

COIMBRA MÉDICA

ANO III

JUNHO DE 1936

N.º 6

SUMÁRIO

	Pag.
TERAPÊUTICA PELAS INJECCÕES INTRA-ARTERIAIS — drs. Angelo da Fonseca e Nunes da Costa	389
DOENÇA DE MELEDA — drs. A. da Rocha Brito e Geraldino Brites	413
UM CASO RARO DE PELADA TOTAL — dr. Celestino Maia	427
SOBRE A VELOCIDADE DA CIRCULAÇÃO APRECIADA PELA PROVA DA DECOLINA-ETER — dr. Antunes de Azevedo	433
NOTAS CLINICAS — CASOS FRUSTES DE PELAGA E AUTO-HEMOTERAPIA — dr. Amadeu C. Mora.	440
LIVROS & REVISTAS	447
SUPLEMENTO — NOTICIAS & INFORMAÇÕES	XXXIII

MOURA MARQUES & FILHO

COIMBRA

DIRECÇÃO CIENTÍFICA

Prof. Lúcio Rocha — Prof. Serras e Silva — Prof. Angelo da
Fonseca — Prof. Elísio de Moura — Prof. Alvaro de Matos
— Prof. Almeida Ribeiro — Prof. J. Duarte de Oliveira —
Prof. Rocha Brito — Prof. Moraes Sarmiento — Prof. Feliciano
Guimarães — Prof. Marques dos Santos — Prof. Novais e Sousa
— Prof. Geraldino Brites — Prof. Egidio Aires — Prof. Maximino
Correia — Prof. João Pôrto — Prof. Afonso Pinto

REDACÇÃO

João Pôrto

Redactor principal

Alberto Pessoa

António Meliço Silvestre

Augusto Vaz Serra

José Bacalhau

José Correia de Oliveira

Lúcio de Almeida

Luiz Raposo

Manuel Bruno da Costa

Mário Trincão

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

Continente e Ilhas — ano	50\$00
Colónias	65\$00
Estranjeiro	75\$00
Número avulso — cada.	10\$00

PAGAMENTO ADIANTADO

Só se aceitam assinaturas a partir do primeiro número de cada ano.

Dez números por ano — um número por mês, excepto Agosto e Setembro.

Editor e Proprietário — Dr. J. PORTO

Toda a correspondência deve ser dirigida
à Administração da "COIMBRA MÉDICA",
LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25
COIMBRA

ZIG-ZAG

O MELHOR PAPEL DE FUMAR
Sempre imitado, nunca igualado

É a opinião das sumidades médicas que passamos a transcrever e, segundo elas, ninguém que prese a sua saúde deve usar outro papel, pois todas as imitações são muito parafinadas e, portanto, extremamente prejudiciais. Vejamos:

"...Não ha fabrico de papel para cigarros mais perfeito do que o do papel ZIG-ZAG... Não ha nenhum pais, europeu ou americano, em que o papel ZIG-ZAG não seja preferido por fumadores de todas as classes sociais."

(a) DR. GEORGES DARZENS
Adjunto da Universidade de Paris

"...O papel ZIG-ZAG não contém nenhuma matéria tóxica, nem pasta de madeira, nem cloro... O papel ZIG-ZAG é um papel para cigarros de qualidade superior, em que não se encontram nenhuns vestígios de substâncias nocivas à saúde..."

(a) DR. RAMÓN CAJAL
Director do Instituto Therapeutico de Madrid

Poderíamos juntar mais transcrições, mas estas parecem-nos suficientes.

UNICOS IMPORTADORES EM PORTUGAL

A CASA HAVANEZA - LISBOA

24 - Largo do Chiado - 25

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO - TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE Consideravelmente inferior à de todos os produtos similares.

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^e)

Depositários
exclusivos

TEIXEIRA LOPES & C.^a, L.^{da}

45, R. Santa Justa, 2.^o
LISBOA

À EX.^{MA} CLASSE MÉDICA

Vidago, Melgaço & Pedras Salgadas

Recorda que as suas reputadas Estâncias Termais de
**Vidago, Vidago-Salus,
Pedras Salgadas, Melgaço**

são oficialmente abertas em 1 de Junho (Salus abrirá em 1 de Julho) e funcionarão até 30 de Setembro.

Agradecem que os Ex.^{mos} Médicos, ao enviarem os seus clientes para as Termas, os façam acompanhar de uma sua carta ou cartão dirigida ao respectivo Director Clínico, que estará ao dispor dos seus colegas para qualquer informação que desejarem.

ÁGUA DA CURIA

A **água da Curia**, tomada internamente, não exerce apenas uma acção lixiviante ou d'arraste dos produtos de intoxicação.

Estudos recentes reconheceram na **água da Curia** um poder **zimosténico**, estimulante da actividade fermentativa, e uma **acção filatica** de defesa contra todos os venenos endógenos e exógenos (Congresso de Hidrologia de Lisboa).

E, pelo seu **ião cálcio**, (Vittel, cálcio 0,29 por litro-Curia, cálcio 0,55 por litro), é um poderoso agente de mobilização do ácido urico tissular, devido à combinação **uro-calcica**, que se forma no organismo (Inst. d'Hid. de Paris, Prof. Degrès).



TERAPÊUTICA PELAS INJECCÕES INTRA-ARTERIAIS (1)

POR

PROF. ANGELO DA FONSECA

E

NUNES DA COSTA

Desde longo tempo as injeccões intra-arteriais foram ensaiadas com fim terapêutico.

Em 1908 fêz Goyanes os primeiros ensaios de terapêutica por via arterial, em certas formas graves de tuberculose cirúrgica osteo-articular.

Mais tarde, em 1917, êste cirurgião comunicou os seus resultados à Academia espanhola de Medicina e, em 1908, numa comunicação feita à Soc. de Chirurg. de Paris, sôbre a cirurgia dos vasos, o mesmo autor falou das possibilidades e vantagens das injeccões intra-arteriais, não só com fim terapêutico mas ainda com fim anestésico, tendo relatado alguns casos de narcose e hipnose cerebrais por meio de injeccões de éter e de escopolamina administradas por via carotídea.

Leriche, também já em 1913 tinha tentado o tratamento de certos casos de tetano por meio de injeccões de sôro específico por via carotídea.

Em 1923, Sicard fêz largo uso das injeccões intra-arteriais com fim diagnóstico de certas lesões vasculares, sôbre tudo nos casos de arterite e embolia arterial, em que êste autor fêz largo uso das injeccões intra-arteriais de lipiodol, com o fim de tornar os vasos impermeáveis aos R. X.

Na mesma data, Kemal preconizou a injeccão intra-aortica de certas substâncias (adrenalina, etc.) nos casos de morte iminente.

(1) Comunicação apresentada na «Quinzena Médica dos Hospitais da Universidade», em 4 de Junho de 1936.

Desde então as injeções intra-arteriais têm sido já usadas por muitos autores, nas suas diversas aplicações.

Leriche, Fontaine, Racine e Reboul, há anos que praticam com regularidade as injeções intra-arteriais com fim diagnóstico e terapêutico.

Entre nós, também se tem feito largo uso das injeções intra-arteriais.

São de todos conhecidos os trabalhos de Egas Moniz, Reynaldo dos Santos e Cunha Lamas sobre arteriografia e arterioterapia.

Pela nossa parte, há já muito tempo também que vimos ensaiando as injeções arteriais, quer com fim diagnóstico ou terapêutico.

Mas, é certo que só ultimamente a prática das injeções arteriais tem tomado um maior incremento, sem que, contudo, se possa dizer ainda que este método entrou já no uso corrente, pelo menos na maior parte das clínicas.

As injeções intra-arteriais constituem um método que continua ainda em estudo, com o fim de se averiguar não só o seu real valor terapêutico ou diagnóstico, mas ainda, e sobre tudo, no intuito de melhor se conhecer os inconvenientes e os acidentes a que pode conduzir a introdução de diversas substâncias nas artérias.

E' no intuito de procurarmos contribuir para o esclarecimento acêrca do valor e dos inconvenientes dêste método que vimos hoje aqui trazer os resultados da nossa experiência sobre alguns casos de terapêutica por via arterial.

Mas, antes de referirmos os resultados por nós observados, vejamos, dum modo geral, os efeitos, as vantagens e os inconvenientes do método — a terapêutica por via arterial, nas suas relações com o método das injeções endovenosas, visto ser este o método terapêutico que mais se pode colocar em paralelo com aquele.

As injeções arteriais consideradas sob o ponto de vista teórico ; suas vantagens sobre as injeções endovenosas

São hoje reconhecidas por todos as enormes vantagens que resultam, num grande número de casos, da administração medi-

camentosa por via para-enteral, em virtude dos benefícios desde longo tempo obtidos com a prática das injeções intra-venosas, intra-musculares ou sub-cutâneas.

Com efeito, por este modo de administração se poupam as vias digestivas à acção, quantas vezes nociva, das drogas medicamentosas e, quantas vezes também, se perde, pela administração oral, grande parte da sua acção terapêutica, umas vezes por falta de assimilação ou por assimilação incompleta do produto administrado e, outras vezes ainda, pela alteração das substâncias medicamentosas em consequência do bioquimismo do aparelho digestivo.

Daqui resulta a grande superioridade, em numerosos casos, da terapêutica por via endo-vascular, pois é de todas aquela que nos oferece maiores probabilidades de se obterem efeitos mais rápidos, mais seguros e, onde se podem dosear mais rigorosamente a substância e administrar e os efeitos a obter. A isso se deve atribuir o grande êxito obtido pelo método das injeções endovenosas, hoje tão largamente usado. Possivelmente, a simpatia que a todos os médicos tem merecido o método das injeções endovenosas, pela sua reconhecida eficácia em número infinito de casos e ainda pela simplicidade da sua aplicação, tem feito com que durante longo tempo fôsse deixada no esquecimento uma nova via de administração medicamentosa, ainda mais racional, mais eficaz e porventura menos perigosa, embora de mais difícil técnica em certos casos, como é — a via intra-arterial.

Com efeito, a via endovenosa, para administração de medicamentos, embora à primeira vista nos possa parecer isenta de perigos para o organismo, quando executada com uma técnica impecável, apresenta, no entanto, numerosos inconvenientes, independentemente da toxidez das substâncias administradas.

E assim, nós vemos que a via endovenosa, conduzindo os medicamentos directamente, de maneira centrípta, aos órgãos circulatório e respiratório, sujeita estes, em certos casos, a um choque violento, e portanto malfasejo, que se traduz, por vezes, clinicamente, por sintomas da mais alta gravidade. Basta lembrar, a tal respeito, os accidentes, tão temidos, das crises nitritoides, com as injeções endovenosas de arsenicais orgânicos. E, se tivermos em vista a patogenia que parece presidir à eclosão

de tais accidentes, que, embora de raridade, algumas vitimas têm causado, nós depreendemos que a sua gravidade, se em grande parte depende da natureza da substância administrada, pois podem sobrevir mesmo no caso da sua administração por via intra-muscular ou sub-cutânea, é certo que tais accidentes são mais freqüentes e mais grâves quando fazemos a administração por via intra-muscular ou sub-cutânea.

Nós sabemos, com efeito, que a crise nitritoide é essencialmente uma crise vascular motivada por um desequilíbrio agudo do sistema vago-simpático, em consequência da acção massiva da substância injectada sôbre as terminações nervosas dos filetes simpáticos vasculares.

Igual mecanismo podemos invocar para o determinismo do choque coloidal.

Aqui, ainda a via de administração da substância determinante do choque tem uma importância enorme na eclosão dos accidentes e na sua gravidade.

Nós sabemos que a freqüência e a gravidade do choque coloidal são maiores quando uma determinada substância é administrada por via endovenosa. Este facto, só por si, mostra bem um dos grandes inconvenientes da via endovenosa para administração medicamentosa, podendo ainda apontar-se-lhe muitos outros. Nós sabemos, pelas experiências de Fisiologia, que as substâncias tóxicas exercem maior toxidez sôbre o organismo quando administradas por via endovenosa. E assim, nos casos em que se torna necessario, para obter útil efeito terapêutico, empregar doses fortes de substâncias tóxicas, a via endovenosa é altamente inconveniente, porque favorece os fenómenos de intoxicação geral, em virtude da sua rápida difusão pelo organismo.

Nos casos em que, com o fim terapêutico, pretendemos actuar sôbre um determinado departamento do organismo, a via endovenosa é a mais anti-racional porque, além de expor inutilmente tódo o organismo á acção da substância administrada, faz perder uma grande parte da acção terapêutica local, em virtude da grande diluição que sofre a substância medicamentosa atravez de tóda a massa sanguínea.

As substâncias medicamentosas quando administradas por via endovenosa exercem uma acção terapêutica pouco duradoira em virtude de chegarem depressa aos emuctorios. Por êsse motivo

as substâncias injectadas por via endovenosa podem mais facilmente lesar os emuctorios em virtude de a elles chegarem directamente, antes de ser transformadas ou decompostas.

Além disso, é um facto averiguado que as injecções endovenosas provocam sempre reacções febris, embora ligeiras a maior parte das vezes, mas também por vezes intensas, como acontece, por exemplo, com as substâncias coloidais ou, mesmo até, com a água destilada. Alguns autores, como Flandin e Milian, averiguaram que em seguida a qualquer injecção endovenosa há sempre uma certa reacção hipertérmica, de muito variavel intensidade e duração, mas sempre constante. Estes autores attribuem essa reacção hipertérmica às alterações da crase sanguínea provocadas pela substância administrada, em virtude de estas nunca serem homogeneas com o sangue. Com effeito, como averiguou Lehman, e ainda outros autores, raras são as substâncias próprias para ser injectadas por via endovenosa, porque muito raras são aquelas que apresentam uma constituição fisico-química visinha da do sangue. Segundo este autor, as substâncias próprias para injecção endovenosa devem obedecer a determinadas características (pH, ponto crioscópico, concentração de CO₂, etc.), semelhantes ás do sangue, facto este que geralmente não se observa com as soluções habitualmente injectadas por via endovenosa.

Da ausência de homogeneidade entre as soluções injectadas e o sangue resultam as reacções febris frequentemente observadas em seguida ás injecções endovenosas, independentemente da toxidez das substâncias injectadas. Basta lembrar, a este respeito, as intensas reacções febris (39 e 40°) que se observam em seguida ás injecções endovenosas de água destilada, para vermos que a heterogeneidade das soluções tem grande importância no determinismo dessas reacções.

Além dos inconvenientes apontados podemos ainda referir a facilidade com que a via endovenosa predispe aos fenómenos embólicos, quer em consequência da entrada de ar nas veias por uma técnica defeituosa, quer ainda pela formação e mobilisação dum trombus no caso de injecções de substâncias causticas.

Podemos portanto concluir que a via endovenosa, como método de administração medicamentosa, não é um método perfeito, tanto pelo que diz respeito à sua efficácia como pelos accidentes de diversa natureza a que pode muitas vezes conduzir.

Este facto justifica bem o ensaio duma nova via de administração que, como vamos ver, apresenta certas vantagens sôbre a via endovenosa, não apresentando, no entanto, alguns dos seus inconvenientes.

A via intra-arterial, pelo que diz respeito à sua eficácia só pode oferecer-nos vantagens, porque, conduzindo as substâncias medicamentosas directamente e em solução concentrada a um determinado departamento orgânico em que pretendemos actuar, a sua acção não pode deixar de ser mais eficaz e mais rápida do que no caso de a substância ser administrada pela via endovenosa. Podemos dizer que a via intra-arterial constitui o método mais racional para administração medicamentosa, pois que conduz os medicamentos directamente ao território orgânico doente, tal como a artéria conduz o sangue aos tecidos que irriga.

No caso da injeção intra-arterial os medicamentos não sofrem, como na injeção endovenosa, uma diluição excessiva em toda a massa sanguínea, para irem depois actuar numa pequena parcela sôbre o território doente, enquanto a maior parte da substância se perde por todo o organismo, indo exercer a sua acção em departamentos orgânicos onde os seus efeitos não seriam para desejar.

E, embora seja certo que, também por via arterial, essa acção da substância injectada não pode deixar de exercer-se sôbre todo o organismo, é certo também que uma grande diferença existe nos dois casos, pois, enquanto no caso da injeção endovenosa os efeitos da substância injectada se manifestam simultâneamente e na mesma concentração em todos os departamentos orgânicos sãos e doentes, no caso da injeção intra-arterial as substâncias medicamentosas actuam primeiramente e em massa concentrada sôbre o território doente, só depois disso indo exercer efeitos sôbre todo o organismo, mas já em solução diluída e por vezes bastante modificada.

Daqui resulta sem dúvida uma grande superioridade das injeções intra-arteriais sôbre as injeções endovenosas, para muitos casos de afecções localizadas. Em tais casos a sua acção não pode deixar de ser mais eficaz, visto que a substância medicamentosa pode actuar em maior concentração sôbre os tecidos doentes.

Mas, a acção das substâncias injectadas por via arterial é tam-

bém mais duradoira. Com efeito, em virtude de as substâncias injectadas terem de atravessar os capilares e arteriolas, onde a velocidade circulatória é menor do que ao nível dos troncos arteriais, o efeito dessas substâncias pode exercer-se durante um tempo apreciável, o que, dada a concentração elevada em que actuam, não pode deixar de favorecer muito a sua acção terapêutica. Além disso, nós sabemos que certas substâncias, sôbre tudo de natureza coloidal, quando injectadas por via arterial ficam por vezes durante longo tempo adherentes aos tecidos do território capilar respectivo, por um mecanismo de simples absorção.

Outras vezes ainda uma particular afinidade química entre a substância injectada e o protoplasma celular pode também condicionar a sua retenção ao nível dos tecidos doentes.

E, independentemente d'êste mecanismo, natural para muitos casos, nós podemos ainda, por um artificio de técnica, aumentar o tempo de permanência nos tecidos das substâncias injectadas por via arterial, bastando, para isso, interromper temporariamente, por compressão, a circulação no território doente, o que se torna bem simples de executar ao nível dos membros. E' claro que no caso das injeções endovenosas tal manobra não teria qualquer efeito útil, visto que, permanecendo a substância injectada no interior das veias, ficaria isolada dos tecidos, não podendo produzir qualquer beneficio terapêutico. Isto nos mostra outra vantagem das injeções arteriais sôbre as injeções endovenosas.

Mas devemos notar que as injeções arteriais apresentam ainda a vantagem de atenuar os efeitos gerais de certas substâncias sôbre o organismo. E assim, o fisiologista Hess, tendo estudado, no Serviço do prof. Moritz, de Colonia, os efeitos das injeções de adrenalina sôbre a pressão arterial e venosa, chegou à conclusão de que essa substância quando injectada por via arterial tem muito menos influêcia sôbre a tensão sanguínea do que sendo injectada por via endovenosa, attribuindo o facto à decomposição ou neutralisação da adrenalina pelos tecidos do território arterial injectado. Opperl, averiguou também que a toxidez da novocaína é 10 vezes menor quando injectada por via arterial do que sendo injectada por via venosa, o que nos mostra bem que a toxidez de certas substâncias é muito atenuada quando administradas por via arterial.

Do mesmo modo podemos admitir que as substâncias coloi-

dais determinam choque muito menos intenso quando injectadas por via arterial do que sendo administradas por via venosa.

Mas, as injeções arteriais apresentam ainda uma outra vantagem, que resulta da sua acção sobre a vaso-motricidade local.

Como averiguaram P. Goinard, Mondazin Lemaire e nós mesmo temos verificado, as injeções arteriais de substâncias anti-septicas exercem uma acção vaso-dilatadora sobre o território da artéria injectada, cujos efeitos benéficos se podem juntar à acção anti-microbiana dessas substâncias.

Podemos portanto concluir, embora por enquanto um pouco teoricamente, que a via arterial nos oferece apreciáveis vantagens sobre a vida venosa para administração medicamentosa, predispondo a uma acção terapêutica mais eficaz, mais selectiva e mais duradoira pelo que diz respeito aos efeitos locais e, sem dúvida menos agressiva pelo que diz respeito aos efeitos gerais das substâncias administradas.

Podendo nós considerar que toda a substância medicamentosa injectada por via sanguínea exerce sobre o organismo uma acção útil e uma acção nociva, nós podemos dizer, pelo que respeita às injeções arteriais, que estas reforçam em grande medida a acção útil local diminuindo ao mesmo tempo a acção nociva geral, o contrário acontecendo com as injeções endovenosas.

Inconvenientes que podem resultar das injeções arteriais

O incremento que ultimamente tem tomado prática das injeções arteriais de substâncias opacas aos R.X. com o fim diagnóstico tem permitido, mais ainda do que as injeções com fim terapêutico cuja prática é menos vulgarizada, averiguar alguns dos inconvenientes que podem resultar da introdução de substâncias químicas na torrente circulatória arterial. O conhecimento desses inconvenientes é da maxima importância não só com o fim de se evitarem accidentes, mas ainda como base para melhor se seleccionarem as substâncias a injectar por via arterial.

Desde muito tempo já, algumas observações fortuitas relacionadas com a penetração accidental de substâncias medicamentosas nas artérias tinham mostrado que alguns inconvenientes podiam daí resultar, inconvenientes esses que podiam revestir certa gra-

vidade, relacionada sobre tudo com a natureza da substância injectada.

Foram os Sifilígrafos os primeiros que chamaram a atenção para esses inconvenientes, pois, em virtude do largo uso que desde o início da era aséptica sempre fizeram da terapêutica injectável, tiveram, mais do que quaisquer outros, ensejo de observar alguns casos de injeções acidentais nas artérias e os seus respectivos inconvenientes.

Ácerca de tais acidentes fortuitos, ocorridos sobre tudo na ocasião de injeções intra-musculares ou endovenosas, podemos facilmente ajuizar se lermos a Tese de Montel (1934), onde se encontram colleccionadas várias observações bastante elucidativas.

Na referida Tese nós podemos ver o relato duma observação de Nikolovsky em 1905, na qual se refere que o medicamento (bi-iodeto de mercúrio), tendo sido injectado acidentalmente numa artéria provocou dor intensa com inflamação do endotélio arterial, conduzindo á formação de trombose.

Freudental refere, em 1924, três observações, com dados histológicos, de embolia arterial em consequência de injeção intra-arterial acidental de Bismogenol.

Nicolau, de Bucareste, relata, em 1925, nos *Annals de Mal. Vener.* um caso em que uma injeção arterial de Iodobismuthol (suspensão oleosa de bismuto) conduziu á formação duma escara extensa.

Bem elucidativas são as experiências deste autor, conduzidas nos seguintes termos :

1.º Injecta na artéria auricular do coelho uma solução de bi-iodeto de mercúrio, tendo observado em consequência a formação rápida duma extensa placa de necrose, com trombose da artéria injectada.

2.º Injecta noutra artéria uma suspensão oleosa de bismuto, tendo da mesma forma obtido a formação duma escara, menos extensa do que no primeiro caso, com obliteração, por embolia, da artéria injectada.

Conclue o referido autor, que a injeção intra-arterial de substâncias insolúveis é embolígena, produzindo a mortificação dos tecidos no território da artéria injectada, podendo a escara ser muito restringida pela circulação colateral, ao passo que a injeção

arterial de substâncias solúveis causticas produz escara extensa, em virtude de ser também prejudicada a circulação colateral.

Ultimamente muitos outros autores têm relatado observações diversas de acidentes devidos à introdução de substâncias insolúveis, causticas, ou irritantes, nas artérias.

Rarthelemy, numa comunicação ao III congresso dos dermatologistas e sifiligrafistas da língua francesa realizado em Bruxelas (1926), resumiu do seguinte modo os caracteres sintomáticos e anatomopatológicos dos acidentes que podiam ser motivados pela penetração arterial de substâncias causticas ou insolúveis:

- a) Dôr intensa, por espasmo, atingindo o paroxismo e resistindo à morfina.
- b) Exantema embólico local (tipo Freudenthal).
- c) Placards equimóticos e flictenulares (tipo Jeanselme).
- d) Dermite livoide e gangrenosa (tipo Nicolau).
- e) Gangrena profunda e massiça (tipo Barthelemy).

Em 1928, P. Duval e Lecène, numa reunião da Soc. de Chirurg. de Paris, chamaram a atenção para os inconvenientes graves que podiam resultar da injeção arterial de certos produtos então muito usados para a arteriografia, referindo se em especial ao Iodeto de sódio.

Ultimamente, os acidentes motivados pelas injeções intra-arteriais têm sido ainda melhor observados e estudados.

E. Mathieu refere nos Bull. da Soc. de Chirurg. de Paris, em 26 de Janeiro de 1935, um caso de gangrena massiça do membro superior consecutiva à injeção arterial de 6 cc. de The-nebril, tendo condicionado uma desarticulação do ombro.

Leveuf, refere também na mesma data um caso semelhante para o membro inferior.

L. Bazy, Racine e Reboul, que em França têm feito um largo uso das injeções arteriais, relatam-nos acidentes diversos ocorridos em consequência de tais injeções, acidentes que podemos rotular desde os mais ligeiros aos de maior gravidade. E assim, estes autores têm observado acidentes ligeiros, como a anemia transitória ou um eritema cutâneo no território da artéria injectada, e acidentes graves, como placas de necrose ou gangrena profunda e extensa tendo condicionado uma amputação de urgência.

Devemos notar, no entanto, que tais acidentes sobrevieram

em percentagem muito pequena em relação ao número de injeções praticadas e quasi só foram observados em doentes portadores de gangrena das extremidades com lesões arteriais pre-existentes. Pelo que diz respeito aos produtos injectados, mencionam o Iodeto de sódio, o Thenebril, o Abrodil, o colothor e outros de constituição mais ou menos semelhante.

Depreende-se pois, dos accidentes observados, que a injeção arterial de tais substâncias em artérias que se apresentem anteriormente lesadas pode conduzir ao agravamento das lesões, ou determinar o aparecimento de espasmos que vão aumentar a deficiência circulatória já existente.

Devemos também notar que os accidentes observados foram motivados por substâncias mais ou menos causticas ou irritantes, ou ainda por substâncias de natureza coloidal susceptíveis de condicionar a formação dum precipitado por flocculação em contacto com o sangue.

Natureza das substâncias a injectar por via arterial

Das considerações e dos factos que acabamos de apontar depreende-se que nem todas as substâncias sejam próprias para injectar por via arterial. Em primeiro lugar terão de ser proscritas as substâncias insolúveis, pois, como vimos, pela sua acção emboligena podem condicionar accidentes bastante graves. Pela mesma razão não é de aconselhar o uso de substâncias oleosas embora bastante fluidas, tipo lipiodol, pois do mesmo modo podem bloquear um ramo arterial ou os capilares pelo mecanismo da embolia. Restam-nos portanto as substâncias soluveis ou coloidais, as únicas a aproveitar para injeção arterial. Enquanto ás primeiras devem ainda obedecer a determinadas condições, como, ser isentas de causticidade e de acção irritante, pois, no caso contrário, podem conduzir aos accidentes graves a que acima nos referimos. (1)

Pelo que diz respeito ás soluções coloidais devem também obedecer a determinadas características para poderem sem inconveniente ser injectadas por via arterial. E assim, devem essas

(1) É o que acontece, por exemplo, com as soluções de Iodeto de sódio em concentração superior a 25%. Esta substância, anteriormente muito usada para

substâncias ser constituídas por grãos coloidais finos e não devem ser facilmente floculáveis quando postas em contacto com o sangue.

De tudo isto se depreende que a escolha das substâncias a injectar por via arterial deve ser cuidadosamente feita, tendo em atenção a sua completa solubilidade, ausencia de causticidade e de irritabilidade para os tecidos e para as artérias.

Devemos ainda ter em atenção a sua isotonia com o sangue, pois, como averiguaram Huet e Bargeton, as soluções anisotónicas podem só por êsse facto determinar perturbações vaso-motoras importantes.

Postas estas restrições e por ventura mais algumas que a prática e o estudo detalhado dos casos nos vão mostrando, podemos dizer, duma maneira geral, que as substâncias próprias para a injeção endovenosa são-no também para injeção arterial, tendo sempre em atenção que a fisiologia e a sensibilidade das artérias são bem mais complexas do que as das veias e que por êsse motivo a reacção arterial a excitações químicas ligeiras pode ser intensa e condicionar perturbações circulatórias importantes sobretudo nos casos em que as artérias se encontram já lesadas, o que condiciona em regra uma sensibilidade arterial exaltada.

Abstraindo dêstes princípios a que devem obedecer as substâncias a injectar por via arterial, a natureza das mesmas deve ser condicionada pelo fim terapêutico em vista. E assim, as substâncias antisépticas, os sôros, vacinas, anestésicos, vaso-dilatadores, vaso-constritores, etc., poderão ser injectados por via arterial, conforme os casos clínicos aconselharem.

Técnica das injeções intra-arteriais

Dum modo geral, podemos dizer que as injeções arteriais são duma técnica um pouco mais delicada do que as injeções

a arteriografia, é indiscutivelmente irritante para a túnica interna das artérias, provocando dor intensa e conduzindo a espasmos arteriais que podem ser a origem de perturbações circulatórias importantes, como o atestam alguns accidentes ocorridos com tais injeções iodetadas.

Pelo mesmo motivo, certas substâncias como o bi-iodeto de mercúrio, o cianeto de mercúrio, etc., podem também, pela sua causticidade, conduzir a accidentes quando injectadas por via arterial.

endovenosas, sendo dado que para uma injeção endovenosa se escolhem geralmente as veias superficiais e portanto facilmente acessíveis, o que não acontece sempre para o caso das injeções arteriais em que temos de escolher a artéria adstrita ao departamento orgânico em que pretendemos actuar, havendo portanto necessidade de atingir por vezes artérias muito profundamente situadas e difficilmente acessíveis.

Por êste motivo, a injeção em determinadas artérias terá de ser proscrita na prática corrente, pois necessitaria, para a sua execução, duma importante intervenção cirúrgica, cuja gravidade seria inadequada para o fim a atingir. Além disso vemos também que as injeções arteriais nunca podem ser verdadeiramente restritas ao território orgânico doente, sobretudo tratando-se de regiões de pequena dimensão, porque, além das anastomoses e colaterais que fazem com que o território irrigado por determinada artéria não seja em regra bem limitado, nós temos de procurar artérias de calibre apreciável e de acesso fácil para praticar nelas a injeção, pois que, em artérias de muito pequeno calibre e encobertas, a injeção é praticamente inexequível, pelos motivos que acima apontamos.

Mas, nem por êsse facto determinados territórios orgânicos irrigados por artérias inacessíveis deixam de beneficiar da terapêutica por via arterial, pois, nêsses casos, praticando a injeção a maior distância do território a atingir podemos ainda, embora por um caminho menos directo, fazer transportar até lá as substâncias terapêuticas, bastando para isso fazer a injeção num tronco arterial do qual dependa a irrigação do território doente. E' o que acontece, por ex., quando pretendemos actuar sôbre um rim, pois, em virtude da inacessibilidade da artéria renal, nós podemos praticar a injeção na parte superior da aorta abdominal, actuando assim sôbre a referida víscera, embora, como dissemos, dum modo menos directo e porventura menos eficaz do que se a injeção fôsse feita directamente na artéria renal.

Mas, abstraindo dêsses casos, que oferecem um pouco de maior difficuldade, nós podemos afirmar que a injeção em artérias acessíveis é duma técnica fácil, podendo entrar na categoria dos métodos correntes.

Dum modo geral podemos assentar, em princípio, que a inje-

ção arterial é tanto mais fácil quanto mais a artéria é acessível e de maior diâmetro.

E assim, a injeção arterial feita ao nível da raiz dos membros é geralmente de técnica bastante fácil, não exigindo maiores cuidados e maior perícia do que uma simples injeção endovenosa.

Aí a artéria é facilmente reparada, não só pelas suas relações anatómicas como ainda pela pulsação arterial que é, sem dúvida, o reparo que melhor nos guia ao seu acesso.

O caso é já um pouco diferente quando pretendemos atingir a aorta, em que só as relações anatómicas nos podem e devem guiar, assim como devemos ter em conta a via de acesso mais fácil e menos perigosa a fim de se evitar qualquer acidente.

Para o caso das injeções carotídeas é ainda a pulsação arterial que melhor nos serve do ponto de referência.

Enquanto à técnica, propriamente, das injeções intra-arteriais, nós podemos esquematizá-la da seguinte forma :

1.º material necessário — agulhas bem aceradas, de pequeno calibre e bisel curto; seringas vulgares, funcionando correctamente; o comprimento das agulhas deve estar em relação com a espessura dos tecidos a atravessar como é intuitivo; para o caso das injeções intra aórticas ao nível da punção torácica ou abdominal o comprimento da agulha a empregar não deve ser inferior a 12 ou 15 cm.

Pelo que respeita à técnica da injeção ao nível dos membros, deve-se puncionar a artéria depois de exactamente reparada entre os dedos no sentido longitudinal; a direcção da agulha deve ser no sentido da corrente sanguínea para se evitar mais facilmente a transpuncção da artéria;

O sinal de certeza de que a agulha se encontra na artéria é o jacto pulsátil de sangue rutilante;

Deve-se ter o máximo cuidado em não deixar deslocar a agulha da posição correcta quando se faz a adaptação da seringa e enquanto se procede à injeção do líquido, para evitar que este se derrame no tecido peri-arterial; (no intuito de se evitar mais facilmente a deslocação da agulha ao adaptar a seringa é de aconselhar um pequeno tubo de cautchú servindo de intermediário entre a agulha e a seringa);

A injeção do líquido deve ser feita com lentidão com o fim de evitar o aumento brusco da massa líquida intra-arterial, o que pode condicionar, por excesso de tensão, o aparecimento de espasmos arteriais ou até outros acidentes de maior gravidade ;

Depois da injeção praticada deve-se retirar bruscamente a agulha e fazer ligeira compressão durante alguns minutos ;

Pelo que respeita às injeções intra-aorticas abdominais a a técnica a seguir é idêntica à aconselhada por Labat e Roussiel para a anestesia dos esplanchnicos. Punciona-se ao nível do bordo inferior da última costela esquerda e a cerca de 6 cm. para fora da linha das apófises espinhosas, inclinando a agulha cerca de 45° em direcção aos corpos vertebrais e mergulhando-a até sentirmos o seu contacto ; retirando então ligeiramente a agulha, e diminuindo um pouco o angulo de inclinação, atingimos facilmente, nessa direcção, a aorta por diante dos corpos vertebrais ; um jacto forte de sangue rutilante e pulsátil é sinal patognomónico de que a agulha se encontra em boa posição ;

A injeção do líquido faz-se segundo a técnica acima descrita.

Dêste modo as injeções aorticas não apresentam maior dificuldade do que uma simples punção lombar.

Assim o atestam várias injeções feitas êste ano diante do curso do V ano médico pelo Ex.^{mo} prof. dr. Angelo da Fonseca e por nós frequentemente praticadas no serviço clinico da Enfermaria.

Para as injeções carotídeas a técnica é muito semelhante à que descrevemos para as artérias acessíveis da raiz dos membros.

Indicação, e alguns resultados obtidos com as injeções arteriais

Pelo que diz respeito ás indicações, podemos dizer, dum modo geral, que as injeções arteriais estão indicadas em todos os casos de afecções localizadas em determinados departamentos orgânicos. As injeções arteriais tendo uma acção essencialmente localizada e correspondente ao território irrigado pela artéria injectada, as afecções difusas do organismo, como por exemplo as septicémias, não beneficiarão com a terapêutica por via arterial, maiores vantagens oferecendo nesses casos a via venosa.

Mas, é evidente que o método das injeções arteriais terá no futuro inumeras indicações, quando se conheça detalhadamente o

seu modo de acção e se estabeleça em bases rigorosas e científicas a natureza das substâncias a administrar por via arterial, sem qualquer receio de accidentes.

Por êste motivo se torna ainda prematuro estabelecer desde já e dum modo definitivo todas as indicações, da terapêutica por via arterial.

Pela nossa parte, a experiências de tais injeções, acêrca do seu valor terapêutico e de alguns dos accidentes a que pode conduzir, limita-se por enquanto á administração de substâncias antisepticas em diversos casos de linfangite simples, linfangite flegmonosa, flegmão gangrenoso, osteomielite e o osteo-arterite supurada dos membros.

Nêstes casos nós temos usado como agente terapêutico um soluto de mercuro-cromo 220 a 1^o/_o e ainda um soluto alcoolico de violêta de genciana também a 1^o/_o. São estas, de facto, as substâncias mais unanimemente aconselhadas para os casos a que nos referimos, em virtude do seu elevado poder anti-microbiano e por ser destituídas, afirma-se, de acção irritante sôbre as artérias. Mais adiante teremos occasião de verificar que esta inocuidade não é tão verdadeira como se supõe.

Pelo que diz respeito às injeções de mercuro-cromo, na concentração acima referida elas são habitualmente bem toleradas pelos doentes, não causando qualquer dôr e apenas por vezes um ligeiro e momentâneo formigueiro ao longo do trajecto da artéria injectada.

Como manifestações objectivas podemos vêr uma coloração avermelhada dos tegumentos ao nível do território injectado. Esta coloração só se torna bem aparente quando a injeção é feita rapidamente e com um soluto de mercuro-cromo a 2^o/_o, que é a concentração aconselhada pela maior parte dos autores que praticam o método. Pela nossa parte, depois de termos usado aquela concentração, damos a preferéncia ao soluto a 1^o/_o por nos parecer melhor tolerado sem prejuizo dos seus efeitos terapêuticos.

Pelo que diz respeito aos efeitos clinicos nota-se habitualmente uma subida accentuada da temperatura geral nas horas que seguem a injeção, atingindo 38 e 39^o, ou até mesmo 40, conforme a temperatura do doente no momento da injeção. A queda da temperatura é precoce e por vezes completa e definitiva, para o normal, nos casos mais felizes.



PRODUTOS SANDOZ



SANDOZ De prescrição exclusivamente médica SANDOZ

Produto e composição	INDICAÇÕES	Posologia média diária
ALLISATINE Princípios activos e estabilizados do <i>allium sativum</i> sob a forma inodora e insípida	Diarreias Disenterias Fermentaões Arterioesclerose	6 a 12 drageas por dia
BELLAFOLINE Complexo alcalóidico integral da beladona fresca	Todas as indicações da beladona: Espasmos das vias digestivas e respiratórias, gastralgias, úlceras, asma, cólicas nefríticas. Parkinsonismo, etc.	1 a 2 comprimidos, ou X a XX gotas 3 vezes por dia, ou 1/2 a 2 empolas por dia
BELLADENAL Complexo alcalóidico integral da beladona fresca (Bellafoline) -feniletilmalonilureia	Sedativo dos casos resistentes. Epilepsia, asma, angina de peito, vômitos incoercíveis, enxaquecas, dismenorria, ansiedade, etc.	2 a 4 (até 5) comprimidos por dia.
CALCIUM-SANDOZ Gluconato de cálcio, eficaz por via gástrica. É o produto melhor tolerado pela via venosa, injectável por via intramuscular em doses eficazes	Descalcificação, raquitismo, estados tetânicos, espasmodia, pneumonias, gripe, asma, dermatose, hemorragias, etc.	2 a 3 colheres das de chá, ou 3 a 6 comprimidos, ou 1 a 2 past. eferv., ou 2 a 20 cc. por dia (via intramuscular ou intravenosa)
DIGILANIDE Complexo cardio-activo natural dos glicosidos iniciais A+B+C da Digitalis lanata	Todas as indicações da digital	(Posologia média) 1 dragea ou 1/2 cc. 3 vezes por dia ou 3-4 cc. por injeção endovenosa e em 24 horas
FELAMINE Associação de ácido cólico em estado puro com a hexametilnotetramina	Opoterapia e desinfeção hepato-biliar, insuficiência hepática, litíase biliar	4 a 8 drageas
GYNERGENE Tartrato de ergotamina Stoll; alcalóide, princípio específico da cravagem do centeio sob forma estável e cristalizada	Atonia uterina, hemorragias obstetricais e ginecológicas. Sedação do simpático: Basedow, taquicardia paroxística, enxaquecas, etc.	(muito individual e segundo os casos) 1 a 2 comprimidos ou XV a XXX gotas 2 vezes por dia ou 1/4 a 1 cc. de cada vez
IPÉCOPAN Princípios activos puros do pó de Dover, isento de Cefaelina	Expectorante, sedativo da tosse. Tosse, constipações, bronquites, dificuldades respiratórias, dores de garganta, etc.	XX a XL gotas 3 vezes por dia ou 3 a 9 comprimidos por dia para chupar como pastilhas
OPTALIDON Nova associação antineuralgica, sedativa e hipnótica	Todas as dores: neuralgias, ciáticas, dores reumáticas, dores de dentes, etc.	2 a 6 drageas
SCILARENE Complexo glicosídico, cristalizado e estabilizado do bolbo de Cila	Diurético azotúrico, cardiotónico de sustento (acumulação débil), nefrite, oligúria, assistolia, aritmia, coração senil, miocardite	2 a 6 comprimidos, ou XI. CXX gotas por dia, ou 1/2 a 1 empola por via endovenosa.

Fabrique de Produits Chimiques — ci-devant SANDOZ, Bâle (Suisse)

Amostras e literatura à disposição dos Srs. Médicos

ANTÓNIO SERRA, LTD. — Campo dos Mártires da Pátria, 96 — (Apartado, 142) — LISBOA

CALDAS DO MOLEDO

Estância de Cura e de Repouso, de microclima muito sêco, sem nevoeiros e temperado

Emanoterapia (por uso interno, pelos emanatórios ou pelos banhos carbogaseosos), **Hidro — Foto — e Electroterapia**. As melhores águas sulfurosas e radioactivas de Portugal, pelo microclima privilegiado e pelos emanatorios, para as indicações seguintes: 1) Profilaxia das doenças dos velhos. Profilaxia do cancro pelo tratamento das insuficiências glandulares. Moléstias neuro-endocrinas em quaisquer idades. 2) Hipertensão arterial, arteriosclerose, insuficiência e astenia do miocardio, miocardite. 3) Sífilis: indispensável acção anti-tóxica e adjuvante nos tratamentos pelo mercúrio, pelo iodo, pelos arsenicais ou pelo bismuto. Profilaxia do cancro pelo tratamento anti-luético. Emanoterapia contra as dores lancinantes dos tabéticos. 4) Pneumopatas não tuberculosas, especialmente asma e lues pulmonar. 5) Todos os estados reumáticos crónicos ou sub-agudos, com ou sem cardiopatas. (Emanoterapia ou balneoterapia com águas no estado nascente, sem serem aquecidas ou arrefecidas). Nevralgias e nevrites.

Excelentes termas para as restantes indicações de quaisquer estâncias sulfurosas e rádio-activas; doenças das senhoras (metro-anexites, dismenorreias, esterilidade, insuficiência ovárica), da pele e das mucosas, estados asténicos ou anafiláticos, intoxicações alimentares, obesidade, artrite urica, diabetes e hipertrofia crónica das amídalas, etc.

Contra-indicações especiais: Cancro, hipotensão arterial, assistolia, tuberculose pulmonar, estados reumáticos agudos e hemorragias (excepto as de causa luética).

Estação de Caminho de Ferro na linha do Douro, correio, telégrafo e telefone n.º 3.

Director clínico: Dr. Alvaro de Mattos, Prof. do Instituto de Hidrologia de Coimbra.
Informações: Comissão de Iniciativa e Turismo.

ANTIPHLOGISTINE

no tratamento da

MASTITE

Nos primeiros sinais de inflamação e inchação dos seios, a **Antiphlogistine**, aplicada em abundância, e com o suporte mecânico necessário das glândulas mamárias, é a miúdo o melhor início para aliviar completamente êsses males num período breve de tempo.

Devido aos seus efeitos hiperémico, osmótico e calmante a **Antiphlogistine**, traz a resolução pronta da inflamação e da dôr, ao mesmo tempo que mantém o calor húmido e o suporte plástico, elementos essenciais para o tratamento apropriado da mastite.

Peçam amostra e literatura

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO.,

163, Varick Street — NOVA YORK.

ROBINSON, BARDSLEY, & Co.

Cais do Sodré, 8 — LISBOA

Em muitos casos a baixa da temperatura mantem-se durante 2 ou 3 dias voltando a subir depois, o que nos indica geralmente a necessidade de repetir a injeção, nos casos menos felizes.

A queda da temperatura acompanha-se quasi sempre de acentuada melhora dos phenomenos inflamatórios locais, cujo desaparecimento se vê por vezes de maneira difinitiva após uma só injeção.

Pelo que diz respeito aos inconvenientes sobre o organismo, as injeções de mercuro-cromo conduzem quasi sempre ao aparecimento de albuminuria ligeira e transitória nos doentes isentos de qualquer tara renal.

Se o doente sofre anteriormente de afecção renal as injeções de mercuro-cromo podem determinar o agravamento das lesões do rim e determinar o aparecimento de complicações, como aconteceu num dos nossos casos.

Enquanto ao emprêgo do sol. de violeta de genciana, muito preconizado por alguns autores franceses em substituição do mercuro-cromo, devemos dizer que os nossos ensaios não são favoráveis ao emprêgo desta substância. As injeções de violeta de genciana são um pouco irritantes para os tecidos e para a túnica interna das artérias. Por êste motivo as injeções intra-arteriais de violeta de genciana determinam sempre uma sensação de ardor, outras vezes de frio ou de calor, ao longo do trajecto da artéria injectada e até mesmo nos tecidos irrigados por essa artéria. Por outro lado, se alguma substância é derramada nos tecidos peri-arteriais determina dôr intensa podendo ser seguida do aparecimento duma placa de necrose. Mas outros accidentes mais graves pode ainda determinar.

Num dos nossos casos, com osteoartrite purulenta polifistulizada do joelho esquerdo, a injeção na femural de 11 cc. de sol. alcoólico de violeta de genciana a 1^o/100 determinou em seguida uma sensação de ardor intenso em toda a côxa, em breve seguida do aparecimento de dôr, que não mais desapareceu senão com o desaparecimento da sensibilidade do membro inferior em consequência de lesões de gangrena de todo o membro.

Com efeito, nos dias seguintes ao da injeção o membro inferior começou a tornar-se violaceo, frio, com embotamento da sensibilidade táctil, notando-se também o aparecimento de placas pregaminhadas dispersas.

A côr violeta de genciana não mais desapareceu à superfície

dos tegumentos, sendo muito acentuada sôbre tudo ao nível do pé. Notou-se o desaparecimento da pulsação arterial a partir do local da injeção, sendo êste resultado confirmado pela ausência de índice oscilométrico.

Apesar do emprêgo dos meios recomendados para casos desta natureza (aquecimento com botijas, acetil-colina, etc.), as lesões de gangrena progrediram inexoravelmente, gangrena sêca de princípio, e por fim a gangrena húmida, tendo condicionado uma desarticulação urgente da côxa. Foi pedido o exame anátomo-patológico da côxa desarticulada e o exame histológico dos vasos, cujo resultado foi o seguinte: — Trombo-arterite obliterante com canalisação secundária.

E' evidente que o grave acidente observado com êste caso nos deve levar a ser cautelosos e porventura até a não fazer uso do sol. de violeta de genciana para injeções arteriais. Embora seja certo que noutros casos foi por nós usado sem que tenha sobrevindo qualquer inconveniente, devemos ficar com a noção da possibilidade de aparecimento de acidentes graves com a injeção arterial de violeta de genciana.

Pelo que diz respeito aos inconvenientes gerais observados com esta substância êles parecem não revestir qualquer importância visto que apenas se notou uma leira reacção febril, muito menos acentuada do que com o emprêgo do mercuro-cromo. Também não costuma observar-se o aparecimento da albuminúria.

Pelo que diz respeito aos efeitos terapêuticos locais das injeções arteriais do mercuro-cromo e de violeta de genciana, podemos afirmar que um grande benefício se colhe em regra com êste método terapêutico nos casos de lesões inflamatórias, nas suas mais diversas modalidades. E assim, nos casos de linfangite simples, flegmão localizado ou difuso, flegmão gangrenoso, fracturas expostas infectadas, osteo-mielite aguda ou crónica, e dum modo geral em todos os casos de lesões supuradas e localizadas, as injeções intra-arteriais conduzem em regra a resultados bastante satisfatórios, permitindo-nos mesmo obter a cura de muitos casos que resistem à terapêutica pelos métodos até aqui usados.

Sôbre tudo nos casos de linfangite simples ou de flegmão em

início, este método terapêutico é realmente duma grande eficácia, permitindo-nos quasi sempre obter a regressão dos fenómenos inflamatórios e a sua cura integral, por vezes à custa duma só injeção.

Eis o relato de algumas observações colhidas de entre os variados casos em que praticamos a terapêutica pelas injeções arteriais :

Ob. I — Joaquim Mendes dos Santos, de 53 anos, casado, ferrador, natural de Penacova, morador em S. António dos Olivais.

Deu entrada na enfermaria 3^a C. h. no dia 30 de Abril do ano corrente, apresentando, nessa data, flegmão difuso da perna direita, que se apresentava muito edemaciada e com intenso rubor, conjuntamente com fenómenos de linfangite da coxa estendendo-se até á prega inguino-crural.

O doente apresentava também intensos fenómenos gerais de infecção (temperatura elevada, taquicardia, suores difusos), fazendo-nos prever que estavamos em presença dum caso de bastante gravidade.

Análise da urina : ausência de elementos anormais.

Exame de sangue : reacção de Wassermann negativa.

Contagem de glóbulos	}	Glóbulos brancos.....	24900
		Linfócitos	12,2%
		Polinucleares neutrófilos.....	84,7%

Não havia na data da entrada quaisquer sinais de supuração local.

Perante a gravidade com que o caso se apresentava resolvemos praticar o método das injeções arteriais, suspendendo ao mesmo tempo toda e qualquer outra terapêutica para melhor se poder apreciar os seus resultados.

Perante a impossibilidade de se fazer a injeção ao nível da femural, em virtude dos fenómenos de linfangite que se estendiam até á virilha, praticou-se uma injeção intra-aortica tendo-se administrado 15 c.c. de soluto de mercuro-cromo a 10%.

A injeção foi praticada com a maior facilidade, não tendo causado qualquer reacção local nem qualquer sensação subjectiva ao nível dos membros inferiores.

No dia da injeção a temperatura subiu a 38,8, sem que o doente soffresse, por esse facto, agravamento do estado geral.

No dia seguinte a temperatura baixou para 37,2, tendo-se notado acentuada melhoria dos fenómenos inflamatórios da perna e o desaparecimento dos fenómenos de linfangite da coxa. O doente declara-nos expon-taneamente que se encontra melhor e atribui esta melhoria aos efeitos da injeção.

Nos dias seguintes a melhoria mantem-se, embora persistindo ainda febre.

Pratica-se nova injeção intra-aortica (esta vez com sol. de violeta de

genciana a 1%). O doente sente ligeira sensação de calor nos membros inferiores e nota-se uma ligeira coloração violacea traduzindo a impregnação pelo violeta de genciana.

Apoz a injeccção faz-se a medida da tensão arterial e do índice oscilométrico para compararmos com os dados colhidos antes da injeccção e se poderem vêr os efeitos sôbre a vaso-motricidade local, ao nível da perna sã.

Eis os resultados :

Antes da injeccção	{	Max.	23
		Mn.	10
		I.	7
Apoz a injeccção	{	Mx.	24
		Mn.	9
		I.	9
Apoz 5 m. de injeccção	{	Mx.	21
		Mn.	9
		I.	11

No dia da injeccção o doente faz nova reacção febril, desta vez menos intensa do que com a injeccção de mercuro-cromo. No dia seguinte observa-se nova baixa de temperatura e, pelo que diz respeito aos fenómenos locais, observa-se uma acentuada tendência para uma mais nítida localização e o aparecimento de pequenos focos onde se mostra a tendência para colectar puz.

Faz-se nova análise da urina que nos mostra a existência de ligeiros vestígios de albumina.

Desde então a temperatura baixou para o normal tendo-se notado a colecção de alguns pequenos abcessos que foram incisados.

O puz dêesses abcessos era bem ligado, tendo a análise bacteriológica mostrado a existência de estafilococcus e estreptococcus.

Como a supuração persistisse e aparecessem alguns furunculos ao nível da região nadegueira fêz-se nova injeccção de mercuro-cromo intra-aortico Nova reacção febril a 38,2 no dia da injeccção seguida de queda da temperatura para o normal no dia seguinte, acompanhada de melhoria da supuração local.

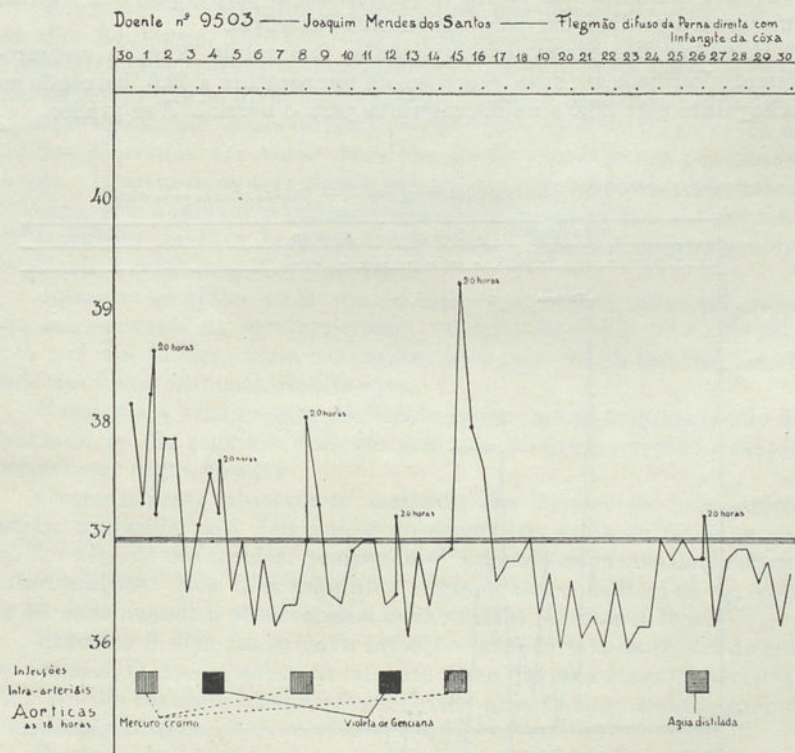
Para consolidar a cura faz-se nova injeccção de violeta de genciana intra-aortica. O doente sentiu uma ligeira sensação de calor nos membros inferiores, sem quaisquer outras perturbações. A temperatura subiu nas horas seguintes à injeccção, mas muito menos acentuadamente do que com as injeccções de mercuro-cromo, como mostra o gráfico respectivo.

Passados dois dias faz-se ainda uma injeccção intra-aortica de mercuro-cromo tendo-se notado uma reacção térmica acentuada como é habitual com tais injeccções. A análise da urina continua a mostrar a existência de albuminúria ligeira.

Desde então a supuração desapareceu completamente, caminhando as pequenas incisões dos abcessos para a cicatrização.

Passados dias, pretendendo ver e comparar a reacção térmica a uma injeção de água destilada, injectaram-se 20 cc. por via aortica. O doente não sentiu qualquer sensação subjectiva. A reacção térmica foi apenas de 0,2 de grau, como mostra o gráfico respectivo.

Como manifestações objectivas locais observou-se elevação da tensão arterial máxima ao nível da perna, com aumento do índice oscilométrico,



o que nos mostra um efeito quasi semelhante ao da injeção de mercurio-cromo pelo que diz respeito às reacções vaso-motoras.

O doente encontra-se nesta data completamente curado.

Obs. II — Alberto dos Santos Antunes, de 20 anos, natural e residente em Coimbra.

Quando jogava foot-ball fez uma contusão e escoriações na perna direita, sobrevindo em consequência flegmão difuso da referida perna.

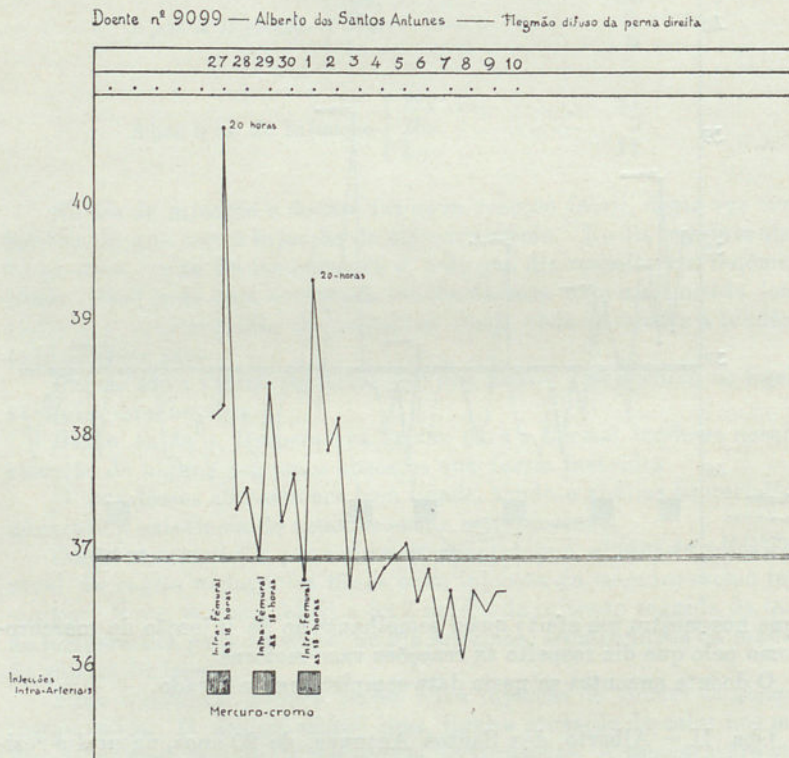
Deu entrada na enfermaria 3.ª C. H. em 27 de Novembro último, tendo sido admitido como urgente em virtude de apresentar a perna direita muito tumefeita com sinais de flegmão difuso, apresentando 38,4 de temperatura.

No dia da entrada, tendo-se pôsto de parte qualquer outra terapêutica, fêz-se uma injeção de mercuro-cromo na femural, na quantidade de 12 cc. do sol. a 1 0/0.

O doente não sentiu qualquer perturbação local em consequência da injeção. Nesse dia fêz elevação da temperatura, que, de 38,4 passou para 40,7.

No dia seguinte a temperatura baixou para 37,5 acompanhando-se de acentuada melhoria das lesões inflamatórias da perna, que, desde então começaram a evolucionar para um sentido favorável.

Passados dias faz-se nova injeção na femural de 12 cc. de mercuro-cromo. Verificou-se nova elevação da temperatura a 39,5, baixando no dia seguinte para 38,5 e no dia seguinte para o normal. Ver gráfico.



Passados dois dias faz-se nova injeção na femural, observando-se novamente elevação da temperatura a 39,5. No dia seguinte a temperatura baixou para 38 e nos dias seguintes para o normal, conjuntamente com o desaparecimento dos fenómenos inflamatórios da perna, tendo-se verificado a cura por resolução.

Obs. III — José Pereira de Sousa, de 20 anos, natural de Pereira, Concelho de Coimbra.

No dia 6 de Fevereiro do ano corrente foi atingido pela roda duma vagoneta do caminho de ferro, resultando daí ferimentos diversos, entre os quais, fractura do húmero esquerdo e uma extensa ferida contusa na côxa esquerda com laceração de tecidos e rotura de vasos importantes, pelo que o doente se apresentou em estado de anemia aguda.

Foi prescrita a terapêutica habitual em tais casos (injecções massiças de sôro fisiológico, sôro antitetânico, anti-gangrenoso, vacina anti-piogénica polivalente, pensos antisepticos, etc.), verificando-se passados os primeiros 3 dias que ao nível da côxa esquerda havia intensos fenómenos de infecção aguda com edema inflamatório de toda a côxa, e côr arroxeada dos tecidos sôbretudo em volta da ferida, donde enxudava um puz seroso e fétido. Insistiu-se na terapêutica pelo sôro anti-gangrenoso e anti-estrep-tocócico, sem qualquer resultado favorável, notando-se que os fenómenos inflamatórios da côxa se acentuavam e que a temperatura acusava uma tendência a subir progressivamente.

Resolveu-se então, ao 6.º dia da entrada do doente, fazer uma injeção intra-arterial de mercuro-cromo, tendo-se injectado 15 cc. de sol. a 1 % por via aortica, visto ser impossível a injeção na femural em virtude das lesões inflamatórias da côxa.

Nesse dia a temperatura do doente subiu para as visinhanças de 40º baixando no dia seguinte para 38, sem que se tivesse notado qualquer perturbação digna de nota.

Conjuntamente observou-se melhoria dos fenómenos inflamatórios locais, traduzida pela deminuição do edema, da exalação fétida, e pelo melhor aspecto dos tecidos, queixando-se o doente de menos dores do que anteriormente. Nos dias seguintes a temperatura mantem-se em volta de 38, continuando a observar-se a melhoria dos fenómenos locais.

Passados 3 dias faz-se nova injeção intra-aortica de 15 c.c. de mercuro-cromo. O doente acusa novamente nesse dia uma elevação térmica a 39º. No dia seguinte a temperatura baixou para 36,5, de manhã, subindo á tarde para 37,5.

Desde então a temperatura aproximou-se progressivamente do normal e os fenómenos inflamatórios da coxa foram-se esbatendo rapidamente, em breve adquirindo os tecidos o seu aspecto normal. Ver gráfico

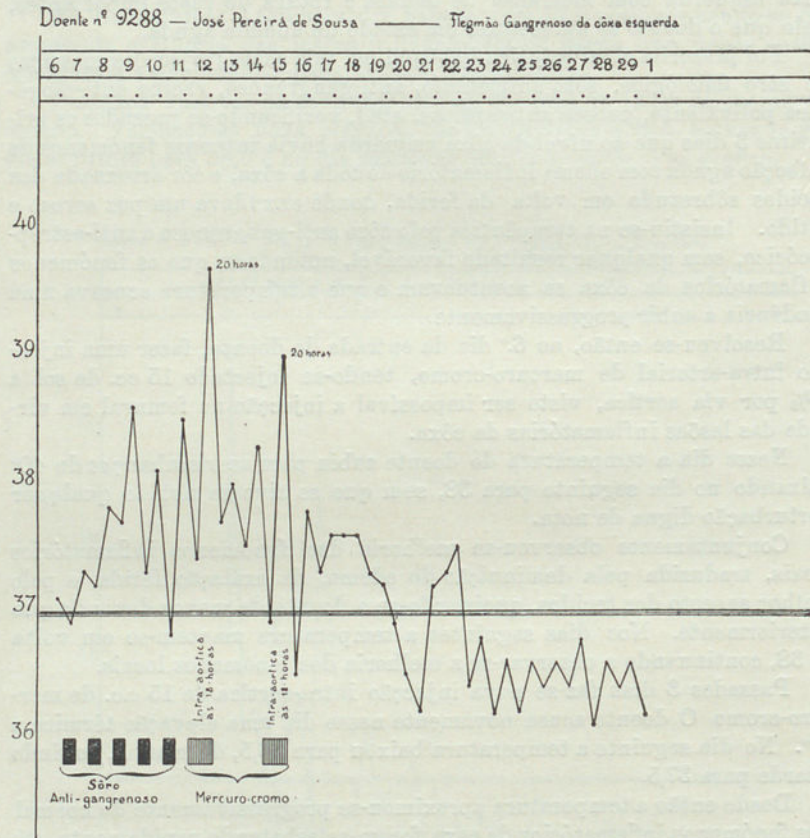
Julgou-se desnecessário fazer novas injeções de mercuro-cromo, tendo o doente sido transferido em boas condições para o Serviço de Ortopedia a fim de acabar de tratar a fractura do humero.

Obs. IV — Maria Lucinda Amaral, de 18 anos de idade, natural de Coimbra.

No dia 8 de Fevereiro ultimo apresentou-se á Consulta externa de Cirurgia, com fenómenos de linfangite extensos a toda a perna esquerda, em consequência duma pequena escoriação no pé, que tinha feito uns dias antes. A perna apresentava um intenso rubor sôbre tudo ao nível da face

interna, com dor á pressão e cordões de linfangite extendendo-se até ao joelho.

Resolveu-se praticar neste caso, ainda em início dos fenómenos inflamatórios, a terapéutica intra-arterial, tendo-se injectado logo nesse dia



12 c.c. de sol. de mercuro-cromo a 1% na femural ao nível da base do triangulo de Scarpa.

A injeção foi perfeitamente tolerada e, depois duma ligeira compressão no local da picada e da colocação dum penso de protecção ao nível da perna, foi a doente mandada para sua casa com a recomendação de voltar passados dois dias.

Voltou a doente de facto passados dois dias, apresentando já os fenómenos inflamatórios da perna quasi totalmente desaparecidos, pelo que se julgou desnecessário praticar nova injeção. A doente teve alta passados 4 dias da primeira consulta, completamente curada.

DOENÇA DE MELEDA (1)

PO.3

A. DA ROCHA BRITO e GERALDINO BRITES

A doença de que nos vamos ocupar, tendo a honra de solicitar por vinte minutos a atenção de V. Ex.^{as}, exemplificada pela doentinha aqui presente, rarissima entre nós, frequentissima pelo contrário na Ilha de Meleda que lhe deu o nome e onde grassa endêmicamente, é uma hiper-queratose palmoplantar, hereditária e familiar.

Ei-la, pois, definida em meia duzia de palavras, precisas e suficientes, porque a restante sintomatologia que pode acompanhar as dominantes cutanea e hereditária é acessória e contingente.

Como neste caso com mais nenhuma outra doença se pode confundir, abtemo-nos do capítulo da diagnose diferencial, que apenas serviria para alardear erudição, aliás fácil mas com sacrificio do tempo.

Esta pequena que vos apresentamos, Emilia M., de seis anos de idade, bem desenvolvida somática e psiquicamente, tem um irmãozinho de três anos actualmente indemne.

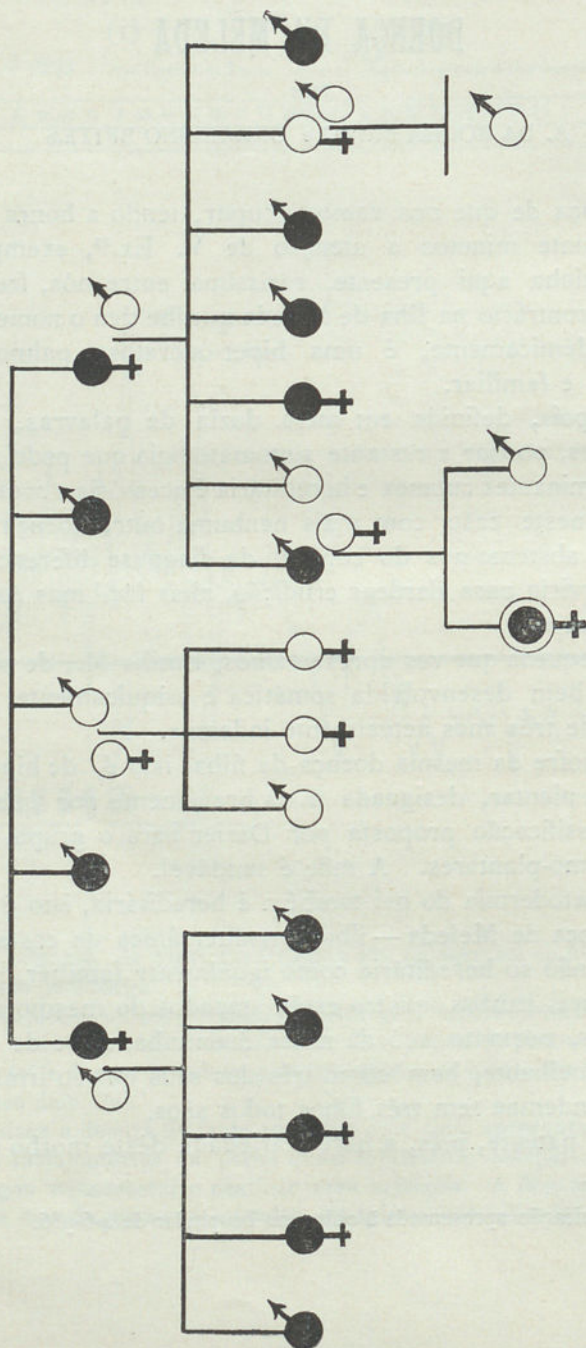
O pai sofre da mesma doença da filha, isto é, de hiperqueratose palmo-plantar, designada mais brevemente por queratodermia na classificação proposta por Darier para o grupo das queratoses palmo-plantares. A mãe é saudável.

A queratodermia do pai também é hereditária, isto é tributária da doença de Meleda — ilhota mediterrânica da costa dalmática — mas não só hereditária como igualmente familiar, pois que dos seus seis irmãos, quatro estão atacados do mesmo mal. A mãe destes, portanto avó da nossa doentinha, sofre de queratodermia semelhante, bem como três dos seus quatro irmãos, dos quais um indemne tem três filhos todos sãos.

E' bem patente, pois, a hereditariedade deste morbo na fami-

(1) Comunicação apresentada à quinzena hospitalar de 4-6-936.

lia, cuja árvore genealógica mais facilmente se aprecia no esquema seguinte onde os círculos negros representam os indivíduos doentes:



Repare-se que os indivíduos são procrearam filhos igualmente são e conte-se nas três gerações e num total de 23 criaturas da família, excluindo as vindas de fora, nada menos de quinze atacadas pela doença de Meleda.

Posta de parte a queratodermia, todos êles são saudáveis e normalmente constituídos na esfera psíquica; por outro lado, em alguns a queratose é tão nítida e a camada córnea tão desenvolvida que um canivete, espetado pela ponta na parte mais espessa da palma ou da planta, não cai sob a ação da gravidade.

A nossa doente apresentava, à data do seu internamento, um espessamento considerável da epiderme palmar, simètricamente, de côr amarelada lembrando a cêra, ou melhor e para empregarmos a imagem clássica, semelhando, com flagrante analogia, a luva amarelada dos cirurgiões. Aqui e ali desenhavam-se fendas ou ragadias profundas, um tanto dolorosas, com um ou outro fragmento de pele descolada.

Nas pregas da flexão a queratose é muito menos pronunciada, o que dá lugar à formação de sulcos profundos, de côr vermelho-violácea, pouco intensa.

O espessamento não é tão notável na face palmar dos dedos, embora ainda bastante saliente nas últimas falanges, onde aqui e ali a camada córnea apresenta umas pequenas excavações arredondadas, por assim dizer pequenos poços, devidos talvez à subida de pequeninas bolhas formadas na espessura da camada córnea, porventura resultantes da acumulação dos produtos de secreção das glândulas sudoríparas.

A passagem da pele doente, queratosada, da face palmar para a dorsal e para o punho faz-se dum modo nítido, bem marcado, mediante uma pequena orla de 3 a 4 milímetros de largura, córada de vermelho-violáceo, côr que desaparece momentaneamente à vitro-pressão.

As terceiras falanges abaúladas do lado dorsal, com a epiderme a destacar-se em delgados retalhos longitudinais, apresentam as extremidades afiladas, como se estivessem envolvidas num estojo rígido, de celuloide. As unhas são normais.

No polegar da mão direita, sôbre o bôrdo radial e face dorsal da primeira falange notam-se dois papilomas verrucosos e sôbre o rebordo ungueal e dorso da falanginha vêem-se idên-

ticas formações mas mais volumosas e confluentes, sem contudo deformarem a unha.

Nas faces dorsais das segundas falanges do médio e anular da mesma mão existem numerosas verrugas planas.

Na mão esquerda não há quaisquer verrugas.

Apresentava também um papiloma verrucoso, do tamanho dum grão de ervilha, no lábio superior, a um centímetro da comissura esquerda.

O espessamento da camada córnea, que chega a atingir nas regiões tenar e hipotenar a altura de 3 milímetros, diminue, como é obvio, a sensibilidade, tanto tactil como dolorosa e térmica, que aliás se conserva nas regiões indemnes e fundo das regadias e fendas, onde o espessamento é quasi nulo.

Há hiperidrose nas extremidades, como é frequente nesta doença.

Quanto aos pés, encontra-se uma sintomatologia semelhante, embora mais atenuada, nas faces plantares, onde a queratose é mais evidente entre o calcanhar e os dedos. Uma orla eritematosa, igualmente vermelho-violácea, como nas mãos, faz a transição da pele doente para a pele hígida.

Apesar do espessamento das mãos a doente tem os movimentos dos dedos quasi livres, chegando mesmo a costurar e não sente quanto aos pés nenhum incómodo, pois que corre e brinca como as outras crianças. Oxalá que a marcha da doença não venha um dia, como é sua característica, perturbar as funções dumas e outras extremidades.

Na face posterior dos braços e antebraços, e dos membros inferiores até aos glúteos a pele mostra uma aspereza especial devido á existência duma queratose folicular, mas nada que se pareça com a ictiose.

Etiologia

Afóra a herança pesada que se apurou, nada mais se encontra que se possa responsabilisar pela doença, cujo aparecimento nesta pequenita se fez logo que nasceu.

Não se encontram sintomas de sífilis congénita, sendo a Wassermann negativa, nem tão pouco estigmas ou distrofias hereditárias por blastotoxia treponémica dos pais.

As urinas são normais.

As tensões arteriais, medidas no Pachon, são :

$$Mx = 10 ; Md = 8 ; Mn = 6,5$$

A calcémia, determinada pelo método de Kramer e Tisdall, no laboratório do prof. Moraes Sarmiento, $12. \text{mg}, 25 \%$, estando dentro dos limites considerados normais, embora um tanto alta,



não nos autorisa a tirar qualquer conclusão de responsabilidade na gênese da doença, nem de co-sintoma da mesma.

A cuti-reacção á tuberculina é positiva, maculo-papulosa. A radiografia torácica mostrou :

«À direita, diminuição sensível e uniforme da transparência pulmonar, sem sombras de densificação pulmonar, nem alterações apreciáveis do hilo.

À esquerda perfeita transparência pulmonar, sem sombras de

densificação ; a sombra hilar está muito aumentada de volume, com uma grande massa ganglionar, da qual partem discretas arborizações de infiltração perivascular, que se dirigem para fora e para a região infraclavicular (dr. Fernandes Ramalho)».

Metabolismo basal normal.

O reflexo oculo-cardíaco, as provas da adrenalina e da atropina são a favôr dum predomínio, ainda que insignificante, do vago.

Patogenia

Que a queratodermia da nossa doente, observada desde o nascimento, doença peculiar á familia, se transmitiu por hereditariedade é facto de que não duvidamos por instantes. Mas qual o mecanismo patogénico dessa transmissão é incógnita para todos quantos se teem entretido com a misteriosa doença ; quando muito, afoitam-se alguns a pretender explicar ou antes pretendem ter descoberto uma ponta do veu que encobre tal incógnita. Uns julgam a doença tributária de perturbações endócrinas, responsabilizando de preferênciam um disfuncionamento da tiróide, outros da hipófise, das sexogenitais, etc, sem lograrem trazer a almejada peça probatória, nem mesmo a prova terapêutica ; outros responsabilizam os disturbios do sistema autónomo, com predomínio do simpático para a maioria, sem que a terapêutica compensadora venha no caso dar-lhes razão. (1)

(1) No entanto Chantriot (Soc. de Méd. Milit. française, n.º 2, fevrier 1930 : Keratodermie et irradiation fonctionnelle du sympathique cutané) publica um caso de cura da queratodermia simétrica não familiar, mas que lembra a doença de Meleda, pela irradiação do simpático cutâneo :

«O successo terapêutico obtido por irradiação do simpático cutâneo, segundo o método de Gouin, permite invocar a origem simpática de certas queratoses, particularmente a da doença de Meleda» e conclui por excluir a teoria da hipotiroidia.

Outros, mais ecléticos, associam as duas doutrinas e seria para êles uma interferência endocrino-vegetativa o verdadeiro, transmitido hereditariamente, responsável pela eclosão do morbo.

Se se conseguisse esclarecer as relações que existem ou pô las de parte duma vez para sempre, entre as queratodermias congenitas e as ictioses congenitas, afirmativa e negativa que têm seus defensores notáveis, é possível, que tal fôsse o primeiro passo a dar para a solução do problema. Mas está-se muito longe disso. E a questão não é de mera curiosidade scientifica, pois que o problema terapêutico, ainda sem solução, deve depender, antes de mais, do mecanismo patogénico em causa.

Invocam outros a consanguinidade, cujo mecanismo íntimo ignoram como atûe, mas que de facto, com a hereditariedade, é uma das causas encontradas na doença de Meleda. Quem sabe, se no princípio, não foi uma união consanguínea que disparou a sua genese inicial, o primeiro empurrão que meteu o morbo na família, mantido depois por hereditariedade?

Num caso que há tempos tivemos na enfermaria e que não pode ser bem estudado, visto a família ter retirado logo a doentinha, os pais eram primos.

Tratamento

O ideal seria atacar o problema profilático na causa.

Aqui a causa é a hereditariedade, condição *sine qua non* da definição. Como? Aconselhando os indivíduos atacados pela doença a que não contraíam matrimónio? Pura utopia... o instinto sexual é mais forte do que o conselho nosso ou do que a boa vontade do doente!

Que não procriem? Porque meios? o único infalível seria o que faz parte das legislações eugénicas do tipo alemão, nada mais nada menos do que a esterilização, draconiano método tendente a obter, entre outros objectivos, o duma raça pura, mística desconcertante, porquanto não sabemos como se possa conhecer a pureza duma raça humana. Mas os eugenistas dêste tipo não incluem e com razão, a doença de Meleda entre as que justificam a esterilisação. Imagine-se o que seria da pequena e risonha ilha mediterrânica sujeita a êste regimen .. Há muito que estaria despovoada.

Nada podendo, pois, quanto à solução do problema etiológico da profilaxia, tentemos ao menos o tratamento individual.

O ótimo seria a terapêutica patogénica, mas também aqui encontramos sérios embaraços embora doutra ordem. Qual, porém, essa patogenia? Ao certo já vimos que não sabemos.

Teorias e hipóteses substituem a certeza.

Um ecletismo prudente foi a nossa atitude terapêutica. Fizemos de tudo um pouco, não ao mesmo tempo, mas sucessivamente.

Tentámos a opoterapia, sem resultados, tentámos mesmo um tratamento pluriglandular sem melhores efeitos.

A magnésia calcinada, aconselhada por Jean de Lacassagne, com ótimos benefícios segundo o autor, também foi ensaiada na nossa doente na dose diária de 0,40 centig., até 0,50.

As nossas esperanças ficaram frustradas.

Carle, de Lião, aplica localmente esta mesma magnésia calcinada sob a forma de pomada.

Outros, fiéis à patogenia do simpático, dirigem-se a êste sistema, fazendo a irradiação do simpático cutâneo segundo o método de Gouin. Chanriot, já por nós citado, apresenta um caso de cura após três sessões de radioterapia das encruzilhadas simpáticas, isto é, fazendo em cada sessão a irradiação das regiões axilares e inguinais.

Praticámos o método em o nosso caso. O prof. Egidio Aires quiz ter a amabilidade de o aplicar conforme o seguinte esquema:

Irradiação das regiões axilares e inguinais em dias sucessivos:

500 R 150 Kv. 4 miliamp. 1/2 Cu 1 de Al.

Fizeram se 4 séries com intervalo de um mês.

A doentinha melhorou notavelmente: a pele das mãos, na face palmar, já se apresenta com um tom rosado, embora continue com uma espessura maior do que a normal e nalguns pontos persistam vestígios da antiga hipertrofia córnea, com sua côr amarelada. Nos pés registaram-se iguais melhoras.

Não sei se deva atribuir tais resultados à radioterapia simpática, se à acção local da pomada queratolítica usada simultaneamente. Esta pomada era assim constituída:

Ácido salicilico 5 gr. Vaselina 100 gr.

A doente voltou a peorar levemente e nós vamos aproveitar esta circunstância para uma terapêutica exclusivamente irradiante. Assim poderemos raciocinar com segurança e concluir.

Quanto ao prognóstico é fácil advinhá-lo perante as incertezas do mecanismo patogénico e correlativas terapêuticas. A cura é uma utopia, enquanto se não encontrar melhor; os agentes redutores aplicados localmente aliviam indiscutivelmente, mas não curam. O prognóstico desta doença é pois reservado, não *quoad*

o tratamento arsenical

da **SIFILIS ADQUIRIDA**
(Tratamento de entretem)
da **HEREDO-SIFILIS**
das **SIFILIS ANTIGAS**
das **DERMATOSES**
associadas à sífilis

pelo

Acétylarsan

*rigorosamente indolor
discreto, facil
neurotonico e eutrofico*

Composto arsenical d'eliminação facil
prestando-se a todas as modalidades do tratamento mixto

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

— **Specia** —

Marques POULENC Frères et USINES DU RHONE
21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8^e)

DREVILLE

QUININO STOVAR SOL

Oxi-acetil-amino-fenil-arsinato de quinino

Combinação definitiva de

STOVAR SOL

e de,

QUININO

particularmente

activa para o

tratamento

da

MALÁRIA

APRESENTAÇÃO

— TUBOS DE —
— COMPRIMIDOS —
DOSEADOSA O gr. 25

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
— Specia —

MARQUES **POULENC Frères & "USINES du RHONE"**

21, rue Jean-Goujon, PARIS-8°

Bronquites

Pulmosal

Pneumonias

Pulmosal

LABORATORIOS
DA
SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACEUTICA

CINOSAN

MEDICAÇÃO

AZEVEDOS

ANTIBACILAR

CINAMATO DE BENZIL, CHOLESTRINA, GOMENOL,
CANFORA, EM SOLUÇÃO OLEOSA

**Cinosan
Glandular**

**Cinosan
Irradiado**

Cinamato de benzil, cânfora
cholesterina e extractos hepá-
tico e esplênico (sem gomenol).

A cholesterina que entra na composi-
ção do Cin. Irr. é previamente subme-
tida à acção dos raios ultra-violetas.

A cânfora e a cholesterina são auxiliares indispensáveis na terapêutica anti-bacilar e anti-asténica pelo cinamato. Para os casos em que a clorose acompanha estas afecções preparamos o Cinosan **GLANDULAR** O aumento de glóbulos rubros e hemoglobina, no sangue, é favorecido pela acção anti-anémica dos extractos glandulares. A irradiação comunica à cholesterina as propriedades anti-raquíticas da Vitamina D.

Cárdérgol

Ergosan

Cárdérgol

Ergosan

Cárdérgol

Ergosan

Anafilarsan

Calcosan

Cardérgol

Cholaxina

Ergosan

SOLUCALCIOS

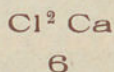
calcioterápia racional das baciloses

Solucálcio gotas

Soluto concentrado e estabilizado de cloreto de cálcio.

So-lucálcio, injectável

Cada 40 gotas correspondem a 1 gr. de



(Gluconato de cálcio)

Empolas de 5 c.c. e 10 c.c. a 5 0/0, 10 0/0 e 20 0/0.

Hemostático, Anti-anafilático.

So-lucálcio Vitaminado injectável

Empolas de 1 1/2 c.c. de cálcio coloidal e Vita-

mina D para hipodermia intra-muscular ou subcutânea.

So-lucálcio Vitaminado gotas

(Cálcio coloidal, cloreto de cálcio e Vitamina D) Cada 40 gotas equivalem a

1 gr. de sais de cálcio e 50 unidades vitamínicas.

Tônico, Recalcificante.

acidentes séricos e anafilaxias

fracturas e estados hemorrágicos

estados tetanigénicos e convulsivos

AZEVEDOS

HISTIDISAN = Úlceras Gástricas

vitam, mas quanto à cura. E a doença é pelo menos aborrecida, senão mesmo dolorosa e incômoda quando se complica de gretas, que se podem infectar.

Exames histo-patológicos

Análise n.º 375, pedida em 4 de Fevereiro de 1935. Doente Maria do Céu.

Análise n.º 769, pedida em 26 de Novembro de 1933. Doente Emília Martins.

Pequenos retalhos de pele da palma das mãos.

Tanto numa como noutra observações há um notável aumento de espessura da epiderme, parecendo mais considerável na observação II (fig.4) do que na observação I (fig.1) porque nesta é evidente que foi eliminada uma parte da camada córnea talvez por meio de aplicações terapêuticas locais.

As papilas dermicas são muito longas e estreitas, atingindo o seu vértice um plano vizinho da superfície externa da camada granulosa epidérmica, muito próximas umas das outras, com uma orientação comum ou orientadas irregularmente.

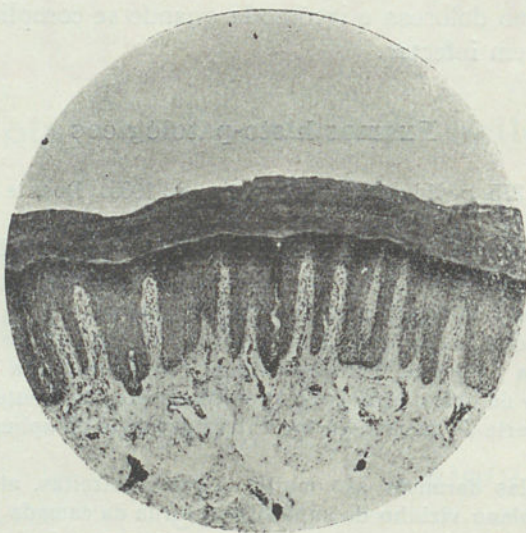
É a disposição em "dentes de serra" da superfície dérmica, nos cortes perpendiculares á superfície. Conseqüentemente as lâminas epiteliais inter-papilares são também altas e estreitas.

As células da camada granulosa tendem a tornar-se menos altas, sobretudo para o vértice das papilas e na observação I. Nesta, como na camada espinho-celular, há a notar, o alargamento dos interstícios com alongamento das pontes inter-celulares e acentuação da membrana; predomínio da orientação das epitelio-fibrilhas num sentido perpendicular á superfície; vacuolização do citoplasma das células centrais das colunas interpapilares (fig.5) com formação de faxas claras; o número considerável de figuras mitóticas, mesmo nas células centrais das colunas, particularmente na observação I; alterações necróticas de células isoladas, tendo como termo último a sua desagregação completa.

A camada granulosa é pouco espessa correspondentemente ao vértice das papilas e formada de células com grossas granulações de eleídina que todavia deixam apreciar o núcleo, mais ou menos alterado, separadas por interstícios bem aparentes; é continuada no eixo das lâminas inter-papilares por fiadas de células em que as granulações são cada vez mais raras. A sua superfície exterior é pouco acidentada na observação I (figs.1e 2), mamilonada na observação II, correspondendo os relêvos ás papilas dérmicas.

A camada transparente é d'uma espessura extremamente irregular, geralmente fina. Nos pontos mais espessos as células são pouco achata-das e com núcleos globosos.

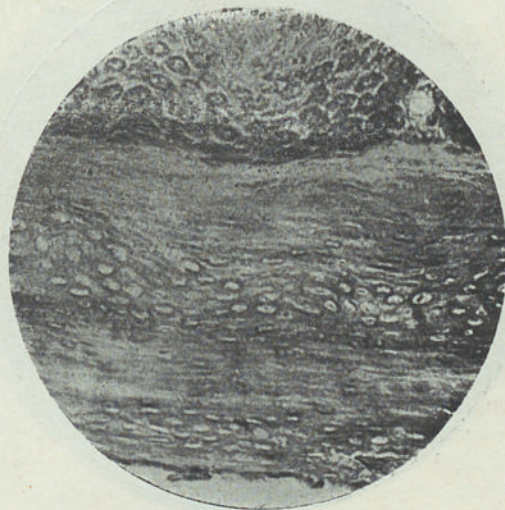
A camada córnea apresenta um aspecto bastante diferente nas duas



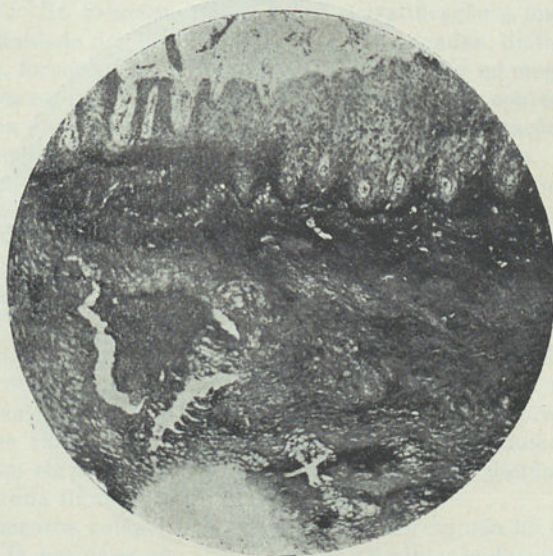
Obs. I — fig. 1



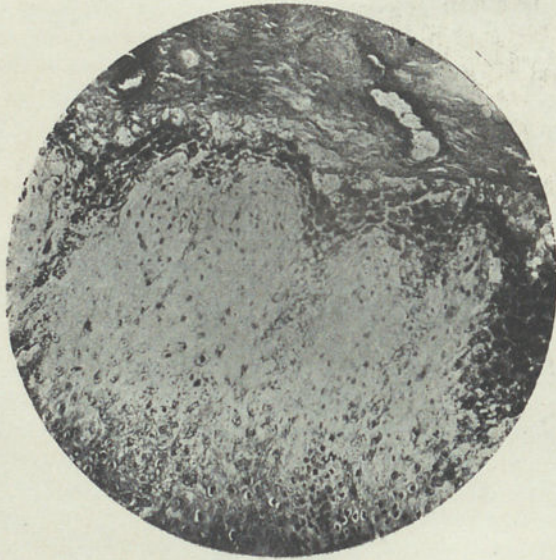
Obs. I — fig. 2



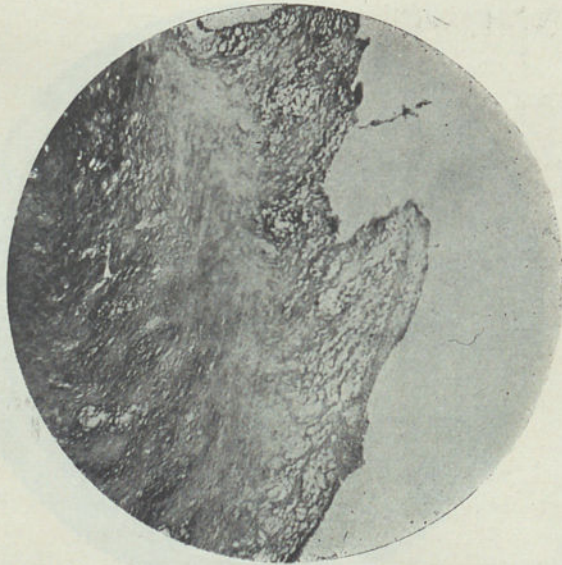
Obs. I — fig. 3



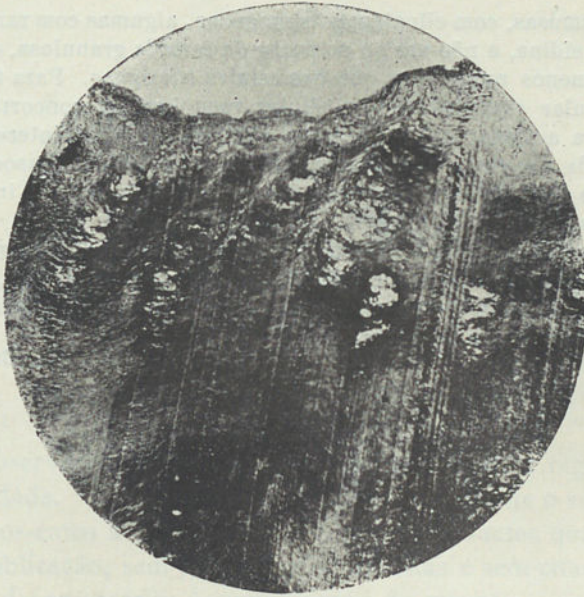
Obs. II — fig. 4



Obs. II — fig. 5



Obs. II — fig. 6



Obs. II — fig. 7

observações: No primeiro caso (fig 3) a estratificação é muito regular, mas uma infinidade de pequeninas cavidades alongadas, limitadas por um traço escuro, forma faxas, distintas pela nitidês maior ou menor das cavidades. Destas cavidades umas aparecem vasijas, outras conteem detricitos de citoplasma e de núcleos. Ha, portanto, uma queratinização incompleta em toda a espessura da parte conservada da camada córnea. No segundo caso a estratificação é muito irregular, a camada mais ou menos densa apresenta zonas mais coradas, sem qualquer regularidade; nela ha também cavidades mas sem traço limitante, muito irregulares em forma e em dimensões (fig 6) dando um aspecto areolar. Ha aqui também pequenas hemorragias em plena camada, presumivelmente devidas ao traumatismo da excisão.

A aplicação de processos para a coloração electiva das fibras colagénicas e precolagénicas (Van Gieson, Mallory, Foot-Wilder) mostra que á superfície das papilas dérmicas ha uma rêde delicada de fibras precolagénicas, que se amolda inteiramente ao polo basal das células da camada geradora e se eleva ainda um pouco nos interstícios, dando um aspecto serreado á linha limite.

Nos elementos colagénicos e elásticos do córion não há modificações apreciáveis. O mesmo se não pode dizer das glândulas sudoríparas. Alguns glómerulos são normais, mas outros são atróficos. As modificações são mais importantes no trajecto epidérmico. Em toda a travessia do corpo mucoso de Malpíghi (figs. 2 e 3) o lumen dos canais é largo e limitado por

células volumosas, com citoplasma homogéneo, algumas com raras granações de eleídina, a não ser no percurso da camada granulosa, onde aliás são muito menos numerosas que nas células contíguas. Para fóra desta camada celular encontram-se as células vacuolisadas, concorrendo êste aspecto para a transparencia da zona axial das lâminas inter-papilares. Ultrapassada a camada córnea a parede do canal parece dissociar-se; o seu trajecto é marcado por aglomerados de vesículas que dão irradiações em todos os sentidos (figs. 6 e 7).

Todos estes aspectos traduzem um processo de hiper e disqueratose; ha perturbação no funcionamento das glândulas sudoríparas, ligada a modificações do trajecto sudorífero, presumivelmente secundárias ás perturbações do processo de queratinização.

(GERALDINO BRITES)

UM CASO RARO DE PELADA TOTAL

POR

CELESTINO MAIA

Prof. agr. da F. M. do Pôrto

(Clínica Médica — Serviço do Prof. Rocha Pereira)

A observação que vamos referir merece ficar registada pela sua raridade. E, como o nosso fim é tão sòmente o seu arquivo, limitar-nos-emos a apresentá-la e a relevar os factos que justificam a sua publicação, sem preocupações eruditas e sem citações bibliográficas desnecessárias à compreensão do assunto.

Joaquim S., de 44 anos, casado, carpinteiro, esteve internado nos *Serviços de Clínica Médica* de 16-10-934 a 23-11-934. São compiladas do seu boletim clínico as notas que seguem.

Emmagrecimento, astenia, apirexia, criestesia, apetite conservado e sudação normal, excepto no couro cabeludo onde é exagerada. Micropoliadenia, maus dentes e dedos hipoeráticos com unhas quebradiças, em vidro de relógio. Ouvido diminuído.

Língua ligeiramente saburrosa, afrontamento post-prandial e fígado um pouco descido, de limite inferior cêrca de 3 cm. abaixo do rebôrdo costal.

Tórax abalado, dilatando-se em bloco a cada inspiração; polipneia; tiragem supra-esternal, supra-clavicular e intercostal. Tosse, com expectoração purulenta abundante. Roncos, sibilos e sarridos húmidos generalizados; respiração rude com expiração prolongada por todo o tórax.

Palpitações, decúbito lateral esquerdo mal suportado. Ligeiros edemas maleolares, que desapareceram rapidamente; pulsações epigástricas; choque da ponta difícil de palpar, talvez no V espaço intercostal esquerdo, um pouco para dentro da linha mamilar. Pulso rítmico, com frequência de 67 em decúbito e de 84 sentado; tensões ao Boullitte de 12-7,5. Hipofonese acentuada de todos os sons cardíacos, com leve dureza do 2.º aórtico.

Poliúria, geralmente compreendida entre 2 e 3 litros. Urinas sem açúcar nem albumina.

Falta de memória, um certo grau de astenia mental. Vigor genésico muito diminuído. Reflexo pilo-motor negativo, R. O. C. 68-56, risca vaso-motora preguiçosa e pouco acentuada.

Sistema pilar: Canicie generalizada. Couro cabeludo com penugem curta e fina, misturada aqui e acolá de alguns cabelos, curtos também, frágeis e fáceis de arrancar. Esta penugem, pouco densa, rareava sobretudo nos bordos do couro cabeludo e na parte da cabeça habitualmente coberta pelo chapéu, e faltava completamente na zona rodeante do vértex, como se à alopecia difusa se juntasse uma calvície de tipo seborreico.

Pêlos das sobrancelhas substituídos por penugem, com clareiras. Pestanas raras. Barba paupérrima, formada no pescoço de penugem rara, quasi ausente nas regiões genais e masseterinas, reduzida no bigode a alguns pêlos muito laterais e no mento a um pequeno triângulo do vértice inferior agudo.

Axilas com alguns pêlos; pelugem púbica pobre e com disposição de tipo feminino; penugem ténue no tórax, e mais ténue ainda no abdómen. Nos membros, pobreza e fraqueza pilar também manifestas, mas não tam acentuadas, sobretudo nas pernas.

Exame radiológico; sinais de esclerose bronco-pulmonar e peribronquite; campos pulmonares exageradamente iluminados por enfisema, especialmente nas bases. Bacterioscopia da expectoração: não revelou bacilos de Koch e mostrou, pelo Gram, a presença de *Micrococcus catharralis*, alguns cocos isolados e numerosos coco-bacilos. R. Was. negativa.

Este doente, bronquítico desde criança, teve em 1919 uma gripe epidémica grave, de forma provavelmente pneumónica, após a qual piorou da bronquite: crises mais intensas, que começaram a impedi-lo de trabalhar, com dispneia, dôres torácicas e, por vezes, expectoração sanguínea. Hospitalizou-se pela primeira vez em 1931 e saiu melhorado, voltando a piorar no inverno seguinte. Via que o trabalho o prejudicava e que melhorava com o descanso, mas como, forçado pela necessidade, continuasse a trabalhar, a dispneia acentuou-se, surgiram palpitações, afrontamento epigástrico e edemas maleolares. Voltou a internar-se em 1933; melhorou, saiu e piorou de novo, aparecendo, por isso, em Dezembro do mesmo ano nos *Serviços de Clínica Médica*, donde saiu melhorado em 7-5-934. Repousou em casa o tempo que pôde, fez duas breves tentativas para retomar o trabalho, o seu estado agravou-se, e assim é que em Outubro nos aparecia outra vez, na *Clínica*, com a sintomatologia descrita.

Nos seus antecedentes de familia nada há, de interesse, a registar, a não ser a morte da mãe por possível tuberculose pulmonar. Pessoalmente, teve, além da gripe epidémica, duas pneumonias, uma blenorragia, e cancro venéreos com adenites inguinais supuradas, não seguidas de secundarismo.

A gripe pneumónica, que teve por ocasião da pandemia gripal de 1918-19, precisa mais larga referência. Foi uma gripe grave, com temperaturas muito elevadas, que durou 22 dias em período de estado e se acompanhou de delírio intenso e fenómenos confusionais graves, chegando o doente a levantar-se e tentar sair de casa. Dela datam a alopecia, o enfraquecimento do vigor genésico, a falta de memória e a astenia mental — perturbações que transformaram o doente sob os pontos de vista físico e psíquico, marcando uma nova fase na sua vida.

Quanto à alopecia, eis a sua história, tanto quanto o doente e a esposa puderam reconstituí-la.

A tricogénese do doente fez-se normalmente, em idade e tempo competentes, sem ter sido perturbada sequer pela banal calvície masculina de origem

seborreica. Um mês depois da gripe apareceram duas placas glabras occipitais, do tamanho aproximado dum vintém, que foram progredindo, a-pesar-de tratadas com tintura de iodo e outros tópicos. Foram atacadas em seguida as sobrancelhas, pestanas e barba, e, simultâneamente ou pouco depois, a pelugem do resto do corpo. A desglabração progrediu com tal rapidez que em semanas, talvez dois meses, era completa e total : total, porque atingiu todo o corpo ; completa, porque levou todos os pêlos, penugem inclusivê, parecendo que neste cataclismo dos fâneros só as unhas escaparam à queda. Passado algum tempo, impossível de precisar, começou um renascimento discreto e lento, precocemente parado no estado que descrevemos.

Diagnóstico fácil: *bronquite crónica com enfisema e esclerose bronco-pulmonar*, que acarretou uma pequena *insuficiênciã cardíaca*; *pelada total consecutiva a infecção grave*.

Apenas sôbre a pelada pretendemos chamar a atenção do leitor. O diagnóstico de pelada total não oferece dúvidas. As placas alapécicas occipitais que iniciaram a queda são características : faltam no *defluvium capillorum* e na alopecia tóxica pelo acetato de tálio, doenças em que a queda é ainda mais brutal, poupa as sobrancelhas e é seguida de cura ; faltam também nas alopecias sífilíticas e post-inficiosas banais que, além de transitórias, nunca chegam a desnudar completamente o couro cabeludo e, menos ainda, o resto do corpo.

* * *

A etiologia da pelada, fonte de literatura interminável, é ainda um problema em estudo. Parece, todavia, justo considerá-la hoje como um síndrome clínico, que, por um mecanismo neuro-endócrino, provoca a morte dos fâneros.

A patogenia neuro-endócrina é confirmada, entre outros argumentos, por dois factos anátomo-patológicos importantes — uma reacção intensa dos tecidos trofo-melânico e reticulo-endotelial, e uma constrição permanente dos capilares, que pode ir até torná-los invisíveis à capilaroscopia. Ora o tónus dos capilares é regulado por factores neuro humorais ; e o sistema reticulo-endotelial, de que a rêde trofo-melânica se pode considerar dependência, tem funções secretórias que completam ou suprem as das glândulas de secreção interna.

Como síndrome, a pelada pode ter várias causas, capítulos etiológicos diversos. Foi um dêsses capítulos, «curto e preciso»,

que Sabouraud escreveu em 1929, (1) sob o título de *Pelades en suite de grandes infections* — capítulo que é curto pelo reduzidíssimo número de casos que abrange, e preciso pelo conjunto de circunstâncias, sempre as mesmas, que as observações registam, tanto na infecção causal como na pelada que a segue.

Eis, resumidamente, como Sabouraud caracteriza infecção e pelada. *Infecção*: pirexia grave, hipertérmica, acompanhada de fenómenos cerebrais e meníngeos inquietantes, de delírio activo e perigoso; pirexia de que os doentes saem de tal modo transformados que quasi todos trazem um retrato antigo, para bem mostrar a transformação que sofreram; os peládicos, que geralmente não sabem a que atribuir a pelada, neste caso acusam imediatamente a pirexia. *Pelada*: início geralmente três meses depois da infecção, como pelada ofiásica, por uma ou duas placas occipitais, que vão progredindo; aparecimento de novas placas, que conduzem rapidamente à decalvante; depois, ataque das sobrancelhas, pestanas e barba, e, finalmente, de toda a pelugem do corpo, que pode desaparecer inteiramente; as próprias unhas são atingidas; marcha implacável, pelada definitiva que nunca regressa, nem pouco nem muito.

Como se vê, a pelada do nosso doente adapta-se notavelmente à descrição de Sabouraud, na causa, na evolução e na forma. Há, todavia, neste caso algumas variantes que vamos assinalar.

a) O período decorrido entre a infecção e o comêço da pelada parece ter sido de um mês e não de três meses, como é de regra. Esta diferença tem pouca importância. E' possível que a pelada tenha sido precoce, e é possível também que doente e espôsa, passados 16 anos, se tenham enganado no tempo que marcaram.

b) Contra a afirmação cabal em contrário, de Sabouraud, houve, depois da queda pilar, um renascimento discreto da pelugem, sobretudo nas pernas, axilas e região púbica. Um êrro de informação parece-nos aqui menos provável. O facto é digno de relêvo, mas, atendendo ao acentuado grau de intensidade em que a pelada se imobilizou durante tantos anos, parece-nos insuficiente para que o caso se exclua dos síndromes peládicos das grandes infecções.

(1) Sabouraud, *Pelades et Alopécies* em Aires, pág. 260, Paris, 1929.

c) No nosso caso, a infecção causal foi uma gripe. O diagnóstico, embora retrospectivo, deve estar certo, atendendo aos antecedentes bronquíticos do doente e a que a doença eclodiu em pleno surto epidémico. Nos casos de Sabouraud as pirexias foram dois sarampos, uma escarlatina (?), uma febre tifóide e um trasorelho. Num caso de Schwartz foi uma febre tifóide. Genner, na sua extensa monografia sôbre a pelada (1), refere, em 283 obs., duas peladas totais consecutivas a gripes (obs. n.ºs 61 e 178). Não nos parece, porém, que êstes dois casos sejam do tipo que discutimos: as gripes não foram graves; os doentes, à parte a queda pilar, não saíram delas transformados; no caso n.º 178, tratava-se dum antigo peládico, que viu a sua pelada recidivar e generalizar-se; no caso n.º 61, a pelada arrastou-se durante dois anos no couro cabeludo e só um ano mais tarde se generalizou. Nêste capítulo de peladas, julgamos, pois, ser êste o primeiro caso post-gripal que se publica.

Os casos dêste género são extrêtamente raros, di-lo Sabouraud que, nas suas pesquisas bibliográficas, só encontrou o caso de Schwartz para pôr em paralelo com os seus cinco casos pessoais. E ter Sabouraud observado apenas cinco casos mostra bem que se trata de casos de excepção. Quem, como nós, teve a dita de assistir às suas proveitosíssimas consultas de doenças do couro cabeludo, na Escola Lailler do Hospital de S. Luiz, em que se viam centenas de doentes por sessão, quem sabe o renome mundial que êste insigne dermatologista adquiriu como especialista das referidas doenças, pode calcular o elevadíssimo número de doentes vistos por êle e a autoridade com que tal mestre afirma, depois de longos anos de clínica, a raridade de casos que na sua vida viu apenas cinco vezes. Pela nossa parte, postas de lado as duas citadas observações de Genner pelos motivos apontados, nenhum outro caso descobrimos na literatura, aliás breve, que pudemos consultar.

Sabouraud supõe que nestas peladas o agente da infecção ataca directamente os centros nervosos e as glândulas de secreção interna. Assim se constituiria uma doença neuro-endócrina, do cortejo da qual faria parte a pelada. Mas tal doença ou doenças

(1) Genner, *Études Cliniques sur la Pelade*, Paris, 1929,

estão por classificar. Há, nestas peladas como nas restantes, factos dispersos de que se não fêz ainda uma síntese definitiva e clara, que explique génese, evolução e formas do processo peladogénico.

No nosso doente pertencem à série endócrino-vegetativa os seguintes sintomas e sinais: criestesia, fragilidade das unhas, astenia mental, hipofunção genital, hiperidrose do couro cabeludo, exagêro do reflexo óculo-cardíaco, negatividade do reflexo pilo-motor e risca vaso-motora preguiçosa. Êste conjunto marca perturbações vegetativas e endócrinas, foca particularmente as gónadas e a tiróide, mas, segundo a regra, não define uma doença ou síndrome determinado. E' verdade que a sintomatologia foi colhida mais de três lustros após o início da pelada, quando esta, triunfante das defesas que se lhe opuseram, estava naturalmente morta como processo fisio-patológico activo. Muitos doentes, porém, têm sido observados oportunamente, largamente explorados por todos os métodos clínicos e laboratoriais, sem que, infelizmente, os resultados tenham sido muito mais brilhantes.

Conclusões

a) A pelada do nosso doente é uma pelada excepcional, que deve incluir-se nos síndromes peládicos consecutivos a grandes infecções, tais como os viu e descreveu Sabouraud;

b) Estas peladas não devem considerar-se absolutamente irreductíveis, pois casos há, como o nosso, em que se observa um certo grau de renascimento pilar, embora localizado e pobre;

c) Entre as doenças causadoras destas peladas, conta-se a gripe epidémica.

SOBRE A VELOCIDADE DA CIRCULAÇÃO APRECIADA PELA PROVA DA DECOLINA-ETER

POR

ANTUNES DE AZEVEDO

Veiculando o oxigênio e os princípios nutritivos o integrar nos elementos celulares, séde da combustões geradoras da energia que traduz as múltiplas manifestações vitais, o sangue circula num sistema de canais fechados graças a diferenças de pressões criadas no mesmo sistema. E variável o débito circulatório, função das necessidades orgânicas, regularizado por um complexo mecanismo em que interferem múltiplos factores, uns considerados sobejamente conhecidos mas muitos outros sem dúvida do domínio da nossa ignorância. Nas condições basais diz Padilla um indivíduo de 70 quilos debita 6 a 7 litros de sangue por minuto, o que representa para uma frequência cardíaca de 72 pulsações, uma onda sistólica de valôres compreendidos entre 83,3 e 97,22 cc. Sujeito a outro regimen que não o basal, criadas novas exigências, o sistema cardiovascular, maravilha de adaptação, pronto modifica o seu regimen hemodinâmico de molde a fazer face às novas despesas exigidas e, fá-lo principalmente, aumentando a frequência cardíaca. A velocidade da circulação depende sobretudo da frequência do pulso conforme diz Vaele.

Chama-se débito minuto circulatório ou volume minuto circulatório a quantidade de sangue que os ventrículos expulsam na unidade de tempo.

Pela mobilização do sangue estancado nos reservatórios orgânicos, por uma melhor realização da circulação de retorno, a repleção diastólica é mais completa e a fibra cardíaca distendida gera uma contracção sistólica mais potente.

Mercê do aumento da frequência cardíaca e do volume da

onda sistólica, o débito minuto circulatório, função daqueles dois factores, pode elevar-se de 5 ou 7 a 35 litros. Baseados nos trabalhos de Fick, realizados no último quartearão do século passado, Loewi, Schotter, Bornstein e tantos outros, têm utilizado técnicas que nos fornecem o valor do débito cardíaco no homem. Conhecido o CO_2 eliminado a nível do pulmão por litro de sangue num minuto, o débito circulatório na unidade de tempo será representado pelo quociente:

$$\frac{\text{CO}_2 \text{ eliminado por minuto}}{\text{CO}_2 \text{ eliminado por litro de sangue}}$$

Os cálculos poderão ser feitos, por igual, partindo do oxigénio consumido. O débito minuto circulatório será representado pelo quociente:

$$\frac{\text{O}_2 \text{ consumido por minuto}}{\text{O}_2 \text{ consumido por litro de sangue}}$$

O O_2 ou o CO_2 que num minuto o sangue, respectivamente consome ou elimina são de determinação fácil. Para conhecermos os valores relativos ao litro de sangue temos em primeiro lugar de os conhecer no sangue arterial e no sangue venoso.

O O_2 ou o CO_2 do sangue arterial, podem ser determinados a partir do ar alveolar, pois que a nível dos alveolos pulmonares êstes gases se encontram em equilíbrio tensional. A punção arterial resolve por igual a questão. A determinação daqueles valores no sangue colhido nas veias da flexura, falsearia os resultados obtidos, como bem o provaram Blalock e Brodburu. O sangue venoso das veias da flexura, é mais rico em CO_2 e é mais pobre em O_2 do que o sangue venoso misturado, isto é, do que o sangue das cavidades direitas ou da artéria pulmonar.

Em 1909 nos «Estudos hemodinâmicos» Plesch aconselha uma técnica que parecia resolver a questão: um indivíduo realizava uma série de inspirações e expirações num meio fechado durante 15 a 20 segundos; êstes *rebreathings* estabelecem o equilíbrio tensional com os gases do sangue venoso misturado e, os valores dêstes são obtidos por determinação no ar alveolar.

Os valores do CO_2 e do O_2 do sangue venoso misturado, podem igualmente ser obtidos a partir de determinações realizadas no sangue colhido por sondagem auricular ou por punção do ventrículo.

Os trabalhos do século passado faziam prever que para o homem fôsse bem tolerada uma sonda fina introduzida nos vasos venosos. Forsmann em 1929, depois de prévios ensaios no cadá-

ver, procedeu em si mesmo ao cateterismo do coração, introduzindo uma fina sonda na veia cefálica esquerda; no primeiro ensaio a sonda foi conduzida até à axilar, mas num segundo era atingida a aurícula direita, como se verificava radioscópica e radiograficamente.

Vários autores têm utilizado esta técnica: Peres Ara imitou o procedimento de Forsmann recebendo com perfeita tolerância a sondagem da aurícula.

Alguns clínicos mais arrojados, entraram já no domínio da veia cava inferior, transpuseram o limite diafragmático colhendo após esta longa incursão, sangue das veias supra-hepáticas ou das veias supra-renais.

Tem a sondagem cárdio-vascular múltiplas utilizações.

Ouçamos algumas serventias que lhe reconhece Padilla:

- 1.º — Administração intra-cardíaca de drogas heroicas em caso de síncope.
- 2.º — Administração local de estrofantos ou de dedaleira em asistolias graves.
- 3.º — Sangria central descarregando em certos casos a aurícula direita.
- 4.º — Introdução de rivanol, de violeta de Genciana ou de mercurocromo que actuariam mais localmente nas endocardites sub-agudas.
- 5.º — Tratamento de determinadas afecções pulmonares.
- 6.º — Obtenção de sangue da veia renal do homem que poderá ser utilizado em caso de insuficiência renal.
- 7.º — Obtenção de amostras de sangue da aurícula direita, cava inferior e directamente das veias renais, para serem estudadas sob diferentes pontos de vista: gases, glicémia, adrenalinémia, lactacidémia, etc.
- 8.º — Com a injeção de substâncias opacas, iodeto de sódio, abrodil, uroselectam poderá estudar-se a participação vascular do hilo e das arborizações do pulmão.
- 9.º — Determinação do volume minuto circulatório pelo princípio de Fick.
- 10.º — Diagnóstico de afecções congénitas latentes.
- 11.º — Estudar a participação da cava superior no pedículo vascular.

12.º — Variações da pressão intra-auricular, etc., etc.

O volume minuto circulatório, é um valor extremamente variável, influenciado por múltiplos factores: eleva-se quando um indivíduo passa da posição ortostática à clinostática; se nos lembrarmos, conforme diz Bouthillier, que em muitos indivíduos o clinostatismo baixa a frequência cardíaca, para os mesmos, o débito minuto circulatório só pode manter-se à custa do aumento do volume sistólico; neste facto residirá, pelo menos em parte, a explicação de determinada fenomenologia verificada nos cardíacos em decúbito.

Dautrebande observa nos cardíacos assistólicos diminuição do débito circulatório. O tratamento digitálico dirigido à insuficiência cardíaca, aumenta o volume minuto circulatório à maneira que se reduz a oligúria, que se atenuam os edemas e que o desfalecimento tende para a compensação.

Ringer encontra para os cardiopatas, diminuição do débito cardíaco, quando se encontram na fase de descompensação. Na fibrilação auricular, Carter, Smith, Walter e Alt. viram o débito aumentar cêrca de 25 % com a regularização do ritmo. Landau e os seus colaboradores, num trabalho que publicaram 1934, nos arquivos das doenças do coração, dizem que a insuficiência cardíaca tem um significado essencialmente dinâmico e que, coração insuficiente é aquele que não faz passar uma determinada quantidade de sangue venoso, da grande circulação através do ventrículo direito, dos pulmões e do ventrículo esquerdo para a aorta.

Na insuficiência cardíaca, portanto, o débito cardíaco deve estar diminuída.

Spinger encontrou em muitos cardiopatas um exagerado débito cardíaco, por existir para os mesmos um aumento do metabolismo basal. Trabalhos doutros autores são contraditórios mas duma maneira geral, as investigações mais recentes, falam a favor dum certo paralelismo entre o valor funcional do coração e o débito circulatório. O valor minuto circulatório e a velocidade circulatória guardam entre si estreitas relações e, a sua determinação saiu do âmbito da fisiologia experimental para nos prestar excelente colaboração em cardiopatologia.

Dos velhos aparelhos: hemodometro de Wolkman, Stromuhr de Ludwing, hematochometro de Vierordt, até às técnicas que

osfosan

Iodina

Leucosan

Natrion

Vitol

Lactosan

CULTURAS PURAS DE
BACILOS BÚLGAROS
SELECIONADOS

Enterites agudas e
crónicas, Enterocolites
membranosas, Febre
tifoide, Diarreias, Apen-
dicite, Peritonite, Intoxi-
cações alimentares,
Putrefacções intestinais,
Embaraços gástricos,
Dermatoses, Urticária,
Colites, etc.



CALDO DE CULTURA

E

COMPRIMIDOS

SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACEUTICA

AZEVEDO, IRMÃO & VEIGA

24, Rua do Mundo, 42 - Lisboa

LABORATORIOS

DAS FARMACIAS

AZEVEDOS

LISBOA

AZEVEDO, FILHOS

31, P. D. Pedro IV, 32 - Lisboa

duodenais, etc. = HISTIDISAN

Sulfonatrion

“AZEVEDOS”

Soluto aquoso estabilizado de iodeto de sódio e enxôfre

Anti-álgico de acção enérgica. Injectável intramuscular, ou, de preferência, endovenosamente. Caixa de 6 a 12 empoas de 5 c. c.

Reune as propriedades sedativas e analgésicas do iodeto de sódio às propriedades anti-reumáticas do enxôfre. É absolutamente atóxico e não ocasiona reacções locais nem secundárias.

Artritisimo, Ciática, Gôta, Neuralgias, Cefaléas, Polinevrites, Hemierânias, Simpatalgias, Asma.

FARMÁCIAS

Azevedo, Irmão & Veiga

Azevedo, Filhos

24 — Rua do Mundo — 42

31 — Praça de D. Pedro IV — 32

LABORATÓRIOS DAS FARMÁCIAS AZEVEDOS

— LISBOA —

Urisan “AZEVEDOS”

GRANULADO EFERVESCENTE

Piperazina, Benzoato de lítio e Formina

prescrito e aconselhado em
todas as manifestações de:

ARTRITISMO, LITIASE RENAL,
GOTA, URICEMIAS, OBESIDADE, etc.

Muito útil também na
**Antisépsia das Vias
Urinárias, Blenor-
ragia, Cistites, etc.**

utilizam substâncias corantes (ferrocianeto de potássio), numerosos métodos tem sido preconizados.

Com utilização prática, Koch, recorreu á fluorescência, Heicholm ao clorêto de calcio, Prumik à colina ; o delsidrocalato de sódio a 20^o/0 foi utilizado por Winternitz, Deutsch e Brull.

Este produto injectado numa veia de flexura, determina ao fim de 8 a 14 segundos, um sabôr pronunciadamente amargo, facilmente perceptível pelas papilas gustativas. Lian e Faquel utilizaram o cloridrato de histamina ($\frac{1}{400}$ de cc. por quilo de pêso dum soluto a $\frac{1}{10\ 0000}$), a decolina (de hidrocalato de sódio a 20^o/0) 3 a 5 cc. e igual quantidade de sacarinato de sódio a 33^o/9.

A histamina dá uma coloração vermelha da face volvidas 12 a 18 segundos. Os dois outros produtos dão um sabôr desagradável ao fim de 10 a 16 segundos. A histamina pode dar acidentes desagradáveis deve ser posta á margem na opinião dos autores. Na insuficiência cardíaca, a velocidade de circulação está frequentemente diminuída, sendo os maiores valores obtidos na asistolia. O maior valôr registado pelos autores foi de 66". preconizam a sua utilização, afirmando que a velocidade de circulação corre parêllas com o grau de insuficiência, o que tem grande interêsse para a conduta terapêutica.

Ha casos de insuficiência latente ou inapârênte, segundo a terminologia de Cossio, Castila e Berkonski, revelados pela determinação da velocidade circulatória. A taquicardia acelera a velocidade do sangue e acção oposta tem a bradicardia.

Nos Basedowianos ao contrário do que se verifica nos mixe-dematosos, a velocidade circulatória é maior do que nos individuos normais. Nas broncopneumopatias que se acompanham de dispneia, se esta não é de origem cardíaca, a velocidade circulatória é representada por valores normais.

Hitzig em 1934 propoz a utilização do eter e em Janeiro de 1936 Roger, Jodel e Chehale preconizam a mistura eter e decoline ($\frac{1}{4}$ de cc. de eter rectificado e 3 cc. de deridrocolato de sodio a 20^o/0 que no comercio se encontra sob a designação de decolina) : a mistura é injectada com rapidez numa veia flexura, com uma agulha de grande calibre. Passados momentos, o éter é eliminado pelo pulmão difundindo-se, atinge a mucosa alforiva sendo facilmente percebido ; algum tempo depois, as papilas gustativas registam um sabôr amargo de decolina. O tempo que decorre até

ao cheiro do éter está em relação com a velocidade de circulação nas cavidades direitas e dêse êste momento até ser percebido o sabôr amargo, está o tempo em relação com a velocidade circulatória nas cavidades esquerdas.

Os autores apontam como valôres normais respectivamente 4" a 11" e 9" a 23". Encontram-se nas grandes insuficiências irreductíveis, a velocidade sempre muito retardada, evolucionando de forma muito caprichosa e a experiência demonstra que a sua determinação é destituida de interêsse. Nos individuos com insuficiência cardiaca moderada, interminente, se não ha estase pulmonar, as velocidades de circulação podem ser modificadas paralelamente com as melhoras experimentadas. Nos cardiopatas compensados os valôres da velocidade de circulação são normais.

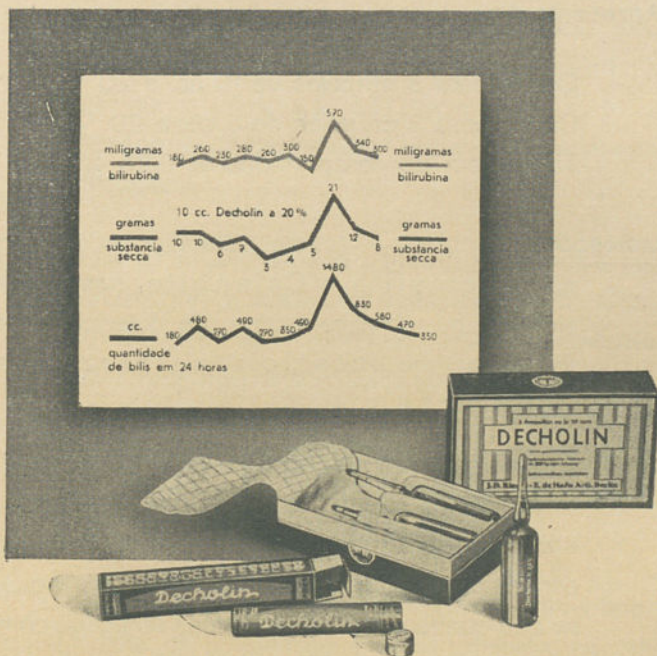
* * *

Realizamos a prova da *decolina éter* em 54 doentes 17 dos quais cardiopatas.

Dos 37 doentes cujas funções cardíacas nos pareceram normais, quási sempre os valôres da velocidade de circulação estão compreendidos dentro dos limites considerados não patológicos. No doente da ob. n.º 19 com tuberculose úlcero-caseosa extensiva bilateral-23-25, no doente da ob. n.º 18 o éter foi anunciado ao 7º seg. e a decolina só passados 54". Na ob. n.º 28 com dispepsia hipersténica — 12-33; no dia seguinte á primeira determinação a prova foi repetida e os valôres encontrados : 11-24.

Nos 17 cardiopatas encontramos valôres normais em 6 doentes : ob.4 — doença de Roger bem compensada ; obs.6 doente em hiposistolia ; ob.12 aortite e tuberculose fibrosa em disistolia ; ob. 14 — aortite não compensada ; ob.15 insuficiência mitral e hiposistolia ; ob. 8 aneurisma da aorta, hiposistolia. Nos restantes os valôres são patológicos e ha certo paralelismo com o grau de insuficiência cardiaca. Os valôres mais elevados foram encontrados em 2 velhos : ob. 9 — 69 anos — miocardite em asistolia, falecido alguns dias após o internamento — 29 45 e ob.17-70 anos — insuficiência mitral hiposistolia aritmia e extrasistolica.25-60.

Observadas comparativamente as velocidades da circulação nos segmentos direito e esquerdo, avaliadas respectivamente pela percepção do éter e da decolina, apenas num exemplar, encontra-



Decholin

NOME REGISTRADO

Composição: Os comprimidos de DECHOLIN consistem em 0,25 grs. ácido dehidrocholálico puríssimo; as ampolas de DECHOLIN de 10 cc. e de 5 cc. contêm uma solução sódica daquele ácido a uma concentração de 20 %.

Fórmula: $C_{23} H_{33} O_3 COOH$ resp. $C_{23} H_{33} O_3 COONa$.

Apresentação :

Caixas com 3 ampolas de 10 cc. a 20 ‰.

Caixas com 3 ampolas de 5 cc. a 20 ‰.

Tubos com 20 comprimidos de 0,25 grs.

Indicações: Emprega-se como colerético e colagôgo na Colecistite e Colangite, nas formas simples ou acompanhadas de Ictericia e inflamações, na Ictericia catarral e na Colelitiase.

O médico pelo diagnóstico verá se o fígado, como órgão doente, tem que ser submetido a uma medicação sedativa ou se a célula hepática carece de uma acção estimulante. Como quasi se não conhecem hipersecreções do fígado como doença, mas sim hipermotilidades, esta particularidade tem importância só no ponto de vista dum aumento da motilidade das vias biliares. Nestas diskinesias hipertónicas pode-se ministrar o DECHOLIN, igualmente indicado nos casos em que a secreção biliar, por causa das células afectadas do fígado, é deficiente e precisa ser estimulada.

A mesma medicação presta também serviços em todos os casos onde há uma acumulação nas vias biliares e a necessidade da depuração das mesmas.

Não se pode falar no DECHOLIN como um bactericida propriamente dito; mas as suas pro-

priedades estimulantes da secreção biliar produzem uma desinfecção mecânica eficaz das vias biliares, pela bilis segregada, arrastando assim os germens infecciosos.

O DECHOLIN dá resultados brilhantes na Colelitiase sem complicações. Convém especialmente notar que não é necessário aplicar medicamentos sedativos.

O DECHOLIN é contra-indicado nos casos de oclusão mecânica e nos empiêmas da vísicula biliar.

O DECHOLIN aumenta consideravelmente a estabilidade da suspensão da bilis: dissolve os cálculos de bilirubina e de colessterina.

Com o DECHOLIN evita-se a precipitação da colessterina e previne-se a formação de concreções, de maneira que pode-se quási seguramente impedir uma nova formação de cálculos. Por conseguinte recomenda-se também o uso profiláctico do DECHOLIN sempre que haja tendência para a formação de cálculos. No melhoramento da função hepática, baseia-se a influênciã favorável da troca dos hidratos de carbono. DECHOLIN diminue a quantidade de açúcar nos diabéticos e nos sãos; por injeções sistemáticas aumenta-se a tolerância do organismo para o açúcar.

Nos últimos tempos o DECHOLIN, graças à sua influência favorável para o fígado, emprega-se na terapêutica dos luéticos com o Salvarsan. Conforme as experiências feitas, DECHOLIN aumenta a acção treponemicida do Salvarsan e ao mesmo tempo a sua tolerância.

Como diurético emprega-se, em primeiro lugar, nas cirroses hepáticas e nos casos semelhantes às cirroses com ascites. Além disso, conseguem-se bons resultados nas lesões valvulares do coração acompanhadas de congestões hepáticas, nas afecções do meocardo, nas mesaortites e nas perturbações de circulação por nefroesclerose.

DECHOLIN pode ser combinado também com os diuréticos usuais de mercúrio, no caso que estes não estejam contra-indicados em virtude de qualquer afecção renal; DECHOLIN aumenta e prolonga a acção diurética dos preparados mercuriais.

Fizeram-se experiências no delirium tremens, melancolia, schizofrenia e enxaquecas, experiências estas que tiveram consideráveis êxitos devidos às propriedades coleréticas, colecinéticas e diuréticas do preparado. As enérgicas acções coleréticas e colecinéticas do DECHOLIN também auxiliam no diagnóstico. O aumento da colerese produzida pelo DECHOLIN pode ser

provado colecistegráficamente pelo aumento da sombra da visícula biliar. Comparando as radiografias antes e depois do uso do DECHOLIN, pode-se apreciar a extensibilidade da visícula biliar.

O gosto amargo que se segue rapidamente à injeção endovenosa, e que desaparece súbitamente, serve para determinação de velocidade da circulação sangüínea.

Dosagem: O DECHOLIN emprega-se nas doenças agudas e de alta temperatura por via endovenosa ou intramuscular, nas doenças subfebris e crônicas por via bucal, num espaço de tempo bastante prolongado.

Injectam-se conforme os casos, por via endovenosa ou intramuscular, 5 a 10 cc. durante três dias seguidos, e depois de 2 em 2 ou de 3 em 3 dias esta mesma dose de DECHOLIN até que todos os fenômenos tenham desaparecido.

Por via bucal, 2 comprimidos (a 0,25) três vezes por dia na maioria dos casos é o suficiente; mas podem-se empregar, sem receio, doses mais elevadas quando for preciso. No caso de diarreia as doses diminuem-se.

Na convalescença da calculose biliar recomenda-se o emprêgo de 1 a 2 comprimidos, três vezes por dia, durante bastante tempo, e a repetição do tratamento com períodos de repouso.

Como diurético, injecta-se endovenosamente o DECHOLIN, de 2 em 2 dias, na dose de 10 cc. durante uma a duas semanas, podendo, quando for necessário, associar-se às doses correntes dos diuréticos mercuriais. Para certos casos recomenda-se a conhecida preparação amoniacal.

No tratamento com o Salvarsan, dissolvem-se as doses destes em 5 cc. de DECHOLIN e injecta-se segundo os preceitos estabelecidos nos intervalos de costume ou mais curtos.

No delirium tremens — injeções endovenosas de 10 cc. de dois em dois dias consecutivos e, se for preciso, 15 cc. no terceiro dia.

A melancolia e schizofrenia — precisam de um tratamento inicial durante oito dias a repetir, por várias vezes, na maioria dos casos. No primeiro dia injectam-se 5 cc. de DECHOLIN e nos 7 dias seguintes 10 cc. diários.

Enxaquecas — trata-se com doses de dois comprimidos, duas vezes por dia, por tempo prolongado.

Para determinação da velocidade da circulação sangüínea empregam-se as ampolas de 5 cc.

Farmacologia: NEUBAUER demonstrou experimentalmente que o ácido dehidrocholálico não é tóxico para o homem e não tem influência

nociva sôbre os glóbulos sangüíneos ou sôbre o coração.

O ácido dehidrocholálico tem uma acção fortemente colagôga e colerética. Após a aplicação endovenosa do sódio dehidrocholálico a quantidade de bilis aumenta nos seguintes quartos de hora a um múltiplo da quantidade normal, aumentando também relativamente a quantidade da bilirubina.

A excreção da bilis pela fístula de Schwann, com a laqueação do canal colédoco do coelho, aumenta sensivelmente depois de uma injeção de DECHOLIN.

Conforme os resultados de experiências recentemente feitas, depois de uma injeção de DECHOLIN, a circulação do sangue na artéria hepática aumenta, ao passo que a pressão e a circulação do sangue na veia porta pouco se alteram. Pela hiperemia provocada e pelo melhor abastecimento do fígado com oxigénio, o emprêgo do DECHOLIN recomenda-se não só nas perturbações de secreção biliar, como também nas perturbações das funções do fígado em geral; se, por um lado, a hiperemia é um dos melhores processos curativos, por outro lado, o ótimo abastecimento de oxigénio a um órgão afectado e a eliminação das toxinas produzidas são a base do restabelecimento da sua função (SCHWIEGK).

Accção : O DECHOLIN é absolutamente inofensivo. A injeccção endovenosa é suportada sem complicações, apenas provocando, uma ou outra vez, um ligeiro sabôr amargo. A accção colerética manifesta-se imediatamente com a solução a 20 ‰ e permanece mais de 24 horas. Administrando o ácido dehidrocholálico por via bucal, em forma de comprimidos de DECHOLIN, o efeito naturalmente faz-se sentir mais lentamente; entretanto êle é também extraordinariamente enérgico e persistente. Nesta forma é o DECHOLIN igualmente bem tolerado, podendo ser tomado por muito tempo sem inconveniente algum.



REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:

NO NORTE:

JOÃO MANUEL LOPES & C.^A, L.^{DA}

GALERIA DE PARIS, 102-2.^º-PORTO

NO SUL:

FRIEDR. STÜHLMACHER, L.^{DA}

RUA AUREA, 124 - LISBOA

J. D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

mos diferenças notáveis: na observação 17 doente para quem a velocidade foi mais retardada nas cavidades esquerdas.

O escasso numero de observações, não nos permite formular uma opinião precisa sôbre a prova, mas dá-nos alento para novas investigações, particularmente procurando relacionar as variações da velocidade circulatória nos individuos submetidos a terapêuticas tonicardiacas.

NOTAS CLINICAS

Casos frustes de PELAGRA e auto-hemoterapia

POR

AMADEU C. MORA

O aparecimento brusco de numerosos casos frustes de PELAGRA na presente Primavera, bem como os resultados satisfatórios que obtive com o tratamento auto-hemoterápico, induziram-me a trazer ao conhecimento da classe médica um certo número de casos típicos, em volta dos quais julguei interessante bordar algumas considerações.

Não sei que em Portugal se tenha pôsto alguma vez o problema da PELAGRA flagelo social, como em Itália, Romenia, Austria etc., países em que se elaborou até legislação adequada com fins profilácticos (pelagrosários). Todavia numa região, pelo menos, a de Pombal, onde exerço a minha clínica, esta doença coloca um grande número de habitantes das aldeias em precárias condições de trabalho, pelas lesões eritematosas das extremidades, jãmais surgindo ciclicamente numa época do ano em que o esforço do trabalhador rural mais se torna indispensável para as labutas da terra.

Não constatei até agora nenhum caso semelhante aos relatados nos tratados de medicina interna, em que a gravidade das manifestações viscerais e nervosas dà à moléstia um carácter de agudeza extrema e de prognóstico sombrio. Não me repugna porém acreditar na existência mais ou menos freqüente de pelagrosos em período crónico, que tendo esquecido as suas lesões cutâneas, recebem nas clientelas privadas e nos hospitais os mais variados diagnósticos, uma vez que a doença não é revelável por métodos laboratoriais. Outras vezes a doença é de tal benignidade que os atacados não procuram os recursos da medicina, tendo observado nêstes últimos meses quando de visita pelas aldeias um grande número deles.

Não será pois de mais chamar a atenção dos clínicos para as manchas de pigmentação da face dorsal das mãos e dos pés acusadas por estes doentes, bem como o estado de degenerescência da pele, que lhe dá o aspecto característico, das mãos dos velhos caquéticos, porquanto somos levados a crer, como já referimos, na existência mais freqüente do que se supõe de casos desta natureza.

As condições de pobreza e falta de higiene alimentar e da habitação

apontadas como condicionando a eclosão e o desenvolvimento da PELA-
GRA, acham-se a um simples exame no viver dos rudes habitantes do
centro do país, sem faltar mesmo o uso e abuso do milho como base da
alimentação.

Seria fastidioso e desnecessário relatar a sintomatologia da doença,
pois se acha ao alcance de todos em qualquer livro de medicina interna,
bastando para o caso que se atente na descrição e história dos doentes
adiante expostas, que reúnem em si o quadro vulgar da moléstia.

São tudo formas de predominância cutânea, assentando na sua maior
parte sobre um terreno alcoólico e atacando de preferência os trabalhado-
res do campo.

Gente rude, em regra escravizada a hábitos anti-higiênicos tradicio-
nais, cujos pais e avós se alimentaram parcamente e segundo as mesmas
normas, torna-se difícil ao clínico prático convencê-la dos inconvenientes
daí resultantes e muito mais tratar a doença inspirado em preconceitos
de tal ordem.

O doente requer do médico o desaparecimento rápido dos seus erite-
mas e foi a solução dêste problema que me levou a ensaiar a auto-hemo-
terapia.

Devo confessar que os resultados obtidos ultrapassaram a minha
expectativa, pois todos os doentes tratados obtiveram melhoras sensíveis
e a maior parte dêles o desaparecimento rápido de tão incômodas e pre-
judiciais lesões.

Bastam em regra três a quatro injeções de 10 cc. de sangue, aplicadas
bisemanalmente; o custo da droga é de resto o menos oneroso possível.

Porém, os resultados obtidos, que desejaria ver confirmados pelos
meus Ex.^{mos} colegas, trouxeram-me ao espírito a suspeição de que possa
existir qualquer coisa na etiologia da PELAGRA que de algum modo se
relacione com a anafilaxia.

Verificam-se de facto circunstâncias até certo ponto desconcertantes
na teoria da PELAGRA avitaminose, se não pusermos em equação um
certo número de causas adjuvantes; não se compreende por exemplo
muito bem que na mesma casa, habitada por vários indivíduos, sujeitos
ao mesmo régimen alimentar, um só de entre todos seja atacado pela
doença

A existência de um estado de anafilaxia explicaria, pelo menos cômo-
damente, uma tal disparidade de reacções orgânicas.

Parece-me ainda curioso assinalar os pontos de contacto de seme-
lhante interpretação com a tese ultimamente apresentada na Sociedade
Nacional de Medicina e das Ciências Médicas de Paris quanto à natureza
anafilática do chamado «Mal dos Raios»: O prof. Berard do Centro Anti-
canceroso, tendo constatado a disparidade de reacções cutâneas à acção
da radioterapia profunda, e constituindo estas, acompanhadas de outras
perturbações gerais, um sério obstáculo à continuação do tratamento
pelo rádio, obteve os mais brilhantes resultados com a aplicação do hipos-
sulfito de magnésio em injeções intra-venosas. Daí foi levado a concluir
que, em certos casos pelo menos, o Mal dos Raios deve homologar-se ao

choque anafilático. O aparecimento de tais perturbações parece relacionado com a preexistência de lesões hepáticas e duma maneira geral deve reconhecer-se a importância do terreno orgânico no determinismo do Mal dos Raios, segundo a opinião d'êste professor.

No determinismo da eclosão da PELAGRA, muito embora seja invocada a acção da luz, pelo aparecimento dos eritemas nas partes descobertas, tal explicação não pode etiquetar-se de incontrovertida. Basta a constatação de PELAGRA em indivíduos de côr para invalidar tal acção.

Além disso a doença não é de carácter local, é uma doença geral, não se limitando a lesões cutâneas das partes descobertas.

As irradiações solares não são constituídas, sabemos-lo bem, apenas pelos raios luminosos, e a deflagração das endemias pelagrosas, (pode assim chamar-se pela sua subita eclosão), está longe de coincidir com as épocas de maior luminosidade.

Porque não invocar pois radiações de natureza diferente?

O poder de penetração destas radiações poderá ser limitado pela espessura dos vestuários, e daí a sua maior acção nas partes descobertas. Além disso os eritemas pelagrosos não se instalam de maneira exclusiva nas superfícies cutâneas descobertas; aparecem também nos antebraços e outras regiões do corpo, embora excepcionalmente, poupando a face palmar das mãos que anda exposta, ao sol. A menor actividade circulatória dos humôres nas extremidades é também de invocar.

O súbito aparecimento de grande número de casos de PELAGRA no mês de Abril pretérito apoz um período de invernia excepcional (pode dizer-se desconhecido de ha 50 anos a esta parte) faz nascer no nosso espirito a ideia de uma certa correlação entre a endemia e o factor meteorológico.

Relacionariamos então o aparecimento da PELAGRA e a sua exacerbação com a maior riqueza de determinadas radiações nos feixes de luz solar, sem que de antemão possuamos elementos que nos orientem quanto ao determinismo da sua variabilidade, além da que nos dá a constatação empirica do seu provavel aumento na Primavera.

Sendo estes fenómenos de natureza anafilática parenteral caberia pois ás radiações o papel de antigénio.

Nos casos apresentados nota-se a curiosa circunstância da eclosão da doença, em dois pelo menos, no sabado de Aleluia, o primeiro dia de sol forte apoz a invernia, mas em outros o seu aparecimento não coincidiu com uma maior luminosidade solar e antes surgiu com tempo nublado.

O capitulo da patologia meteorológica acha-se ainda na sua infância, pelo que se não deve pôr de parte qualquer estudo ou sugestão que possa contribuir para o esclarecimento de um tão grande numero de factos clínicos até hoje aguardando uma integral explicação.

As conclusões deste pequeno trabalho podem resumir-se pois deste modo:

1.º — A auto-hemoterapia constitue um tratamento práctico e eficaz das lesões cutâneas de pelagra fruste.

2.º — Os felizes resultados obtidos com esta terapêutica levam a supôr a natureza anafilática da doença.

3.º — A acção da luz solar como factor determinante deve substituir-se pela de irradiações solares de outra natureza que não luminosa.

Segue-se a apresentação dos casos tratados.

1.º — José Mota, de 39 anos, de Meirinhas de Baixo. Trabalhador rural, de habitos alcoolicos; não tem antecedentes sifilíticos ou outros dignos de menção; trata-se de um doente cujo equilibrio psychico um tanto alterado se traduz em esbanjamento desregrado dos seus haveres e inaptidão para o trabalho; olhar vivo, leve incoerência de linguagem, voz pastosa. Eritêma escamôso, acompanhado de dôr e prurido na face dorsal das mãos e antebraços, mais ligeiro no pescoço; a lingua cortada de traços profundos apresenta nos seus bordos rugosidades avermelhadas; diminuição da acuidade auditiva. Reflexos exagerados. Ha algumas semanas sente inapetencia e uma ligeira cefalalgia; não acusa perturbações gástricas.

Recebe três injeções de sangue (10 c.c.) a três dias de intervalo. Os eritêmas diminuem de intensidade, tornam-se menos pruriginosos, as dôres desaparecem e ao fim da terceira injeção dão logar a uma pele lisa e pigmentada. (Consulta em 4 de Maio).

2.º — Joaquim José, 51 anos, do Casalinho. Trabalhador rural; não tem na sua historia progressa qualquer facto digno de menção; apenas a sua pelagra o atacou ha dois anos, sem que o ano passado apresentasse sinais de doença. Não tem inapetencia, cefalea ou quaisquer perturbações digestivas; é um individuo de aspecto psychico normal; os reflexos não apresentam alteração sensível. Ha um mês aproximadamente começou a sentir as suas forças diminuir, achando-se quebrado, no seu modo de diser.

Ha quinze dias, apoz o aparecimento de sensações de prurido e de dôr na face dorsal das mãos e dos pés, viu surgir os eritêmas, que em 1934 o haviam já atacado e impedido de trabalhar proficuamente durante aproximadamente dois meses; agora são ainda mais intensos do que então, a pele tornou-se rugosa cobrindo-se de flictenas nos intervalos; nos pulsos a face anterior apresenta-se também edemaciada, vermelha e com tendencia á formação de flictenas; a lingua mostra rugosidades avermelhadas nos bordos, havendo sinais de stomatite concomitante.

O tempo era invernosso, não se lembrando de ter apanhado sol.

Com a applicação de duas injeções de sangue (10 c.c.) as flictenas desaparecem bem como a dôr e o prurido; o doente retoma as suas occupações e só mais tarde volta a pedir uma nova injeção que lhe limpa a pele. (Consulta em 26 de Abril).

3.º — Américo Pereira, 21 anos, de Pombal. Trata-se de um filho de um chefe de estação ferroviaria, fazendo o escola de recrutas no Entroncamento. Nunca teve qualquer perturbação que se asemelhe ao seu actual estado; procura-me no dia 26 de Abril, dia em que veio de li-

cença a casa de seus pais, quixando-se de que ha uns 15 dias lhe appareceu azia e difficuldade de conciliar o sono depois do que lhe appareceram as erupções da pele da face e mãos que apresenta ; eritema ligeiro da face comprehendendo a pele do nariz e pavilhões dos ouvidos, face dorsal das mãos eritematosa, edemaciada com flictenas miliares, acompanhadas de sensação de prurido e picotamento. Trata-se do caso mais fruste que tratei.

O doente não acusa signais de inaptencia, astenia ou cefálea ; os reflexos são normais. Também não acusa qualquer grau de stomatite. Aplica-se uma injeção de 10 c.c. de sangue, voltando o doente só oito dias depois, em virtude das suas occupações militares ; as melhoras são muito sensiveis, o que leva o doente a pedir o continuação do tratamento. Com o mesmo intervalo recebe mais duas injeções identicas, que levam ao desaparecimento completo das perturbações gástricas e cutâneas.

Nenhum dos outros recrutas do seu quartel se queixou de perturbações identicas.

4.º — Joaquina Lourenço de 36 anos, dos Caseirinhos. Mulher do campo dedicando-se a trabalhos agricolas; no sabado de Aleluia, apoz um período de inapetencia astenia e gastralgias, surgem-lhe no pescoço placas de eritema de forma elitica, que depois se estendem à face dorsal das mãos pés, antebraços e face posterior das pernas, não apresentando nestas regiões o aspecto de placas, mas sim o de continuidade; não mostra flictenas; a lingua tem o aspecto rugôso e a côr avermelhada descrita nos dentes anteriores ; os reflexos tendinosos acham-se exaggerados ; sofre de insonias e cefalalgias com sensações de tipo fulgurante.

Recebe apenas duas injeções de sangue, que produzem algumas melhoras, não voltando a doente a apparecer. (Consulta em 26 de Abril).

5.º — Luis da Silva, 29 anos, dos Redondos. É um alcoolico inventariado. Apresenta o aspecto típico da pelagra, mostrando os labios em ferida e sangrando. Os pés, face dorsal, estam de tal modo cobertos de eritemas que o doente se arrasta com difficuldade; as mãos fortemente edemaciadas apresentam um aspecto deploravel, de tal modo se acham invadidas de flictenas.

Tendo-lhe aplicado duas injeções de 10 c.c. de sangue, as melhoras são pouco sensiveis o que leva o doente a abandonar o tratamento, nada mais sabendo a seu respeito. (Consulta em 4 de Abril).

6.º — Manuel Ferreira Lagôa, 35 anos, de Chão d'Ulmeiro. Nunca sofreu desta doença; apoz um período de inapetencia e de astenia pronunciadas, surge-lhe precisamente no sabado de Aleluia, primeiro na face dorsal das mãos e depois na face, um rubôr accentuado com edema e sensação de picadas e prurido muito incomodas ; agora estas regiões estão cobertas de flictenas fortemente edemaciadas e mostrando num e noutro sitio verdadeiras feridas sangrentas ; a acção do calôr do lume e do sol exarcerbam-nas consideravelmente; nos pés nada apresenta de anormal, bem como na mucosa da bóca e lingua.

Recebe apenas duas injeções que o põem apto ao trabalho.

Tratando-se de um individuo pusilâmine, julga-se satisfeito com as melhoras obtidas e regressa ao trabalho, suspendendo o tratamento ainda com restos de eritema. (Consulta em 1 de Maio).

7.º — Manuel Ferreira Gaiato, de 27 anos, de Valdeira. É um alcoolico inventerado cujo psiquismo lembra o do primeiro caso descrito. Já o ano passado pela primavera foi atacado pela moléstia. Apresenta perturbações de hipercloridria, inapetencia, bôca sêca, vomitos, principalmente ao vêr excrementos, dôres nos membros inferiores, lingua inchada, vermelha e rugosa nos bordos; a face e o pescôço semeados de placas de eritemas; as mãos mostram flictenas e descamação furfuracea, respectivamente á esquerda e á direita.

Os reflexos tendinosos estão diminuidos.

Cura clinicamente com quatro injeções de 10 c c. de sangue, neste caso associadas a flicteniterapia. (Consulta em 25 de Abril).

8.º — António David de 41 anos, da Roussa. Este caso clínico tem um interêsse particular por se tratar de uma associação de sífilis e pela-gra. A sua sífilis adquirida na Grande Guerra, data de 1917; neste ano foi-lhe administrado um tratamento arseno-mercurial, apoz o qual jámais se medicou. Apresenta-se no meu consultório em 5 de Maio, num estado de adinamia profunda. Há alguns dias inapetente, começou por sentir fortes dôres no baixo ventre, acompanhadas de uma diarreia fétida profusa, que lhe não permite sequer conciliar o sôno, tal o número de dejecções.

Entretanto o dorso das mãos e o face tornam-se edemaciados, acompanhando êste edema intenso rubor e sensação de picotamento; um ou dois dias depois surgem grandes flictemas que martirisam o doente pelas dôres que as acompanham.

A aplicação de várias pomadas e a abertura das flictenas, que o doente pratica a conselho dos visinhos e amigos, poucas melhoras acarretam. A' minha observação constato uma intensa descamação furfuracea de toda a face e dorso das mãos; nos membros inferiores há apenas embotamento da sensibilidade cutânea dos dêdos, outro tanto se observando nos dêdos das mãos; a lingua, saburrosa, apresenta rugosidades avermelhadas nos seus bordos; os reflexos tendinosos estão diminuidos. A adinamia é profunda, a magrêsa extrema. Administro primeiro umas gôtas de laudano com beladona e em seguida benzonafтол, bismuto e pó de ratania em hostias. O sindroma disentérico atenua-se para em seguida se tornar mais intenso.

Entretanto uma série de injeções de neosalvarsam e bismutoxil levam-lam o estado geral do doente. A dicenteria cede depois radicalmente ao stovarsol. Ao fim de três semanas de tratamento anti-sifilítico intenso as melhoras do estado geral são consideráveis, mantendo-se todavia sem a mais leve alteração o estado da pele da face e mãos.

O doente está completamente inhibido de se barbear e o estado das mãos não lhe permite retomar o trabalho. E' neste momento que procuro medir o valor da auto-hemoterapia.

Inicio a prática das injeções de sangue, na dose de 10 cc. bisemanalmente. As melhoras aparecem desde logo e à 4.^a injeção o doente está completamente curado : a descamação furfuracea succedeu uma pele lisa e assetinada.

LIVROS & REVISTAS

O valôr da atropina e beladona nas perturbações gástricas — (*The value of Atropine and Beladona in Stomach Disorders*) por W. A. Bastedo. *The Journal of the Amer. Med. Association*, vol. 106, n.º 2, January, 1936.

A beladona e a atropina são empregadas em estados de hiperacidez, hipersecreção, hiperperistalse e espasmos do estômago. Diz o autor que é injustificada a confiança que os médicos depositam n'aquelas drogas, porque nas doses habitualmente utilizadas não produzem os efeitos que lhe atribuem, e em doses em que tais efeitos surgiriam, simultâneamente gerariam outras acções extremamente desagradáveis e até perniciosas para o doente.

As doses diárias de tintura de beladona, extracto de beladona e sulfato de atropina, em regra, administradas, são respectivamente de 0,65 cc., 0,016 gr. e $\frac{1}{4}$ de miligrama. O sulfato de atropina é freqüentemente administrado em doses superiores, isto é, de 1mgr a 1,5 mgr.

Varia de aulor para autor, a apreciação dos efeitos da beladona e seus alcaloides (atropina e hiosciamina). Semelhante discordancia e diversidade provém talvez da complexidade da fisiologia gástrica. Admite-se que a principal acção da beladona é a secção fisiologica do vago.

Parecem bem estabelecidos os seguintes conhecimentos em fisiologia gastrica.

I — A secção do vago e do esplancnico não impede a função do estômago; êste tem tonus e ritmo motor intrinsecos sôbre os quais os nervos extrinsecos podem exercer o papel de *orientadores*.

II — O vago e o esplancnico não são nervos motores antagonicos. Conquanto a excitação vagal aumente o tonus geral do estômago e a do esplancnico aumente o tonus do piloro e relaxe tôda a parede gástrica, sabe-se que o efeito de qualquer excitação neuro-vegetativa depende do estado prèvio da musculatura gastrica: aumenta o tonus, se ha hipotonia, diminui-o se há hipertonia.

Por êstes motivos compreende-se a diversidade de efeitos da beladona e da atropina.

O autor faz o estudo dos efeitos destas drogas sôbre a secreção e motricidade gastricas, e ainda o dos efeitos troficos, secundários e simultâneos.

A *secreção gastrica* tem 3 fases: a psiquica, a intestinal e a gastrica propriamente dita ou quimica. A secreção da primeira e da segunda fases

dependem do nervo vago, e por êste motivo, podem reduzir-se, mercê da atropina e beladona, como o demonstrou Rehfuss para a fase psíquica, utilizando no homem 1,3 mgr. de atropina por via sub-cutânea, e Ivy, reduzindo a secreção gástrica da fase intestinal, *em animais*, mercê de *grandes doses* de atropina.

O que se passa com a modificação da fase química ou gástrica propriamente dita é mais complexo.

O autor conclui pela dificuldade, quasi impossibilidade, de reduzir esta secreção gástrica com o uso das doses habituais de beladona ou de atropina. Administrou 1,3 cc. de tintura de beladona junto a uma refeição de prova e não verificou a mais pequena redução de volume e acidez do suco gástrico. Baxter e Babkin obtiveram num gato de 4,kg4 a redução de acidez, a metade, por intermedio duma injeção endovenosa de 9 mgr. de sulfato de atropina; ora n'um homem de 70,kg seriam necessarios, proporcionalmente, 143 mgr. para obter o mesmo efeito. Bolton e Goodharte afirmam que só 530-780 mgr. de sulfato de atropina podem reduzir, no homem, claramente a secreção gástrica.

O autor conclue que a *atropina e a beladona não se devem empregar na ulcera gástro-duodenal*, porque em pequena dose excitam o vago, e em dose capaz de diminuir a secreção, teem efeitos secundários perniciosos, e diminuem também a secreção de muco, o que é desvantajoso para a cura da ulcera.

Os efeitos da beladona e atropina sôbre a *motricidade do estômago*, sôbre os *espasmos pilóricos*, são ainda mais discutíveis que os atribuidos sôbre a secreção gástrica. Compreende-se que assim seja, em virtude das duas bases fisiológicas acima mencionadas.

Segundo Lasch, só nos estômagos com hiperperistalse e hipertonia se consegue com 1,5 mgr. de sulfato de atropina, por via endovenosa, diminuir uma e outra. Carniol e Danielopolu afirmam que pequenas doses aumentam o tonus e a peristalse e doses grandes de atropina, os diminuem.

Ha espasmos do estômago que diminuem com a atropina, nomeadamente os do antro pilórico, mas ha outros casos em que a vagotomia os não modifica; também os espasmos relacionados com carcinomas gástricos não respondem a qualquer dose de atropina.

Os espasmos do pilôro atribuem-se ao aumento do estímulo do esplancnico, todavia Thomas afirma que a adrenalina e outros estimulantes do simpático aumentam o tonus do esfíncter, se ele está relaxado, e diminuem-no, se está hipertónico.

A irritação peritoneal pode produzir piloro-espasmo, mas êste não se realisa se previamente se fez a secção dos vagos (Hugson). Mas por outro lado, em ulceras profundas do pilôro e duodeno, Klee, Otvös e Stanz verificaram que 1 mgr de sulfato de atropina, por via hipodermica, produz ou aumenta o espasmo. Ha ainda espasmos de origem emocional que só cedem apoz uma descarga nervosa ou nova emoção.

Os espasmos pilóricos podem pois ser efeito do simpatico, do vago, de uma emoção ou ainda de uma lesão local. Raramente è o vago que está em jogo.

A acção da atropina sobre o piloroespasmo é muito discutida: uns (Burclay entre muitos) opinam que aquela droga relaxa o esfíncter, outros (Reizartein e Frei) dizem que tal fenómeno se não produz, e ainda outros são ecleticos (L'ray, Beams, etc.), afirmando que somente em alguns casos se observa o relaxamento.

Finalmente sabe-se que o efeito da atropina no estômago persiste durante cerca de 2 horas e os efeitos secundários gerais são mais demorados.

Diz também o autor que as doses mínimas de que se pode esperar efeito razoavel no estômago, são 1 mgr. de atropina (sulfato) por via hipodérmica, 3 cc. de tintura de beladona e 75 mgrs. de extracto de beladona, por via digestiva. Ha doentes em que estas doses já produzem efeitos secundários desagradáveis e prejudiciais.

Conclui por afirmar que a dose de 1 mgr de sulfato de atropina não é de efeitos certos, e *doses habitualmente administradas de tintura e extracto de beladona não tem qualquer acção na secreção e motricidade gástricas.*

M. BRUNO DA COSTA.

Importancia do diagnóstico precoce da bronquiectasia — (*The importance of early diagnosis in bronchiectasis*) por John T. Tarrell, *The Journal of the Amer. Med. Assoc.* vol 106, n.º 2, January, 11, 1936.

O autor fez o estudo de 100 casos de dilatação bronquica. Em 25 d'elles, não encontrou causa etiológica plausivel. Os restantes (75) attribui-os ás mais variadas causas: pneumopatias agudas não específicas, catarros das vias aereas relacionadas com o frio, sinusites, gripes de forma pulmonar, pneumonia e broncho-pneumonia, sarampo, escarlatina, coqueluche e tosse coqueluchoide, inalação de corpos estranhos pelos bronquios, compressão das vias aereas por nodulos mediastinaes tuberculosos, irritação bronquica por gases tóxicos, atelectasia pulmonar post-operatória, estenose laringea secundária á tiroidectomia, infecções estreptococicas da garganta.

A bronquiectasia é uma doença que se inicia, na maioria dos casos, na infancia e adolescencia. Ataca quasi na mesma percentagem, o homem e a mulher, com ligeiro predominio no homem.

Dos 100 doentes observados, 67 tinham menos de 30 anos; em 41 doentes só atingiu o pulmão esquerdo; em 23, só o pulmão direito, e em 36, a dilatação bronquica era bilateral.

O exame bacteriológico das secreções bronquicas obtidas por aspiração bronchoscópica, para evitar a contaminação nas vias aereas superiores, mostra, em regra, grande variedade de elementos microbianos. Os mais frequentemente observados foram: pneumoco, estreptococos hemolítico, não hemolítico e o viridans, estafilococos albus e aureus, micrococos catarrhalis, o faryngis siccus, tetragenus e flavus, bacilos da influenza e o mucosus-capsulatus.

Raramente se encontram espiroquetas, bacilos fusiformes e espirilas. *Nunca se observaram bacilos de Koch.*

Os sintomas clínicos observados, foram os seguintes, mencionados pela ordem decrescente de frequência: tosse, expectoração, febre, perda de peso, dor, dispneia, hemoptises, dedos espessos e em vareta de tambor.

O diagnóstico fez-se em função do exame clínico, do exame radiológico pulmonar, da broncografia e do exame broncoscópico.

A imagem radiográfica pulmonar da dilatação bronquica mostra aumento de sombra nas bases pulmonares, anomalia que é especialmente intensa nas grandes dilatações. Igual imagem se pode obter na insuficiência cardíaca e na asma. A diagnose diferencial da dilatação bronquica com insuficiência cardíaca faz-se atendendo a que nesta ha, em regra, aumento de sombra cardíaca e as sombras pulmonares anormais desaparecem com os tónicos cardíacos. A diagnose diferencial com a asma sem bronquiectasia, faz-se pela broncoscopia mostrando o bronquio normal nos asmáticos, e pela broncografia, mostrando os grandes bronquios isentos de pús.

A bronquiectasia confunde-se freqüentemente com bronquite, catarro bronquico, tuberculose pulmonar, asma, pleurisia, abscessos pulmonares e pneumonia arrastada. A bronquiectasia complica-se, com frequência, com enfisema, graves supurações, abscessos pulmonares, pneumonias e até abscessos cerebrais.

A importância do diagnóstico precoce da dilatação bronquica está na possibilidade de evitar estas complicações e também, tanto quanto possível, fazer a sua profilaxia.

A profilaxia da bronquiectasia faz-se pela profilaxia das afecções acima citadas como causas habituais desta doença e ainda pela aspiração broncoscópica das secreções bronquicas, em regra, abundantes durante o período infantil.

M. BRUNO DA COSTA.

Critério de diagnóstico do cancro do colon, — (*Diagnostic criteria of colonic cancer*) por Curtie Rosser, *the Journal of the Amer. Med. Assoc.* vol. 106 n.º 2, January, 1936. pg. 109.

Em estatísticas de 1564 casos de cancro do colon, verifica-se que mais de metade localisa-se no colon descendente e ansa sigmoide, $\frac{1}{4}$ no colon ascendente e $\frac{1}{5}$ aproximadamente no colon transverso.

O carcinoma do intestino grosso, exceptuado o do recto, afecta quasi em igual percentagem os dois sexos (55 %, o sexo masculino), e em 19 % dos casos apareceu em individuos com menos de 40 anos.

O autor observou 100 casos de cancro de colon.

Os sintomas do carcinoma do cego e colon ascendente são, pela ordem decrescente de frequência: síndrome da fossa ilíaca direita (simulando em $\frac{2}{3}$ dos casos, a apendicite, e da qual se distingue pela existencia de

fraqueza geral e ausencia de febre), indigestão, massa tumoral palpavel, anemia, sangue fecal e diarreia.

Os sintomas do cancro do colon descendente são representados em $\frac{2}{3}$ dos casos por obstipação e colicas, e em $\frac{1}{4}$ dos casos por diarreia continua. O sangue fecal é mais freqüente e anemia mais rara que no cancro do lado direito.

O autor diz ainda que os sintomas, anemia, indigestão, dôr localisada e não aliviada pelos movimentos intestinais e tumor palpavel são mais freqüentes do lado direito e a sua freqüencia vai diminuindo á medida que a sua localização avança para o intestino terminal, no qual predominam os sintomas de obstrução, colicas e obstipação (que afinal são manifestações do cancro de colon em geral (40 % dos casos estudados).

A historia de uma apendicite sem febre e com acentuada anemia sugere a hipotese do cancro do cego e do colon ascendente.

O cancro de colon transverso é uma possibilidade quando a historia mostra obstipação crónica ou diarreia, fraqueza geral e indigestão. Deve pensar-se no carcinoma do colon descendente quando haja obstipação afebril continua ou intermitente, ou colicas, ou ainda sangue nas fezes e finalmente diarreia continua. O aut. refere-se apenas a elementos clínicos de diagnóstico.

M. BRUNO DA COSTA.

Amibiase e cancro do colon — (*Amibiasis and cancer of colon*) por Alfred C. Reed e Hamilton Anderson, *The American Journal of the Medical Sciences*, vol. 191, n.º 2, February, 1936 n.º 767 — pg. 237.

É conhecido que o cancro de colon figura entre as sequelas da amibiase crónica. A diagnóstico diferencial entre o cancro do colon terminal e da ansa sigmoide com as lesões espasmodicas, inflamatórias e proliferativas da amibiase, é por vezes difícil e nem sempre a emetina vem em seu auxilio valiosamente.

Por vezes, ha coexistencia das lesões amibiânas com o carcinoma. São freqüentes as massas poliposas nas margens das lesões amibiânas curadas.

Os AA. consideram como dignos de fazer suspeitar de cancro do intestino grosso, os sintomas seguintes: dôr abdominal localizada ou generalisada, atenuada, constante ou periódica, ligeira sensação anormal do abdomen, dôr forte de oclusão intestinal, diarreia persistente ou diarreia que se repete ao fim de alguns meses, diarreia que surge de manhã ao levantar, expulsão de muito muco, de sangue, existencia de tumor abdominal palpavel, indigestões freqüentes, e os sintomas constitucionais, anemia, astenia, emagrecimento. A obstrução é o sintoma freqüente do cancro anular, em regra, cirrotico, do colon ascendente e ansa sigmoide e os sintomas de anemia, astenia e emagrecimento são mais proprios do cancro cecal. Os elementos de diagnóstico do carcinoma do intestino grosso são

fornecidos pelo exame endoscópico (rectoscopia e sigmoidoscopia), exame radiológico, pelos exames macro e microscópico das fezes, biopsia de pequena particula da massa tumoral obtida por sigmoidoscopia.

Os AA. citam 4 casos clínicos pessoais em que havia coexistencia de disenteria amibiãna e carcinoma intestinal. Em 2, a amibiase não fôra sequer suspeita; nos outros dois, verificou-se o estabelecimento do cancro apoz a disenteria amibiãna. Afirmam ainda os AA. que em 5 % dos casos com amibiase residual, isto é, resistentes ao tratamento, se enxerta o cancro. Por êste motivo, aconselham exames radiológicos e endoscópicos freqüentes. Põem a hipótese de que a deficiência de vitamina G e B possa contribuir, em parte, para explicar o aparecimento do cancro e colite ulcerativa crónica.

Dizem ainda que por dois mecânismos se pode compreender a relação entre a amibiase e o cancro: ou pela irritação crónica da mucosa ou pela degenerescencia dos adenomas e polipos que se desenvolvem com tanta facilidade junto das lesões amibiãnas.

M. BRUNO DA COSTA.

Causas da morte na diftéria e sua profilaxia — (*Causes of death in diphtheria and their prevention*) por A. L. Hoyne. *The Amer. J. of the Med. Sci.*, vol. 191, n.º 2, February, 1936. pg. 271.

Actualmente ainda morrem crianças de diftéria, ou porque não foram vacinadas ou o foram insufficientemente, ou ainda porque a afecção diftérica reveste aspecto muito grave. É, em regra, nas crianças não vacinadas que se registam os casos mortais. Morrem por asfixia, bronco-pneumonia ou ainda por miocardite (toxemia).

A morte por *asfixia* verifica-se quando a difteria se localiza na laringe e abaixo, e se desenvolvem falsas membranas abundantes, e o respectivo tratamento, intubação apoz a tracheotomia, não foi feito oportunamente.

A morte por *bronco-pneumonia* verifica-se, em regra, nas laringites e traqueites diftéricas, que facilmente se complicam de afecção bronco-pneumónica. Constitui profilaxia da bronco-pneumonia a asepsia e todos os cuidados usados na traquetomia.

A morte por *miocardite* (toxemia) é a mais freqüente. É na diftéria faríngea e naso-faríngea que a absorpção das toxinas ao nível das membranas é rápida, podendo a toxemia manifestar-se ao fim de 3 dias. Se a criança não receber o sôro nêstes primeiros dias, pode acontecer que se não evite a morte.

Acentuada albuminuria, figado grande e mole, são sinais de toxemia. A temperatura não tem significado pois pode ser normal, pouco ou muito elevada. Se apoz 10-12 dias de doença ou 6-8 dias de tratamento serico, se observa em algumas horas uma baixa consideravel das pulsações, des-

cendo de 30-40 pulsações, podemos fazer afoitamente mau prognóstico ainda que criança se não sinta peor. Depois, se nas 12-24 horas seguintes, aparece uma dôr abdominal e acompanhada de vomito, a morte é certa e no exame necropsico, verificam-se sinais de miocardite aguda.

O autor estudou 496 casos de difteria e afirma sêr as injecções endo-venosas de glicose muito valiosas, especialmente, para a profilaxia da miocardite em casos de difteria e algumas vezes, para o seu tratamento. Se as injecções de glicose eram instituídas somente quando o diagnóstico de miocardite se podia claramente afirmar, o resultado era menos bom e frequentemente, os doentes morriam.

O autor diz-nos que no Contagions and Cook Country Contagious Diseases Hospitals usam, *como rotina*, a glicose por via endo-venosa, nos seguintes casos: *a*) nos doentes que estiveram mais de 3 dias sem tratamento pelo sôro; *b*) em todos que apresentaram edema do pescoço com adenopatia («bull-neck»); *c*) nos doentes com acentuada albuminúria; *d*) nos doentes post-nasais e em todos os que apresentarem o mais ligeiro sinal de malignidade.

A injecção endo-venosa é feita com um soluto de glicose a 10 %, numa dose diária, em regra, de 500 cc. para as crianças e 1000 cc. para o adulto. Este tratamento é feito durante 8 dias, porque se sabe ser nos 10-12 primeiros dias que a miocardite se instala. Afirma Holtinger (Düsseldorf) que os casos fatais nas difterias malignas se registam em 50 a 60 % dos diftéricos. Ora de 81 casos de difteria maligna ao entrar para o hospital e tratadas durante cêrca de 9 dias, com injecções endovenosas de glicose, fazendo uma media total de soluto glicosado para cada doente, de 3492 cc., a mortalidade foi apenas de 9,8 %, contra 30-60 % até aqui registrada por todos os autores.

O tratamento glicosado deve ser feito antes de aparecerem os sinais de miocardite. Com ele se mantém a nutrição geral, se alimenta o musculo cardíaco, se diminui a congestão passiva do figado.

Quanto mais dias se tiverem passado sem medicação pelo sôro, maior é a necessidade da imediata instituição da terapeutica glicosada.

M. BRUNO DA COSTA.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Programa das conferências e demonstrações médicas em língua portuguesa e espanhola

Organizadas pela

ACADEMIA MÉDICA GERMANO-IBERO-AMERICANA

Berlim C 2, Breite Strasse 37

*que se realizarão de 17 a 29 de Agosto de 1936 em Berlim, Alemanha,
após os Jogos Olímpicos*

Presidência de Honra : Dr. Julius Lippert, Governador de Berlim, Geh. Hofrat, Professor Dr. Sauerbruch, Universidade de Berlim, Director da Clínica Cirúrgica da Charité; General Faupel, Presidente do Instituto Ibero-Americano de Berlim.

Segunda-feira, 17 de Agosto de 1936 :

Na Kaiserin-Friedrich-Haus, Berlim NW 7, Robert-Koch-Platz 7 :

9-10 hs. Recepção oficial.

10-12 hs. Prof. dr. F. Lejeune, director do Instituto de Estudo Luso-brasileiros, Universidade de Colonia, «O dogmatismo na medicina e como foi vencido pelos médicos revolucionários espanhóis e alemães no século XVI».

12-13 hs. — Prof. dr. Munk, do Martin-Luther-Krankenhaus, Berlim-Grunewald, «A nefrite e as nefroses».

Terça-feira, 18 de Agosto de 1936 :

Na Universitäts-Frauenklinik N. 24, Artilleriestrasse 18 :

9-10 hs. — Geheimrat dr. W. Stoeckel, director da Universitäts-Frauenklinik, Berlim, «Demonstração de operações».

Na Kaiserin-Friedrich-Haus, Berlim NW 7, Robert-Koch-Platz 7 :

11-12 hs. — Prof. dr. F. Lejeune, director do Instituto de Estudos Luso-brasileiros, Universidade de Colónia, «Retratos escolhidos de alguns dos nossos heróis médicos alemães».

12-13 hs. — Prof. dr. M. Westenhofer, da Universidade de Berlim, «O problema da origem do homem».

25-17 hs. — Prof. dr. A. Hase, da Biologische Reichsanstalt, Berlim-Dahlem, «Os insectos parasitas especialmente da América do Sul».

Quarta-feira, 19 de Agosto de 1936 :

Na Chirurgische Klimik des Charité-Krankenhauses, Berlim NW 7, Schumannstrasse 20-21 :

9-12 hs. — Geh Hofrat prof. dr. Sauesbruch, director da Chirurgische Klimik des Charité-Krankenhauses, «Demonstrações de operações».

Na Kaiserin-Friedrich-Haus, Berlim NW 7, Robert-Koch-Platz 7 :

12-13 hs. — Prof. dr. Benthin, director da Frauenklinik des Stadtischen Krankenhauses, Königsberg, Ostpreussen, «O tratamento da esterilidade».

15-17 hs. — Prof. dr. F. Lejeune, director do Instituto de Estudos Luso-brasileiros, Universidade de Colónia, «Escolas médicas nos séculos XVII e XVIII».

Quinta-feira, 20 de Agosto, de 1936 :

Na Kaiserin-Friedrich-Haus, Berlim NW 7, Robert-Koch-Platz 7 ;

9-10 hs. — Prof. dr. Benthin, director da Frauenklinik des Stadtischen Krankenhauses, Königsberg, Ostpreussen, «O tratamento do fluxo genital».

10-12-hs. — Dr. H. M. Schumacher, da Kinderklinik der Medizinischen Akademie, Dusaeldorf, «O problema da alimentação do lactente».

12-14 hs. — Prof. dr. E. Reichenow, do Institut für Schiffs-und Tropenkrankheiten, Hamburg, «Questões de hereditariedade de importância para o médico».

Sexta-feira, 21 de Agosto de 1936 :

Na Kaiserin-Friedrich-Haus, Berlim NW 7, Robert-Koch-Platz 7 :

9-11 hs. — Prof. dr. P. Mühlens, director do Institut für Schiffs-und Tropenkrankheiten, Hamburg, «A espiroquetose» (com exibição de uma película instrutiva).

11-13 hs. — Dr. Zschucke, Docente do Hygienisches Institut der Universität Höln, «A patogenia das doenças do sono africanas e sua repercussão sobre a terapia».

Sábado, 22 de Agosto de 1936 :

Na Kaiserin-Friedrich-Haus, Berlim NW 7, Robert-Koch-Platz 7 :

9-11 hs. — Prof. dr. Nauck, do Institut, für Schiffs-und Tropenkrankheiten, Hamburg, «Progressos na investigação dos virus filtrantes».

11-12 hs. — Prof. dr. H. Wintz, director da Universitäts-Frauenklinik, Erlangen, «O tratamento do carcinoma do útero».

12-13 hs. — Prof. dr. F. Munk, do Martin-Luther-Krankenhaus, Berlim-Grünwald, «A patologia da gota».

Segunda-feira, 24 de Agosto de 1936 :

Na Kaiserin-Friedrich-Haus, Berlim NW 7, Robert-Koch-Platz 7 :

9-10 hs. — Prof. dr. M. Westenhöfer, da Universidade de Berlim, «O problema do cancro em relação ao conceito do prognóstico».

10-12 hs. — Prof. dr. Meggendorfer, director da Psychiatrische und Nerven-klinik der Universität Erlangen, «A relação da hereditariedade com as enfermidades psiquiátricas e neurológicas».

12-13 hs. — Prof. dr. Creutzfeld, da Psychiatrisch und Nervenklinik der Universität Berlim, «A psicose sintomatica».

13-14 hs. — «Para o diagnóstico dos tumores cerebrais».

Terça-feira, 25 de Agosto de 1936 :

Na Universitäts-Augenklinik, Berlim N 24, Ziegelstrasse 5 :

9-11 hs. — Prof. dr. Löhlein, director da Universitäts-Augenklinik, Berlim, «Demonstração de operações».

Ea Kaiserin-Friedrich-Haus, Berlim NW 7, Robert-Koch-Platz 7 :

11-12 hs. — Dr. Velhagen, Docente da Universitäts-Augenklinik, Halle, «Os procedimentos radiodiagnósticos nas enfermidades do olho e zonas anexas» (com exibição de uma película instrutiva sôbre anomalias dos músculos oculares).

15-17 hs. — Prof. dr. Martenstein, director da Hautklinik des Städt. Krankenhauses, Dresden, «O tratamento da sífilis precoce».

Quarta-feira, 26 de Agosto de 1936 :

Na Chirurgische Klinik de Universität, Berlim N 24, Ziegelstrasse 5-11 :

9-11 hs. — Prof. dr. Magnus, Decano da Faculdade de Medicina da Universidade de Berlim, «Demonstrações de operações».

Na Kaiserin-Friedrich-Haus, NW 7, Robert-Koch-Platz 7 :

11-13 — Prof. dr. Holfelder, director do Röntgeninstitut im Städtischen Krankenhaus, Frankfurt a. M. i. Sachsenhausen, «A radioterapia profunda, método de Frankfurt e os resultados em neoplasias».

Quinta-feira, 27 de Agosto de 1936 :

Na Frauenklinik des Charité-Krankenhauses, Berlim NW 7, Schumannstrasse 20-51 :

9-11 hs. — Prof. dr. Wagner, director da Frauenklinik des Charité-Krankenhauses, Berlim, «Demonstração de operações».

11-13 hs. — Prof. dr. Schmidt von Elmendorff, director da Frauenklinik der Medizinischen Akademie, Düsseldorf, «Obstetricia clinica».

Sexta-feira, 28 de Agosto de 1936 :

Na Kaiserin-Friedrich-Haus, Berlim NW 7, Robert-Koch-Platz 7 :

9-11 hs. — Prof. dr. Wüllenweber, director da Medizinischen Universitäts-poliklinik, Köln, «A electrocardiografia e a quimografia do coração e sua importância para a clinica».

11-12 hs. — Dr. L. Fischer, Docente de Medicina Geral da Universidade de Tübingen, «Acção e indicação do banho de ácido carbónico».

12-13 hs. — Dr. H. Hahn, Docente de Medicina Geral de Charité-Krankenhaus, Berlim, «Algumas questões fisiológicas sensoriais».

Sábado, 29 de Agosto de 1936 :

Na Institut für Berufskrankheiten der Universität Berlim, Berlim-Buchow-Ost, Rudowerstr. 56 :

9-10 hs. — Dr. L. Fischer, Docente de Medicina Geral da Universidade de Tübingen, «A fisioterapia nas afecções reumáticas».

10-12 hs — Professor dr. Baader, director do Institut für Berufskrankheiten

der Universität Berlin. «A importância das enfermidades profissionais num país industrial como a Alemanha».

17 hs. — «Cerimonia de encerramento», no Ibero-Amerikanisches Institut, Berlin C 5, Breite Strasse 37.

4^eème Congrès de la Presse Médicale Latine

(Venise, 29 Septembre, 3 Octobre 1936)

Nous rappelons à nos lecteurs que le 4^eème Congrès de la Presse Médicale Latine aura lieu à Venise, du mardi 29 Septembre au samedi 3 Octobre 1936, sous le haut patronage de S. E. Monsieur le Ministre de l'Education Nationale d'Italie et sous la présidence du Sénateur Professeur D. Giordano.

Le Comité de Patronage du Congrès, comprend, à côté de S. A. R. le Prince Ferdinand de Savoie, Duc de Gênes, les plus hautes autorités politiques, administratives et scientifiques d'Italie et, en particulier, de la Province de Venise.

Les séances de travail du Congrès comportent 3 questions :

1.^o — *Histoire de la Presse Médicale dans les Pays Latins* — Rapporteurs : Prof. Tricot-Poyer (Louvain), dr. E. Noguera, (Madrid), prof. Laignel-Lavastine et Levy-Valensi (Paris), prof. Rondopoulos (Athènes), prof. Pazzini (Rome), prof. Silva Carvalho (Lisbonne), prof. V. Bologa (Cluj.).

2.^o — *Influence sociale de la Presse Médicale* — Rapporteurs : Prof. A. Le Sage (Montreal), dr. T. Oliaro (Turin), dr. J. B. Pereira (Rio de Janeiro).

3.^o — *L'enseignement médical et la pratique médicale dans les Pays Latins* — Rapporteurs : Prof. Hartmann (Paris), prof. Perez (Rome), prof. Danielpolu et Pavel (Bucarest), X. (Madrid).

En dehors des séances de travail, le Congrès comportera :

Des conférences des prof. Maurice Loeper (de Paris), Nicolas Pende (de Rome), A. Castiglioni (de Padoue) ;

— Une excursion aux Iles de la Lagune de Venise, offerte par la Municipalité de Venise ;

— Un concert de la «Banda Citadina» sur la place Saint-Marc, avec illumination de la Basilique et du Campanile ;

— Une visite de l'Hôpital marin, au Lido ;

— Une excursion de 2 jours en autocars à Aquileia, Trieste, Abbazia, aux Grottes de Postumia, etc., avec visite de champs de bataille de la guerre de 1915-1918 ;

— Une réception offerte par le Président du Congrès à l'Hôtel Danieli ; un banquet, etc. . . .

Tous os médecins des Pays latins peuvent assister au Congrès, ainsi que les personnes de leur famille

La cotisation est fixée à 80 liras, ou 100 francs français, pour les membres *titulaires* (directeurs, rédacteurs en chef ou délégués officiels d'un périodique médical), et à 40 liras, ou 50 francs français, pour les membres *adhérents* (journalistes, médicaux, médecins non journalistes, personnes accompagnant les Congressistes).

Le Secrétaire du Congrès est le professeur Saraval, Hôpital Civil à Venise.

Les adhésions peuvent lui être adressées directement; l'être également, pour les Congressistes non italiens, au Dr. L.M. Pierra, Secrétaire Général de la Fédération de la Presse Médicale Latine, «L'Hermitage», Luxeriel (Hte Saône), ou à M. Robert Gardet, Secrétaire Administratif de la Fédération, 23, rue du Cherche-Midi, Paris.

Congrès International de Thérapeutique

Berne (Suisse), 19-21 Mai 1937

Sous les auspices de l'Union Thérapeutique (Association Internationale) un Congrès International de Thérapeutique, présidé par M. le professeur Emil. Burgi, aura lieu à Berne du 19 au 21 Mai 1937.

Les inscriptions au Congrès sont reçues par M. le dr. Gordonoff, Humboldts-trasse 53 à Berne, qui fournira les renseignements utiles.

Un déjeuner en l'honneur du professeur

Danielopolu

A l'issue de sa dernière réunion, le Comité Permanent de la Fédération de la Presse Médicale Latine avait organisé un déjeuner en l'honneur du prof. Danielopolu, de Bucarest, son Vice-Président-Fondateur.

Ce déjeuner était présidé par les prof. Achard et Hartmann, auprès desquels avaient pris place M. Gheorghiu, secrétaire de la Roumanie à Paris, les drs. Dartigues, président de l'Union Médicale Latine, Martiny, secrétaire général de la Section Médicale du Comité France-Italie, Pierra, secrétaire général de la Fédération de la Presse Médicale Latine, Pereira, attaché au Consulat du Brésil, Tuchila, médecin des Hôpitaux de Jassy, Minopoulos, d'Athènes, Coelho, de Porto, Jayle, le Sourd, Gardette, Huber, Godlewski, etc.

Au champagne, le prof. Achard a exprimé en quelques phrases heureuses les sentiments des membres de la Fédération et en particulier des médecins français à l'égard du prof. Danielopolu qui de l'Académie de Médecine de Roumanie, dont il est le secrétaire général et le principal animateur.

Le prof. Danielopolu a répondu en assurant ses collègues de son dévouement à la Fédération et en rendant hommage à la Science médicale française, dont ses compatriotes sont des servants fidèles. Il a terminé en buvant à la Latine.

Ajoutons qu'à l'issue du déjeuner les convives ont adopté à l'unanimité le texte de l'adresse suivante au prof. Giordano, Président de la Fédération de la Presse Médicale Latine :

«Le comité de la Fédération de la Presse Médicale Latine vous adresse l'expression unanime de son ardente sympathie et de son admiration sans bornes pour la magnifique victoire remportée "en Afrique par civilisation latine".

Union Thérapeutique

Association Internationale fondée en 1934

L'Assemblée Générale annuelle de l'Union Thérapeutique, présidée par M. le

prof. Loeper se tiendra le mercredi 14 de Octobre prochain à la Faculté de Médecine de Paris.

La séance du matin aura lieu à 9 heures (Salle du Conseil).

Les questions suivantes seront traitées : L'organisation du Contrôle des Médicaments, par M. prof. Dautrebande (de Liège) ; la Thérapeutique diétético-insulinique dans le diabète sucré par M. prof. Luigui Zoja (de Milan) ; l'acide ascorbique, bases biologiques et cliniques de ses médications thérapeutiques par réanimation, par M. prof. Ag. Cérdier ; Pyrotherapie dans les complications médicales de la blennorrhagie par M. le prof. Ag. Charles Richet et M. Faquet ; le traitement chirurgical de l'asystolie par thyroïdectomie totale e par M. Welti, chirurgien des Hôpitaux de Paris et Roland Leven.

Dans l'après-midi, à 15 heures, se tiendra la Séance Plénière de l'Union et de la Société de Thérapeutique de Paris (Amphithéâtre Vulpian). La question mise à l'ordre du jour est le traitement des Migraines. Les raports seront les suivants : Traitement endocrinien par M. le prof. Marañón (de Madrid) ; Spasmes vasculaires et importance de la thérapeutique antispasmodique par M. prof. Parhon (de Bucarest) ; médications hépatiques par M. le prof. Aubertin (de Bordeaux) ; traitements par les Vallery Radot, Haguenu et M. le dr. Hamburger.

Les demandes d'adhésion à l'Union Thérapeutique doivent être adressées au Secrétaire Général : dr. G. Leven, 24 rue de Téhéran, Paris (8^eème).

Les billets de Chemin de Fer à tarif réduit seront délivrés aux Membres de l'Union qui les demanderont au Secrétaire avant le 15 Septembre. Les membres étrangers voudront bien indiquer la gare frontière d'entrée en France.

Un banquet par souscription auquel les dames sont invitées à pendre part aura lieu le même soir.

Faculdades de Medicina

De Coimbra — Foi visado o contrato do sr. dr. Mário Eduardo Tavares de Sousa para desempenhar as funções de assistente da cadeira de patologia médica. — «Diário do Covérno» II série, de 20 de Maio.

O sr. dr. António Ferreira da Costa foi nomeado assistente voluntário da cadeira de Terapêutica Médica Clínica.

O conselho da Faculdade, conferiu as seguintes classificações académicas aos alunos que realizaram, no fim do 1.^o semestre, os exames de especialidades clínicas:

Exames de dermatologia e sifilografia — Acessits sem gradação ; Domingos Machado, Fransisco Manuel Santos Ibérico Nogueira, José Nunes da Costa e Mário Augusto Miranda e Silva.

Exames de oftalmologia — Acessits sem gradação : Deolinda da Costa Martins, Domingos Machado, Elisio Mendes Ferreira de Melo e Francisco Manuel Santos Ibérico Nogueira.

Distintos com honras de Acessits : José Nunes da Costa, Manuel de Brito Cruz e Mário Augusto Miranda e Silva.

Direcção Geral de Saúde

O sr. dr. José Joice Damas Mora, facultativo municipal do Cadaval, foi nomea-

do para o lugar de delegado de saúde do mesmo concelho, na vaga resultante do falecimento do sr. dr. Mário Pereira da Costa. — «Diário do Governo» II série, de 12 de Maio.

Foi nomeado guarda-mor da Estação de saúde da Ilha do Corvo, o sr. dr. Caetano Luís Mendonça. — «Diário do Governo» II série, de 12 de Maio.

O sr. dr. Antonio José Lucio, facultativo municipal interino do concelho de Penedono foi nomeado para exercer interinamente as funções de delegado de saúde do mesmo concelho, lugar vago pela aposentação do sr. dr. Francisco Mendonça Pinto de Sousa.

Para exercer a vaga resultante da exoneração, a seu pedido, do sr. dr. Henrique Mariano Doria Monteiro, foi nomeado facultativo municipal do concelho de Almada, o sr. dr. José Joaquim Ribeiro. — Despachos publicados no «Diário do Governo» II série, de 22 de Maio.

Sociedades científicas

Maternidade Alfredo Costa — Na reunião de Maio, o sr. dr. Machado Macedo fez uma comunicação sobre a «Secreção e dinamismo ciclo-calicial e no puerperio».

De alguns casos mais interessantes foram apresentadas radiografias.

Sobre a comunicação do sr. dr. Machado Macedo pronunciaram-se os professores srs. drs. Costa Sacadura e Jorge Monjardino, que focaram diversos aspectos do problema, que continua na ordem dos trabalhos.

Seguidamente, os srs. drs. Cabral Sacadura e Gomes de Oliveira fizeram as suas comunicações sobre «Um caso de córioepitelioma maligno» e «Valôr das reacções hormonais de Friedman e Bronha».

Instituto Português de Oncologia — Realizou-se a 12.^a sessão científica da série promovida pelo sr. professor dr. Francisco Gentil e iniciada em Novembro do ano passado pelo prof. Pautrier.

O sr. professor dr. Amorim Ferreira, da Faculdade de Ciências e chefe do laboratório de física daquele Instituto, fez uma conferência sobre «Física das radiações», trabalho da maior oportunidade e da maior utilidade para os médicos que se dedicam àquela especialidade.

O sr. professor Amorim Ferreira começou por distribuir as radiações pelos dois grandes grupos, radiações electro-ópticas e radiações corpusculares, indicando os caracteres destrutivos dos dois grupos.

Passou depois em revista as radiações electro-ópticas, raios gama, raios X, raios ultravioletas, radiações visíveis, raios intravermelhos e ondas hertziâneas (e as correntes de alta frequência que as produzem), indicando para cada uma delas o modo de produção e principais propriedades, em especial o poder de penetração e a acção biológica da qual resultam as applicações terapêuticas.

Tratou finalmente das radiações corpusculares, raios catódicos, raios positivos raios alfa, raios beta e raios cósmicos, indicando a natureza de cada uma delas e as possibilidades — até agora bastante limitadas — da sua applicação em medicina.

Sociedade de Antropologia — À sessão desta Sociedade, apresentaram

comunicações os srs. drs. Bettencourt Ferreira, sobre «O estudo do malar, nos pontos de vista anatómico e morfológico, etnológico e do diformismo sexual», e dr. António Roseiro, «Estudo do índice bário nos criminosos».

Hospitais

Da Universidade de Coimbra — A seu pedido foi exonerado de interno do 1.º ano daqueles hospitais, o sr. dr. Fausto Ferreira Pimentel, — «Diário do Governo» II série, de 2 de Maio.

Precedendo de concurso foram nomeados internos do 1.º ano dos referidos hospitais, os srs. drs. João Carlos Borges do Nascimento, Lavinia Bastos Leite Braga, Herminio Penha, Hermes Gois, Fernando Ferreira Pimentel, Amadeu Lobo da Costa e Julio Condorcet Pais Mamede.

Conferências e demonstrações médicas

Academia Médica Germano-Ibero-Americana, agremiação recentemente criada em Berlim, estabeleceu um programa de conferências e demonstrações médicas das línguas portuguesa e espanhola, que se realizarão de 17 a 20 de Agosto apoz os Jogos Olímpicos.

Na secretaria do Instituto Para Alta Cultura da Junta Nacional de Educação, dão-se esclarecimentos.

Conferências

Realisaram conferências: em Coimbra, os sr. prof. dr. Rocha Brito, «A farsa física de Gil Vicente, vista por um médico»; prof. dr. João Pôrto, «A missão do estudante na reconstrução da ordem social», e dr. António Meliço Silvestre, «O valor social do lactário».

— Em Lisboa, os srs. dr. Hunt Jacobsohn, que descreveu a finalidade fisiológica da glicose, que substitue a respiração quando ha falta de oxigenio; dr. José de Albuquerque, professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal, «Como compreender a andrologia» e «Como dirijo no Rio de Janeiro a campanha de educação sexual»; dr. Costa Sacadura, «A arte e a obstetricia»; dr. Reinaldo dos Santos, «A influência do imperio nas artes»; dr. Luis Pina, «Os portugueses e a exploração científica no ultramarino».

— No Pôrto, dr. Mário Cardia, «Dois sábios católicos, a sua influência na medicina moderna»; dr. Fonseca e Castro, «Endocrinoterapia na patologia sexual da infância», e o tenente médico sr. dr. Alves de Sousa, «Algumas considerações acerca de um caso de tuberculose pulmonar».

Várias notas

Foi convidado para relator de uma das teses oficiais do Congresso Internacional de Higiene Mental, que se reúne em Paris em 1937, o sr. dr. Elisio de Moura, ilustre professor da Faculdade de Medicina de Coimbra.

— O curso de 1891-1892 da Escola Médica Cirúrgica do Pôrto, representado



pelos srs. drs. Alberto de Aguiar, José Guedes, Jorge Vieira Aguiar Cardoso e Alberto Magno, reuniu-se num almoço de confraternização naquela cidade.

— As alunas do curso de partos e enfermagem da Maternidade de Magalhães Coutinho promoveram uma festa de homenagem ao sr. dr. Costa Sacadura, oferecendo-lhe 5.569\$20, destinada á criação do enxoval de uma recém-nascida.

— Uma comissão de médicos municipais do distrito de Santarem acompanhada pelos deputados srs. Carlos Borges e Cândido Duarte, avistaram-se com o sr. ministro do Interior, a quem entregou uma representação pedindo que no novo Codigo Administrativo lhes seja fixado o vencimento minimo e estabelecida a base que sirva de calculo aos vencimentos de aposentação.

— Os alunos do curso de hygiene da Faculdade de Medicina do Pôrto, prestaram uma homenagem ao seu professor, sr. dr. Lopes Martins, que no fim do corrente ano atinge o limite da idade.

— Foram autorizados : o sr. dr. Reinaldo dos Santos, a tomar parte na XV sessão de «Les Journées médicales» de Bruxelas ; dr. Antonio José de Oliveira Junior, assistente da Faculdade de Medicina do Pôrto, a visitar algumas clinicas hospitalares de Espanha, França e Alemanha.

— O sr. dr. Diogo Guilherme da Silva Alves Furtado, assistente dos serviços clinicos dos Hospitais Civis de Lisboa, foi encarregado em comissão gratuita de serviço publico de ir a Paris tamar parte nos trabalhos da reunião neurologica internacional e visitar varios manicomios e estabelecimentos neurologicos.

— O sr. dr. José Cid de Oliveira, clinico de Coimbra, foi em missão de estudo a Espanha e França.

Falecimentos

Faleceu em Vila do Bispo, contando 33 anos de idade, o sr. dr. Carlos Afonso Telo de Castro, delegado de saúde daquela vila. Era filho do sr. dr. Afonso de Castro, delegado de saúde na Vidigueira, que um dia depois daquele triste acontecimento sofreu a morte da esposa.

— Em Lisboa, faleceu o sr. dr. Alvaro de Campos Couto Viana, assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa.

— Faleceram, em Lourenço Marques, o sr. dr. Emidio Rodrigues, director dos serviços oftalmológicos do Hospital Miguel Bombarda, daquela cidade, e em Sannza Pombo (Luanda), o sr. dr. João Mário Rezende de Almeida Maia, médico de saúde da colonia.

— Pelo falecimento de um filho de 11 anos de idade, está de luto o sr. dr. Francisco Antonio Rodrigues, delegado de saúde do concelho de Moncorvo.

ULTIMAS NOVIDADES:

- Assmann** — Diagnóstico röntgenológico de las enfermedades internas. Dos tomos con un total de 1277 páginas, 1216 figuras y 10 láminas. (L) Pesetas 150,00.
- Bordier et Kofman** — Néodiathermie à ondes courtes. 1 vol. de 138 pag. avec 55 figurez. (B) — Frs. 24,00.
- Boudreaux** — Les tumeurs primitives du rachis. 1 vol. de 300 pages avec 33 figures. (V) — Frs. 45,00.
- Brindeau** — Leçons du Jeudi Soir de la Clinique Tarnier. Douzième année 1935. 1 vol. de 194 pages avec 62 figures. (V) — Frs. 30,00.
- Carel** — Ohésité anté-hypophyse et métabolisme des lipides. 1 vol. de 156 pages avec 110 figures. (V) — Frs. 30,00.
- Carrière et Huriez** — Le sang des hypertendus. 1 vol. de 386 pages. (D) — Frs. 50,00.
- Castro** — Diagnóstico de Actividad en la tuberculosis pulmonar. Con 270 páginas y 195 ilustraciones. (L) — Pesetas 20,00.
- Chapal** — Le livre de l'Infirmière. 4^e Édition] entièrement refondue. 366 pages. (M) — Frs. 26,00.
- Courbe** — La Farine panifiable et les améliorants biologiques de la panification. 1 vol. de 152 pag. (V) — Frs. 25,00.
- Delort** — Ulcères de l'estomac et du duodénum. Diagnostics positifs. Diagnostics négatifs. Traitements. 1 vol. de 100 pages, avec figures dans le texte. (D) — Frs. 20,00.
- Demanche** — Précis de technique du Séro-Diagnostic de la syphilis. 2^e édition. (D) — Frs. 20,00.
- Desliens** — Imprégnations médicamenteuses de la patte du chien, par injections intraveineuses rétrogrades. 1 vol. de 61 pages. (V) — Frs. 8,00.
- Falta** — Tratado de las enfermedades de las glándulas de secreción interna. Con 595 páginas y 107 figuras. 2.^a edición. (L) — Pesetas 48,00.
- Gajos** — Les Lipases sériques en pathologie hépatique. 1 vol. de 90 pag. (V) — Frs. 15,00.
- Grenet** — Conférences cliniques de médecine infantile. Troisième série. 1 vol. de 335 pag. (V) — Frs. 40,00.
- Conférences de Médecine Infantile. Quatrième série. 1 vol. de 340 pag. avec 51 fig. (V) — Frs. 40,00.
- Harvier** — Initiation à la pathologie digestive. Collection des Initiations Médicales. 162 pag. 16 figures. (M) — Frs. 22,00.
- Moucke** — La Rate en pathologie sanguine. 160 pages. 20 figures. (M) — Frs. 45,00.
- Kirschner (Dr.)** — Tratado de Técnica operatória general y especial. Tomo V: Intervenciones en la cavidad abdominal. Traducción de la 1.^a edición alemana. Con 604 páginas y 395 ilustraciones en negro y color. (L) — Pesetas, 75,00.
- Krehl** — Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades internas. Un volumen encuadernado en tela con 531 páginas. (L) — Ptas. 32,00.
- Lambea (Dr.)** — Las granulias. Patología general y clinica. Con 138 páginas y 38 ilustraciones en negro y color. (L) — Pesetas, 12,00.
- Laubry** — Appareil circulatoire. Collection des Initiations Médicales. 186 pages. 32 figures. (M) — Frs. 22,00.
- Lenhartz y Meyer (Drs.)** — Análisis clínicos. Con 367 páginas y 180 ilustraciones en negro y color, y 2 láminas. 2.^a edición. (L) — Pesetas 32,00.
- Madzsar** — La culture physique de la femme moderne. 1 vol. de 224 pages avec 175 figures. (V) — Frs. 12,00.
- Parturier** — Foie et Parathyroïdes. 1 vol. de 70 pages. (V) — Frs. 8,00.
- Peyrol** — La responsabilité médicale. 1 vol. de 201 pag. (B) — Frs. 25,00.
- Porak** — La Diurèse. Le rythme des éliminations chimiques par l'urine et ses corrélations avec d'autres rythmes fonctionnels. 1 vol. de 78 pag. avec 18 fig. (V) — Frs. 8,00.
- Schumacher-Mariendrid** — Compendio de Histología humana. Para estudiantes de Medicina, Odontologia y Ciências Naturales. Traducción de la 1.^a edición alemana. 252 páginas y 198 ilustraciones, la mayoría en color. (L) — Pesetas 22,00.
- Schieppati** — Chimiothérapie transcutanée capillaire et cancer. 1 vol. de 64 pag. (V) — Frs. 15,00.
- Terrien** — Le décollement de la rétine et son traitement. 1 vol. de 163 pages avec 45 figures et 4 planches en couleurs. (M) — Frs. 40,00.

Disenteria bacilar,
Enterite,
Enterocolite muco-
membranosa,
etc.

Biolactina

LABORATÓRIO NORMAL — 50, rua Bernardo Lima — LISBOA

LABORATORIO NORMAL

"Transpneumol"

INDICAÇÕES: Broncopneumonia, Pneumonias post-operatórias, mesmo nos casos graves com focos bronco-pneumónicos extensos. Profilaxia das pneumonias hipostáticas (nas pessoas idosas que permaneçam de cama). Bronquectasia. Bronquite aguda e crónica. Bronquite fétida. Gripe e suas complicações pulmonares. Broncorrèa. Abscessos pulmonares. Catarro concomitante da tuberculose pulmonar. Profilaxia das doenças pulmonares que possam sobrevir em consequência dum ataque de gripe.

(Em empolias de 1 e 2 c.c.)