

Ano XI

N.º 10

Outubro 1934



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

*Custódio Cabeça, Egas Moniz, Lopo de Carvalho,
Pulido Valente, Adelino Padesca, Henrique Parreira,
Reynaldo dos Santos e António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

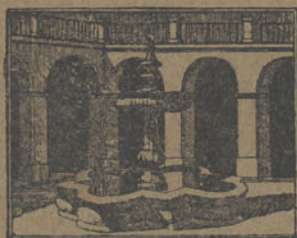
A. Almeida Dias

SECRETÁRIO ADJUNTO

Morais David

REDACTORES

*A. Almeida Dias, Moraes David, Fernando Fonseca, António de Meneses,
Eduardo Coelho, José Rocheta e Almeida Lima*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA,

LISBOA

FLUOTHYMINA

Com base de Fluoroformio e Thymina

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

COQUELUCHE E TOSSE REBELDE

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colónias

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — 240, Rua da Palma, 246 - LISBOA

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

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

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

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

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

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

DOCTOR:

**NO/ CA/ O/ EM
QUE PRECISE TONI-
FICAR UM ORGA-
NI/ MO DEBILITADO
RECORDE D**



Phosphorrenal

ROBERT
NA/ SUA/ TRES/ FORMAS:
**GRANULADO - ELIXIR
INJECTAVEL**
**LABORATORIO
ROBERT**

Sala B

Est. 9

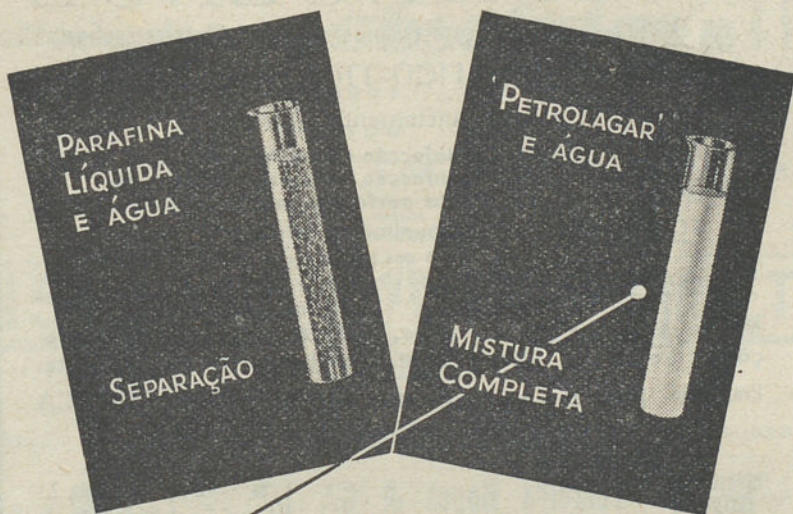
Tab. 2

N.º 22

Deposítários para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a

240, Rua da Palma, 246

Uma Experiência Convicente



PRISÃO DE VENTRE

MISTURE partes iguais de 'Petrolagar' e água num copo ou proveta, agite e verifique como a mistura é perfeitíssima. Num outro copo ou proveta, experimente misturar partes iguais de óleo de parafina medicinal e água.

Esta experiência é uma prova decisiva de que o 'Petrolagar' se mistura intimamente com o conteúdo aquoso do intestino, produzindo um bolo fecal brando, bem lubrificado, facilmente evacuável num movimento peristáltico normal. O 'Petrolagar' é portanto o tratamento ideal da prisão de ventre.

A pedido de V. Ex.^a, teremos muita satisfação em lhes remeter livre de despesas, a amostra de 'Petrolagar' necessária a esta experiência.

'Petrolagar'

(Marca Registrada)

Representante em Portugal:

RAUL GAMA, RUA DOS DOURADORES, 31, LISBOA.

— * * —

PETROLAGAR LABORATORIES LTD., BRAYDON ROAD, LONDRES, N. 16.

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos preparados seus congéneres

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)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

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



— afirmam-no as primeiras Sumidades Médicas.

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA
PORTUGAL E COLÓNIAS:
29, CALÇADA DE S. FRANCISCO, 37 - LISBOA

Mantua, L^{da}

TELEF. C. 3167

acção
pureza
inalterabilidade absolutas



eis as características
 e os fundamentos

do renome mundial da

marca

INSULINA



para a **DIABETES**

registada

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

FOLHETO DE 40 PÁGINAS
 GRATIS A MÉDICOS

FRASQUINHOS
 de 100, 200, 400 e 500 unidades

Representantes exclusivos deste produto:

COLL TAYLOR, L.DA — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA — TELE F. 21476

Agente no PORTO

M. PEREIRA DA SILVA, L. L0108, 36. Telefone 701



HICKS O TERMÓMETRO
 DE CONFIANÇA

DOS MÉDICOS
DA ÉLITE
DOS HOSPITAIS

GENUINO

MARCA  REGISTRADA

AFERIDO

NAS BOAS FARMÁCIAS

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

Agente no PORTO — Farmácia Sarabando — Largo dos Lolos, 35 - 37

O leite materno é o alimento ideal para as crianças
quando no periodo de aleitamento

Quando a mãe, porém, não tem leite deve substi-
tuir-lho pelo

MODILLAC

que dá ao leite de vaca as propriedades do leite
materno

Consultai o seu médico sobre o valor científico do

MODILLAC

A' VENDA NAS BOAS FARMACIAS

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

BISMUTHOIDOL

"ROBIN"

Doenças ocasionadas pelos protozoarios,
Syphilis.

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

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

N.º 1748
3 Julho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

GIMENEZ-SALINAS & C.^a - Rua da Palma, 240-246 — LISBOA

Existe apenas uma

Antiphlogistine

A introdução da ANTIPHLOGISTINE, ha mais de 35 anos, foi o inicio de um movimento em terapêutica que tem crescido continuamente, tornando-se agora aceite como um dos principios estabelecidos da medicina scientifica para o alivio da Inflamação e Congestão

Sobre os cataplasmas ordinários ella tem o alto mérito da limpeza e asepsia. Ella é preferivel ás fomentações, porque basta applicá-la uma vez em cada doze horas

Pela combinação scientifica dos seus ingredientes, ella exerce praticamente o fenómeno conhecido por drenagem osmótica, o qual é uma lavagem das membranas mucosas, muito mais eficaz que as lavagens superficiaes que nunca logram penetrar a mucosa e unicamente produz sua acção na superficie

SEMPRE IMITADA

NUNCA IGUALADA



Para amostra e literatura escreva à

The Denver Chemical Mfg. Co.,
 Nova York, N. Y.

DISTRIBUIDORES EM PORTUGAL:

Robinson, Bardsley & Co., Lda.

Cais do Sodré, 8, 1.º

L I S B O A

BANANINA

O ALIMENTO IDEAL
PARA OS
LACTANTES E DISPECTICOS



AQUELE QUE OS
MÉDICOS RECOMENDAM

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PAGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60\$00

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO: 8\$00 e porte do correio

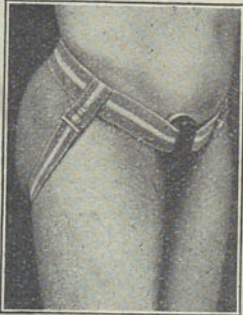
Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

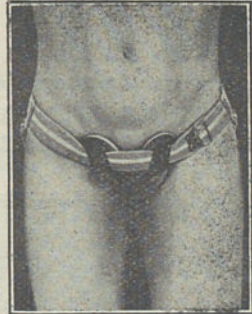
FUNDAS BROOKS

Pelota pneumática de borracha macia

Partes substituíveis



■
Pessoal especialmente habilitado na aplicação destes aparelhos



■
PREÇOS MÓDICOS

HYGEIA, L. DA

Rua Paiva de Andrada, 4

(ao Largo do Chiado)

Mellin Food

Alimentos MELLIN os melhores para crianças de peito.



A' VENDA EM TODAS AS BOAS FARMACIAS

Duas vacinas

cujo sucesso se acentua dia a dia

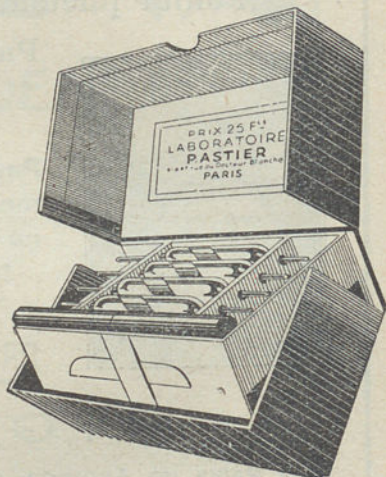
Dupla superioridade

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

colitique

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

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



1) Outras formas: injectavel e filtrado para applicações locais

stalysine

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

A STALYSINE injectavel constituiu a melhor terapeutica das afecções estafilococicas.

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

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



Colitique e Stalysine

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

Literatura e Amostras:

LABORATOIRES P. ASTIER—45, Rue du Docteur Blanche—PARIS

ou nos representantes para Portugal e Colónias

GIMENEZ-SALINAS & C.^a—R. da Palma, 240-246-Lisboa

BIOCITIN

TÓNICO DO SISTEMA NERVOSO ROBORATIVO

BIOCITIN contém 10% de Lecitina fisiológica pura, fabricado pelo método do Prof. Dr. Habermann e 75% de albumina com hidrocarbonatos, 6% de gorduras, 2% de sais nutritivos e 5% de água

Colestrina de efeito perturbante foi apartada pelo método do Prof. Dr. Habermann

Indicações: Nervosidade, neurastenia, impotência, esclerose arterial, osteomalácia e emagrecimento

Sempre os melhores resultados

A' venda nas farmácias

Em caixas de 50 comprimidos

Representantes exclusivos: **S. KANTOR**

LISBOA, Rua dos Fanqueiros, 346, 2.º, E.

Telef. 2 9174

Amostras e literatura para os Ex.ªmos Srs. Médicos

PANKREASMELLIN CONTRA DIABETES

O único preparado composto de fermentos pancreáticos e hormonas de insulina, eficaz, tomado pelas vias digestivas

Segundo a opinião das maiores capacidades médicas o

PANKREASMELLIN

é de facto um medicamento que cura completamente a diabetes

A' venda nas farmácias, em caixas de 50 comprimidos

Representantes exclusivos: **S. KANTOR**

LISBOA, Rua dos Fanqueiros, 346, 2.º, E. Telef. 2 9174

Amostras e literatura para os Ex.mos Srs. Médicos





SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Uma modificação à reacção de Vernes</i> , por Lopo de Carvalho e Herculano de Carvalho.....	Pág. 729
<i>Sóbre a rontgenquimografia cardíaca</i> , por Ayres de Sousa	» 738
<i>A propósito de um caso de agranulocitose</i> , por João de Oliveira Machado	» 756
<i>Contribuições para a história da hidrologia portuguesa</i> , pelo Prof. Silva Carvalho	» 771
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	» 775
<i>Notícias & Informações</i>	» XLV

UMA MODIFICAÇÃO À REACÇÃO DE VERNES

POR

LOPO DE CARVALHO e HERCULANO DE CARVALHO

A sero-reacção de Vernes, como meio de diagnóstico da tuberculose, é considerada negativa se o índice fotométrico é inferior a 15; positiva se o grau de floculação ultrapassa 30; suspeita ou duvidosa quando o valor encontrado se fixa entre os dois limites apontados. Não há, pois, linha de demarcação nítida entre a floculação obtida com soros de indivíduos normais e com soros de doentes tuberculosos. Êste facto prejudica, como é natural, o interêsse da reacção, desvalorizando-a mesmo se os índices fotométricos se avizinham da zona de neutralidade citada. E isto, porque a representação numérica de uma perturbação fisico-química, que pretenda significar situações definidas, não se coaduna com limites mal demarcados, com zonas de interpretação duvidosa. A transição entre as reacções positivas e negativas tem que ser franca, nítida e invariável. Doutra forma surgem dúvidas, aparecem embaraços e a reacção passa a ter o valor secundário duma determinação imprecisa.

Para que a sero-floculação de Vernes possuisse o interêsse que o seu autor desejou imprimir-lhe seria, pois, necessário que o índice fotométrico no sôro dos indivíduos normais fôsse sempre igual a zero, isto é, que o sôro não floculasse ao adicionar-se-lhe qualquer substância que nos organismos tuberculosos produzisse a referida floculação. Com a resorcina não é possível obter tal desideratum: o próprio autor o afirma. Efectivamente, os valores em indivíduos sãos, segundo um trabalho do Dr. Vasco

de Lacerda, realizado, há dois anos, na Clínica Propedêutica, variam entre 6 e 22, com a agravante de nos próprios tuberculosos pulmonares bacilíferos, segundo o mesmo trabalho, se registarem cifras inferiores a 20, que em certas formas fibro-caseosas tórpidas limitadas, a-pesar-de baciloscopia positiva, chegam a descer a 15 e 12! Parece, pois, inseguro o valor diagnóstico da reacção.

O mesmo não sucede, porém, com a sua significação prognóstica. É, na verdade, indiscutível que a intensidade de flocculação com a resorcina é tanto maior quanto mais grave e destrutivo é o processo lesional. As formas fibro-caseosas activas, febris, extensas e cavitárias, por exemplo, atingem cifras que ultrapassam 100, 120 e mesmo mais, números que nunca se registam nas lesões tórpidas, de franca benignidade, ou em situação de acalmia prolongada.

Se fôsse possível encontrar qualquer substância capaz de produzir a flocculação apenas no sêro de indivíduos tuberculosos, valorizar-se-ia, sem dúvida, o valor da reacção. Inúteis, porém, nos pareceram quaisquer pesquisas nesse sentido, porquanto, da leitura dos numerosos trabalhos de Vernes, resulta a impressão de que o autor não utilizou a resorcina por mero acaso. As suas investigações foram numerosas e conscienciosamente feitas. De tôdas as substâncias ensaiadas, foram as do grupo dos fenóis as que deram resultados mais nítidos e precisos e, de entre estas, um difenol — a resorcina. Estava, portanto, êste campo cuidadosamente explorado e injustificadas se tornavam novas investigações. Era, no entanto, possível que qualquer produto adicionado à mistura sêro-resorcina impedisse a sua flocculação, quando o organismo donde proveio o sêro não tivesse quaisquer lesões tuberculosas em evolução. Posta esta hipótese, resolvemo-nos fazer alguns ensaios nessa orientação.

O hiposulfito de sódio, o ferricianeto de potássio, diversos sais de ouro, a tuberculina, o sulfato de zinco, o sulfato de cobre, etc., etc., foram sucessivamente ensaiados. Algumas destas substâncias precipitavam imediatamente as proteínas do sêro, o que nos levou a pô-las de lado. Outras, porém, como o hiposulfito de sódio e o tiosulfato duplo de ouro e sódio, baixavam, na verdade, o índice fotométrico, mas por forma tão variável que da sua adição à mistura sêro-resorcina não resultavam quaisquer factos de carácter preciso e prático.

Só a tuberculina nos deu, desde os primeiros ensaios, certa regularidade na baixa do índice de fotometria. Em indivíduos com reacção de Vernes entre 6 e 20, e sem quaisquer sinais clínicos de lesões tuberculosas activas, a adição de determinada dose de tuberculina evitava por completo a floculação. A verificação dêste facto nalguns soros levou-nos a estudo mais pormenorizado do problema, procurando determinar qual a dose óptima de tuberculina a adicionar à mistura sêro-resorcina para que a reacção em indivíduos sãos fôsse negativa, isto é, não houvesse floculação.

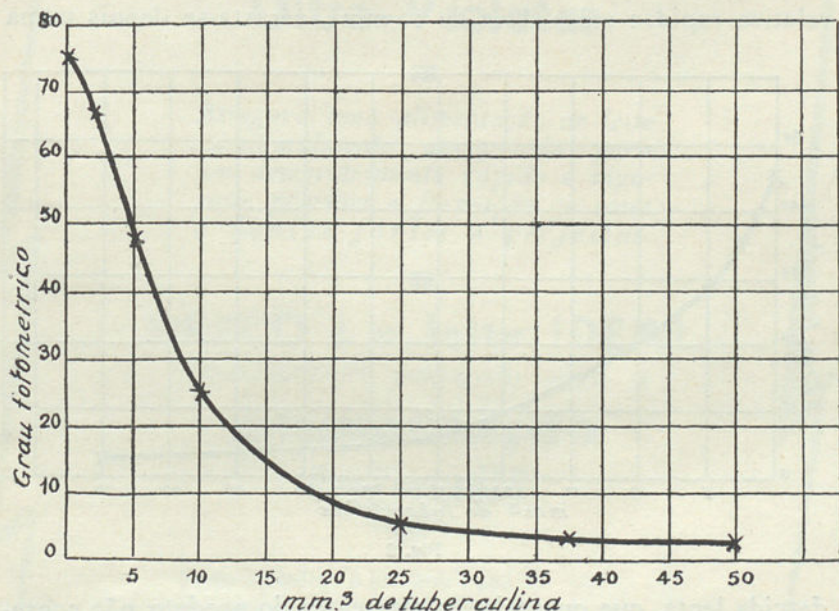


Fig. 1

Os primeiros ensaios permitiram-nos desde logo verificar que a acção anti-floculante da tuberculina dependia não só da sua concentração na mistura sêro-resorcina, como ainda do volume total do líquido adicionado. Era, pois, necessário partir de quantidades variáveis de tuberculina, diluídas no mesmo volume de sêro fisiológico, em ordem a evitar a influência simultânea de acções idênticas. Por isso as diluições foram sempre feitas em 0,05 cc. de sêro fisiológico.

A adição de tuberculina antiga de Koch em doses progressi-

vamente crescentes à mistura sôro-resorcina permitiu-nos estabelecer algumas curvas típicas de floculação, quer em indivíduos clinicamente normais, quer em organismos com lesões tuberculosas evolutivas. Analisemos algumas dessas curvas, referentes a diversos indivíduos com reacções de Vernes de valores variáveis.

A curva da fig. 1, por exemplo, relativa a um tuberculoso com forma fibro-caseosa activa febril cavitária e com um Vernes alto de 73, mostra-nos que adição de quantidades crescentes de T. A. K. ao sôro-resorcina não conseguiu anular a floculação da mistura, mesmo em doses de 50 mm³. A curva, que cai com relativa rapidez até à dose de 10 mm³, arrasta-se depois numa

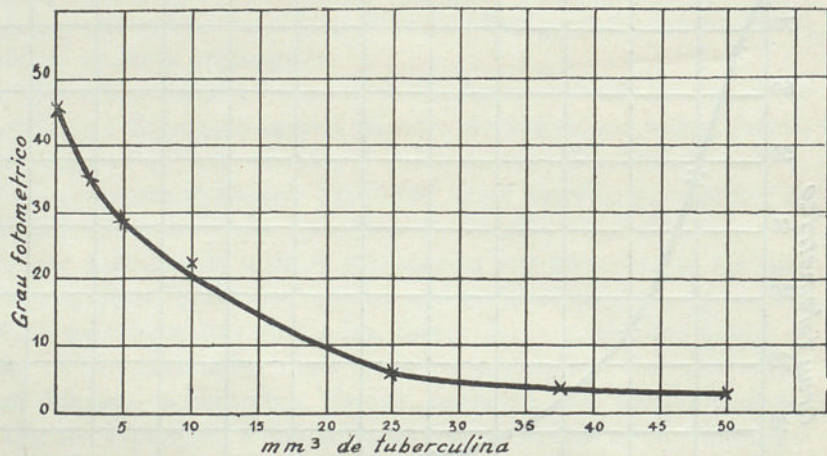


Fig. 2

descida lenta, que quantidades crescentes do produto não conseguem alterar.

O mesmo sucede com a curva representada na fig. 2, referente a um doente com forma fibro-caseosa tórpida extensa. Aqui a descida é brusca também até 10 mm³ para, em seguida, o traçado se espriar vagorosamente, sem no entanto conseguir atingir o valor zero.

A análise da curva da fig. 3 é por sua vez cheia de interesse. Referente a um doente portador de tuberculose fibro-caseosa tórpida extensa, inicialmente com um Vernes de 45 e presente-mente em via de cura, foi realizada num período de acentuada regressão do processo, quando as temperaturas já estavam nor-

LISBOA MÉDICA

DRYCO

Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

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

DRYCO é o leite IDEAL

Especialmente preparado para a

**alimentação
infantil**

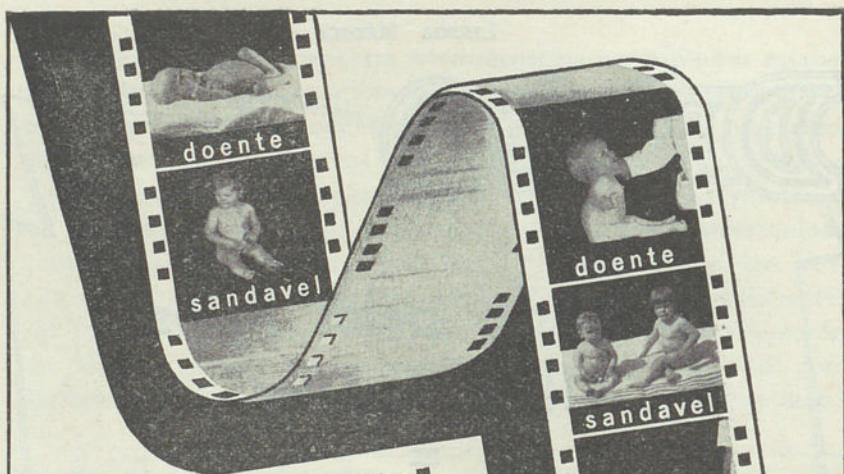
Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

Gimenez-Salinas & C.^a

Rua da Palma, 240-246

L i s b o a





VIGANTOL

(preparado com vitamina D cristalizada)
1 mgr. de vitamina D cristalizada = 50 000
unidades internacionais

no raquitismo e outras perturbações do metabolismo osseo, melhora a formação dos dentes e auxilia a rotura da dentição.

EMBALAGENS ORIGINAIS:
Oleo de Vigantol: Frasco conta-gotas de 10 c.c.
(1 c.c. = 0,3 mgr. de vitamina D cristalizada)
Drageas de Vigantol: Frasco com 50 drageas.
(1 dragea contem 0,06 mgr. de vitamina D cristalizada)

VIDALON

(Oleo de fígado de bacalhau
standardizado com Vigantol)

de conteúdo constante e elevado
em vitaminas A e D.

Indispensavel para a aceleração do desenvolvimento do organismo e a augmentação da resistencia nas crianças atrasadas e doentias.

EMBALAGEM ORIGINAL:
Frasco de 125 cc.



» **Bayer** «

LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante

» **LUSOPHARMA** «

Rua dos Douradores 150, 3.ª LISBOA

E. MERCK

Darmstadt (Alemanha)

Depositário:

Estabelecimentos **HEROLD**, Ltd.

Rua dos Douradores, 7

LISBOA

mais, os ruídos adventícios discretos e limitados à fossa supra-espinhosa esquerda e a análise da expectoração negativa em sucessivas pesquisas. Nessa altura o Vernes era de 20, dentro, portanto, da zona suspeita ou duvidosa. A curva mostra neste caso uma queda brusca com a adição de 5 mm³ de T. A. K. e, seguidamente, uma trajectória de declínio lento, que não consegue atingir a anulação da floculação.

Vejam os finalmente a curva da fig. 4, relativa a uma rapariga de fraca constituição, que deu entrada na enfermaria como suspeita de tuberculose pulmonar. Não se encontraram, no exame clínico, quaisquer sinais de lesões tuberculosas activas. As temperaturas eram normais e a análise da expectoração negativa.

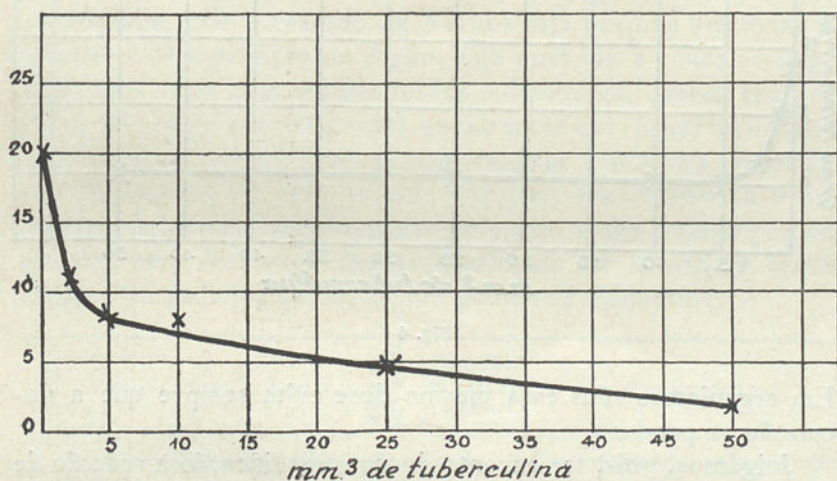


Fig. 3

Apenas, pelo exame radiográfico, se registavam, na fossa subclavicular, na altura do 2.^o espaço intercostal anterior, ligeiras estrias de tecido fibroso, *reliquat* talvez de qualquer lesão tuberculosa antiga e discreta, já completamente extinta no momento da observação. A reacção de Vernes, que era de 7, sofreu, neste caso, uma queda brusca com a adição de 2,5 mm³ de T. A. K. A dose de 5 mm³ evitou já a floculação, tendo-se mantido o ramo da curva na horizontalidade da linha das abcissas, a-pesar-de doses crescentes de tuberculina.

Estas quatro curvas, duma clareza esquemática, que se amol-

dam a muitas outras estabelecidas na realização dêste trabalho, mostram que, para soros com índices de Vernes elevados, $\frac{dT}{dV}$ (V — índice de Vernes; T — quantidade de tuberculina) se mantém sensivelmente constante até $T = 10 \text{ mm}^3$ e se torna muito reduzida para $T > 25 \text{ mm}^3$. Quando o grau de flocculação já de si é baixo, então a curva $V = f(T)$ tem o ramo descendente tanto mais curto quanto mais pequeno é o valor inicial de V .

A descida do índice fotométrico em individuos tuberculosos, como poderá verificar-se pela leitura do quadro a seguir publicado, varia de 15 a 25, quando se adicionam 5 mm^3 de T. A. K.

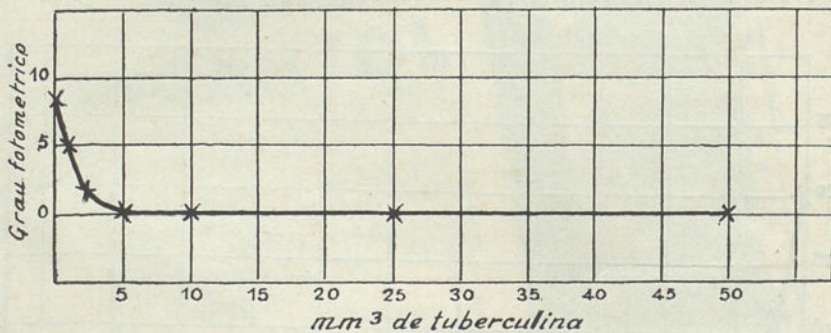


Fig. 4

Em organismos sãos essa mesma dose evita sempre que a flocculação se produza.

Julgamos, pois, ter encontrado uma modificação à reacção de Vernes, susceptível de a valorizar. É simples a sua técnica:

Prepara-se, na ocasião, um soluto de 0,5 cc. de tuberculina bruta em 4,5 cc. de sôro fisiológico. A 0,6 cc. de sôro adicionam-se 0,05 cc. dêste soluto e 0,6 cc. de solução de resorcina. Seguidamente, procede-se às leituras fotométricas, como no método de Vernes.

Em face do exposto, poderia supor-se que o diagnóstico da infecção tuberculosa por uma reacção laboratorial estava definitivamente assente. Infelizmente, porém, não sucede assim, pois a reacção de Vernes, mesmo com a modificação por nós apresentada, pode ser positiva em afecções pulmonares não tuberculosas. É o caso, por exemplo, dos abscessos pulmonares; o

sôro destes doentes, mesmo adicionado de tuberculina, é susceptível de flocular com a resorcina.

Êste facto, que tira todo o carácter de especificidade à reacção, não lhe anula, porém, todo o valor. Basta, efectivamente, recordarmos que a própria reacção de Wasserman, tão largamente praticada em todos os serviços hospitalares, pode apresentar-se positiva em determinadas doenças, cuja etiologia não seja a sífilis, sem perder, por êsse facto, o alto significado que a clínica lhe reconhece.

Temos a impressão de que a floculação do sôro, nos casos de tuberculose pulmonar, depende essencialmente do aparecimento, no sôro sanguíneo, de albuminas resultantes de processos destrutivos do parênquima pulmonar; só assim se compreende, na verdade, que a reacção de Vernes seja positiva em tôdas as situações de supuração do órgão, seja qual fôr a causa, e negativa em doentes com antigas lesões pulmonares, quando um processo de esclerose cicatricial se instalou nas zonas primitivas activas. Da mesma forma se pode explicar a ausência de floculação em organismos com antigos derrames sero-fibrinosos e primitivos da pleura, que uma paquipleurite tenha isolado por enquistamento, derrames desacompanhados de quaisquer lesões clínicas ou radiológicas do tecido pulmonar subjacente.

Doentes	Forma clínica da doença	Reacção de Vernes	Reacção de Vernes modific. ^a	Observações
O. C.	Activa febril cavitária	84	51	Em tratamento pelo pneumo.
L. N.	» » »	95	80	
C. P.	» » »	91	56	
J. S.	» » »	95	75	
J. M.	» » »	65	44	Em tratamento pelo pneumo.
A. B.	» » »	89	50	» » » »
R. L.	» » »	73	48	» » » »
M. V.	» » »	30	5	Em via de cura, após toracoplastia.
J. S.	Activa febril extensa	94	61	
A. N.	» » »	106	80	
M. L.	» » »	54	36	Em período de regressão. Muito melhorado.
C. T.	Activa febril limitada	76	47	
R. T.	» » »	88	49	
M. S.	Úlcero-fibrosa crónica	57	35	

Doentes	Forma clínica da doença	Reacção de Vernes	Reacção de Vernes modific. ^a	Observações
J. R.	Úlcero-fibrosa crónica	78	53	
A. C.	Tórpida extensa	23	3	Muito melhor. Já sem bacilos em análises sucessivas, quando foi feita a reacção.
J. F.	» »	50	35	
V. R.	» »	45	28	
R. C.	» »	42	20	
B. M.	» »	20	8	Referente à curva da fig. 3. Em via de cura à data desta reacção.
L. C.	Tórpida limitada	63	22	
F. L.	» »	45	20	
H. B.	» »	20	3	
A. P.	» »	11	1	
S. B.	Esclerose difusa	37	18	
L. V.	Pleural	22	0	Antiga pleurisia serofibrinosa enquistada, sem sinais clínicos de infecção.
M. B.	?	23	3	Sem sinais à auscultação, nem radiológicos, mas sempre com temperaturas a 37°,2-37°,3.
M. P.	Pequenas lesões cicatrizadas	7	0	Referente à curva da fig. 4.
A. C.	—	15	0	Sem sinais de lesões. Temperaturas normais.
R.	—	12	0	Sem sinais de lesões. Temperaturas normais.
R. L.	—	7	0	Sem sinais de lesões. Temperaturas normais.
M. C.	—	7	0	Considerada como tuberculosa por alguns clínicos. Sem quaisquer sinais à auscultação. Exame radiográfico negativo. Pequenas temperaturas. Sedimentação normal.
C. C.	Abcesso pulmonar	78	47	
D. A.	» »	76	47	

RÉSUMÉ

Dans la séro-réaction de Vernes, comme moyen de diagnostic de la tuberculose, il n'existe pas de ligne de démarcation bien nette entre la floculation obtenue dans des sérums d'individus normaux et des sérums de malades tuberculeux. Comme il est naturel, ce fait nuit à l'intérêt de la réaction, et lui enlève sa valeur, quand les indices photométriques se fixent entre 15 et 30, c'est-à-dire, dans ce qu'on appelle la zone de la neutralité.

Les auteurs ont cherché à modifier cette réaction de manière à ce que l'indice photométrique ne dépasse le zéro que quand dans l'organisme existerait quelque processus tuberculeux même de caractère torpide. Après divers essais méthodiquement conduits, ils ont constaté que l'addition de T. A. K. au mélange soro-résorcine avait une action antifloculante si le sérum provenait d'individus sains; si dans l'organisme existaient des lésions de nature tuberculeuse, l'indice photométrique, bien qu'il baissât, n'arrivait jamais cependant à atteindre la valeur zéro.

Après avoir étudié quelques courbes de floculation avec l'addition de T. A. K. au mélange soro-résorcine, les auteurs ont établi une technique pour la réaction, qui vient la valoriser, comme on peut conclure de la lecture du tableau d'observations ci-joint.

SÓBRE A RONTGENQUIMOGRRAFIA CARDÍACA

(Trabalho realizado no Serviço de Delherm, Paris)

POR

AYRES DE SOUSA

Radiologista dos Hospitais

Entre os capítulos do rontgendiagnóstico, a radiologia cardíaca é, sem dúvida, dos mais complexos. Aos métodos clássicos de observação, como a radioscopia, a teleradioscopia, a radiografia, a teleradiografia com o cardio selector de Cottenot, o ortodiagrama, podemos acrescentar a quimografia, que vem abrir novos horizontes ao estudo do aparelho cardiovascular, quer sob o ponto de vista morfológico, quer sob o ponto de vista funcional.

Nenhum outro método radiológico permite obter, como a quimografia, a dissociação das diferentes sombras vasculares do pedículo e uma segura delimitação das cavidades cardíacas.

Só essa possibilidade da quimografia é mais que suficiente para valorizar o método. Mas, tratando-se dum método «dinâmico», são ainda mais largas as suas possibilidades no campo funcional.

Todos nós sabemos como por vezes é difícil determinar sobre o perfil cardíaco o ponto G, de absoluta importância para a apreciação das cavidades em ortodiagrama. A quimografia resolve duma forma definitiva essa dificuldade, marcando com uma precisão anatómica o limite aurículo-ventricular, defendendo-nos assim do subjectivismo da visão fluoroscópica.

Com a radioquimografia, a radiologia cardíaca, depois de ter passado por um longo período anatómico, aborda resolutamente os problemas de fisiologia (Fisgold).

Duma maneira geral, a radioquimografia permite obter a representação gráfica do movimento das paredes dos órgãos móveis. A idea da rontgenquimografia não é recente. Já em 1912 o

médico Gott e o engenheiro Rosenthal tinham procurado realizar a rontgenquimografia linear, interpondo uma grelha opaca com uma só fenda horizontal entre o coração e o *film*, que, animado duma determinada velocidade, ia fixando as posições sucessivas dum ponto do contôrno cardíaco durante um ciclo funcional duma forma idêntica à da inscrição dos deslocamentos da corda do galvanómetro através duma fenda, no electrocardiógrafo.

Mas a radioquimografia linear de Rosenthal não teve applicação prática. Só depois dos estudos de Stumpf, que, em vez duma só fenda, passou a usar fendas múltiplas (quimografia plana), obtendo simultaneamente curvas cavitárias e vasculares, é que o novo método permitiu, segundo o autor, «aprofundar o estudo da fisiologia cardíaca e determinar as modificações funcionais das afecções cardioaórticas e em parte vasculares».

O primitivo quimógrafo de Stumpf compunha-se duma grelha de lâminas de chumbo de 11,5 mm., dispostas horizontalmente e separadas por fendas de 0,5 mm. Esta grelha ficava interposta entre o *film* e o doente, e, deslocando-se com um movimento constante, registava diferentes pontos do contôrno cardíaco. Se, pelo contrário, deslocássemos o *film* deixando a grelha fixa, obtínhamos curvas repetidas do movimento rítmico dos pontos correspondentes às fendas.

Estes dois processos são ligeiramente diferentes. Enquanto que os quimogramas com grelha móvel nos dão uma noção do conjunto cárdio-vásculo-pulmonar, os quimogramas com grelha fixa dão-nos curvas repetidas dos mesmos pontos, permitindo estudá-las em função de tempo.

O método de Stumpf permite, pois, estudar contemporaneamente muitos pontos cardíacos, mas, sendo a distância entre as fendas apenas de 11,5 mm., obriga a limitar o tempo de exposição e cada revolução é representada numa diminuta extensão de cerca de 4 mm. de *film*, insufficiente para o estudo analítico da curva. O A., reconhecendo êsse inconveniente, modificou o modelo primitivo e os seus últimos quimógrafos já trazem grelhas com lâminas de 30 mm., o que ainda nos parece insufficiente.

Cignolini procura obter curvas mais espaçadas, com pequenas fendas que não ocupam tôda a dimensão transversal do quimógrafo. Estas fendas são dispostas, sob *contrôle* radioscópico, sobre determinados pontos do contôrno cardíaco, e, como estão

em planos diferentes, evita-se a sobreposição de traçados, qualquer que seja a extensão do deslocamento do *film*, que, em teoria, se pode prolongar infinitamente (fig. 1). É fácil compreender que um tal dispositivo de fendas permita obter curvas bastante espaçadas; mas para nós o maior inconveniente do quimógrafo de Cignolini é a largura das fendas, quatro vezes superior às do quimógrafo de Stumpf. Se, por exemplo, com uma fenda de 0,5 mm. obtemos a representação dum ponto, uma fenda de 2 mm., como no método do autor italiano, dará um traçado que será, por assim dizer, uma sobreposição de curvas de quatro pontos contíguos do perfil cardíaco.



Fig. 1

O método ideal seria, pois, o que permitisse obter curvas espaçadas, como o de Cignolini, mas através de fendas de 0,5 mm., ou mais estreitas, como Stumpf. Delherm e seus colaboradores procuraram suprir as deficiências dos outros dois métodos, mas não o conseguiram integralmente. Descrevemos resumidamente a técnica por nós adoptada e que é a do Serviço onde obtivemos os quimogramas.

O quimógrafo modificado por Delherm e seus colaboradores consta dum quadro com três compartimentos de dimensões idênticas, dos quais o central é móvel e os outros dois fixos, podendo-se assim variar a disposição das grelhas, *écrans* radioscópicos e *châssis* radiográficos (fig. 2).

O aparelho tem a vantagem de permitir obter sucessivamente um exame radioscópico, radiografia simples, quimografia com grelha fixa e quimografia com grelha móvel. O deslocamento da grelha ou do *film* pode ser regulado entre 1 segundo a dezenas de segundos e a extensão de cada curva quimográfica pode ser de 15,30 ou 45 mm.

Um obturador pendular marca num canto da película $\frac{1}{4}$ de segundo, inscrição cronométrica que serve depois para medir com compasso a duração dum determinado tempo de revolução cardíaca.

LISBOA MÉDICA

PROGYNON

Hormona sexual feminina
(Hormona folicular) para o tratamento das
perturbações hipoovaricas.

- *Concentração elevada
estandardisação exacta*
- *Amplamente experimentada em
animais (inclusivamente em macacos)*
- *Eficaz por via bucal em virtude
da adição de lipoides especiais*

A experiencia clinica confirma a
sua eficacia nas perturbações da menopausa
e na amenorreia secundaria.

EMBALAGENS

ORIGINAIS:



SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN

Os nossos concessionários

Schering Sociedade Anónima Portuguesa de Responsabilidade Limitada

Largo da Anunciada, 9, 2.º


LISBOA

Agora também em caixas de 30 dragéas de 150 U. R.

LISBOA MÉDICA

FITINA

"CIBA"



RECONSTITUINTE
TONICO DO SISTEMA
NERVOSO
REMINERALIZADOR



O preparado mais rico em fósforo orgânico
e substancias remineralizantes assimilaveis.

22% de fósforo e 11% de calcio e magnésio

Granulos

Comprimidos

Obreias

 **E. BRUNNER & COMP., L^{TD}A** 
RUA SÁ DA BANDEIRA, 283 - 2.^º - PORTO
RUA DA MADALENA, 128 - 1.^º - LISBOA

Para o estudo do ritmo cardíaco, em que há vantagem de registrar o maior número de pulsações, pelo menos 8 a 12, usamos a seguinte técnica:

Grelha de 0,5 mm. — 100 kv. 50-60 mA — D. F.-45 cm. 6-8 segundos.

Mais adiante indicaremos a técnica adequada para o estudo analítico duma revolução cardíaca.

Delherm e seus colaboradores foram os primeiros a demonstrar a semelhança da curva quimográfica com os traçados mecânicos de Cheveau e Marey, que conhecemos da fisiologia. A quimografia, inscrevendo a mudança de volume do coração, é, até certo ponto, uma pletismografia cardíaca, sendo portanto natural

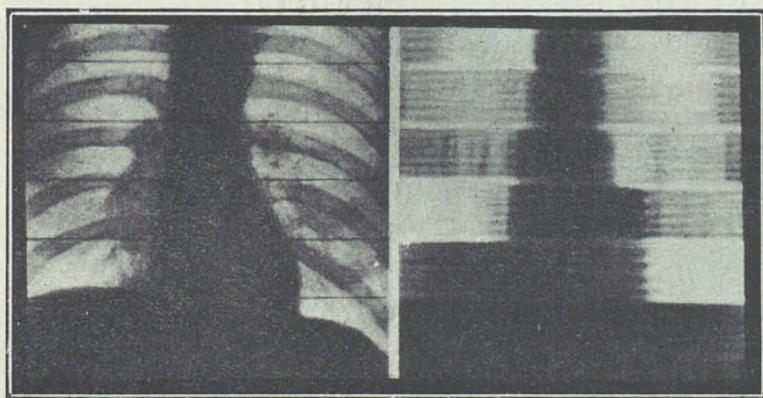


Fig. 2

haver também semelhança com a curva de volume, que por sua vez é um traçado negativo da pulsação cardíaca. Mas a curva de volume que hoje é possível obter dentro do «ambiente fisiológico», dando-nos apenas a noção de modificações volumétricas globais, está longe de suplantar a quimografia, que nos permite obter, numa mesma película, traçados de cada uma das cavidades e as suas modificações volumétricas no decurso dum ciclo de trabalho.

A pressão e o volume, sendo fenómenos inversos, as curvas que os representam são de sentido oposto. Enquanto que nos processos mecânicos o aumento de pressão ou o endurecimento se traduz por uma elevação, no registo radioquimográfico a sístole é marcada por uma depressão.

Os quimogramas obtidos com grelha móvel devem ser examinados de cima para baixo e os de grelha fixa de baixo para cima; nuns e noutros vemos os pontos sistólicos dirigidos para dentro e os pontos diastólicos dirigidos para fora.

As curvas quimográficas obtidas em pontos diferentes do contôrno ventricular não se sobrepõem completamente, o que deve ser atribuído à forma como êsses pontos se deslocam em relação à fenda do quimógrafo, estando em condições óptimas de registo apenas os pontos animados de movimentos paralelos às fendas. Um movimento que seja perpendicular às fendas ou que se faça no sentido ântero-posterior não terá representação quimográfica.

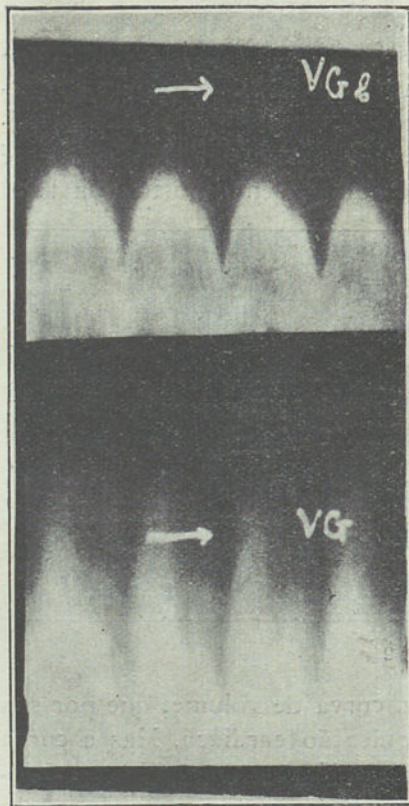


Fig. 3

contôrno trapezóide e no segmento apical um contôrno lanceolado (fig. 3).

Uma disposição inversa dêsses dois tipos teria para Stumpf significado patológico.

Sôbre o mesmo contôrno ventricular, segundo a altura dos pontos quimografados, podemos pois encontrar curvas de aspectos diferentes, mas sempre comparáveis às curvas de pressão,

Ora como as pulsações ventriculares, na base, se dirigem oblíquamente de cima para baixo e de fora para dentro e acima da ponta, sobretudo de fora para dentro sensivelmente segundo a direcção das fendas, as curvas da base ventricular e da parte apical serão também diferentes na sua configuração geral, mas perfeitamente comparáveis. Assim, junto da base, teremos um

assinalando nitidamente o movimento sistodiastólico e a duração de cada um dos principais tempos de revolução cardíaca. Essas diferenças tendem a desaparecer, obtendo de cada vez e para cada ponto uma orientação de fenda em conformidade com o sentido do movimento do ponto a estudar, embora persista a diferença de sístoles largas e pouco profundas na base e estreitas e profundas no segmento caudal do contorno ventricular.

O estudo de curvas quimográficas em *clichés* por nós obtidos no Serviço de Delherm, permitiu constatar as semelhanças e algumas diferenças com as curvas cardiográficas, primeiramente demonstradas por radiologistas franceses, não sendo indiferente para se chegar a êsses resultados a técnica adoptada (figs. 4 e 5).

O ponto *a*, correspondente à sistole auricular na curva cardiomanométrica, sobrepõe-se ao ponto *a* de quimografia, havendo também correspondência dos pontos *b* e *d*.

O ponto correspondente à

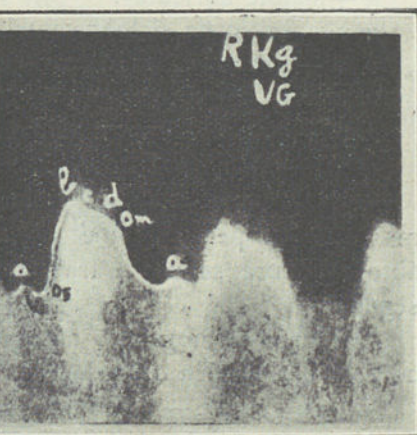


Fig. 4

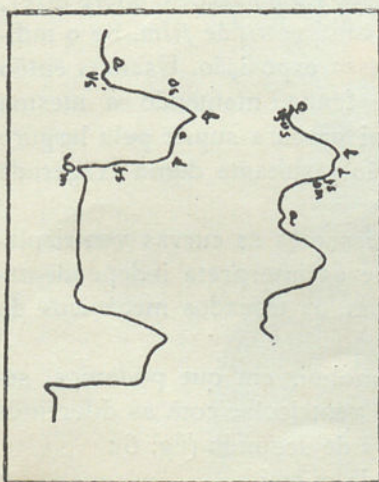


Fig. 5

abertura das sigmoídeas não se encontra marcado no quimograma. Segundo Delherm, êsse ponto ficaria muito próximo de *v. s.*, porque as medições com compasso mostram que a expansão aórtica coincide com o início do segmento ascendente da quimografia.

Sobre a curva quimográfica podemos pois assinalar os se-

guintes acidentes traduzindo as diferentes fases do trabalho cardíaco:

- a* — sístole auricular.
- v. s.* — início da sístole ventricular.
- o. s.* — abertura das sigmoídeas.
- b. c. d.* — planalto.
- f. s.* — oclusão das sigmoídeas.
- o. m.* — abertura da mitral.

Cignolini teve a amabilidade de nos enviar alguns quimogramas obtidos pelo seu método de fendas espaçadas em que o autor procura seguir o trabalho cardíaco de 1/100 a 1/100 de segundo.

O estudo quimográfico da revolução cardíaca foi por nós feito conforme a técnica de Delherm, Thoyer Rozat e Fischgold.

Const. 125 kv. — 60-70 mA — 50 cm. 2-4 segundos.

Nestas condições o *film* percorrendo 45 mm. (distância entre as fendas) em 3 segundos diante duma fenda de 0,5 mm., cada ponto do *cliché* é exposto durante 1/30 segundos, que é o actual regime das condições de trabalho imposto pelas possibilidades da aparelhagem corrente para a radiografia torácica.

O tempo de pose é calculado pelo pulso. Assim, por exemplo,

$$\frac{90 \text{ pulsações}}{60 \text{ segundos}} \times 3'' \text{ de pose} = 4,5.$$

Sobre 45 mm. de *film* são inscritas 4,5 pulsações, que quer dizer, uma revolução cardíaca sobre cada centímetro de *film*. Se o indivíduo é mais opaco, é insuficiente essa exposição. Usamos então uma outra grelha com 1 mm. de fenda, mantendo a mesma técnica. Parece, pois, que Cignolini procura suprir pela largura das fendas a deficiência de exposição resultante duma exagerada velocidade do *film*.

Achamos particularmente interessantes as curvas ventriculares obtidas pelo autor italiano, que as interpreta independentemente de qualquer comparação com os traçados mecânicos do coração.

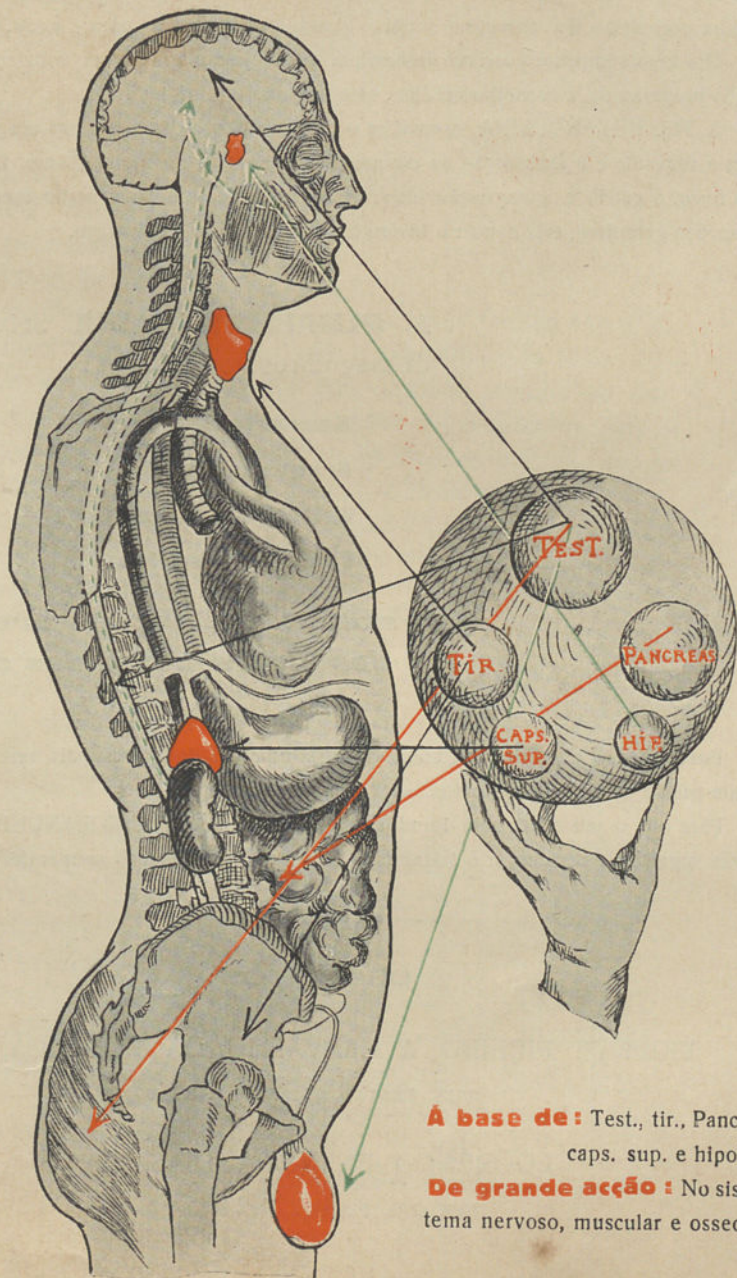
Reproduzimos a curva de Cignolini, em que podemos, segundo o A., seguir todo o trabalho ventricular com as diferentes fases cronometradas em centésimos de segundo (fig. 6):

- 1 — Início da sístole. Abertura da mitral.
- 1-2 — Repleção da cavidade (8/100 de segundo).

PLURIGLANDULÍNA

SEIXAS-PALMA

para ambos os sexos
em todas as idades



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

De grande acção: No sis-
tema nervoso, muscular e osseo.

Tônico baseado no princi-

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

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

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

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

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

Neurastenia geral

Fraqueza geral

Falta de appetite

Prisão de ventre

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

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

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

DEPOSITOS:

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

RUA PRATA, 237 1.^º — LISBOA

LOURENÇO FERREIRA DIAS, L.^{DA}

RUA DAS FLORES, 153 — PORTO

2-6 — Reacção elástica do miocárdio. Depois da entrada tumultuosa do sangue, o músculo reage por pequenas oscilações registadas pelo quimograma (20/100 de segundo).

9-10 — Elevação ventricular pela sístole auricular.

10-11 — Hiperdilatação telediastólica.

11 — Oclusão da mitral.

12 — Abertura da semilunar.

13 — Onda de elasticidade sistólica.

14 — Onda de elasticidade mesosistólica.

15 — Oclusão das semilunares.

16-17 — Onda das semilunares.

18 — Abertura da mitral.

Devemos confessar que em quimogramas por fendas espaçadas que tivemos ocasião de examinar e que vindo do autor do método foram sem dúvida obtidos em óptimas condições de técnica, não nos foi possível marcar todos os acidentes referidos no esquema que reproduzimos. As nossas curvas, pelo método de Delherm, não têm a riqueza de detalhes correspondentes a tempos mínimos de 1/100 de segundo, mas reproduzem com grande nitidez os principais acidentes da curva de Marey.

A curva auricular típica tem o aspecto reproduzido na fig. 7. É uma linha sinuosa, com ondulações de igual amplitude, mas umas de base larga e outras acuminadas, de base estreita, fazendo uma espécie de W amputado. O ponto *a* traduz a contracção auricular e o ponto *v* o início da sístole ventricular.

A curva quimográfica da aurícula é, pois, semelhante a flebograma, faltando o acidente *c*, contemporâneo da sístole ventricular que, segundo Mackenzile, seria devido à pulsação carotidiana transmitida a jugular.

Eis a interpretação que Fischgold dá à curva auricular (fig. 8):

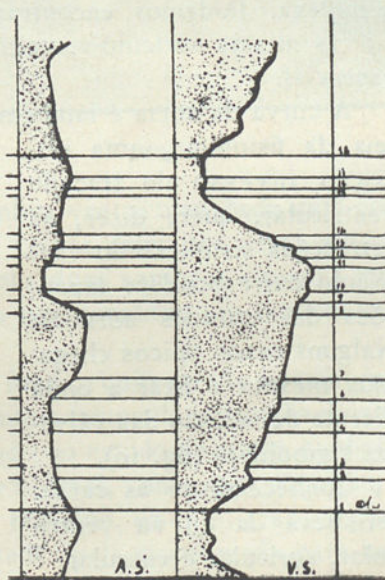


Fig. 6

A sístole auricular, como dissemos, seria reproduzida pelo ponto *a*. A depressão que segue, desde o ponto mais alto *a* até ao ponto de maior declive *x*, corresponderia à repleção da cavidade. Logo depois do fim da evacuação ventricular *d*, a parede aurículo-ventricular, deslocando-se, provocaria uma retracção das paredes auriculares, originando o vértice *v*. Depois de *v* até *y* (curva de expansão), a aurícula completaria a sua repleção durante a diástole geral.

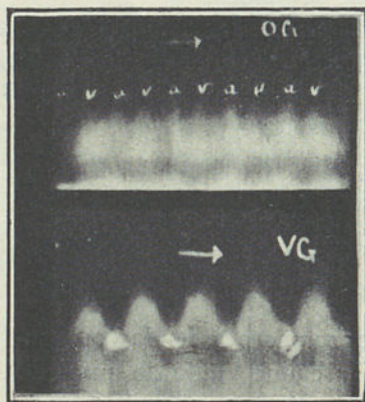


Fig. 7

Mas, qualquer que seja a interpretação da curva auricular, o seu aspecto bífido, que se obtém duma forma quási constante, constitue uma característica própria, permitindo uma nítida diferenciação sôbre o perfil cardíaco, entre o arco auricular, o arco ventricular e o arco da pulmonar (fig. 9).

A curva quimográfica do bordo direito do coração é mais complexa. Podemos encontrar curvas do tipo auricular puro, curvas mixtas aurículo-ventriculares e curvas do tipo ventricular essencial.

A curva da aorta é também característica, dando, dentro das leis da fisiologia, uma inscrição inversa do traçado ventricular, que quer dizer, às retracções sistólicas do ventrículo correspondem expansões das paredes aórticas. Nalguns casos típicos chegamos mesmo a fixar a onda dicrote de oclusão das válvulas sigmoídeas (fig. 10).

Conhecendo-se as características da curva ventricular, auricular e vascular, é simples o estudo dos perfis

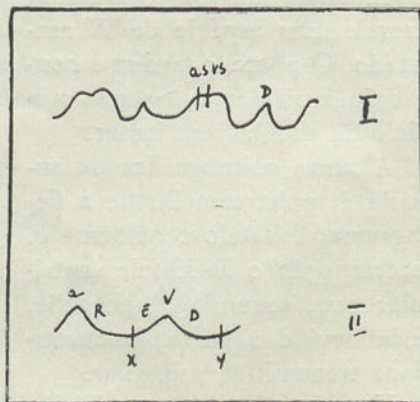


Fig. 8

cardíacos e do pedículo vascular. A fig. 11 mostra como é segura a delimitação dos arcos à esquerda, marcando o ponto *g*, a extensão do arco auricular, o arco aórtico e o arco pulmonar.

Mesmo nos hilos pulmonares que nos pareçam espessados, a quimografia permite dissociar os elementos vasculares, mostrando a proporção em que êsses elementos contribuem para a opacificação da imagem, dando assim indicações valiosíssimas para o estudo dos hilos, com aspecto radiológico anormal.

Sem querermos, por agora, estudar pela quimografia as sombras paramediastinais anormais, para mostrar as vantagens do método, reproduzimos uma radiografia cardiovascular, feita a distância, dum doente que tinha uma forte ectasia da aorta com esclerose das paredes e que mostra uma sombra mediastinal bastante confusa. Numa quimografia do mesmo doente (fig. 12) dissociamos perfeitamente a som-



Fig. 9

bra da aorta descendente da sombra ventricular, cada uma com os seus traçados característicos. Quere dizer que nessa quimografia, obtida de face, dissociamos duas sombras situadas num mesmo plano ântero-posterior, o que constitue um notável progresso em técnica radiológica.

O próprio princípio em que se funda a quimografia e a uniformidade do movimento do *film* durante o tempo de exposição deixam prever as possibilidades do método no estudo do ritmo cardíaco.

Tôdas as alterações do pulso normal, como, por exemplo, o pulso respiratório ou o pulso do trabalho, ou as alterações patológicas do ritmo, podem ser fixadas pela quimografia para uma determinada cavidade ou para tôdas, simultâneamente, o que

constitue uma das suas maiores vantagens. Mas, por agora, no decurso dêste trabalho procuraremos mostrar as possibilidades da quimografia na análise clínica das dimensões do coração, que, segundo Brugsch, dependem «do grau de repleção diastólica dos ventrículos, do resíduo da repleção das cavidades cardíacas depois do esvaziamento sistólico dos ventrículos (resíduo sistólico), da repleção das aurículas e da massa muscular. Pela multiplicidade de factores que condicionam as dimensões cardíacas, compreende-se como seja difícil a apreciação da sua causa por um simples exame radiológico.

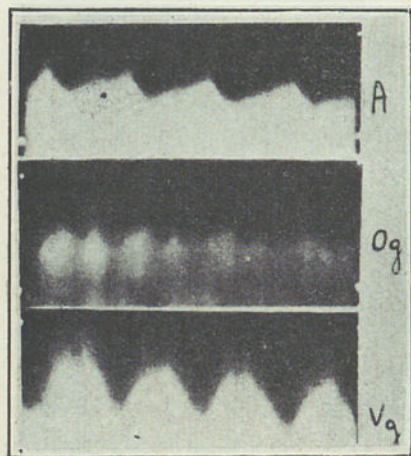


Fig. 10

Os métodos que geralmente usávamos em radiologia cardiovascular era a ortodiografia, precedida de radioscopia, e a teleradiografia simples ou estereoscópica, dando-se preferência à primeira.

Mas um ortodiograma, mesmo executado por pessoas com longa prática e em óptimas condições de técnica, dá margem

a erros que podem ir até 4 mm. para os principais diâmetros.

Os diâmetros das cavidades são medidos tendo por base pontos de referência mais ou menos arbitrários em relação à verdadeira anatomia do coração. Já atrás dissemos que só a quimografia podia determinar rigorosamente o ponto *g*, que é o mais importante de todos para efeitos de medição, sobretudo da cavidade ventricular esquerda. Além disso, um ortodiograma nunca nos dá o volume do coração em sístole ou em diástole.

A determinação de pontos de perfil cardíaco por raios normais não corresponde nem a diástole nem a sístole, embora esteja mais próximo desta por ser maior a densidade da sombra sistólica e que, portanto, melhor se aprecia em radioscopia.

A amplitude de pulsação sendo de cerca de 3 mm. está dentro dos limites dos erros de apreciação e portanto não pode ser avaliada por ortodiograma.

A teleradiografia simples dá-nos o tamanho cardíaco, mas numa *forma estática*. O cardio-selector de Cottenot fixa imagens em sístole e em diástole, mostrando a diferença de volume sistólico-diastólico, mas numa forma global. Além disso, a chamada imagem de sístole corresponde a sístole ventricular esquerda, já que pela seqüência dos tempos funcionais resulta um assincronismo de pulsação aurículo-ventricular e daí a impossibilidade de fixar numa só vez, em radiografia instantânea, o verdadeiro tamanho sistólico ou o tamanho diastólico de todo o coração.

A quimografia, dando-nos o valor da amplitude de pulsação de cada uma das cavidades, simultaneamente, fornece elementos preciosíssimos para a avaliação do volume cardíaco em repleção diastólica e depois do esvaziamento sistólico, embora não possa dar claramente o valor do resíduo sistólico.

Estabelecer o diagnóstico diferencial entre uma dilatação e uma hipertrofia tem sido um problema da radiologia. Bordet, além das deduções que procura tirar em ortodiagrama das proporções da flexa em relação ao diâmetro ventricular esquerdo, liga grande importância à amplitude de pulsação apreciada em radioscopia, que seria como que a expressão dinâmica da diferença volumétrica sistólico-diastólica. Para esse autor e para Vaquez a hipertrofia chamada compensadora seria já uma reacção de fadiga, sendo a dilatação diastólica activa a verdadeira reacção de adaptação.

O diagnóstico de dilatação patológica em início seria formal se à amplitude excessiva das pulsações se juntasse um aumento da área cardíaca. A dilatação exageraria a amplitude no período da actividade diastólica e diminuiria no período de dilatação pas-



Fig. 11

siva até se tornar imperceptível no momento de insuficiência terminal.

Se para alguns autores podemos estabelecer o diagnóstico de uma dilatação patológica em início pela amplitude da pulsação, é à quimografia que devemos pedir a medida tanto quanto exacta dessa amplitude, registada em película com um rigor maior que o dos traçados mecânicos.

A apreciação só em radioscopia será sempre deficiente e sujeita a erros grosseiros,



Fig. 12

além de que a quimografia teria a vantagem de nos dar o valor da amplitude de pulsação de cada uma das cavidades, para o caso de dilatações parciais.

O Prof. Brugsch, abordando o assunto das dimensões do coração e do tónus cardíaco, faz as seguintes considerações:

«Como o predomínio da acção do simpático equivale, pelo que se refere à dinâmica do coração, ao refôrço e encurtamento da sístole e o predomínio do vago dá

lugar a um prolongamento da diástole, o tamanho dum coração dependerá sensivelmente do tónus do simpático ou do vago, sempre que não exista um defeito valvular, circunstância em que ficará eliminada a dúvida do aumento do volume cardíaco ser por um aumento da massa muscular.

«Se predomina o tónus do vago, o coração mostrará um aumento de volume em diástole (aumento do volume diastólico de sangue), e se predominar o tónus do simpático estará diminuído o tamanho do órgão. É este o problema que se costuma designar na clínica, com o nome de tónus do coração.»

Nós obtivemos curvas quimográficas correspondentes à modi-

ficação do tónus do vago por provas mecânicas, em indivíduos normais.

Pela prova de Hering, como sabemos, consegue-se um retardo do pulso comprimindo o seio carotidiano, localizado na prática no ponto em que a carótida cruza uma linha transversal passando pelo bordo superior da laringe.

Hering demonstrou que, ao contrário do que supunha Czermak, comprimindo a carótida a êsse nível não se irritava mecanicamente o vago, mas provocava-se uma excitação reflexa das fibras inibidoras dêste nervo, o que de resto praticamente se traduz por uma predominância do vago.

A importância dêste reflexo na clínica é de comprovar a labilidade do vago, freqüente em cardiopatas propensos a descompensação.

Os que reagem a digitalina com retardo do pulso mostram ao reflexo de Hering uma influência cronotropa tão marcada que a prova tem significado para prognóstico e diagnóstico (Brugsch). Mas é outro o interêsse quimográfico da prova. A curva quimográfica mostra o aumento do volume cardíaco pelo predomínio do vago.

Examinando o quimograma (fig. 13) vemos nitidamente reproduzida a bradicardia com alongamento do tempo diastólico e com pequena repercussão sôbre a duração da sístole. O traçado revela um afastamento progressivo do ponto quimografado (contôrno ventricular) para fora, exactamente por aumento do volume diastólico, mas sem deslocamento dos pontos correspondentes às sístoles, quer dizer, sem apreciável aumento de volume sistólico.

Obtivemos idênticos traçados com a prova de Aschner, que consiste em comprimir os globos oculares durante 10 segundos. Esta prova produz os mesmos efeitos sôbre o coração, pelo menos no que diz respeito a excitação reflexa do vago.

Estudámos também as modificações da imagem cardíaca variando a pressão intratorácica pela prova de Valsalva e pela prova de Muller.

Recordemos, da fisiologia, a prova de Valsalva:

«Se depois duma inspiração profunda fizermos uma forte expiração fechando a glote, a massa gasosa comprimida no pulmão transmite essa compressão aos vasos intratorácicos e ao coração, que se reduz de volume.»

Pelo esforço expiratório a pressão intrapleural, segundo Murrer, pode subir até 135 mm. de Hg., fazendo-se sentir sobre os

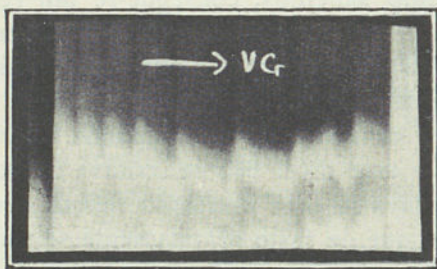


Fig. 13

alvéolos capilares e sobre o próprio coração, que se reduz progressivamente, a começar pelas aurículas, cujas paredes oferecem menor resistência a compressões extrínsecas que as paredes ventriculares. Mas a redução volumétrica do coração não se explica apenas por efeitos compressivos,

mas também por dificuldades da chegada do sangue ao coração, que o aumento da pressão intratorácica acarreta.

Segundo Paillard, o esforço assim obtido realiza uma verdadeira assistolia do coração direito com estase no sistema da cava superior e inferior, e as perturbações do coração direito transmitem-se ao coração esquerdo, o que se confirma por esfigmograma. Êste autor procura tirar da prova deduições sobre o tónus cardíaco. Reproduzimos na fig. 14 um pneumograma que marca o tempo do esforço e, em correspondência, as modificações do pulso, num individuo normal. Num coração hipo-sistólico, segundo Paillard, esta prova poria em evidência uma depressão muito mais precoce e mais completa das oscilações, faltando o período de reacção no fim do esforço.

Diz Schintz que, para esclarecer a questão dum aumento cardíaco por hipertrofia ou dilatação, Zehbe introduzira na prática radiológica o conceito, muito discutido, de tónus do coração, e que Pongs designava por

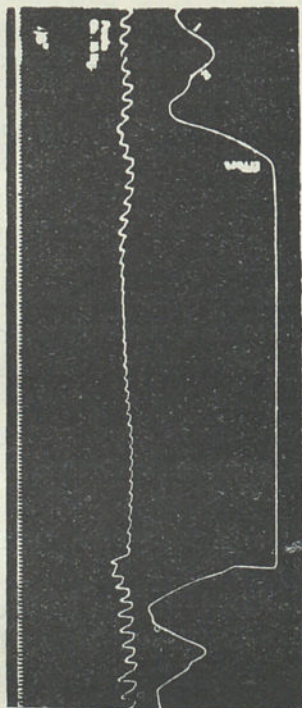


Fig. 14

corações hipotônicos ou flácidos os que pela prova de Valsalva mostravam uma nítida redução da sombra radioscópica, sendo hipertônicos ou tensos os que não acusavam essa redução.

Pequenas reduções volumétricas passariam despercebidas a uma simples observação radioscópica, enquanto que a quimografia as registra fielmente.

Examinemos o traçado quimográfico do ventrículo esquerdo pela prova de Valsava. Os nossos quimogramas dizem respeito ao ventrículo esquerdo, porque, como dissemos, há uma certa dificuldade em obter curvas puras do ventrículo direito.

A orientação do traçado (fig. 15) mostra primeiramente uma redução cardíaca que se traduz por uma maior aproximação dos pontos em relação à linha mediana, de que resulta uma curva de concavidade voltada para fora. A redução não é brusca, mas progressiva até certa altura, mantendo-se depois mais ou menos constante a amplitude das pulsações. O quimograma mostra não só a redução do tamanho cardíaco, como revela a forma como as cavidades se adaptam ao valor do conteúdo, fortemente reduzido durante a prova.

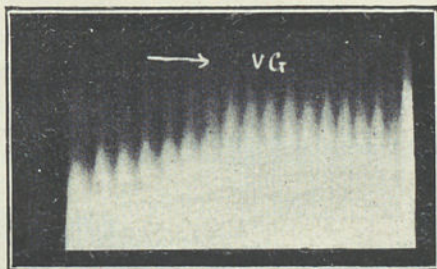


Fig. 15

A prova de Valsalva, que os clínicos apreciavam pelas modificações do pulso e os radiologistas pela variação das dimensões cardíacas em radioscopia, é valorizada pela quimografia, que registra o ritmo, acelerado de início e retardado no fim por aumento do tónus do vago atribuído a elevação de pressão intrapulmonar, fixa a amplitude da pulsação e, simultaneamente, a redução do tamanho do coração, feita, sobretudo, à custa da repleção diastólica. O valor da quimografia vai mesmo mais além nos casos em que a prova de Valsalva pode provocar uma taquisistolia auricular transitória e uma completa dissociação entre o ritmo das aurículas e dos ventrículos, porque permite registrar simultaneamente o trabalho de tôdas as cavidades.

A prova de Muller, que consiste em fazer um forte esforço de inspiração com a glote fechada, produz efeitos contrários aos

da prova de Valsalva que a quimografia regista, embora duma forma menos perfeita por razões de ordem técnica.

Em conclusão, podemos, pois, dizer que a quimografia, permitindo fixar as modificações do tónus cardíaco por provas mecânicas, como a de Hering e a de Aschner, ou mesmo farmacodinâmicas, registar a adaptação das cavidades cardíacas ao seu conteúdo, modificado pelas provas de Muller e de Valsalva, valorizando esta última em relação aos processos clássicos da radiologia, permitindo, além disso, obter a dimensão sistólica e diastólica do coração e, consecutivamente, a amplitude da pulsação, é, sem dúvida, um método preciosíssimo para o estudo analítico dum aumento da área cardíaca.

Agradecemos ao M. Delherm o amável acolhimento feito no seu Serviço do Hospital de la Pitié e a M. Fischgold a valiosa colaboração que nos prestou cedendo alguns quimogramas da sua colecção, que publicamos.

BIBLIOGRAFIA

- STUMPF. — Das Röntgenographische Bewegungsbild und seine Anwendung, 1931.
- DELHERM, FHOYER. — Rozat et Fischgold. Exposé de la méthode Kymographique du Dr. STUMPF (*Bull. et Mém. de S. R. Méd. de France*, 1932).
- La Kymographie (*Presse Méd.*, Fèv., 1932).
- Note sur quelques acquisitions nouvelles de la kymographie cardiovasculaire (*Bull. et Mém. de la S. R. Méd. de France*, Mai, 1932).
- AUBERTIN, DELHERM, T. ROZAT et FISCHGOLD. — Diag. entre les anévrismes et les tumeurs non vasculaires (*Bull. et Mém. de la S. des Hôpitaux de Paris*, 1932).
- DELHERM, T. ROZAT, FISCHGOLD et CODET. — L'inscription radiokymographique des mouvements diaphragmatiques (*Bull. de S. d'Electrothérapie et de R.*, Déc., 1932).
- CIGNOLINI. — Metodi e mète della chimografia (*Rad. Med.*, 1932/4).
- Miografia cardíaca (*Accad. Med.*, 1932).
- La stato attuale della Röntgenchimografia cardíaca, 1933.
- Progressi nella chimografia cardíaca (*Rad. Med.*, 1933).
- LAMY. — Étude du point G par les méthodes nouvelles de radiologie (*Thèse*, Paris, 1932).
- POITEVIN. — Description de l'appareil radiokymographique (*Bull. et Mém. de la S. R. M. Ao.*, 1933).
- LARDÉ. — Radiokymographie et Tub. Pulm. (*Thèse*, Paris, 1933).

- SUNDBERG. — The Rontgenkymogram of the normal heart (*Acta Rad.*, Fév., 1933).
- BONTE. — La contribution radiokymographique au diag. du tumeur du médiastin (*Thèse*, Paris, 1933).
- LAMBY, COTTENOT et BALZAC. — Étude kymographique du cœur normal. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*. 3-VII-1933).
- DELHERM, T. ROZAT et FISCHGOLD. — Détermination du point G (*Bull. et Mém. de la Soc. de Rad.*, 1933).
- La radiokymographie. Aperçus cliniques dans les affections cardiovasculaires (*Paris-Méd.*, 4 Fév., 1933).
- L'inscription radiologique de la évolution cardiaque (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, Fév., 1933).
- Abrégé de la nouvelle technique radiokymographique (*Bull. et Mém. de la S. R. Méd. de France*, Ao, 1933).
- La kymographie et ses applications cliniques (*Arch. d'Electro-Méd.*, Fév., 1933).
- Études sur les courbes radiokym. de la révolution cardiaque (*Arch. des Maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, XI-1933).
- Courbes radiokym. de la révolution cardiaque (*Bull. Méd. S. R. Méd. de France*, X-1933).
- FETGER. — Die Anwendung der Rontgenkymographie in der kreislanfidiagnostik, 1933.
- PAILLARD. — *Journal Médical*, Fév., 1933.
- DURAN ARROM. — Quimografia cardíaca en clinica, 1933.
- FISCHGOLD. — L'évolution des résultats d'examen du cœur en radiologie (*Rev. Méd. Franc.* Fév., 1934).
- CIGNOLILI. — *Rad. Méd.*, 1934.
- L'onda contrattile del miocardio studiata con la röntgenchimografia, 1934.
- COTTENOT et H. DE BALZAC. — Que peut-on penser actuellement de la kymographie appliquée à l'étude de l'appareil cardio-vasculaire? (*Sac. de Méd. de Paris*, 12-1-1934).
- HIRSCH. — The recording of cardiac moviments and sounds by the Rontgen ray kymophonoroentgenography. (*Radiology*, April, 1934).
- VAQUEZ et BORDET. — Radiologie du cœur et des vaisseaux de la base.
- GLEY. — *Traité de Physiologie*.
- ROGER. — *Traité de Physiologie normale et Pathologique*.
- LANDOIS. — *Traité de Physiologie*.
- BRUGSCH. — *Tratado de las enfermedades del corazon y de los vasos*.

2.^a Clínica Médica
(Serviço do Prof. Pulido Valente)

A PROPÓSITO DE UM CASO DE AGRANULOCITOSE

POR

JOÃO DE OLIVEIRA MACHADO
Assistente Voluntário

A observação de um caso de agranulocitose, interessante sob vários aspectos, justifica que chamemos a atenção para a doença.

Enfermaria M2B. Cama 20. S. S., criada de servir, 22 anos de idade, internada em 15-III-931, foi, pela primeira vez, vista pelo colega Luiz Bandeira e por nós, na consulta externa do Instituto Português de Oncologia.

Anamnese:

Doença actual. — Há um ano teve doença febril, durante quinze dias, com dores de garganta, rouquidão e pequenas ulcerações na bôca. A cicatrização das lesões ulcerosas fêz-se muito vagarosamente, terminando algum tempo depois de lhe passar a febre.

Nunca mais voltou a sentir-se bem como antes desta doença, embora retomasse o trabalho.

Há três semanas, súbitamente, aparecimento, na ponta da língua, de pequena ulceração esbranquiçada, que tem aumentado de extensão e profundidade, da qual se destacam pequenos fragmentos, quando lava a bôca. A lesão da língua é acompanhada de sialorreia, muitas dores e febre elevada, sem calafrios.

Dificuldade cada vez maior em falar e alimentar-se, por tumefacção da língua.

Evolução da doença actual, bem como da de há um ano, sem quaisquer hemorragias.

Durante a doença do ano passado, amenorria durante três meses. Depois dessa data, menstruações normais, a última em 24-II-934.

História progressa. — Sem interêsse.

Status praesens:

Regular constituição e estado de nutrição. Hálito fétido. Pele de pigmenção normal. Ausência de icterícia e de quaisquer hemorragias cutâneas ou mucosas.

Pêso, 45,400 quilogr. Temp., 37°,8. Pulso, 90 p. p. m., rítmico, boa amplitude e recorrência.

Língua. — Muito aumentada de volume, edemaciada. Na parte anterior da metade direita, ulceração como uma moeda de escudo, de bordos salientes, irregulares, duros, e fundo coberto por exsudado de aspecto purulento. No dorso da língua, placa de exsudado muco-purulento.

Amígdalas sem qualquer lesão apreciável.

Na região cervical lateral direita empastamento extenso, doloroso, não se palpando, no entanto, qualquer massa ganglionar bem delimitada.



Fig. 1
Doente S. S. Fotografia da língua em 12-III-934

Restante exame objectivo sem qualquer achado patológico. Baço impalpável.

Uma análise de sangue, feita na véspera da admissão, mostrou:

Hemoglobina, 52 0/0; v. gl., 0,74; gl. verm., 3.590.000; gl. br., 8.600; neutr., 6 0/0; eos., 1 0/0; bas., 0; gr. mon., 40 0/0; linf., 53 0/0.

Wassermann, negativo. Urina apenas com vestígios de albumina.

Em 20-III-934: plaquetas, 200.000; tempo de hemorragia, 1^m 30^s; tempo de coagulação, 6^m 30^s; retracção do coágulo, 1^h 15^m.

Após a admissão, o estado geral modifica-se apreciavelmente: apenas durante os quatro ou cinco primeiros dias a doente tem temperaturas subfebris; depois, normalidade térmica. A zona necrosada da língua cicatriza com lentidão, restando, em fins de Abril, apenas a cicatriz.

Das análises de sangue feitas diariamente anotamos as modificações mais notáveis:

Data — 1934	Hem.	V. G.	Gl. Ver.r.	Gl. br.	Mielocitos neut.	Metamie- locitos	Neut.	Eos.	Bas.	Gr. M.	Linf.
15-3	52	0,74	3.590.000	8.600			6	1	0	40	53
16-3	58	0,78	3.700.000	2.800			39	6	0	5	50
20-3	60	0,76	3.960.000	3.500			16	6	9	10	59
21-3	63	0,76	4.120.000	2.600			19	14	4	10	53
27-3	63	0,71	4.420.000	3.400			7	5	5	21	62
31-3	64	0,60	4.620.000	3.600		2	29	1	0	10	58
6-4	68	0,81	4.180.000	2.100			33	1	0	12	54
11-4	67	0,67	4.800.000	2.700	3		17	14	4	18	44
16-4	60	0,81	3.700.000	2.800			32	3	2	4	59
(c) 21-4	60	0,63	4.720.000	2.400			45	13	0	17	25
25-4	65	0,89	3.620.000	3.400			20	11	0	7	62
(d) 2-5	64	0,65	4.920.000	3.100			57	5	0	2	36
9-5	60	0,66	4.480.000	2.300			24	8	2	6	60
(a) 19-5	68	0,68	4.980.000	1.700			30	15	0	11	44
(b) 26-5	60	0,79	3.760.000	2.500			20	6	1	10	63
30-5	70	0,88	3.970.000	1.600			36	5	2	10	47
6-6	73	0,80	4.540.000	1.900			20	9	3	7	61
13-6	76	0,79	4.800.000	3.300			48	5	1	7	39
(a) 20-6	75	0,84	4.460.000	2.300			21	7	4	10	58
(b) 27-6	73	0,80	4.640.000	2.900			30	6	1	9	54
30-6	76	0,70	4.840.000	2.800			25	6	0	7	62
(c) 5-7	70	0,77	4.520.000	3.100			52	5	1	0	42
(c) 7-7	70	0,73	4.780.000	2.900			51	0	1	13	35
11-7	70	0,82	4.220.000	4.400			47	0	1	9	43
14-7	75	0,93	4.000.000	3.600			56	5	0	6	33
(d) 19-7	77	0,85	4.500.000	2.600			31	10	0	3	56
25-7	70	0,75	4.660.000	2.400			29	1	0	16	54
1-8	73	0,79	4.720.000	5.300			55	2	0	1	42
8-8	70	0,75	4.660.000	2.800			38	7	1	8	46
15-8	75	0,87	4.280.000	2.000			44	12	1	3	40

- a) Início da menstruação.
 b) Fim da menstruação.
 c) Furunculose.
 d) Completamente bem da furunculose.

Durante a permanência na enfermaria a doente teve várias *poussées* de furunculose rebelde.

De 15-III a 5-IV-34 o tratamento consistiu em injeções intra-musculares diárias de 2 cc. de Campolon.

Na impossibilidade de obtermos o nucleotido K 96, ensaiámos, a partir

de 5-IV, injeções de nucleinato de sódio — injeções intramusculares em dias alternados de 10 cc. de soluto a 5 % — tratamento que fizemos até 6-VII-934. Então, voltámos a dar Campolon, agora em maiores doses, duas injeções diárias de 2 cc, ao mesmo tempo que administrámos Exhepa — o correspondente a 400 grs. de fígado por dia.

Não utilizámos maiores doses e maior frequência de injeções de nucleinato pela intensa reacção febril e geral por elas determinada já na dose empregada.

Em nenhuma das terapêuticas apreciamos resultados comparáveis aos descritos na literatura pelos defensores dos métodos.

Os valores mais elevados de granulocitos coincidem, quasi sempre, com



Fig. 2

Doente S. S. Lesão da língua já cicatrizada em fins de Abril de 1934

agravamento de infecção estafilocócica, independentemente do tratamento.

Não parece existir no nosso caso uma relação nítida entre a queda dos granulocitos e o período menstrual. Anotemos todavia que a angina de há um ano — com grande probabilidade uma primeira crise da afecção — foi acompanhada de uma temporada de amenorria, e que a doença que a fez baixar à enfermaria não só principiou dois dias antes do começo da menstruação, como ainda determinou ausência do período catamenial, em Abril.

Esportâneamente, ou pela terapêutica, a doente encontra-se muito melho-

rada em 15-VIII-934, quando tem alta, a pedido: completamente bem da língua, estado geral florescente; engordou cêrca de 8 quilos e o número de neutrófilos subiu de modo apreciável.

A individualização da agranulocitose (1), como quadro clínico autónomo, foi feita por Werner Schultz em 1922.

A doença prefere os indivíduos de sexo feminino e inicia-se, quási sempre, de modo súbito, com febre elevada, angina necrótica acompanhada de tumefacção ganglionar cervical e, decorrendo com pronunciada diminuição dos leucocitos circulantes, particularmente dos granulocitos, muitas vezes ausentes, conduz, em regra, à morte em breves dias.

Na descrição inicial Schultz apontava ainda a icterícia e a albuminúria como sintomas constantes, que as observações ulteriores não confirmaram.

Carácter negativo, mas fundamental da doença, afirmado desde o princípio, é a ausência de tendência hemorrágica, facto, como veremos, da maior importância para o diagnóstico diferencial.

O sintoma fundamental da afecção é a diminuição ou abolição dos granulocitos, susceptível, segundo parece, de ser determinada por várias causas. Em consequência dêste fenómeno, sobrevêm tôdas as outras manifestações por uma diminuída capacidade de resistência à mínima infecção.

A evolução febril rápida da doença, por vezes acompanhada de esplenomegalia, a enorme frequência da angina no início, o isolamento de várias bactérias (estreptococos, estafilococos, piocianico, pneumococo, etc.) por hemocultura em vida e *post-mortem*, criou a doutrina de que a agranulocitose corresponderia apenas a um quadro septicémico com particular reacção leucocitária condicionada ou pelo agente ou por factores constitucionais.

O caso aqui relatado é mais um a juntar aos já descritos por Schultz, Friedemann, G. Meyer, Reye, Blumer, Carter, v. Domarus (2), demonstrativo do êrro dêste conceito: faltava a angina, a lesão necrótica era da língua.

(1) Sinonímia: angina agranulocítica (Friedemann), mucositis necroticans agranulocytica (J. Weiss), agranulocytosis septicaemica simplex (V. Jedlicka), agranulocitose pura (Aubertin e Lévy), estomatite gangrenosa mielotísica (Jagic e Spengler), neutropénia maligna (V. Schilling).

(2) Citados por Lichtenstein.

A lesão lingual dêste caso, correspondente à angina das observações típicas, prova que tais necroses são de natureza secundária à doença dos órgãos hematopoiéticos.

De resto, outras regiões, embora com menos freqüência, podem ser sede de lesões necróticas, coexistindo ou não com as das fauces, sobretudo no tubo digestivo — parte terminal e íleon — e vulva. A pele é também, por vezes, sede de necroses extensas ou múltiplas (Pauline Zinninger).

As lesões necróticas da agranulocitose encontram-se, muitas vezes, cobertas por pseudo-membranas difteróides, dificilmente destacáveis, apercebendo-se sob elas as ulcerações superficiais das mucosas. Quási constantemente determinam hipertrofia dos gânglios regionais. Quando localizadas na bôca, são acompanhadas, com certa freqüência, de estomatite.

As alterações citológicas do sangue são as mais importantes da doença. A leucopénia característica, e que pode chegar a graus extremos (100 por cc. ou menos), é acompanhada de grande diminuição ou ausência absoluta de granulocitos. O valor percentual dos linfocitos e monocitos aumenta consideravelmente, embora o seu número absoluto possa diminuir de modo apreciável.

Como se compreende, o prognóstico da doença, sempre sombrio, é tanto mais grave quanto mais acentuada é a leucopénia e a diminuição dos granulocitos.

Os eosinófilos e os basófilos acompanham, quási sempre, os neutrófilos no desaparecimento periférico e a aneosifilia mantém-se, por vezes, dois e três anos após o início da doença. A eosinofilia, do nosso caso, para a qual não se encontrou outra explicação, talvez se possa atribuir à hepatoterápia feita persistentemente.

Para muitos AA. uma monocitose absoluta de certo valor confere aos doentes de agranulocitose uma evolução menos vezes desfavorável. Tal facto é interpretado no sentido de uma certa substituição funcional dos granulocitos pelos monocitos.

A evolução favorável do caso aqui relatado confirma esta opinião.

Eis, resumidas, as particularidades hematológicas da doente S. S.:

Leucopénia pouco pronunciada para a doença: o mais baixo valor observado foi de 1.600 gl. br. por mmc.;

Neutropénia relativa e absoluta, também pouco acentuadas: o mais baixo valor observado foi de 7 0/0 (com 3.400 gl. br.);

Eosinofilia constante, cujo valor chegou a 15 0/0 (¿influência do tratamento pelo Campolon?);

Monocitose permanente.

Não há uniformidade de pareceres quanto ao comportamento dos eritrocitos na doença. Uns (Naegeli e Bertel von Bonsdorff) aceitam a existência de formas com compromisso medular da eritropoiese, enquanto outros procuram caracterizar a afecção como uma doença exclusivamente da parte da medula óssea encarregada da elaboração dos granulocitos. Para estes deve haver o maior escrúpulo em rotular como de agranulocitose os casos que decorrem com diminuição, sobretudo progressiva, dos glóbulos vermelhos. Segundo êles, na doença só se observa um ligeiro grau de anemia, e nem sempre.

No ácmé da doença são raros, no sangue periférico, os elementos celulares não maduros, mas, pelo contrário, nos casos de evolução favorável e durante a convalescença observam-se com freqüência células novas — grandes células mononucleares — sob cuja rubrica se englobam certamente algumas células mielóides. Como se sabe, nem a reacção da oxidase permite distinguir com precisão os monocitos das células mielóides juvenis.

Antes do advento dos modernos processos de tratamento, a doença conduzia à morte em 4 a 8 dias, numa percentagem avaliada por Doan em mais de 90 0/0 dos casos.

Septicémias e broncopneumonias, muitas vezes com carácter hemorrágico, constituem, quási sempre, o episódio terminal.

A agranulocitose é uma doença altamente recidivante, pelo que o vencer de um primeiro ataque não permite, muitas vezes, grande sobrevivência. Os intervalos entre as *poussées* não vão, em geral, além de poucos meses.

As alterações anátomo-patológicas mais importantes da doença encontram-se na medula óssea e ao nível dos focos necróticos. Aquela caracteriza-se pela pobreza celular, particularmente em granulocitos e mielocitos, encontrando-se mieloblastos, ainda que em pequeno número. Os eritrocitos e seus graus prévios, bem como os megacariocitos, observam-se em percentagem normal.

As lesões necróticas observadas na autópsia são, em geral, mais extensas do que fazia prever o exame clínico. Em regra,

coberto por exsudado fibrinoso mais ou menos denso, o tecido necrótico, edemaciado, distingue-se pela falta de polinucleares na zona inflamatória limitante, onde o reduzido número de elementos celulares é composto, quasi exclusivamente, por linfocitos e plasmazellen.

A ausência de granulocitos é característica histológica de todos os focos inflamatórios eventuais, facto tanto para atender na caracterização microscópica da doença como as alterações medulares.

Os gânglios regionais das lesões ulcerosas apresentam apenas sintomas duma linfadenite aguda, raramente chegando à supuração.

O baço, que muitas vezes tem o carácter de infecção mais ou menos nítido, outras não apresenta qualquer alteração.

O fígado é sede não só de degenerescência gorda de grau variável, como ainda, em muitos casos, de pequenos e múltiplos focos de necrose.

Em numerosas situações clínicas das mais variadas etiologias se podem observar quadros leucocitários idênticos ao da agranulocitose de Schultz — linfogranulomatose, anemia perniciosa, septicémias, pneumonia, gravidez, gripe, malária, difteria, vacina antitífica, depois de injeções de salvarsan, menos vezes de bismuto e mercúrio, após tratamentos de raios X, tório, rádio, por envenenamento pelo benzol, etc.

Por vezes, a semelhança de situação vai mais longe e estende-se ao quadro clínico.

Aubertin e Lèvy (1) distinguem a agranulocitose pura dos syndromas agranulocíticos idiopáticos: 1) com anemia; 2) com trombopenia e hemorragias; 3) com anemia e diátese hemorrágica; e sintomáticos: 1) agranulocitose infecciosa; 2) agranulocitose tóxica; 3) agranulocitose de afecções hepáticas; 4) agranulocitose de estados linfadenicos. Concedem, com Lichtenstein e Schultz, o valor de individualização, como doença autónoma, à agranulocitose pura, dada a uniformidade do quadro clínico, que contrasta com as variações extraordinárias nos casos de agranulocitose sintomática, sobretudo os de origem medicamentosa.

Com isto concordam Naegeli, Taussig e Schnoebelen, quando escrevem: «nevertheless, most of the cases of agranulocytosis

(1) Citado por Schultz.

so definitely belong together that convenience justifies setting up this group of cases as a clinical entity».

Naegeli afirma: «quanto mais minuciosamente nos ocupamos dêste assunto tanto mais reconhecemos que a concepção de Schultz é exacta e que, segundo a sua descrição, se trata realmente duma doença característica».

Para alguns autores, já o dissemos, a agranulocitose não constitue uma doença autónoma, mas um modo particular de reacção a uma infecção banal. Vimos também, e o nosso caso confirma-o, que as lesões necróticas não devem ser interpretadas como porta de entrada da infecção mas como consequência do defeituoso processo defensivo do organismo, condicionado pela doença medular. E que assim é provam-no as observações de fórmulas leucocitárias de agranulocitose que precedem de alguns dias o instalar da febre e dos processos necróticos.

O isolamento de bactérias por hemocultura não é demonstrativo da natureza bacteriana da doença. Pode corresponder a uma infecção secundária a ela.

O aparecer ocasional de casos familiares não vale como comprovador da natureza constitucional da reacção dos órgãos leucopoiéticos. Não se compreende, com efeito, que tal anomalia só tenha tradução em idades avançadas e, o que nos parece mais importante, possa ser seguido, no fim de meses ou anos, por reacção leucocitária normal a qualquer infecção.

Dada a desproporção de frequência em relação ao sexo — muito maior na mulher do que no homem — Friedemann pensa que intervenham factores hormonais. Parecem depor favoravelmente a êste modo de ver as observações de Thompson, que notou, em dezassete de dezôito doentes o aparecimento dos sintomas um ou dois dias antes do início do período menstrual. H. Jackson Jr. e D. Merrill tiveram ocasião de estudar, sob êste ponto de vista, um caso crónico, notando em todos os períodos menstruais uma queda acentuada de granulocitos, embora desacompanhada de sintomas clínicos.

A idea de que a agranulocitose seja uma infecção específica por bactéria de afinidade especial para o aparelho granulocitário não está demonstrada.

Em trabalho recente, Madison e Squier chamam a atenção para a amidopirina como responsável da agranulocitose.

IODALOSE GALBRUN

iodo Physiologico, Soluvel, Assimilavel

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

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

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

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

TUBERCULOSE MEDICAÇÃO BRONCHITES

CREOSO - PHOSPHATADA

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



SOLUÇÃO PAUTAUBERGE



de Chlorhydro-phosphato de cal creosotado.

Anticarrhal e Antiseptico

Eupeptico e Reconstituente.

Todas as Affecções dos Pulmões e dos Bronchios.

É. PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople

GRIPPE

PARIS (8º)

RACHITISMO

Tratamento especifico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

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

PARIS, P. LEBEAULT & Cº, 5, Rue Bourg-l'Abbé
A VENDA NAS PRINCIPAES PHARMACIAS.

**“Ceregumil”
Fernández**

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

Contém no estado coloidal
*Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidrocarbonados
e principios minerais (fosfatos naturais).*

**Indicado como alimento nos casos de intolerâncias
gástricas e afecções intestinais. — Especial
para crianças, velhos, convalescentes
e doentes do estômago.**

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

FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA
Depositários: GIMENEZ-SALINAS & C.^a
240, Rua da Palma, 246
LISBOA

TARTROL

Indolór

Soluto aquoso de tartaro bismutato de sódio contendo
2,5 miligramas de Bismuto por cm.³ em injeções in-
tramusculares no tratamento da sífilis.

LABORATORIOS “SICLA”

Campo Grande, 298 — Lisbôa

Fornecedores da clinica da Sífilis do Hospital Escolar de Lisbôa

Preparado por: J. Pedro de Moraes e J. Pinto Fonseca

FARMACEUTICOS

Depositário: Raul Gama — R. dos Douradores, 31

LISBOA

Tem-se tentado reproduzir a agranulocitose, no animal, de vários modos (injecção de sangue de doentes, de bactérias, toxinas e substâncias tóxicas não bacterianas), sempre com resultados negativos ou aleatórios. Os trabalhos experimentais de Veit, Von Barta e Eröss são talvez os mais interessantes. Depois de terem diminuído consideravelmente o número de leucocitos de coelhos, pela administração de benzol, infectavam-nos com estreptococos, observando numerosas necroses dos órgãos internos, semelhantes às que se vêem na agranulocitose humana.

As doenças que mais se assemelham à agranulocitose são a aleuquia e sobretudo a leucémia aguda.

A aleuquia distingue-se, clinicamente, pela diátese hemorrágica, e, hematologicamente, pela diminuição de plaquetas e anemia que acompanham a pronunciada leucopénia.

Nos casos típicos o diagnóstico diferencial da agranulocitose e leucémia aguda faz-se com facilidade: existência, no sangue periférico, da leucémia de formas patológicas dos leucocitos que faltam na agranulocitose. São particularmente confundíveis as formas de linfadenose aleucémica, de evolução subaguda, ou os episódios agudos terminais duma linfadenose crónica de que se não tenha tido conhecimento.

Schultz fala da possibilidade de um quadro agranulocitário representar a primeira etapa, transitória, doutra afecção — leucémia ou aleuquia — que só o exame ulterior afirma.

Pelo facto de evolucionarem com angina necrótica podem confundir-se ainda com a agranulocitose, a febre ganglionar de Pfeiffer e a angina de células linfóides. A constatação habitual de leucocitose em qualquer destas duas afecções basta para distingui-las da agranulocitose.

A febre ganglionar de Pfeiffer, sobretudo conhecida dos pe. diatras, caracteriza-se pelo quadro clínico particular — tumefacção ganglionar generalizada, esplenomegália — preferência por indivíduos novos — 6 a 10 anos — evolução sempre favorável e aspecto epidémico.

A preferência por indivíduos novos, mas em regra já adultos, o bom prognóstico e a hiperplasia ganglionar generalizada são também características da angina de células linfóides — designação preferida por Schultz à primeiramente por êle mesmo proposta de angina monocítica — que alguns AA. pretendem

identificar como casos esporádicos de febre ganglionar de Pfeiffer.

A angina de Vincent e a difteria grave distinguem-se pela fórmula leucocitária. Pelo contrário, a demonstração do bacilo de Löffler ou associação fuso-espirilar de Vincent, não exclue a possibilidade de se tratar duma agranulocitose, situação em que aqueles agentes se podem encontrar nas necroses da naso-faringe. Recordemos, porém, que Farmakidis observou quadros agranulocíticos em doentes de difteria.

Correspondendo à elevada mortalidade da doença e ao imperfeito conhecimento da sua natureza, muitas têm sido as terapêuticas propostas.

Os soros antidiftérico e antiestreptocócico, preparados coloidais, derivados da acridina, salvarsan, terapêutica estimulante não específica, etc., foram experimentados numerosas vezes, sem êxito.

Os tratamentos que melhores resultados têm dado são: transfusão de sangue, roentgenterápia, hepatoterápia e tratamento pelos nucleotidos de pentose, adenina e guanina.

Uma primeira prevenção:

A dificuldade de apreciação dos resultados do tratamento, dada a existência indiscutível de casos raros de evolução favorável espontânea e a pouca experiência pessoal comparativa dos vários métodos terapêuticos.

Os benefícios das doses insignificantes de raios X sobre a medula óssea (1/20 da dose eritema) são atribuídos por Burgheim à acção directa sobre os órgãos hematopoiéticos, embora não se possa excluir uma acção geral.

Importa, como se compreende, para a instituição da roentgenterápia, a caracterização da doença e distinguir particularmente se se não trata dum caso de aleuquia.

Friedemann — o introdutor do tratamento radiológico da agranulocitose — e Elkeles obtiveram dêste modo, excluindo os doentes com septicémia ou broncopneumonias, resultados que se podem considerar óptimos: mortalidade inferior a 30 % em vinte casos.

Conhecida a acção inibidora das doses médias e elevadas de raios X sobre a actividade dos órgãos hematopoiéticos, compreende-se que houvesse relutância em instituir na prática essa terapêutica.

Os contraditores são numerosos. Hartwich não tem grande entusiasmo pela terapêutica radiológica da agranulocitose. As subidas do número de leucocitos, por êle observadas, foram passageiras, comparáveis às que se obtêm com injeção de proteína (leite ou omnadine).

Outros AA. (Lichtenstein, Taussig e Schnoebelen, etc.), defendem com entusiasmo êste método de tratamento.

As melhoras obtidas traduzem-se no estado geral com queda da temperatura, no quadro hematológico, e cura definitiva ou temporária. Quando a morte sobrevém, a-pesar da irradiação, a medula apresenta maior riqueza em granulocitos do que a dos casos não tratados.

A transfusão de sangue, utilizada numerosas vezes, tem dado resultados contraditórios. Emquanto Hoche (1), Zikowsky (1), Hartwich, elogiam a acção das grandes transfusões, repetidas, Bantz (1), Feer (1), Lichtenstein não se convencem da utilidade do seu emprêgo.

A injeção parentérica de extractos de fígado determina leucocitose nos doentes de anemia perniciosa [Murphy (2), Connery e Goldwater (2) e Conner (2)]. Quere dizer, a acção do fígado não se limita à eritropoiese, mas estende-se também ao aparelho leucopoiético.

Foran, Sheaff e Trimmer, primeiro, e depois Bertel von Bonsdorff, empregaram a hepatoterápia na agranulocitose. Aqueles autores americanos injectaram, por via endovenosa ou intramuscular, o correspondente a 100 gr. de fígado, cada oito a doze horas, até subida acentuada dos leucocitos, em cinco doentes, dos quais apenas um faleceu com pneumonia intercorrente.

Os dois doentes de Bertel von Bonsdorff, tratados com grandes doses de Campolon, também se curaram.

«Embora o número de casos tratados com fígado seja ainda muito reduzido, os resultados obtidos são de molde a aconselhar o seu emprêgo em doença de tão alta mortalidade e tratamento tão pouco satisfatório» (Foran, Sheaff e Trimmer).

Doan pensa que o estímulo fisiológico para a manutenção do

(1) Citados por Hartwich.

(2) Citados por Foran, Sheaff e Trimmer.

equilíbrio leucocitário é constituído por produtos de desintegração dos leucocitos.

Tal idea foi o ponto de partida para modernos trabalhos experimentais sôbre a acção terapêutica do ácido nucleínico, apreciando-se o benefício das grandes doses e descobrindo-se a fase prévia de leucopénia indesejável, antes da leucocitose (1).

Em 1924, H. Jackson Jr. demonstrou, pela primeira vez, a existência, no sangue humano normal, de nucleotidos de pentose, e mais tarde, com F. Parker, J. Rinehart e F. Taylor, utilizou-os no tratamento da agranulocitose (nucleotido K 96).

A primeira comunicação dêstes AA. refere-se ao uso do preparado em vinte casos de leucopénias acentuadas de várias etiologias.

Utilizam 0,7 gr. de nucleotido K 96, que administram por via endovenosa, dissolvido em 100 cc. de sôro fisiológico, fazendo uma injeção diária durante quatro dias. Juntamente, dão 0,7 gr. intramuscularmente até cura definitiva. A injeção intravenosa é, por vezes, seguida de reacção temporária com arrepios, dispneia, angústia e vômitos; as intramusculares não determinam qualquer reacção.

Dos vinte doentes, treze eram de agranulocitose, cinco tinham leucopénia acentuada e extrema diminuição de granulocitos por infecções várias, e dois neutropénia pronunciada e anemia secundária a envenenamento pelo benzol.

Dos treze que nos interessam, sete curaram-se.

As melhoras clínicas sobrevinham no terceiro ou quarto dia de tratamento, independentemente do tempo de duração da doença. As melhoras hematológicas, invariavelmente, entre o quarto e sétimo dia, quasi sempre no quinto.

(1) Os ácidos nucleínicos, fracção verdadeiramente especifica dos nucleoproteidos, são corpos azotados e fosforados. Por hidrólise dão: bases púricas ou xânticas (adenina, guanina, xantina e hipoxantina), bases pirimídicas (timina, citosina e uracilo), hidratos de carbono e ácido fosfórico.

A molécula do ácido nucleínico é constituída por dois nucleotidos pirimídicos e dois purínicos, ligados reciprocamente. Cada um dêstes nucleotidos é formado, por sua vez, por uma base pirimídica ou púrica com pentose e ácido fosfórico, e podem ser cindidos com libertação de ácido fosfórico e nucleosido (pentose + base púrica ou pirimídica) que por seu lado pode ser decomposto nos seus constituintes.

A constância com que a reacção hemática sobrevém no quinto dia é, segundo os autores, de grande importância. É também nessa ocasião que se observa a crise reticulocitária na hepatoterapia da anemia perniciosa e as melhoras do tratamento férrico em certos tipos de anemia hipocrômica.

O quadro hemático estava sempre normalizado no oitavo dia, excepto nos casos de envenenamento pelo benzol, e nos doentes de agranulocitose as lesões necróticas cicatrizavam simultaneamente.

Após a comunicação inicial, muitos têm sido os trabalhos publicados acêrca do resultado terapêutico da acção do nucleotido K 96, quasi todos animadores.

Em 1932 Jackson e colaboradores publicaram o resultado do tratamento em sessenta e nove casos, dos quais cinqüenta e um se curaram.

Reznikoff utilizou, em vez do nucleotido completo, um dos seus constituintes — o sulfato de adenina — em quinze casos, não complicados, com onze curas.

A-pesar da precaução com que devem ser tomadas as indicações estatísticas, baseadas em número relativamente limitado de observações, temos de convir que elas depõem francamente a favor do tratamento pelo nucleotido de pentose.

Doan atribue à granulocitose a seguinte mortalidade:

Casos não tratados.....	90 0/0
Casos tratados com transfusão....	64 0/0
Casos tratados com irradiação....	53 0/0

números que ficam bastante além da mortalidade de 30 0/0 dos tratados com nucleotido K 96 por Jackson.

BIBLIOGRAFIA

- BONSDORFF, B. VON. — Lebertherapie bei Granulocytopenie. *Klin. Woch.* N.º 30, 1934.
- DOAN, C. A. — The Neutropenic State. Its significance and therapeutic rationale. *Journ. Am. Med. Ass.* Vol. XCIX, N.º 3, 1932.
- DOXIADES, TH. — Uber Chronische Symptomenarme Agranulocytose. *Klin. Woch.* N.º 10, 1932.

- FORAN, F., SHEAFF, H., TRIMMER, R. — Agranulocytic Angina. Treatment by the use of parenteral and oral liver extract: preliminary report. *Journ. Am. Med. Ass.* Vol. C., N.º 24. 1933.
- HARTFALL, S. J. — Monocytosis and Agranulopenia, in Vincent's infection of the mouth and throat. *The Lancet.* Vol. I. N.º 12. 1934.
- JACKSON, H. JR., MERRILL, D. — Agranulocytic Angina Associated with the menstrual cycle. *The New England Journ. of Med.* Vol. CCX. N.º 4. 1934.
- JACKSON, H. JR., PARKER, F., RINEHART, J., TAYLOR, F. — Studies of diseases of the lymphoid and myeloid tissues. VI The treatment of malignant neutropenie with pentose nucleotides. *Journ. Am. Med. Ass.* Vol. XCVII. 1931.
- LICHTENSTEIN, A. — Agranulozytose (Typus Schultz). Helsingfors. 1932.
- MADISON, F., SQUIER, T. — The Etiology of Primary Granulocytopenia (Agranulocytic Angina). *Journ. Am. Med. Ass.* Vol. CII. N.º 10. 1934.
- MARRIOTT, H. L. — Agranulocytic Angina and pentose nucleotide. *The Lancet.* Vol. I. N.º 9. 1934.
- NAEGELI, O. — Tratado de hematología clinica. Trad. esp. Madrid, 1934.
- REZNIKOFF, P. — Treatment of Agranulocytosis with adenine sulphate. *Journ. of clin. investigation.* N.º 12. 1933. Referata no *Journ. Am. Med. Ass.* Vol. C. N.º 21. 1933.
- SCHILLING, V. — El cuadro hemático y su valor en la clínica. Trad. esp. Barcelona, 1931.
- SCHULTZ, W. — Sonderformen von Anginen, in *Neue Deutsche Klinik I Ergänzungsband.* Berlim, 1933.
- TAUSSIG, A., SCHNOEBELEN, P. — Roentgen treatment of Agranulocytosis. *Journ. Am. Med. Ass.* Vol. XCVII. N.º 24. 1931.
- ZINNINGER, P. — Granulocytopenia: Report of two cases. *Journ. Am. Med. Ass.* Vol. CII. N.º 7. 1934.

CONTRIBUIÇÕES
PARA A HISTÓRIA DA HIDROLOGIA PORTUGUESA
CALDAS DE MONCHIQUE

PELO

PROF. SILVA CARVALHO

(Continuado da pág. 443)

Em 30 de Março de 1878 faleceu o governador civil, cuja viagem às Caldas fôra referida com ironia, como atrás dissemos. Era António Maria Couceiro, que também fôra adjunto do enfermeiro-mor do Hospital de S. José.

Em 1861 o governador de Faro, a-pesar dos seus 70 anos, foi acusado de ter seduzido uma banhista (1).

Neste tempo começou a povoar-se parte da serra com variado arvoredado, deixando de observar-se o desolador aspecto que o lente de Física da Universidade de Coimbra denunciou depois da visita que em 1790 fêz ao Algarve. Em quasi tôda a serra notou a falta de arvoredado e só nas Caldas, onde esteve a 28 de Novembro, encontrou alguns pinheiros nascidos nas fendas das rochas (2).

Em 1882 levantou-se uma grande questão sôbre a direcção médica das Caldas de Monchique.

O médico António Frederico Gomes, que se formara em Coimbra em 1876, foi provido, meses depois da sua formatura, no partido municipal de Lagoa, onde se conservou até Dezembro de 1877. Tendo nesse tempo vagado o lugar de médico das Caldas, concorreu e foi provido. Nos princípios de 1886 requereu aumento de ordenado, que era de 480\$000 réis, para 700\$000;

(1) *Asmodeu*, de 1861, n.º 5, 13 e 20.

(2) *Jornal de Coimbra*, vol. I, pág. 248 e 406.

o governador civil de Faro atendeu o pedido e mandou abrir novo concurso, a que concorreu apenas Frederico Gomes. Ainda não terminara o prazo do concurso, o governador civil foi substituído por outra pessoa de feição política diversa, que mandou suspender o concurso e promoveu que a Câmara Municipal de Monchique o abrisse de novo para o partido da vila e para o serviço dos banhos, isto sem previamente demitir Frederico Gomes.

Concorreu apenas Bentes Castelo-Branco, que foi provido. Tendo aquele médico recusado entregar o lugar e instando pela sua demissão, que devia servir-lhe de base para o recurso que pretendia interpor, foi ameaçado pelo governador civil que fizesse a entrega, sob pena de procedimento criminal, o que fez, e Bentes Castelo-Branco tomou posse do partido de Monchique e do serviço das Caldas. Tendo Augusto Rocha, na *Coimbra Médica* (1), verberado este procedimento, respondeu Bentes Castelo-Branco, pretendendo defender-se e à autoridade administrativa.

Em 1886 L. A. G. A. Germond de Lavigne, director da *Gazette des Eaux* e sócio da Sociedade de Geografia de Paris, visitou o Algarve e esteve em Monchique (2), não, como êle disse, para fazer estudos geológicos, mas para melhorar o seu *Itinéraire d'Espagne et Portugal*, que depois, com o título de *Guia* destes países, saiu na *Collection des Guides-Joanne*. Voltando a Paris, fez, na Sociedade de Geografia, a comunicação *Excursion aux Caps Saint-Vicent et Sagres* (3), mas nem nesta nem no *Guia* nada diz sobre as Caldas.

O bacharel José Virgolino Carneiro, governador civil de Faro, editou, em 14 de Março de 1891, um novo *Regulamento* para harmonizar as disposições regulamentares dispersas e alterações posteriores ao de 28 de Fevereiro. Continuava o director não técnico, que vencia 400.000 réis e o médico, provido por concurso, só tinha casa gratuita de 1 de Abril a 30 de Setembro, tempo em que era obrigado a residir ali, e vencia 45.000 por mês durante os seis meses. O restante pessoal constava de ca-

(1) *Coimbra Médica*, de 1882, págs. 178, 195, 205 e 267.

(2) *O Patriota*, de Monchique, n.º 1.

(3) *Comptes rendus de la Société de Géographie de Paris*, de 1886, págs. 585, 589-595. Saiu também em separata de 7 págs.

STAPHYLASE do D^r DOYEN

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

Tratamento especifico das Infeções Staphylococcicas :
ACNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ, etc.

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

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

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

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

ASSOCIAÇÃO DIGITALINE-OUABAINÉ

DIGIBAÏNE

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

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

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:
GIMENEZ-SALINAS & C^a.
RUA DA PALMA, 240-246 — LISBOA

LISBOA MÉDICA

BISMUTO TERAPIA
DA
SIFILIS
por
via intramuscular

**NEO-
GARDYL**

SOLUÇÃO OLEOSA
de butiltiourate de bismuto

INJEÇÕES INDÓLORES
ELIMINAÇÃO LENTA E CONTINUA

*A presença do enxofre na molécula
pelas suas propriedades anti-tóxicas,
favorece a acção terapéutica.*

Empotas de 1 cc. $\frac{1}{2}$
contendo 0,075 de
Bismuto metal
Caixas de 12 empotas

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA

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

pelão, mordomo, guarda-livros, jardineiro, serventes, enfermeiros e enfermeiras, lavadeira e marcador de bilhar.

O médico podia receber dos frequentadores dos banhos 500 réis por cada visita de dia e 17000 réis pelas de noite, havendo redução de metade para os que ocupavam os *quartos de barras*, os mais pobres dos doentes pagantes.

Competia-lhe, além da consulta gratuita que devia preceder o uso dos banhos, e do tratamento, também gratuito, dos pobres, a organização do registo e estatística e ter à sua guarda o gabinete farmacêutico, que fornecia de graça medicamentos aos pobres, e pelo seu custo, aumentado de 5%, a todos os outros.

Os pobres só eram admitidos de 1 de Julho a 30 de Setembro e demoravam-se apenas oito dias, não contando o dia da chegada e o da partida, salvo em casos excepcionais. Ao sair recebiam 200 réis e, se não podiam fazer a viagem a pé, pagava-se-lhes uma cavalgadura que os conduzisse à Misericórdia mais próxima.

Regularam-se as dietas, a contabilidade, modo de proceder à administração dos bens do estabelecimento, etc., e ao mesmo tempo promulgaram-se as disposições referentes ao funcionamento da casa de recreio. Vários modelos de escrita e estatística acompanhavam este *Regulamento*.

Provavelmente com fins eleitorais, tinham sido criados tantos lugares novos, o que vinha desequilibrar as finanças do estabelecimento; por isso se reconheceu que esta organização não podia prevalecer. Tendo sido revogado este diploma, para se restabelecer a vigência do anterior, foram adoptadas outras providências, que depois foram codificadas no *Regulamento* de 30 de Novembro de 1892, da autoria do governador civil, conselheiro Júlio Lourenço Pinto. Do pessoal desaparecia o director leigo, o capelão e o guarda-livros. A época balnear ia apenas de 1 de Maio a 30 de Setembro, sendo os pobres admitidos de 4 de Julho a 20 de Setembro. O médico, que fazia as vezes de director, era obrigado a residir no estabelecimento durante estes cinco meses e no resto do ano teria de residir em Monchique, Portimão ou Lagos. Tinha de prestar fiança de 5007000 réis e competia-lhe a escrituração dos livros e estatísticas. A esmola dada aos pobres, quando terminavam o seu tratamento, ficava reduzida a 100 réis e tinham direito, quando lhes sobreviesse moléstia que exigia

outro tratamento, a serem conduzidos a um dos hospitais de Monchique, Portimão ou Silves.

O distinto geólogo Prof. Pereira e Sousa afirma (1) que nas Caldas de Monchique parece haver concordância entre a sienite e os xistos, mostrando-se aquela por cima dêstes, mas existindo realmente a concordância só em parte entre uma apófise da sienite e os xistos. Considera a serra como um batólito inclinado que produziu uma larga auréola metamórfica. A erosão deixou do anticlinório alguns retalhos de xistos no meio das sienites. Contra a opinião de outros cientistas que estudaram a serra, êste professor considera o grande vale que a divide como vale tectónico, achando provável que a origem das termas provenha de acidentes desta natureza, de maneira que se explicaria o aparecimento das águas pela produção duma falha.

Nas Caldas, diz o mesmo professor, parece haver concordância entre a sienite e os xistos, apresentando-se aquela por cima dêstes, mas ao norte a disposição é contrária. E publicou um esbôço de corte, mostrando que a concordância existe só em parte, entre uma apófise da sienite e os xistos (2).

Em 15 de Outubro de 1897 Monchique recebeu a visita (3) de S. M. el-rei D. Carlos e da Senhora D. Amélia de Orleans. Por esta ocasião o médico das Caldas organizou uma exposição de objectos fabricados naquela região e de medicamentos e vestuário segundo o sistema Kneipp, que estava sendo ali empregado. O mesmo clínico começou a publicar, em 1898, a revista *A Saúde*, que nos nove anos que durou defendeu os princípios do naturismo e publicou algumas notícias interessantes sobre esta estância hidromineral, assim como as observações meteorológicas ali realizadas.

Aqui termina a crónica moderna das Caldas de Monchique. Daqui por diante resta fazer a história contemporânea.

(1) *La Serra de Monchique* in *Bulletin de la Société Géologique de France*, de 1926, pág. 331-3. Saíu também em separata de 24 × 16,5, com 30 págs. e figuras.

(2) Monchique não pode deixar de consagrar o nome dêste cientista, a quem tanto deve.

(3) Neste ano publicaram-se no *Ocidente*, pág. 232, e no *António Maria*, n.ºs 449 e 491, algumas ilustrações que os curiosos da iconografia das Caldas devem arquivar.

Revista dos Jornais de Medicina

Osteomielite aguda. (*Acute osteomyelitis*), por JOHN FRASER. — *Brit. Med. Jour.* 22 de Setembro de 1934.

As considerações que o autor apresenta tocam alguns dos pontos mais rebatidos do assunto, especialmente os que se referem ao problema da sua patologia e tratamento.

O autor julga poder explicar a localização metafisária do processo inflamatório pela disposição particular que aí apresenta o tecido retículo-endotelial. O tratamento operatório deve ser, ainda na opinião do autor, pouco contundente e sem grandes mutilações ósseas. A incisão perióstica, a perfuração múltipla do tecido ósseo até a medula e os pensos antisépticos constituem, a-par das medidas de tratamento geral, as bases de tratamento operatório da osteomielite. Outras intervenções, com ablação extensa de tecido ósseo e desnudamento amplo da sua medula, diminuem as condições de defesa local do processo inflamatório, permitem a sua difusão por vezes e agravam quasi sempre o prognóstico da doença. Estes processos têm indicação nos casos em que a diafise se necrosou e em que é necessária a sua eliminação mais ou menos extensa.

Um tratamento médico auxiliar de valor é o das transfusões de sangue de dadores vacinados com o estafilococo. As transfusões de sangue de indivíduos normais têm um efeito menos pronunciado.

Na estatística dos casos do autor, num total de cinquenta e seis casos observados no decurso de doze anos, a mortalidade foi de 23,2 %. Nos casos fatais houve septicémia progressiva e pieumia terminal.

MORAIS DAVID.

Disenteria experimental produzida pela introdução de «*bacterium dysenteriae*» (Flexner) em segmentos isolados do intestino grosso, nos macacos. (*Experimental dysentery, produced by introducing bacterium dysenteriae (Flexner) into isolated segments of the colon of monkeys*), por G. M. DACK e ELISABETH PETRAN. — *The Jour. of Infect. Diseas.* Julho e Agosto de 1934.

Os macacos contraem espontaneamente a disenteria, mas, não obstante tal particularidade, estes animais deixam-se infectar experimentalmente com dificuldade. Os autores provocam a infecção por processo que descrevem e concluem assim:

O *bact. dysent.* (Flexner) foi inoculado em porções isoladas do cólon de

macacus rhesus adultos. As estirpes inoculadas, frescas e virulentas, produziram infecção dos segmentos de intestino isolados, com uma profusa descarga de muco-sangue. A reacção geral do organismo traduziu-se pela anemia, perda de apetite, leucopenia, emmagrecimento e prostração.

Os sintomas agudos apareceram ao fim de quarenta e oito horas e duraram três para quatro dias. Num período de sete dias distinguiram-se os sinais inflamatórios locais e os sintomas gerais. Aglutininas desenvolveram-se no sêro dêstes animais, específicas para o *bact. dysent.* Os agentes microbianos não específicos que existiam na ansa isolada, antes da inoculação experimental, continuaram a pulular durante o decurso da infecção disentérica.

MORAIS DAVID.

Eliminação da «brucella abortus» pelo leite das vacas porta bacilos.

(*Elimination of brucella abortus with the milk of carrier cows*), por REDVERES THOMPSON. — *The Jour. of Infect. Diseases.* Julho e Agosto de 1934.

O leite de dez vacas que nunca haviam apresentado sintomas de abôrto infeccioso, mas que tinham no sêro aglutinações positivas com diluições de 1/50 até 1/500, foi examinado para pesquisa do *brucella abortus*, pelo método directo das placas de Petri e pela inoculação à cobaia.

Os resultados indicam que a inoculação é um pouco mais rigorosa do que a cultura directa em placas de Petri.

MORAIS DAVID.

Imunização activa contra a infecção tetânica por meio do toxóide.

(*Active immunisation against tetanus infection with tetanus toxoid*), por D. H. BERGEY. — *The Jour. of Infect. Diseases.* Julho e Agosto de 1934.

O toxóide tetânico aluminado tem uma actividade imunitária maior do que os toxóides tetânicos sem álumen.

O toxóide tetânico tem um valor puramente profiláctico. O seu valor terapêutico, no período de infecção declarada, é nulo.

MORAIS DAVID.

Estudos acerca dos nódulos miocárdicos de Aschoff. Classificação descritiva das lesões. (*Studies of the myocardial Aschoff body. Descriptive classification of lesions*), por LOUIS GROSS e JOSEPH C. EHRLICH. — *The Am. Jour. of Path.* Julho de 1934.

Antes de iniciarem a sua contribuição pessoal neste assunto e que visa particularmente o estudo histológico dos nódulos intersticiais do miocárdio, os autores apresentam uma longa resenha da evolução dos conhecimentos referentes a estas lesões. O estudo dos autores tem por base a observação de setenta corações de doentes, sem outras doenças que não fôsem reumatismas.

Discussão e sumário :

O estudo descritivo das lesões histológicas tem um duplo fim: primeiro,

Um notável progresso em dietética
da primeira infância

Nestogéno

LEITE em pó D'AVANCA Fórmula NESTLÉ

«Nestogéno» é o extrato do melhor leite de vaca, obtido por secagem imediata.

Hidratos de Carbono: «Nestogéno» contem quatro espécies diferentes de açúcar: a lactose do leite fresco original, a sacarose, a maltose e a dextrina.

Vitaminas: O processo de fabrico assegura no «Nestogéno» a máxima persistência das propriedades bioquímicas do leite fresco.

Indicações: O «Nestogéno» é um excelente alimento do lactante privado do seio materno. Tem também as suas indicações em todos os casos de hipotrofia, hipotrepisia e atrepisia, de debilidade congénita, de prematuração, nos períodos de readaptação alimentar, nas diferentes perturbações digestivas: vómitos, diarreia, dispepsias gastro-intestinais e nos casos de intolerância do leite materno ou do leite de vaca.



Pedidos de Amostras à

SOCIEDADE DE PRODUTOS LÁCTEOS

Concessionária exclusiva dos produtos

Nestlé

PORTO

Rua Formosa, 380-384

AVANCA

Portugal

LISBOA

Rua Ivens, 11, 13



“Eledon”

BABEURRE

em pó

NESTLÉ

O ELEDON, alimento dietético dos lactantes, das crianças doentes ou mesmo com saúde, e dos adultos, é um Babeurre em pó, cuja acidificação se obteve por uma cultura seleccionada de fermentos lácticos.

INDICAÇÕES: O **Eledon** tem as mesmas indicações que o babeurre fresco:

LACTANTES E CRIANÇAS DA 1.^a INFANCIA: Diarreias, disenterias, intolerância pelo leite e distrofias, lesões cutâneas, principalmente eczemas rebeldes e o eritema de repetição. Píloro-espasmo. Alimentação mixta das crianças, especialmente das prematuras.

CRIANÇAS DA 2.^a INFANCIA E ADULTOS: Gastrites, diarreias vulgares ou desintéricas, convalescença da febre tifoide, perturbações do fígado, curas de emagrecimento, prisão de ventre

VANTAGENS: O **Babeurre Eledon** oferece as seguintes vantagens: Preparação fácil e imediata. Composição sempre constante. Quantidade de matérias gordas suficientes para garantir uma alimentação normal. Completa garantia bacteriológica. Perfeita Conservação durante muitos meses.



Pedidos de Amostras à

SOCIEDADE DE PRODUTOS LÁCTEOS

Concessionária exclusiva de produtos

Nestlé

PORTO
R. Formosa, 380-384

AVANCA
Portugal

LISBOA
R. Ivens, 11-13

preparar o terreno para ulteriores investigações que se esforcem por esclarecer o ciclo evolutivo dos nódulos de Aschoff; segundo, reduzir a controvérsia na morfologia dos nódulos de Aschoff, mostrando que enquanto estas lesões aparecem numa variedade de formas definitivamente reconhecíveis e apesar disso, cada uma delas encerra aspectos característicos que justificam a sua especificidade como lesão reumatismal.

A parte descritiva dêste estudo, que é largamente dedicada à destrinça de várias categorias nos nódulos de Aschoff, sugere também uma terminologia aproveitável para estudos futuros.

Ao passo que as lesões iniciais do reumatismo, constituídas pela tumefacção colagénica e infiltração leucocitária, não podem ser tomadas como reacções específicas no reumatismo agudo, os outros tipos descritos e que correspondem a fases mais avançadas da evolução destas lesões, parecem absolutamente específicos e diferem por completo das lesões encontradas, por exemplo, na escarlatina, na endocardite subaguda e em outros processos inflamatórios do coração.

A-par dêste estudo, investigaram-se também outras particularidades histológicas (fibras reticulares argentofílicas, citoplasma, colagénico, características nucleares e células gigantes) encontradas em outras lesões, tais como na sífilis, tuberculose, doença de Hodgkin, etc., mas nunca as dificuldades foram grandes na diferenciação dos nódulos de Aschoff destas outras formações patológicas não reumatismas.

MORAIS DAVID.

Estudos acérca dos nódulos miocárdicos de Aschoff. Ciclo evolutivo, sede de predilecção e relação com o decurso clinico do reumatismo. (*Studies on the myocardial Aschoff body. Life cycle, sites of predilection, and relation to clinical course of rheumatic fever*), por LOUIS GROSS e JOSEPH C. EHRLICH — *The Am. Jour. of Path.* Julho de 1934.

Em outro estudo, a que já fizemos referência, os mesmos autores encaram uma classificação dos nódulos de Aschoff baseada no aspecto histológico das lesões ou seja no arranjo diferente que affectam os seus componentes, colagénico, fibras conjuntivas, citoplasma e núcleos.

Este novo trabalho pretende trazer uma contribuição à natureza dos nódulos miocárdicos de Aschoff no que se refere ao seu ciclo evolutivo, sede de predilecção, frequência e relação com o decurso clínico do reumatismo. No coração é no meio do tecido conjuntivo mais laxo, entre os feixes miocárdicos, que a evolução dos nódulos, com as suas várias metamorfoses, se pode mais facilmente observar. Os nódulos do miocárdio representam uma lesão de valor específico absoluto, cujo aspecto é de certa forma especial e diferente do das lesões congéneres espalhadas por outros órgãos.

Nas primeiras fases, a tumefacção colagénica e a proliferação das células mesenquimatosas são a base da formação nodular; e a mais importante das lesões é da substância colagénica.

As fases ulteriores mostram sucessivamente aparição de fibroblastos (metamorfose celular das células de Aschoff) e transformacção da substância

colagénica nas formações fibrilares. Os autores apresentam uma classificação destas metamorfoses evolutivas em sete tipos, de que descrevem os caracteres histológicos: 1) tipo coronal de pequenas células; 2) tipo coronal de grandes células; 3) tipo coronal sincicial; 4) tipo reticular; 5) tipo de mosaico; 6) tipo polarizado; 7) tipo fibrilar.

Os nódulos de Aschoff assentam, principalmente, nos sítios em que abunda o colagénico, quer dizer, entre os feixes miocárdicos, no tecido fibro-elástico à volta dos vasos e no endocárdio.

MORAIS DAVID.

A reacção de fixação do complemento no sangue e no líquido sinovial de doentes com artrites gonocócicas. (*The gonococcal Complement fixation test in the blood and synovial fluid of patients with arthritis*), por WALTER K. MYERS e CHESTER S. KEEFER. — *The New England Jour. of Med.* 19 de Julho de 1934.

A reacção de fixação do complemento, feita com o sangue e líquido sinovial de doentes com artrites gonocócicas (quarenta e três casos) e de doentes com afecções articulares de outra natureza (cento sessenta e seis casos), foi positiva em 86% dos casos de artrites gonocócicas e apenas dois dos soros de setenta e um doentes com afecções articulares não específicas deram reacções positivas.

Os resultados da reacção, com o sêro ou com o líquido sinovial, são equivalentes.

MORAIS DAVID.

Etiologia da epidemia de encefalite de 1933 em S. Luiz (U. S. A.). (*Etiology of the 1933 epidemic of encephalitis*), por R. MUCKENFUSS, C. ARMSTRONG e L. T. WEBSTER. — *Jour. of American Med. Ass.* Vol. CIII. N.º 10. Setembro de 1934.

Um vírus que parece ser o agente de epidemia de encefalite ocorrida em S. Luiz (U. S. A.) em 1933, foi isolado em dois laboratórios diferentes por diversos investigadores. Êste vírus é patológico para o macaco e para o ratinho branco, sendo diferente dos outros vírus previamente conhecidos. A quantidade de estirpes semelhantes isoladas de casos diferentes e a neutralização do vírus pelo sêro de convalescentes de encefalites desta epidemia, mas não pelo sêro de indivíduos em via de cura de outras doenças, justifica a conclusão de ser êste vírus o agente etiológico desta epidemia.

ALMEIDA LIMA.

O problema da encefalite epidémica. (*The encephalitis problem*), por JOSEPHINE G. NEAL. — *Jour. of American Med. Ass.* Vol. CIII. N.º 10. Setembro de 1934.

A epidemia de encefalite, em S. Luiz e Kansas City (U. S. A.), no verão de 1933, deu ocasião a numerosas investigações sôbre o problema das ence-

falites epidêmicas, cujo relato tem aparecido disperso em vários jornais norte-americanos. De alguns já aqui temos dado indicações. O presente artigo pertence à mesma série, procurando a autora fixar as principais características do problema que nos põem a etiologia, a patologia e terapêutica das encefalites. A autora formula cinco interrogações, cujas respostas, a poderem dar-se, tornariam claro o nosso conhecimento das encefalites. As respostas são portanto apenas parciais, tentando mostrar os esclarecimentos trazidos pelas investigações a que se prestou a última epidemia americana.

A primeira interrogação seria: ¿Porque estaria a encefalite oculta durante tantos anos e só então apareceu, com as suas terríveis conseqüências? Não é possível por-ora encontrar resposta aceitável.

A segunda pergunta poderá ser assim formulada: ¿Que relação, se alguma existe, haverá entre as várias explosões epidêmicas e os vários tipos de infecções agudas do sistema nervoso e quais as relações com os vários vírus encontrados? Desde os primeiros casos descritos em 1915, na frente francesa, várias eclosões epidêmicas de encefalite ou de encéfalo-mielite têm sido descritas. Os primeiros a isolarem um vírus considerado como o possível agente foram Gay e Holden, o chamado vírus W.

Noutras epidemias foram isolados outros agentes, sendo a epidemia de S. Luiz a primeira em que se estabeleceu com segurança qual o vírus patogénico.

Do conjunto dos estudos etiológicos podemos concluir que, ao contrário do que se julgava, devem existir vários agentes capazes de provocar encefalites agudas. Contudo, estes agentes devem pertencer ao grupo dos vírus filtráveis neurotropos, semelhantes ao vírus herpético. A autora discute aqui também o problema das encefalites da vacina e das doenças eruptivas e das suas prováveis relações com a encefalite epidêmica.

A terceira interrogação é a seguinte: ¿Qual é o mecanismo do desenvolvimento do período crónico da encefalite? Quando foram observados os primeiros casos crónicos de encefalite (parkinsonismo) julgou-se serem êsses sintomas a tradução das lesões cicatriciais da fase inflamatória aguda

Mas a marcha progressiva da doença, na maior parte dos casos, e o facto dos sintomas crónicos aparecerem muitas vezes após um período de cura aparente (por vezes de dez a catorze anos), levam a pensar que se trata de uma infecção apagada e atenuada, mas cuja acção se continua. Os sintomas crónicos aparecem, por vezes, após um trauma, acidente ou choque moral, mas na maioria dos casos não se encontra nenhum agente provocador dêstes tipos. A autora cita um caso da sua observação em que durante a evolução de um parkinsonismo crónico se manifestaram, por três vezes, e a grandes intervalos, sintomas de infecção encefalítica aguda.

A quarta interrogação diz respeito ao tratamento. A autora mostra-se optimista, esperando para breve o estabelecimento definitivo do agente patogénico, tornando assim possível uma terapêutica racional e eficaz.

¿Que providências se tomaram e se devem tomar para a hospitalização dos doentes na fase crónica da encefalite (parkinsonismo)? *É a quinta interrogação.* Nos Estados-Unidos existem algumas dezenas de milhares dêstes

doentes, sem possibilidade de tratamento em suas casas. A maior parte encontram-se em hospitais gerais ou não hospitalizados.

A autora insiste na necessidade de organização de instituições especializadas, não só para tratamento destes doentes, que sempre beneficiam com uma terapêutica sintomática, fisioterapia e aproveitamento adequado das suas possibilidades de trabalho, mas também para o estudo desta doença que tanto ainda se ignora.

ALMEIDA LIMA.

Epidemiologia da encefalite epidémica. Tipo S. Luiz. (*Epidemiology of epidemic encephalitis. S. Luis type*), por J. O. LEAKE, E. K. MUSSON e H. D. CHOPE. — *Jour. of American Med. Ass.* Vol. CIII. N.º 10. Setembro de 1934.

A forma da doença, na epidemia de S. Luiz, foi diferente da dos casos esporádicos da doença de Economo, mas muito parecida com a do tipo B da epidemia japonesa de 1924 e quasi idêntica à dos casos observados em 1933 em Paris.

Os casos foram relatados com bastante precisão e com descrições suficientemente completas.

A percentagem de casos na área atingida foi de cem por centena de milhar de habitantes.

Sessenta e nove por cem mil na cidade, duzentos e doze por cem mil no campo.

Não se notou predilecção por sexo ou côr.

Notou-se um acentuado aumento das percentagens, tanto de incidência como de mortalidade com a idade.

A percentagem de mortalidade foi maior na cidade do que no campo.

O período de incubação deve ter variado entre nove e catorze dias, com possibilidade, nalguns casos, de limites ainda mais afastados.

Foi notável a raridade de casos múltiplos na mesma família, assim como a de casos óbvios de contacto directo.

Entre aglomerações a disseminação fêz-se evidentemente por contágio humano; mas no que diz respeito ao contágio individual, a susceptibilidade do indivíduo, na qual a idade tem grande influência, parece ter mais importância do que o contágio.

A doença, na sua forma típica, parece ter uma limitação sesonal.

Pôde-se averiguar não serem agentes de transmissão nem a água nem o leite.

Experiências entomológicas com o mosquito, como possível agente, foram negativas.

ALMEIDA LIMA.

Os raios X no tratamento das meningites, por H. HIPPE e F. LICKINT. — *Klinische Wochenschrift.* N.º 13. Julho de 1934.

Uma revisão da literatura trouxe aos AA. a convicção dos benefícios da roentgenterapia nalguns casos de meningite serosa.

As opiniões divergem ainda quanto ao emprêgo dos raios X nas meningites tuberculosas, mas a quasi totalidade daqueles que os têm experimentado relatam resultados sempre desfavoráveis.

A meningite cérebro-espinal epidêmica, principalmente nas suas formas crônicas e subcrônicas, parece sofrer, porém, uma influência favorável dos raios X. Os AA. relatam um caso em que, num homem de 24 anos, após apresentar sintomas meníngeos agudos de grande intensidade, nada melhorados pela punção lombar e pelo tratamento usual, a doença se arrastou vários meses, tomando o aspecto da meningite espinal crônica. Visto tôdas as terapêuticas até então empregadas não terem dado resultados favoráveis, foi decidido recorrer à roentgenerapia. Os AA. indicam as doses e a técnica da irradiação. O doente foi submetido a quatro séries de sete sessões de tratamento, em três meses. Como resultado, obteve-se precocemente redução das dores na coluna vertebral; mais ou menos a meio do tratamento, a febre começou a decrescer e o apetite a aumentar. O doente aumentou de pêso e a velocidade de sedimentação (Westergren) baixou de 48 para 16 mm. Passados dezasseis meses, o doente teve alta, estando apto para trabalhar. Após dois anos não houve qualquer piora ou recaída. Os AA. recomendam a roentgenerapia em casos semelhantes de meningite crônica.

ALMEIDA LIMA.

Degenerescência espinocerebelosa subaguda nos velhos. (*Subacute Spinocerebellar Degeneration in Elderly patients*), por J. G. GREENFIELD. — Brain. Vol. 57. Pág. 161. Junho de 1934.

Greenfield apresenta dois casos de degenerescência espinocerebelosa. A doença manifestou-se em dois doentes, um de 66, outro de 57 anos de idade, tendo um decurso rápido, com terminação fatal dentro de três e sete meses, respectivamente. Em ambos os doentes as dores nas pernas constituíram o sintoma precoce mais importante; rapidamente sobreveio fraqueza e ataxia nos braços e pernas, diarreia e acentuado empobrecimento mental. Nistagmo duvidoso ou ausente; não foi notada qualquer perturbação de sensibilidade. Pleucitose e aumento de proteínas no líquido céfalo-raquidiano de ambos os doentes.

Anátomo-patologicamente, as lesões caracterizavam-se por degenerescência das vias medulares longas, principalmente das colunas dorsais e das vias cerebelosas, com degenerescência precoce das vias piramidais. Notavam-se, no cerebello, grandes lesões das células de Puskinje, ao passo que a camada granular estava pouco atingida pelo processo. Os pedúnculos cerebelosos superiores e as vias longas do teto do eixo cerebral apresentavam também lesões no segundo caso. O núcleo de Luys e as fibras entre esta formação e o corpo estriado encontravam-se lesados em ambos os casos. A substância negra, o núcleo vermelho, os núcleos pontinos e as olivas cerebelosas, assim como o córtex cerebral, estavam intactos. Em ambos os casos era evidente a infiltração perivascular na vizinhança das vias lesadas.

ALMEIDA LIMA.

A-propósito das «falsas ciáticas». Estudo do doze casos de sacro-coxalgia. (*A propos des «fausses sciatiques». Étude de douze cas de sacro-coxalgie*), por CH. LASSERRE. — Réunion d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil Moteur de Bordeaux. 23 de Mars 1933. *Journal de Médecine de Bordeaux*. 10 de Junho de 1933.

Duas sacro-coxalgias da infância (5 e 13 anos de idade); dez casos observados no adulto; cinco tinham tido o início antes dos vinte anos. Os sintomas reveladores foram os mais diversos: perturbações do andar (dois casos); radiculalgia lombo-sagrada (sete casos); abscessos (três casos). A rigidez lombar foi observada em três casos: dois de Mal de Pott lombo-sagrado associados, um de coxalgia bilateral. O estudo clínico e anátomo-radiográfico prova: que se pode observar uma sacro-coxalgia do tipo adulto na criança; que a sacro-coxalgia existe frequentemente isolada; que se podem encontrar formas associadas, senão propagadas (mal de Pott lombo-sagrado, coxalgia). A evolução foi favorável na maior parte dos casos. Os critérios para afirmar a cura são bastante difíceis de definir: quatro doentes, entre doze, estão actualmente curados após imobilização absoluta durante três anos, dois anos e dois anos e meio. Duas complicações graves, entre os que estão ainda em tratamento. Uma paralisia do ciático popliteu externo com pé boto paralítico. Um abscesso enorme do psoas iliaco, infectado espontaneamente, que teve de ser largamente drenado por via iliaca. Num caso de sacro-coxalgia antiga, que se tornou dolorosa, uma imobilização absoluta durante três meses num colete gessado, foi seguida dum bom resultado.

MENESES.

Terapêutica das helmintiasas na infância. (*Terapeutica de las helmintiasis en la infancia*), por CARLOS LÓPEZ-NEYRA e ANTONIO GALDÓ (Granada). — *Pediatría y Puericultura*. N.º 12. Ano II. Págs. 287-296. Setembro de 1934.

Trabalho do Instituto Helminológico da Universidade de Granada, em que se apresentam as normas terapêuticas gerais da medicação anti-vérmica na infância e que sintetizam um certo número de princípios cujo conhecimento é indispensável ao clínico e que nem sempre está presente. Resumimos.

O tratamento imposto, sendo possível, deve ser feito sobre a base dum agente farmacológico específico ou de notável selectividade. Os estudos experimentais e as observações clínicas têm demonstrado que para cada espécie existe quasi sempre um medicamento de melhor relêvo, isto é, que de todo o arsenal terapêutico devemos escolher aquele que pela sua acção seja mais activo sobre a determinada espécie biológica. Trabalhos experimentais dum dos AA. (López-Neyra) confirmam e ampliam as observações de outros helminólogos, demonstrando *in vitro* a afinidade e acção tóxica dos diversos medicamentos sobre diferentes helmintas num meio de sêro de Ringer ou suco intestinal. Assim, viu-se que o tetracloreto de carbono e o seu análogo tetracloritena são os agentes mais activos contra a anquilostomiase, e já não tanto na ascarirose em que o óleo de chenopódio e a santonina dão a sua

máxima acção, ao passo que a santonina é inactiva na dicranoteniase e em geral nas parasitoses por cestodos, assim como se viu que os arsenicais têm uma acção satisfatória sobre as tricocefaloses, etc.

Portanto, seguindo de pleno acôrdo a farmacologia e a clínica no sentido duma especificidade terapêutica, devemos empregar o agente farmacológico mais indicado.

O tratamento deve ser fundamentado e racional, tendo em conta as principais características do verme. Os tratamentos serão diferentes conforme a localização dos parasitas. Quando se encontrem livres no lumen intestinal, a ingestão do medicamento vermífugo e subsequente acção expulsiva é o que está indicado. Não é assim quando a localização é outra, tal como as vias biliares, apêndice, intimidade de certos órgãos ou cavidades orgânicas, onde o vermífugo não actua com eficácia.

Analogamente, quando o parasita tem parte, ou todo o seu corpo, não livre mas encastado na espessura da mucosa intestinal (tricocefalose, anguilulose, etc.), a medicação vermífuga é mais racional que a vermífuga, ante a qual fracassamos.

Pelo mesmo motivo teremos também em conta não só o medicamento eleito como também a mais conveniente forma de administração, e será preferida a via oral, duodenal, rectal, parenteral, segundo a indicação.

Em certos casos será necessário escolher um adequado modo de preparação farmacêutica, sendo conveniente, em algumas verminoses intestinais, proteger o medicamento por meio de envólucros pouco solúveis ou insolúveis no estômago, mas que, pelo contrário, o libertem no intestino delgado, onde deve começar a sua acção, evitando as absorções anteriores; isto permite, além disso, uma dosificação exacta, necessária em face de todo o antihelmintico de alguma toxicidade, mais pronunciada na prática infantil, e daí a conveniência do uso, em crianças mais crescidas, de cápsulas de gelatina endurecida pelo formol, modo preferido na administração do óleo de chenopódio, tetracloro de carbono, hexilresorcinol, ou queretinizados nos produtos especializados de violeta de genciana.

Outra condição deve ser tomada em conta no tratamento racional e que é a de tomar tôdas as precauções necessárias para conseguir não só a expulsão ou destruição das formas adultas como também a das fases iniciais ou intermediárias de evolução do ciclo biológico do verme, pois de contrário não só as parasitoses seguem, como também têm períodos de recrudescência, após uns períodos de maior calma, parecendo ineficaz a terapêutica prescrita. Em resumo, evitaremos os tratamentos incompletos.

Do mesmo modo, ante as dificuldades em conseguir uma deshelmintização perfeita, que acabe com todos os vermes existentes, aconselham os AA. a repetição do tratamento, quasi sempre única forma de consolidar o bom resultado, pois salvo no caso em que a helmintíase termina a seguir à expulsão do único ou dos poucos vermes existentes (tenia solium, saginata, botriocéfalo, etc.), nos demais casos, que são os mais correntes, a helmintíase é determinada pela presença dum elevado número de vermes, centenaes e até milhares; segundo a espécie. Na ascaridíose, por exemplo, em que pode haver cem ou mais lombrigas (posto-que o corrente é que não chegue a tal

número), é costume prescrever o tratamento pela santonina em três porções em dias consecutivos, e em muitos casos não basta. Evitar, pois, os tratamentos curtos e insuficientes e preferir os tratamentos prolongados e repetidos com intervalos fixados para cada caso.

É preciso ter presente, ao instituir-se o tratamento, a idade e o estado normal ou patológico da criança. A idade da criança deve ser sempre tomada em linha de conta, pois a dosagem é feita sobre essa base, devendo-se ser muito meticoloso nisso, pois os acidentes tóxicos podem aparecer facilmente quando essa norma fundamental fôr desprezada.

A primeira infância merece uma consideração especial. Sem serem nela frequentes as helmintiasas, existem e colocam diante de si o problema do tratamento. Devem-se ou não se devem tratar as helmintiasas nos lactantes?

Pode pensar-se que diante da fragilidade do organismo nessa idade, seja perigoso o manejo de medicamentos activos e facilmente tóxicos, o que não autoriza a desprezar o tratamento, sobretudo nos casos em que o síndrome se possa atribuir com segurança a uma etiologia parasitária. Para isso há medicamentos que são perfeitamente tolerados pela criança nos primeiros anos de vida, e sobre essa base se pode instituir o tratamento.

Também devemos ter em conta se a criança é sã ou se, pelo contrário, apresenta perturbações ou doenças que devam constituir uma contra-indicação absoluta para os medicamentos. Assim, por exemplo, succede nas crianças com cardiopatias, nos nefropatas e nos que têm algumas doenças hepáticas graves, como a cirrose, as insuficiências hepáticas, não devendo considerar-se como contra-indicação, pelo menos para determinados medicamentos, pois muitas vezes são de natureza helmíntica.

A tuberculose pulmonar activa da criança também é uma contra-indicação absoluta e nas formas não activas os AA. contra-indicam os tratamentos enérgicos. As ulcerações digestivas são contra-indicações especiais para os tratamentos com timol, nas crianças espasmofílicas está contra-indicado o tetracloreto de carbono, pois devido à hipocalcemia que produz pode provocar acessos graves de tetania.

Os AA. preferem os tratamentos suaves aos tratamentos enérgicos. Quando, em face duma determinada helmintiasa, contamos com vários tratamentos de eficácia comparável, mas de perigo tóxico diferente, deveremos preferir como norma geral na infância o mais inofensivo, por ser preferível não ter acidentes desagradáveis ou graves no curso do tratamento a obter efeitos rapidíssimos com grave risco de intoxicação medicamentosa ou de reacções orgânicas pela falta súbita de toxinas a que o organismo estava habituado—afirmam os AA.

É claro que não é o caso das campanhas de deshelmintização (anquilosomiase, etc.), nas quais, pelas enormes massas de gente a tratar, se impõe energia e brevidade antes de tudo o mais, nem o caso do organismo forte e resistente do adulto. Em resumo, deminuiremos ao máximo o risco tóxico dos tratamentos antihelmínticos, preferindo os tratamentos suaves e prolongados aos breves e enérgicos.

Em geral, antes da administração de vermífugos é conveniente um período prévio de dieta moderada e o emprêgo subsequente dum purgante. Em

alguns casos é de rigor tomar precauções especiais. A principiar na noite anterior ao tratamento, é conveniente manter a criança em dieta, pois deve-se fazer o possível por que o estômago e o intestino delgado estejam livres de substâncias alimentares que absorvem o vermífugo e determinam como consequência uma diluição extrema do mesmo, o que diminue notavelmente a sua acção, ao mesmo tempo que facilita a sua absorção e, por conseguinte, a sua toxicidade. A dieta será absoluta até que o purgante empregado posteriormente faça o seu efeito. Apenas deveremos dar água, de preferência bicarbonatada, e, em alguns casos, quando seja conveniente, café com açúcar.

Em geral, os vermífugos não têm efeito evacuable, sendo preciso juntar à sua acção a de um purgante. O preferido não deve ser o costumado óleo de rícino, mas sim o sulfato de sódio, na dose de 2 gr. por ano de idade. Em determinados casos, aconselham os AA. o infuso de sene composto ou os calomelanos, que, sôbre a acção purgativa, têm também uma certa influência vermífuga. Alguns agentes, como o tetracloreto de carbono e as piretrinas, são laxantes e só deve empregar-se o purgante quando três horas depois de terem sido administrados não houve evacuação alguma. Não é aconselhável empregar o vermífugo associado com o óleo de rícino, pois o óleo absorve-se em parte antes de chegar ao tracto intestinal necessário e com êle o vermífugo, perdendo grande parte da sua acção antivermífuga e ganhando acção tóxica.

Nos casos em que se faz o tratamento pelo timol ou pelo óleo de chenopódio, é preciso avisar da necessidade de evitar cuidadosamente a ingestão de alcool e gorduras desde a véspera do tratamento e durante todo o tempo em que dure a sua acção, pois facilitam a sua solubilidade e, portanto, a sua absorção e toxicidade (o esquecimento desta precaução tem produzido bastantes accidentes). Com alguns anti-helmínticos solúveis é desnecessária esta precaução, como succede com o clorofórmio, em geral empregado em associação com o óleo de rícino.

Os tratamentos devem, de preferência, ser feitos sob vigilância. Tendo em conta que a criança é um ser extremamente susceptível e que os medicamentos que manejamos no tratamento das helmintíases são tóxicos com doses pouco superiores à dose terapêutica, é preciso ter conhecimento da sua toxicologia e advertir a família da possibilidade duma sintomatologia que exige, ao aparecer, cuidados médicos urgentes. Os tratamentos devem, melhor, ser vigiados e a tutela do médico em cada caso não deve terminar até que tenha passado a possibilidade de se apresentarem fenómenos tóxicos.

A deshelmintização deve ser sempre progressiva e nunca brusca. Mesmo nos casos em que o organismo infantil está fortemente parasitado, convém fazer a deshelmintização de maneira lenta e progressiva. Os tratamentos enérgicos e intempestivos podem determinar gravíssimas consequências: uma delas é a oclusão intestinal por enovelamento de vermes (sobretudo na ascaridíase), da qual há registados numerosíssimos casos, e outra é a presença de perturbações graves a que dá lugar a falta súbita de toxinas vermíianas a que o organismo estava habituado — pensam os AA.

O curso e o resultado do tratamento devem verificar-se mediante exames das fezes. Devemos observar as fezes da criança submetida a tratamento, não só macroscópicamente, procurando à vista desarmada a eliminação de para-

sitas adultos ou de partes dêles, como também microscòpicamente, para ver se ainda ficam alguns elementos parasitários denunciáveis na microanálise pelos seus ovos ou larvas. Se, por exemplo, se faz um tratamento contra a ascaridiose e, uma vez terminado, encontramos ovos de *ascaris*, posto-que tenha havido expulsão de bastantes lombrigas, é preciso insistir novamente no tratamento até tornar negativo o exame que nos indicou com tôda a certeza a persistência da parasitose; se neste caso é muito útil esta medida, é absolutamente indispensável com outros parasitas que passam totalmente inadvertidos ao exame macroscòpico. É o caso da dinacroteniase, na qual o verme adulto é uma ténia imperceptível (*hymenolepis nana*), em que o tratamento sem esta verificação produz uma cura clínica, mas não real, pois ao cabo de certo tempo voltam os fenómenos, porque a helmintíase não estava cientificamente curada.

Aconselham os AA., pois, em geral, o exame coprológico no tratamento das helmintíases infantis como medida utilíssima — comparável, neste sentido, com a reacção de Wassermann na sífilis — em todos os casos em que as circunstâncias o permitam. Só deveremos dar por terminado um tratamento quando os exames negativos testemunhem a sua eficácia.

MENESES.

Alterações da personalidade depois da «coreia minor». (*Persönlichkeitsveränderung nach Chorea minor*), por S. KRAUSS. — *Schweizer Archiv für Neurologie u. Psychiatrie*. B. XXXIV. H. 1. 1934.

Pela primeira vez se fêz um estudo pormenorizado das alterações neurológicas e psíquicas conseqüentes à coreia de Sydenham; foram investigados catamnêsticamente vinte e quatro casos, um a vinte e três anos após o período agudo, e cita-se como têrmo de comparação um caso de psicose coreica; em vinte e três apuram-se factores hereditários, em particular pertencentes ao círculo das doenças esquizofrénicas, o que a leva a considerar como uma doença condicionada por uma predisposição hereditária de determinados territórios cerebrais (*palidum*) e desencadeada pela infecção reumática.

O A. estabelece um «complexo sintomático», presente, parcial ou totalmente, em todos os casos, ausente nas formas histéricas, e que se compõe de sinais hiperquinéticos — tics, tremores, estremeçimentos generalizados, inquietação motora —, sintomas neurasténicos — cefaleias, vertigens e vômitos —, sintomas psicasténicos — esquecimento, ansiedade, ralentamento e fatigabilidade psíquicas, uma falta de vitalidade e energia das funções mentais, — e alterações de carácter, principalmente hiperirritabilidade e hipersensibilidade afectiva, acompanhadas de um feitiço reservado, desconfiado, grave, cioso dos seus direitos; principalmente na investigação com os *tests* de Roscharch mostram uma debilidade das representações e das vivências, e no seu conjunto um *deficit* de adaptação afectiva ao meio ambiente.

Estas alterações da personalidade, muito menos acusadas que as da encefalite epidémica e da epilepsia, têm porém com elas um vago parentesco e a mesma origem subcortical; aproximam-se, no entanto, nitidamente, da

chamada psicopatia esquizóide e de alguns estados de leve *deficit* post-esquizofrênico.

O prognóstico depende das cargas hereditárias e da evolução da doença, agravando-se naturalmente com as recidivas.

BARAHONA FERNANDES

Sintomatologia e tratamento da narcolepsia. (*Symptomatologie und Behandlung der Narkolepsie*), por M. NAGY. — *Monatschrift f. Psych. u. Neur.* B. 89. H. 5. Setembro de 1934.

Depois de nos expor os conhecimentos actuais sobre a função do sono e vigília, e a sua localização diencefálica, relata o A. sete casos de narcolepsia essencial e sintomática (gravidez, encefalite epidémica, etc.), chamando a atenção para alguns dos seus sintomas: o adormecimento invencível é perfeitamente sobreponível ao adormecer normal, acompanhando-se das mesmas alterações da consciência, do tónus muscular, organo-vegetativas, etc.; pode ser acompanhado de sonhos, representações oníricas, alucinações hipnagógicas; descreve crises de movimentos conjugados dos olhos, semelhantes às crises oculógiras da encefalite epidémica, e como únicos sinais neurológicos permanentes: aumento da excitabilidade mecânica dos músculos, sinal de Chvostek, dermatografismo e aumento da zona reflexogénea patelar.

A narcolepsia acompanha-se, muitas vezes, de catalepsia ou perda afectiva do tónus, de reacções vegetativas anormais vaso e pilo-motoras e de alterações metabólicas e endocrínicas em relação com a região infundíbulo-hipofisária (modificações da sela turca, sintomas acromegalóides, etc.); na explicação patogenética considera, além da perturbação dos centros do sono, as alterações do mecanismo regulador do tónus muscular em função com a posição erecta e as posturas durante o sono, perturbações da troficidade e metabolismo muscular, em relação com os mecanismos da regulação iónica (equilíbrio K-Ca) dependentes dos centros vegetativos da base do terceiro ventrículo e da região hipotalâmica.

O prognóstico da forma essencial é reservado; como terapêutica cita o emprêgo, ao que parece favorável, da efedrina e efetonina, e recomenda a injeccção de 10 a 20 cc. de ar por via suboccipital, que, dando por irritação uma hiperemia dos centros da base, deu nos seus casos notáveis remissões.

BARAHONA FERNANDES.

Sobre a constituição dos toxicómanos. (*Zur Konstitution der Süchtigen*), por A. PILCZ. — *Jahrlücher für Psychiatrie u. Neurologie.* 1934.

É de todos sabido, ainda que não o tenha sido suficientemente pôsto em relêvo, que nos maniaco-depressivos, a-pesar da administração prolongada e intensa de opiáceos, só excepcionalmente se estabelece a apetência para o fârmaco; pelo contrário, é experiência cotidiana que noutros individuos uma simples injeccção de morfina desencadeia uma toxicomania incurável. As diferenças de administração oral nos melancólicos, parenteral nos ou-

tros, não bastam para a explicar, pois por via bucal também se pode adquirir o vício, nem tampouco certas diferenças farmacodinâmicas, como por exemplo a ausência de acção euforizante, e de acção diurética da diatermia e da eufilina nos melancólicos, ao contrário dos morfinómanos, onde são marcadas.

A explicação está sómente na sua diferente constituição, e o A. pôde provar, estudando duzentos e setenta e dois doentes do sexo masculino e cento e sessenta do feminino (na sua maioria morfinómanos e cocainómanos, alguns com toxicoses mixtas) que, embora com pesadas taras hereditárias (de 91,9% a 100% na ascendência, e 14,3% na descendência), só raramente pertenciam ao ciclo da psicose maniaco-depressiva (predomínio dos psicopatas e esquizofrénia) que dum modo geral as relações hereditárias desta psicose e dos toxicómanos são, qualitativa e quantitativamente, muito diferentes, parecendo portanto haver um antagonismo entre as suas respectivas tendências de predisposição hereditária.

BARAHONA FERNANDES.

As variações das ideas sôbre a abstinência na terapêutica dos doentes alcoólicos. (*Die Wandlungen der Abstinenzidun der Therapie der Alkoholkranken*), por DELBRUCK. — *Blätter für praktische Trinkerfürsorge*. Dezembro de 1933.

Relato histórico das opiniões dominantes nos últimos cento e cinquenta anos acêrca da conveniência de uma abstinência parcial ou total nos alcoólicos crônicos, que citamos para pôr mais uma vez em relêvo a noção sólidamente baseada da necessidade inconcussa de estabelecer uma abstinência absoluta e definitiva de tôda a espécie de bebidas alcoólicas, tanto nos episódios agudos psicóticos (*delirium tremens*, etc.), ou neurológicos (polineurites, etc.), como nos estadios crônicos ou mesmo de remissão, onde a ingestão de alcohol, sob qualquer forma, embora aconselhada por alguns sôbre a base de pretensas razões biológicas e higiênicas, tantas vezes ocultando motivos de ordem económica, pode trazer sempre o perigo de uma recidiva e causa seguramente um real prejuizo à saúde física e mental.

BARAHONA FERNANDES.

Investigações familiares nos alcoólicos crônicos. (*Familienuntersuchungen bei chronischen Alkoholikern*), por C. BRUGGA. — *Zeitsch. f. d. g. Neurol. u. Psych.* B. 151. H. 1. 18 de Setembro de 1934.

Foram considerados oitenta e quatro doentes que nunca tiveram qualquer episódio delirante, investigando-se trezentos cinquenta e quatro irmãos, cento quarenta e dois pais e duzentos e vinte filhos; entre os doentes predominam os trabalhadores manuais não independentes, ao contrário dos filhos e pais onde estes são mais freqüentes, e são notavelmente raros os casos de alcoolismo profissional. A média intelectual dos observandos é baixa. Uma parte dos doentes provinha de Munique, outra de Basileia; nos primeiros observaram-se menos personalidades esquizóides, e menos esquizofrênicos na família, e, pelo contrário, mais epilêpticos e irritáveis.

No total, as psicoses dos ascendentes e descendentes são mais freqüentes do que na população média, o que no entanto não deve ser generalizado, porque o material provém das clínicas psiquiátricas e compreende os casos mais graves que carecem de tratamento. Os bebedores são muito mais freqüentes na família dos alcoólicos do que na população média, sem que se possa estabelecer uma forma especial de psicopatia por predisposição para o alcoolismo, nem uma carga hereditária específica; encontram-se entre êles tôdas as formas de psicopatia. Não são também mais freqüentes do que a média os casos de *delirium tremens* e alucinação, pelo que não há na família dos alcoólicos crônicos nunca delirantes, a que se limita o estudo presente, qualquer tendência particular para êsses episódios psicóticos.

BARAHONA FERNANDES.

O significado diagnóstico das «curvas paralíticas», das reacções coloidais do liquido céfalo-raquidiano nos processos de origem não sífilítica do sistema nervoso. (*Die diagnostische Bedeutung der «Paralysekurvenüder Kolloidreaktionen im Liquor für die nichdsyphiligenen Prozesse des Nervensystems»*), por F. PLAUT. — *Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.* B. 151. H. 1. 18 de Setembro de 1934.

Em sete mil e seiscentas reacções do oiro coloidal e de Normo-mastic, investigou catamnesticamente o A. sessenta e nove em que seguramente se podia incluir a sífilis; 70% dos casos eram esclerose em placas, dez tumores cerebrais e isoladamente esclerose difusa inflamatória, uremia, polineurite, poliomielite, esquizofrenia e estrangulação.

Uma reacção de tipo paralítico deve, pois, fazer pensar na esclerose em placas, quando desacompanhada de outras alterações do *liquor*, em especial das reacções específicas da *lues*; certos casos de paralisia geral estacionária ou malarizada, tabes estacionária e meningites luéticas precoces intensamente tratados podem dar o mesmo quadro humoral, mas no geral são incluídos anamnética e clinicamente.

A curva paralítica nos tumores cerebrais é a menos freqüente: (10% dos casos; 45% tipo luético; 15% tipo meningítico) e distingue-se da esclerose em placas por ser acompanhada de aumento da colesterina no *liquor* e muitas vezes também da albumina.

BARAHONA FERNANDES.

Epilepsia e aparelho vestibular. (*Epilepsie und Vestibularapparat*), por K. STANDER. — *Arch. f. Psychiatrie.* B. 101. H. 3. 1934.

Os acessos vertiginosos dos epiléticos parecem ter uma origem vestibular e, segundo as descrições dos doentes, a sintomatologia é muitas vezes semelhante à da vertigem de Ménière; igualmente muitos fenómenos acústicos e ópticos presentes na aura traduzem sintomas vestibulares (alterações do ambiente externo, movimentos aparentes). Existem também fenómenos objectivos, como *nistagmus*, alterações do *tónus*, desvios laterais na prova de

Barany e, segundo as investigações do autor, em 30% dos casos hiperexcitabilidade vestibular, que exactamente antes dos ataques é máxima, para desaparecer a seguir; a hiperventilação aumenta a excitabilidade vestibular e mesmo a prova calórica pode provocar verdadeiros ataques epilépticos.

Apoiado em investigações experimentais, procura o A. explicar estas relações pela excitação da parte posterior do lóbulo temporal.

BARAHONA FERNANDES.

Sobre as oscilações da tendência convulsiva durante a vida. (*Über Schwankungen der Krampfveigung ovährend des Lebens*), por C. SCHNEIDER. — *Nervenarzt*. H. 4. 1934.

Investigando um grande material de epilépticos de tôdas as espécies, estabeleceu o autor que no decurso da vida há fases com grande tendência para o aparecimento de ataques convulsivos (fases ictófilas) e outras com raros acessos (ictófobas). O primeiro ano é de todos o mais ictófilo; a seguir estabelece os seguintes períodos: 1.º quinquênio: primeira metade ictófila (+), segunda metade ictófoba (—); 2.º quinquênio: no comêço e fim +, no meio —; 3.º quinquênio: no meio —; 4.º quinquênio: cêrca do meio (17 anos) acessos muito frequentes, o período convulsivo mais intenso depois do 1.º ano; 5.º quinquênio: poucos acessos, para o fim +; 6.º quinquênio: no fim sempre +; 7.º quinquênio: mínimo de acessos de tôda a vida; 8.º quinquênio: para o fim sempre +; 9.º e 10.º quinquênios: máximo aos 42 e 48 anos; 11.º quinquênio: —; 12.º quinquênio: no fim sempre +; 13.º quinquênio: de comêço +, depois progressivamente decrescendo.

Estas oscilações da convulsibilidade são independentes das causas da epilepsia e estão em relação com os períodos de instabilidade biológica do organismo; é curioso ser esta sucessão mais nítida na epilepsia sintomática que na genuína, podendo-se mesmo estabelecer a regra empírica de que o diagnóstico de forma sintomática é tanto mais verosímil quanto a sua evolução mais coincidir com a forma citada.

A epilepsia traumática segue de mui perto esta lei, sobrevivendo ataques logo a seguir ao acidente, se êste tiver lugar numa fase ictófila, ou só tardiamente se numa fase ictófoba, o que tem importância na pericia médico-legal.

A terapêutica também pode aproveitar dêste conhecimento, moderando-se ou intensificando-se, conforme o período considerado.

BARAHONA FERNANDES.

O tratamento da anúria na intoxicação mercurial pela diálise peritoneal. (*Zur Behandlung der Sublimetanurie durch peritoneale Dialyse*), por J. BALÁZS e S. ROSENAK. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 27. 1934.

Baseados em experiências feitas em cães nefrectomizados, nos quais se verificava a passagem dos cristalóides do sangue para o líquido que introdu-

ziam na cavidade peritonial dêstes animais, resolveram os AA. fazer empregar o mesmo processo para combater a azotemia provocada pela anúria dos intoxicados pelo sublimado. A técnica que empregaram é a seguinte: por intermédio de dois orifícios feitos na parede abdominal, um na parte superior da linha média e outro na região ileocecal, introduzem duas cânulas de vidro com vários orifícios, de modo que a irrigação peritonial se possa fazer fácil e abundantemente; empregaram como líquido de diálise um soluto de glicose a 4-5 % e aquecido a 42°. É conveniente fazer a irrigação durante um espaço de tempo não inferior a 3-4 horas.

Apresentam dois casos em que foi feita esta terapêutica, e pela qual foi possível baixar nitidamente o azoto residual do sangue; ambos morreram, mas devido a lesões gravíssimas, gástricas e intestinais, provocadas pelo sublimado.

J. ROCHETA.

Contribuição ao problema do diagnóstico diferencial da acção específico-dinâmica das proteínas. (*Ein Beitrag zur Frage der differential-diagnostischen Bedeutung der spezifisch-dynamischen Eiweisswirkung*), por F. HÜGLER. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 28. 1934.

Foram Kraus e Rettig que primeiramente chamaram a atenção para o facto da acção específico-dinâmica das proteínas não depender só das perturbações do sistema endocrínico, mas sim, e de maneira importante, da aceleração maior ou menor do esvaziamento gástrico e, ainda, da sua actividade secretória.

Partindo desta afirmação, fêz o A. algumas experiências em casos com hipo e anacidez, nos quais experimentou a acção específico-dinâmica das albuminas com e sem o adicionamento de acidol-pepsina. Os resultados mostram claramente que nestes casos a acção das albuminas está diminuída, mas que se torna normal com a junção de acidol-pepsina e foi do mesmo modo um caso de nanismo hipofisário.

Em seguida procurou conhecer a mesma acção das albuminas variando o modo de preparação destas, verificando que, conforme à carne administrada se misturava sal e condimentos, assim era maior aquela acção. Por isso merecem a maior reserva os resultados obtidos ordinariamente nos laboratórios.

J. ROCHETA.

O problema da acção adrenalinica sobre a medula óssea. (*Zur Frage der Adrenalinwirkung auf des Knochenmark*), por K. PASCHKIS e A. SCHWONA. — *Medizinische Klinik*. N.º 27. 1934.

São numerosos os trabalhos experimentais que demonstram a acção exercida pela adrenalina sobre a medula óssea, mas quasi nulos aqueles que, sob o ponto de vista clínico, se referem a esta relação. Para suprir esta falta, os AA. pesquisaram, em indivíduos sãos, a influencia exercida pela injeccão subcutânea de 1 miligrama de adrenalina sobre o número de reticulócitos

do sangue circulante. Em todos os casos encontraram um aumento em percentagem destes elementos celulares; aquele começou quinze minutos, aproximadamente, depois da injeção e alcançou o seu máximo trinta a quarenta e cinco minutos depois. Na maioria, ao fim de noventa minutos os valores obtidos tinham retrocedido para os valores iniciais.

Noutra série de experiências, antes da injeção da adrenalina administraram ergotamina, tendo verificado que a subida dos reticulócitos era muito menor; nalguns outros casos, substituiu-se a ergotamina por atropina e então o número aumentou.

Em casos de anemia, qualquer que seja a origem, o aumento pela adrenalina é sempre pequeno. O extracto do córtex suprarrenal não tem influência sobre o valor reticulocitário.

J. ROCHETA.

A indicação da sonda jejunal no tratamento da úlcera gástrica. (*Zur Indikationsstellung der Jejunalsondenbehandlung bei Magengeschwür*), por B. MISSKE e H. G. SCHOLTZ. — *Medizinische Klinik* N.º 28. 1934.

Numa estatística de trinta e cinco ulcerados, nos quais os AA. empregaram a sonda jejunal, verificaram-se os seguintes resultados: de dezassete úlceras da pequena curvatura, quinze curaram-se completamente (sob *contrôle* radiográfico) e duas diminuíram muito. Deve mencionar-se especialmente que mesmo as úlceras com grandes nichos se curaram totalmente. As dores, quando a sonda está bem colocada, desaparecem imediatamente e só em raras excepções foi necessário empregar atropina.

Pelo contrário, a úlcera do duodeno lucra pouco com o emprêgo da sonda, por se ter verificado que o resultado final é, muitas vezes, inferior ao obtido com o emprêgo da dieta própria.

Depois da cura é sempre conveniente fazer, durante alguns dias, uma dieta simples: leite e massas.

J. ROCHETA.

A origem bacteriana das perturbações intestinais nas crianças da primeira idade. (*Zur Frage der bakteriellen Aetiologie enteraler Störungen im Säuglings- und Späteren Kindesalter*), por K. HASSMANN. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 29. 1930.

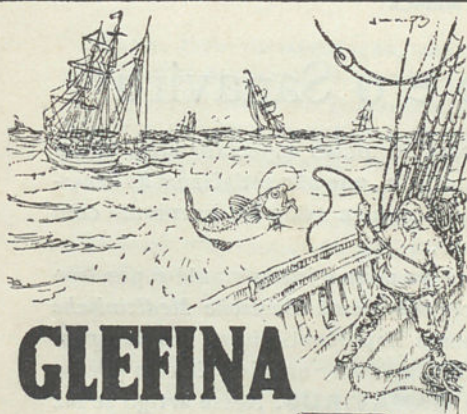
A um número elevado de crianças de peito e dos primeiros anos, que apresentavam perturbações intestinais, fêz o A. a pesquisa da fauna existente nas fezes, tendo encontrado o paracolibacilo numa grande percentagem, especialmente nos casos de recidiva. Por isso atribue a este agente um papel etiológico importante nas diarreias das crianças.

Este bacilo, quando semeado em culturas sucessivas, perde as suas características e transforma-se gradualmente no coli comum; este fenómeno é reversível também em cultura, e deste facto nasce a hipótese admissível de que, em determinadas circunstâncias, esta mutação se realiza também no

Glefina e Lasa

São os melhores produtos nacionais na sua classe e distinguem-se pela pureza absoluta dos seus vários componentes

LASA



GLEFINA

é o único reconstituinte a base de Óleo de Fígado de Bacalhau que pode tomar-se em tôdas as épocas do ano.

Preparado com

Extrato de Óleo de Fígado de Bacalhau,
Hipofosfitos e Extrato de malte

**NÃO PRODUZ TRANS-
TORNOS DIGESTIVOS**

SABOR AGRADAVEL



Para as doenças do aparelho respiratório e sua convalescência

Laboratorios Andrómaco

Rua do Arco do Cego, n.º 90

LISBOA

PULMOSERUM BAILLY

Regenerador poderoso dos Órgãos Respiratorios
Medicação das Doenças

BRONCHO - PULMONARES

CONSTIPAÇÕES, TOSSE, GRIPPE, CATARRHOS,
LARYNGITES, BRONCHITES, ASTHMA,
CONSEQUENCIAS DA COQUELUCHE E DO SARAMPO.

MODO DE USAL-O: Uma colher das de café de manhã e de noite.

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

O fluxo branco e o Sanavirus

Como se sabe existem numerosas fórmulas especializadas, tendo como base: antisépticos, adstringentes, etc., que não satisfazem às necessidades experimentais da clínica médica, nem estão em harmonia com os delicados tecidos sexuais femininos.

Era preciso encontrar alguma coisa nova e interessante e por isso num artigo publicado na célebre revista alemã *Deutsche Medizinische Wochenschrift* se apresentaram as bases importantísimas, que levaram o Laboratório Farmacológico de Lisboa a fazer ensaios sôbre a preparação e emprêgo do novo produto **SANAVIRUS**. Nesse artigo se faz a apologia do ácido láctico aconselhado por Zweifel, mas viu-se que isso só não basta. A etiologia distinta do fluxo branco vaginal leva a que seja tratado debaixo de vários pontos de vista. E' preciso restabelecer a função biológica vaginal, empregando um soluto que possua o grau de concentração hidrogeniônica com um pH de 3,7 a 4, o que está em harmonia com a secreção vaginal.

Também a experiência mostra vantagem do emprêgo da espuma, para fazer aumentar a tensão superficial e para fazer expulsar o corrimento durante a lavagem.

O **SANAVIRUS** conserva-se muito bem em todos os climas é aromático e antiséptico, pelo emprêgo da essência de alfazema, o desinfectante ideal das mucosas.

O **SANAVIRUS** é apresentado em pó, em pacotes, para se preparar um litro de soluto para uma irrigação.

Pode-se empregar o **SANAVIRUS** para desinfectar a mucosa da bôca, com o mesmo êxito, bochechando uma ou duas vezes com o soluto.

Sanavirus em caldo filtrado de Besredka e em pomada

O Laboratório Farmacológico de Lisboa apresentou no mercado o caldo filtrado de cultura estreptocócica e estafilocócica (polivalente) para aplicar como penso no tratamento de antrazes, furúnculos, erisipela, etc. Também apresenta a preparação feita com o mesmo caldo, em pomada contida em bisnagas, preenchendo assim uma importante lacuna no nosso meio.

Produtos J. J. FERNANDES, LIMITADA

Rua Alves Correia, 187

L i s b o a

intestino. Esta transformação, nos inícios de cultura, é tanto mais lenta quanto maiores foram as perturbações provocadas pelo agente em causa.

A acção tóxica do paracolibacilo foi verificada com filtrados de cultura em injecções subcutâneas nas crianças e no intestino dos coelhos, de onde resultou chegar-se ao seguinte: os filtrados das estirpes que produziam os fenómenos clínicos mais graves provocavam secção local e geral, e do mesmo modo nos coelhos, onde com fraca concentração a acção tóxica se manifestava no sentido da excitação, que se verificava no caso da paralisia, quando a concentração aumentava.

J. ROCHETA.

O tratamento do abcesso pulmonar. (*Zur Behandlung des Lungenabszesses*), por K. MACHOLD. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 28. 1934.

Louva o A. o emprêgo da Omnadina no tratamento dos abcessos do pulmão, com a qual obteve a cura de cinco casos cujas histórias clínicas apresenta. Em todos iniciou precocemente esta terapêutica, excepto num que já tinha uma evolução de oito semanas. Em mais três casos com propagação à pleura e com empiema consecutivo, a acção da Omnadina foi nula.

J. ROCHETA.

Da coincidência entre a úlcera péptica e doenças da pele, com contribuição para o problema da génese da úlcera. (*Ueber die Koinzidenz von Ulcus pepticum und Hautkrankheiten, zugleich ein Beitrag zur Frage der Ulkugeneese*), por G. BERGMANN. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 30. 1934.

Acentua o A., no princípio do seu artigo, a pouca atenção que tem merecido da parte dos clínicos a coincidência, que se nota inúmeras vezes, entre a úlcera gástrica e um certo número de afecções cutâneas. De entre as poucas referências conhecidas merece citar-se a de Müller, que verificou, na diátese vasoneurótica, uma disposição irregular dos capilares da pele e das mucosas, irregularidade que permitia supor perturbação na nutrição dos respectivos tecidos.

O A., em virtude duma observação sua, foi levado a estudar esta questão; assim, reuniu cem curas de úlcera gástrica e duodenal, comparando-as com cem individuos que não apresentassem perturbações gástricas, nem fôsem asmáticos ou diabéticos. Na primeira estatística encontrou uma percentagem de 47 % de afecções cutâneas contra 21 % na segunda. Sem que estes números garantam uma relação causal absoluta entre as duas afecções, é todavia importante o número verificado, a que vem juntar-se o facto de se encontrar, muitas vezes, a coincidência do início da afecção gástrica e cutânea.

A admitir-se uma relação causal entre ambas, como poderia esta compreender-se? Para Lordat-Jacob é a úlcera a primeira manifestação, em-

quanto Konjetzny pensa que uma afecção cutânea extensa pode originar uma gastrite ulcerosa. Há ainda uma terceira hipótese que admite serem ambas fenómenos colaterais subordinados a uma alteração primária superior. E como é sabida a íntima relação existente entre a superfície externa e interna do corpo, pode admitir-se que alguns processos inflamatórios do estômago se possam considerar idênticos àqueles encontrados na pele. Dêste modo, a gastrite ulcerosa poderia considerar-se como uma endodermatose, noção apresentada apenas como hipótese de trabalho, mas que nem por isso deixa de esclarecer alguns pontos do problema da úlcera gástrica.

J. ROCHETA.

Um caso de sífilis na hipófise. (*Über einen Fall von Syphilis der Hypophyse*), por F. WINKLER. — *Medizinische Klinik*. N.º 29. 1934.

São raros os casos de sífilis hipofisária diagnosticados em vida; a maior parte dos apontados são achados de autópsia.

O A. refere a história clínica duma doente sífilítica que em determinada data começou a ter perturbações de visão, com cefaleias, vômitos e vertigens; passado algum tempo, parestesia facial de tipo central e hemiparesia esquerda acompanhada de galactorreia. O exame oftalmoscópico revelou: hernianopsia homónima esquerda e estase papilar bilateral. Pelos sintomas apresentados, podia diagnosticar-se uma compressão do lado direito do quiasma, sem se poder afirmar a sua extensão. Só a galactorreia, sintoma pôsto em evidência por Risak, permitia admitir a participação da hipófise. Por outro lado, e ligados também a uma perturbação desta glândula, havia cloasma uterino na frente e perturbações da menstruação. O exame radiográfico confirmou esta localização, revelando aumento da sela e escavação irregular do pavimento. Com o tratamento progressivo e cuidadoso, desapareceram todos os sintomas, excepto a galactorreia.

J. ROCHETA.

A arseniemia e a arseniúria nas injeções intramusculares de Solusalvarsan. (*Über den Arsenspiegel da Blutes und über die Arsenausscheidung im Harn bei intramuskulärer Injektion von Solusalvarsan*), por R. RICHTER. — *Medizinische Klinik*. N.º 30. 1934.

Em indivíduos sífilíticos, mas ainda não submetidos à terapêutica arsenical, estudou o A. o grau de arseniemia e arseniúria provocadas por injeções intramusculares de solusalvarsan. Empregou a técnica de Homowitz e chegou aos seguintes resultados:

Quarenta minutos depois da injeção de 5 cc., já se encontra arsénio na urina, e cinco horas depois a quantidade eliminada é de 2,6 mgr.; a excreção aumenta, para atingir 10,7 mgr. como quantidade máxima diária, média que se mantém durante três dias, para diminuir no quarto. Em cêrca de noventa e duas horas é eliminada metade, aproximadamente, da quanti-

dade injectada. Depois de várias injeções, a relação da excreção mantém-se sensivelmente a mesma, além do aumento secundário à segunda.

Quanto à arseniemia, verificou-se que este fármaco já é doseável passados quinze minutos depois da injeção, e alcança o seu valor máximo cinco horas depois; contudo, é ainda doseável quarenta e oito horas depois. Uma segunda injeção nesta altura provoca um aumento rápido e maior do que aquele que resultaria da simples adição do arsénio existente nesse momento e da quantidade verificada no mesmo tempo depois da primeira injeção.

Por fim, analisou também a excreção do arsénio em dois doentes com dermatites solusalvarsanicais, verificando a sua maior duração. Sob o ponto de vista clínico, é interessante ter-se verificado a coincidência dum aumento da eliminação arsenical com um pioramento das lesões cutâneas.

J. ROCHETA.

Contribuição ao diagnóstico diferencial da silico-tuberculose pulmonar. (*Beitrag zur Differentialdiagnose der Silikotuberculosen*), por E. UCHLINGER. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 29. 1934.

Desde que apareceram as primeiras radiografias de silicose pulmonar, publicadas por Staub, em 1917, que se tem procurado encontrar sinais de distinção que permitam fazer a diferenciação entre esta afecção e a tuberculose. Para mais, ainda, é muito freqüente a coincidência na existência de uma e outra coisa no pulmão, e dêste modo seria interessante saber distinguir na chapa radiográfica as lesões causadas pela silicose daquelas produzidas pelo bacilo de Koch.

Os sinais apontados como característicos da silicose são a predominância das lesões no lobo médio e inferior, especialmente constituídos por nódulos maiores e mais irregularmente distribuídos pelo campo, e muitas vezes situados no ponto de cruzamento de linhas que constituem uma espécie de rede. A isto acrescentou Reichman, como característico, os fenómenos de esclerose que acompanham estas lesões, e que se dispõem perpendicularmente ao diafragma, semelhando a chuva quando escorre pelas janelas. Raridade de cavernização, e tal que, quando aparece, se deve considerar devida a tuberculose ajuntada. A-pesar disto, porém, há sempre casos que só a autópsia informa.

O A. apresenta duas histórias clínicas de silico-tuberculose, cujas radiografias discute duma maneira detalhada.

J. ROCHETA.

Uremia por hipocloremia. (*Über Urämie bei Kochsalz-mangel*), por K. MELINGHOFF. — N.º 30. 1934.

Descreve-se um caso de uremia por hipocloremia, num doente com vômitos repetidos e violentos, provocados por uma hemorragia intra-mesentérica que provocava estenose duodenal.

É sabido que hoje se admite como mecanismo patogénico para esta espécie de uremia duas causas: uma devida à destruição celular causada pelo *deficit* do sal, e de aí um aumento da ureia, que é verificado pela excessiva quantidade de azoto eliminado pela urina. Este facto é ainda confirmado pelo aumento da uricemia, prova da destruição dos elementos nucleares. A outra causa do aumento reside numa insuficiência renal de ordem funcional, que provoca retenção, facilmente verificável pela prova da fenolsulfurftaleína.

Nestas circunstâncias, procurou o A., neste caso, analisar o poder excretor do rim, para a amilose, fermento que é retido no sangue, como o provou Katsch, na esclerose renal. Verificou o A. uma diminuição acentuada da amilose urinária, com aumento no sangue, o que confirma a hipótese da uremia por hipocloremia ser, pelo menos em parte, uma uremia por retenção.

J. ROCHETA.



RÓ
MU
LO

CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdades de Medicina

De Coimbra

O Prof. João Marques dos Santos tomou posse do cargo de director interino do Instituto de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina de Coimbra.

Hospitais

Militar da Estrêla

Foi nomeado assistente de Urologia para o Hospital Militar da Estrêla, precedendo concurso de provas públicas, o Dr. António de Vasconcelos Dias.

Civil de Lamego

Realizou-se, no Hospital Civil de Lamego, a solene inauguração dos painéis de azulejo pintados por Jorge Colaço, os quais foram adquiridos por subscrição.

Liga dos Amigos dos Hospitais

Efectuou-se, no dia 20 de Setembro, uma reunião da Liga dos Amigos dos Hospitais, para preenchimento das vagas existentes nos corpos gerentes. Discutiu-se e aprovou-se o regulamento geral e nomeou-se uma comissão encarregada de elaborar os novos estatutos.

Tomou-se ainda conhecimento do movimento da Clínica do Trabalho da Liga, desde a data da sua inauguração.

Sociedade Anatómica Portuguesa

Realizou-se, no Pôrto, a 2.ª reunião da Sociedade Anatómica Portuguesa, onde se apresentaram trinta e três comunicações.

Procedeu-se à eleição da nova direcção, que ficou assim constituida: presidente, Prof. Joaquim Pires de Lima, do Pôrto; vice-presidentes, Profs. Ernanani Monteiro, do Pôrto, e Gualdino de Brites, de Coimbra; secretário geral, Prof. Celestino da Costa, de Lisboa; 2.º secretário, Prof. Barbosa Soeiro, de Lisboa.

No Instituto de Anatomia da Faculdade de Medicina do Pôrto fêz-se uma exposição de arte anatómica, onde se apresentaram os trabalhos do Dr. Alberto de Sousa.

III Congresso Pan-Americano da Tuberculose

Organizado pela União Latino-Americana de Sociedades de Tisiologia, realizar-se-á em Montevideu, de 16 a 19 de Dezembro próximo, o III Congresso Pan-Americano da Tuberculose.

Neste congresso apresentar-se-ão os seguintes temas officiais:

- 1.º Bases económicas da luta antituberculosa para a América do Sul.
- 2.º Patogenia e tratamento do empiema tuberculoso.
- 3.º Colapsoterapia médico-cirúrgica da tuberculose pulmonar.
- 4.º Crítica da terapêutica para a tuberculose pulmonar no Chile.
- 5.º Aspectos radiológicos mais freqüentes da tuberculose pulmonar no nosso meio.

Para inscrição, dirigir se ao tesoureiro da Comissão Organizadora, Prof. Pedro A. Barrios, Soriano 1171, Montevideu.

O programa definitivo será enviado oportunamente.

III Congresso da Imprensa Médica Latina

A Federação da Imprensa Médica Latina, presidida actualmente pelo Prof. agregado Léopold Mayer (de Bruxelas), organizou, com o concurso da União Médica Latina, o III Congresso da Imprensa Médica Latina, que se

realizará em Paris, de 17 a 21 de Outubro corrente, sob a presidência do Prof. G. Etienne (de Nancy).

Este Congresso compreenderá reuniões profissionais e científicas, bem como festas e recepções.

Entre os assuntos profissionais citam-se:

1.º As relações da imprensa médica e da publicidade farmacêutica. Relatores: Prof. Gunzburg (de Anvers), Paul Fumouse (de Paris) e X... (de Madrid).

2.º A responsabilidade científica e moral da imprensa médica; seu papel dirigente. Relatores: R. de Blasio (de Nápoles), Prof. Ed. Coelho (de Lisboa).

3.º Técnica e apresentação dum jornal médico. Relatores: P. Cossio (de Buenos-Aires), L. M. Pierra (de Paris), Canciulesco (de Craiova).

No domínio científico, duas sessões solenes da Sociedade de Terapêutica serão consagradas aos tratamentos da colesterolemia.

Sobre os grandes problemas de cultura geral falarão: o Prof. Pende (de Génova) acerca de «O génio médico latino»; o Prof. Malvoz (de Liège), sobre «A inflação dos intelectuais»; o Prof. Daniel (de Bucarest), sobre «A ciência médica romena»; o Prof. Ricardo Jorge (de Lisboa), etc.

As adesões deverão ser dirigidas ao Dr. L. M. Pierra, secretário geral da Federação da Imprensa Médica Latina, «L'Hermitage», Luxeuil (Haute-Saône, France).

III Congresso Internacional da História das Ciências

Na Faculdade de Medicina do Pôrto, e depois em Coimbra, realizaram-se as sessões do III Congresso Internacional da História das Ciências.

Da secção de História da Medicina destaca-se a reunião da «Commission pour le corpus medicorum arabicorum» e a sessão plenária para apresentação da tese «La médecine et les médecins dans l'expansion mondiale des portugais», pelo Prof. Ricardo Jorge.

Congresso Médico do Extremo Oriente

Realizou-se, em Nanquim, o Congresso médico do Extremo Oriente, especialmente destinado ao estudo da lepra, cólera e tifo exantemático. Neste congresso tomaram parte delegados de trinta e seis países.

Bólsas de estudo

A Junta de Educação Nacional concedeu bólsa de estudo ao Dr. Alberto Malafaia Baptista, assistente da Faculdade de Medicina do Pôrto, para estagiar no Instituto de Farmacologia da Faculdade de Medicina de Lisboa; prorrogou os prazos das bólsas de estudo aos Drs. Manuel Xavier Morato, assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa, José Afonso Dias Guimarães e António de Sousa Pereira, professores auxiliares da Faculdade de Medicina do Pôrto; e concedeu a equiparação a bolseiro fora do País, pelo prazo dum ano, a partir de 15 de Outubro, ao Dr. Silvério Gomes da Costa, professor auxiliar da Faculdade de Medicina de Lisboa e assistente do Instituto Português de Oncologia.

Saúde pública

Foi nomeado médico de Abragão o Dr. Francisco da Silva Mendes.

— Para o lugar de facultativo de Ossela (Oliveira de Azemeis), deixado pelo falecimento do Dr. Anibal Freitas, nomeou-se o Dr. José Marques.

— Para Alvito foi, como médico municipal, o Dr. Ernesto Júlio Ramada Góis.

— Também foram nomeados: para Envendos, o Dr. João Santos Farraia; para Monforte da Beira, o Dr. José Alves de Figueiredo; para Paderne, o Dr. José Meneses; para Britiande (Melcões), o Dr. Carlos Guedes; para Vale do Calvo (Tomar), o Dr. Henrique Mata; para Cadaval, o Dr. José Damas Mora; e para Anadia, o Dr. Fernando Costa e Almeida.

— Em Oliveira de Azemeis vai instalar-se um pôsto anti-epidémico com balneário e câmara de sulfuração.

Saúde das colónias

Foram promovidos: a tenente-coronel do quadro de saúde da Índia o major-médico Dr. José Camilo Aires da Conceição e Sá e a capitão para o quadro de saúde de Angola o tenente-médico da Administração de Saúde das Colónias, Dr. André Lopes.

*
• •

Missões de estudo

O Dr. Guilherme de Oliveira, da Faculdade de Medicina de Coimbra, vai, em missão de estudo, visitar Berlim e Viena de Áustria.

— O Prof. João Duarte de Oliveira, reitor da Universidade de Coimbra, foi a Salamanca tomar parte nas festas de homenagem a D. Miguel de Unamuno.

— A fim de visitar os hospitais de Espanha e França, saiu de Portugal o Prof. Angelo da Fonseca.

— O Dr. Adelino José da Costa, assistente de serviço clínico (clínica cirúrgica) dos hospitais civis de Lisboa, foi encarregado de tomar parte no Congresso Francês de Cirurgia, que se realiza em Paris, no dia 8 de Outubro, e visitar algumas clínicas cirúrgicas de França, Espanha e Itália.

— O Prof. Reinaldo dos Santos foi encarregado de, em comissão gratuita de serviço público, visitar os serviços cirúrgicos de Espanha e França.

• •

Novo sanatório

Em Paredes de Coura (Viana-do-Castelo) inaugurou-se solenemente um sanatório dos Empregados dos Caminhos-de-Ferro do Estado.

O sanatório está situado a 550 metros de altitude, no monte da Pena, e tem acomodações para quarenta doentes. Possui uma central eléctrica privativa, cujo edifício fica a 100 metros do sanatório. Em volta estão as habitações do pessoal, *garage*, etc. É servido por uma boa estrada e tem, em frente, um pequeno parque.


A direcção fica a cargo do Dr. Fonseca Monteiro.

• •

Prof. António Fontes

Esteve em Lisboa o Dr. António Fontes, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, conhecido pelos seus trabalhos sôbre vírus filtráveis.

• •



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

*

•

•

Homenagens

Na Vila do Cano realizou-se uma festa de homenagem ao Dr. António Garção.

— Também em Figueiró e Barros se prestou homenagem ao Dr. Jaime Pimenta Prezado, que ali exerceu clínica durante alguns anos.

*

•

•

Necrologia

Faleceram: em Setúbal, o Dr. Francisco de Paula Borba; em Aljustrel, o Dr. Manuel Joaquim Brando; e em Lisboa, os Drs. António Vicente da Silva, antigo médico municipal do Cartaxo; Artur Braga, médico brasileiro, e Manuel de Brito Camacho, que fôra ministro do Govêrno Provisório da República Portuguesa.





PANBILINE
nas DOENÇAS DO FIGADO

são
os
aneis
de uma
mesma cadeia:

RECTOPANBILINE
na PRISÃO DE VENTRE

HÉMOPANBILINE
nas ANEMIAS

A OPOTERAPIA
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA

TOTAL

LITERATURA — AMOSTRAS

LABORATOIRE DU D^r PLANTIER ANNONAY (Ardèche)
FRANCE
ou Gimenez-Salinas & C.^a — 240-Rua da Palma-246 — LISBOA

ADRENALINA BYLA

Solução a 1/1.000

NATURAL

QUIMICAMENTE PURA

DOENÇA D'ADDISON — SINGOPES CARDIACAS — HEMOPTISES, ETC.

Agentes para Portugal:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — Rua da Palma, 240-246 — LISBOA

CRISTOLAX

LAXO-DIGESTIVO

Extracto de malte Wander cristalizado | a a
Parafina pura

O CRISTOLAX dá melhores resultados que todos os outros productos nos casos de constipação agúda e crónica. Em Inglaterra este medicamento aboliu os metodos em vigor antes da instituição do tratamento pela parafina.

O CRISTOLAX lubrifica inteiramente o intestino e permite-lhe assim recuperar a sua actividade normal, enquanto que os laxativos habituais o enfraquecem cada vez mais.

O CRISTOLAX não esgota como os outros laxativos. Graças ao seu conteúdo em extracto de malte possui uma acção fortificante.

O CRISTOLAX é o laxativo

dos bebés
das senhoras
das pessoas idosas
dos operados
e para todos os casos crónicos

DR. A. WANDER S. A. BERNE

Unicos concessionarios para Portugal

ALVES & C.^a (Irmãos)

Rua dos Correeiros, 41-2 °—LISBOA

amostras e literatura gratis



Sala
Est.
Tab
N.º