldades, quem ainda, dobrando os 70 anos, mostrava, numa extensa memória, pontos de vista originaes e que, por muito tempo, serão recordados, não podia afastar-se para a tranqüilidade de uma vida de aldeão. Quem se criou na labuta clínica e no campo das investigações científicas não podia afastar-se do exame dos seus doentes, do estudo das suas peças anatómicas, quando ainda o seu vigor intellectual se manifestava por forma tão brilhante.

Em Magalhães Lemos havia a notar, além do seu valor intrínseco, a probidade que vislumbra, a cada passo, na maneira como seguia as observações, na forma como documentava as suas conclusões, no cuidado com que procurava relacionar os factos para, não excedendo o seu significado, pisar sempre terreno firme e seguro. E essa probidade científica, que todos os seus trabalhos traduzem, foi também a divisa de toda a sua vida: a orientadora da sua trajectória adentro e afora da sua actividade profissional, sem alardes que ofenderiam a sua modéstia, sem transigências que se despedaçariam contra a inteireza inquebrantável do seu carácter. A probidade viveu na sua alma como a mais alta virtude; foi a Deusa do seu culto, a directriz da sua existência. Bem se lhe podem adequar os versos do divino Dante:

Rade volte risurge per gli rami  
L'umana probidade; e questo vuole  
Quei che la dà, perché da lui si chiami.

\*

\* \*

Há ainda um outro aspecto sôbre que é necessário encarar a sua individualidade: a dedicação pelos seus companheiros de trabalho. Avultam na sua obra as palavras de justiça e amizade dedicadas a um outro grande mestre portuense, seu amigo querido, espírito brilhante que a morte cedo roubou à Faculdade de Medicina de Lisboa, a que últimamente pertencia, e onde ocupava um alto lugar de evidência: Júlio de Matos. A imparcialidade da crítica não apaga nem desvanece a delicada affectuosidade que lhe dedica em palavras de comovida estima.

Magalhães Lemos, querendo valorizar a Faculdade de Medicina do Pôrto, conseguiu que fôsse conferido o título de professor honorário daquela Faculdade ao eminente Prof. Oskar Vogt, de Berlim, hoje uma das mais autênticas glórias da neurologia anatomomicroscópica de todo o mundo. O seu relatório sôbre os trabalhos do infatigável investigador da architectura do córtex cerebral é um documento digno de quem o subscreve, e a que se associaram os nomes muito ilustres de dois outros professores da mesma Faculdade: Tiago de Almeida e Alberto de Aguiar.

Oskar Vogt e M<sup>me</sup> Cécile Vogt, por sua vez também distinctíssima neurologista, e tanto que os dois nomes andam ligados à descoberta das lesões da atetose dupla, e em muitos outros trabalhos, amigos dedicados de Magalhães Lemos, ao regressarem a Lisboa, manifestaram-nos o seu grande reconhecimento pela forma gentilíssima como Magalhães Lemos os recebera, e recordaram, com palavras de justiça para o Mestre português, o intercâmbio de impressões científicas que, através de longos anos, com êle vinham mantendo.

\*

\* \*

Um velho filósofo, Séneca, escreveu que a Medicina e a Moral assentam sôbre uma base comum: o conhecimento da natureza humana. Esta aproximação, de que se tem desdenhado, encontra aqui a exemplificação perfeita. A sua individualidade médica

e a sua personalidade moral ajustam-se na mesma culminância, fundem-se no apogeu de um elevado espírito de eleição. Magalhães Lemos nunca conheceu inimigos. Na catedral do seu culto científico, no remanso do seu laboratório, nunca entraram a perturbá-lo as paixões que incitam ódios e incendiam recriminações. A sua vida, serena como a dos cenobitas e proveitosa como a dos apóstolos, consumiu-a em defesa das verdades científicas que, quando bem averiguadas, são as únicas verdades eternas.

As tempestades nunca surgiram em tórno da sua obra nem da sua pessoa. E, ao deixar a vida professoral, seguiu-o um cortejo de amigos e admiradores, que hesitavam em dar a primazia ao cientista ilustre, ou ao homem de sãos princípios que a bondade aureolava como aos santos das velhas iluminuras.

\*  
\*   \*  
\*

Um dia, fugido ao âmbito científico em que gastamos a nossa actividade, e impulsionado um pouco pelo injusto esquecimento a que fôra votado Júlio Deniz, um dos maiores romancistas da nossa terra, legítimo orgulho do professorado médico português, resolvemos traçar o seu esboço biográfico. Magalhães Lemos teve a amabilidade de nos dirigir palavras amigas de imerecido acolhimento pela obra modesta que levámos a cabo.

Numa das suas cartas, escrita em férias, do seu recolhimento de Felgueiras, falou-nos das árvores seculares da sua quinta, a cuja sombra se abrigara o vulto doentio do romancista, lendo ou meditando as obras primas que nos legou. Êle ali o vira em criança e nunca essa lembrança se desvanecera do espírito.

Ainda por lá deve viver, sob a protecção carinhosa do que foi seu dono, aquele *roble da floresta*, vetusto e copado carvalho, que

Viu passar gerações após de gerações,  
Entre risos e pranto, em festas e orações...

Foi à sua sombra que Magalhães Lemos, recordando a alma ingénua e boa do romancista, irmã gémea da sua, passou muitos meses dos seus últimos anos. Nenhum outro ambiente podia

quadrar melhor à sua vida modelar de estudo e de bem-fazer. Era ali, longe do alarido do mundo, que nunca o seduziu, no eremitério onde guardava todo o seu passado, no segrêdo impenetrável da alma dos vegetais, que o querido Mestre evocava todas as canseiras sofridas, todos os triunfos obtidos.

Pedimos-lhe então que ao afastar-se, como pretendia, da produção de novos trabalhos, coordenasse e juntasse em volume as suas numerosas produções científicas. Desejávamos que a sua preciosa obra de investigador fôsse guardada como merece.

Mesmo dispersos, conservamos respeitosamente os seus trabalhos, entre os dos seus pares, os neurologistas consagrados, aqueles que abriram novos caminhos e desvendaram inesperados horizontes no campo vasto de uma especialidade clínica, que, pretendendo interpretar os fenómenos mais elevados da actividade cerebral, é tão subtil e delicada que se apoia nos mínimos sinais e penetra nos mais delicados recônditos da vida dos órgãos e dos tecidos.

A obra de Magalhães Lemos, mais conhecida dos estranhos do que dos portugueses, precisa de ser divulgada e apresentada em conjunto.

Não quis ou não pôde Magalhães Lemos atender a nossa solicitação. A Faculdade de Medicina do Pôrto, que tão desvelado carinho sempre tem patenteado pelos seus mestres ilustres, deve levar a bom têrmo esta consagração póstuma à memória do notável neurologista português.

Todos teriam de louvar o patriótico empreendimento.

Em nome da *Lisboa Médica* apresentamos à família do ilustre Professor e à Faculdade de Medicina do Pôrto a expressão das nossas sentidas condolências.

EGAS MONIZ.



# NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

## Faculdades de Medicina

### De Coimbra

Os Profs. Rocha Brito e Novais e Sousa foram autorizados a representar a Faculdade de Medicina nas Jornadas Médicas Galegas.

— Foram louvadas as individualidades médicas que colaboraram na publicação do 2.º volume do Boletim dos Hospitais da Universidade.

### De Lisboa

Na última reunião do Conselho da Faculdade de Medicina procedeu-se à eleição do director e secretário da Faculdade, tendo-se obtido os resultados seguintes: para director, em lista triplice, os Profs. Egas Moniz, Celestino da Costa e Henrique de Vilhena; para secretário, em lista dúplice, os Profs. Marck Athias e Henrique Parreira.

O Ministro da Instrução escolherá entre os nomes indicados aqueles que deverão ser nomeados respectivamente director e secretário.

-- Foi aberto concurso para um lugar de assistente da cadeira de Anatomia patológica.

\* \* \*

## Hospitais Civis de Lisboa

O Dr. Alberto de Mendonça, director de serviço clínico da especialidade de oto-rino-laringologia dos Hospitais Civis de Lisboa, e o Dr. Carlos Arruda Furtado, director de serviço clínico e inspector de hygiene dos mesmos Hospitais, foram encarregados respectivamente de, em missão gratuita, assistir aos congressos da sua especialidade a realizar em França e Itália, e a estudar no estrangeiro os progressos da hygiene hospitalar.

\* \* \*

### Academia das Ciências

Na sessão da 1.<sup>a</sup> classe da Academia das Ciências de Lisboa, realizada em 9 de Julho, o Prof. Egas Moniz falou sôbre um caso de «Tumor intramedular, tetraplegia e cura pela radioterapia», apresentando em seguida a doente.

O Prof. Sabino Coelho fez o elogio da grandeza cirúrgica da América.

— Nã sessão do dia 23 de Julho foram apresentadas as seguintes comunicações: «Alguns livros recentes que interessam à história da medicina portuguesa», pelo Professor Silva Carvalho; e «A apendicite», pelo Prof. Sabino Coelho.

\* \* \*

### Sociedade Portuguesa de Radiologia

Realizou-se em casa do Dr. Carlos Santos (pai) a primeira reunião da direcção da Sociedade Portuguesa de Radiologia.

A direcção tomou conhecimento do alvará que legitima a fundação da Sociedade e occupou-se, seguidamente, da representação ao Congresso Internacional de Radiologia, que se realizou em Paris de 26 de Julho a 2 de Agosto. Ficou resolvido nomear seus delegados os Drs. Bénard Guedes, Carlos Santos (filho) e Manuel Côrte-Real, sendo o primeiro presidente da delegação.

\* \* \*

### Journées Médicales Coloniales (Paris)

*Contribuição científica portuguesa:* «Trypanosomiase dans les colonies portugaises de l'Afrique», por Ayres Kopke. «Lèpre dans l'Inde Portugaise», por Froilano de Melo. «Sur un nouveau mode de transmission expérimentale du virus de la fièvre jaune», por João Coelho, do comité de organização do Congresso.

O delegado oficial do Brasil era o professor Basil Sefton, titular da cadeira de medicina tropical da Faculdade do Pôrto Alegre, que tomou parte na discussão da febre amarela, malária e anemias tropicais.

\* \* \*

### União Internacional contra a Tuberculose

A reunião anual do Conselho da União Internacional contra a Tuberculose, cujo presidente actual é o Professor Trölich (Noruega), realizou-se

em Paris a 9 de Julho; fizeram-se representar 17 países. Às 10 horas da manhã, na sede da União, 2, Avenue Velasques, Paris, reuniram-se em sessão administrativa os membros do Conselho.

A data da próxima conferência da União Internacional, que será em Haia, foi fixada para 6 a 9 de Setembro de 1932, e os três temas seguintes escolhidos na lista dos assuntos propostos pelos diversos países membros da União foram inscritos na ordem do dia: Tema biológico: *Relações entre a alergia e a imunidade*, o conferente será designado ulteriormente; tema clínico: *A crisoterapia*, conferente, Prof. Sayé (Barcelona); tema social: *Assistência post-sanatorial*, conferente, Dr. B. H. Vos (Hellendorn). Seguindo o precedente adoptado na Conferência de Cslo, designar-se-á para cada tema, ao lado do principal conferente, dez co-conferentes escolhidos nos diferentes países.

A sessão científica realizou-se nos laboratórios novos da tuberculose, do Instituto Pasteur, que os membros do Conselho visitaram com o Prof. Calmette. A sessão foi consagrada ao relato do Dr. Soper (Estados Unidos) sobre: *Um plano de padrão de luta antituberculosa*. Na ausência do Dr. Soper, êste relato foi apresentado pelo Prof. Opie (Estados Unidos). Em seguida o Prof. Valtis (Grécia) expôs as fases da luta antituberculosa no seu país.

A êstes dois relatos seguiu-se uma discussão na qual tomaram parte o Prof. Léon Bernard, secretário geral da União, o Prof. Knud Faber (Dinamarca), o coronel Rudzli (Polónia), etc.



## II Congresso Internacional da Luz

Êste Congresso reunirá em Copenhague, sob a presidência do Dr. Axel Reyn, de 15 a 18 de Agosto de 1932.

Os seguintes assuntos serão objecto de relatórios especiais:

- 1.º — O papel do pigmento na biologia da luz e no efeito terapêutico dos banhos de luz.
- 2.º — Como pode explicar-se o efeito dos banhos de luz na tuberculose?
- 3.º — Bases e organização das investigações helioclimáticas em relação com as medidas de higiene pública.
- 4.º — Relatório da comissão internacional de fixação de uma unidade de medida para os raios ultra-violetas.

O comité nacional foi assim constituído:

*Presidente:* Dr. Azevedo Neves, Prof. da Faculdade de Medicina de Lisboa.

*Vice-Presidentes:* Dr. A. Pires de Lima, Prof. da Universidade do Porto; Dr. Formigal Luzes, Prof. do Instituto de Hidrologia de Lisboa.

*Secretário:* Dr. A. Lima Carneiro, director das Termas das Caldas da Saúde.

*Membros:* D. Sofia Quintino, directora dos Serviços de Finsenterapia dos Hospitais de Lisboa; Dr. Mendes Dordio, director do Sanatório Marítimo

de Outão; Dr. Correia Soares, director dos Serviços de Fisioterapia dos Hospitais de Coimbra; Dr. Carlos Henriques, Prof. da Universidade do Pôrto.

Todos os esclarecimentos devem ser pedidos ao secretário, Dr. A. Lima Carneiro, Caldas da Saúde.

\* \* \*

### Escola de Medicina Tropical

O Prof. Aires Kopke foi definitivamente nomeado para o cargo de director da Escola de Medicina Tropical.

— Foi nomeado professor auxiliar da 3.<sup>a</sup> cadeira da mesma Escola o Dr. Luiz Fontoura de Sequeira, médico do quadro de Moçambique.

\* \* \*

### Congressos

O Dr. António Pereira Varela, director da Sociedade Portuguesa de Estomatologia, vai representar o país no primeiro Congresso Internacional de Estomatologia, que se realiza em Budapest de 2 a 7 de Setembro.

— O Dr. Tovar de Lemos seguiu para Londres a fim de tomar parte no Congresso da União Internacional contra o perigo venéreo.

\* \* \*

### Missão de estudo

O Dr. Domingos Lara, director dos serviços gerais da Assistência Nacional aos Tuberculosos foi encarregado de estudar em Espanha, França, Itália, Suíça, Alemanha, Áustria, Bélgica, Holanda e Dinamarca, a organização dos sanatórios populares.

\* \* \*

### Dispensário de Higiene Social

A fim de ser instalada a secção antituberculosa do Dispensário de Higiene Social da cidade da Guarda, o Prof. Lopo de Carvalho ofereceu o antigo consultório de seu pai, que foi director do Sanatório Sousa Martins.

### Junta de Educação Nacional

A Junta de Educação Nacional esclareceu, por intermédio do secretário Dr. Luiz Simões Raposo, que a luta antimalária organizada em Portugal tem sido auxiliada pelos subsídios daquela instituição, os quais têm permitido a especialização do pessoal dirigente dessa tão útil campanha.

### Taxa sanitária

Os hospitais, misericórdias e creches que possuam vacas leiteiras exclusivamente destinadas à assistências são dispensados do pagamento da taxa sanitária.

### Saúde pública

Para o lugar de delegado de saúde do concelho de Alcácer do Sal foi nomeado o Dr. Augusto Martins Gonçalves, facultativo municipal do mesmo concelho.

### Prof. Marck Athias

O Prof. Marck Athias foi nomeado presidente do júri dos exames de Estado de educação física.

### Prof. Aires Kopke

O Prof. Aires Kopke, director da Escola de Medicina Tropical, tomou parte, como delegado relator, nos congressos internacionais e intercoloniais que se realizaram em Paris, em Julho e Agosto. O relatório que este professor apresentou nas Jornadas Médicas Coloniais intitulava-se «Tripanosomíase nas colónias portuguesas».



\* \* \*

### Dr. Alberto Gomes

Tomou posse do cargo de delegado de saúde de Lisboa o Dr. Alberto Gomes, cirurgião dos Hospitais Cíveis de Lisboa.

Ao acto assistiram o director geral de saúde, o Dr. Arruda Furtado, que exerceu aquele cargo interinamente, e o Dr. Silva Passos.

\* \* \*

### Demissão

Por motivos de ordem política, foi demitido do cargo de que estava investido o capitão médico do quadro de saúde de Angola, Dr. Carlos Leopoldino de Almeida.

\* \* \*

### Prof. Magalhães de Lemos

Na cidade do Pôrto faleceu o Dr. António de Sousa Magalhães de Lemos, professor de psiquiatria da Faculdade de Medicina do Pôrto.

Foi sucessivamente médico, subdirector e director, durante cerca de 40 anos, do Hospital de Alienados Conde de Ferreira, abandonando êste estabelecimento em 1929, quando foi atingido pelo limite de idade.

Na secção respectiva publicamos um artigo do Prof. Egas Moniz sobre a obra científica de Magalhães Lemos.

\* \* \*

### Necrologia

Faleceu em Lisboa o Dr. José António da Costa Júnior, antigo ministro.



## 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 pilulas por dia  
ou 1 a 6 colheres de sobremesa de **Solução**

## PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos científicos

Lavagem  
de Extracto de Bilis  
glicerinado  
e de Panbiline



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

Depósito Geral, Amostras e Literatura: LABORATÓRIO da PANBILINE, Annonay (Ardèche) FRANÇA  
Representantes para Portugal e Colónias: GIMÉNEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> Rua da Palma, 240 - 246 — LISBOA

Tratamento específico do Hipofuncionamento ovarico

## HORMOVARINE BYLA

FOLICULINA FISIOLÓGICAMENTE TITULADA

**Dismenorreia, Amenorreia, Menopausa, Castração cirurgica, Esterilidade.**

Em caixas de 6 empôlas de 1 c. c. tituladas a 10 unidades de foliculina

ETABLISSEMENTS BYLA — 26, Avenue de l'Observatoire — PARIS

PEDIR LITERATURAS AOS AGENTES PARA PORTUGAL:

GIMÉNEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> — Rua da Palma, 240 - 246 — 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 successo, 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.<sup>A</sup> (Irmãos)

RUA DOS CORREEIROS, 41, 2.º

LISBOA

Sala .....

Est. ....

Tab. ....

N.º .....