

Ano XII

N.º 8

Agosto 1935



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

FLUOROFORMIO

Em solução aquosa e saturada

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

PNEUMONIAS AGUDAS — TUBERCULOSE — TOSSE

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colonias

GIMENEZ-SALINAS & C.^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. Provam que 2 a 4 por dia produzem **diurese prompta**, reanimam o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPRESSAO, EDEMA**, Lesões **MITRAES, CARDIOPATHIAS da INFANCIA e dos VELHOS**, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

Muitos Strophantus são inertes, as tinturas são ineficaz; 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 — PHARMACIA

DOCTOR:

NO CASO EM QUE PRECISE TONIFICAR UM ORGANISMO DEBILITADO RECORDE O



Phosphorrendal

ROBERT
NAS SUAS TRES FORMAS:
GRANULADO - ELIXIR
INJECTAVEL

LABORATORIO ROBERT

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

240, Rua da Palma

Sala B
Est. 9
Tab. 2
N.º 32

ESPASMOS

da musculatura lisa desaparecem rapidamente após a administração do

EUPACO MERCK

em estados espasmódicos do
tracto gastro-intestinal
vias biliares
sistema uro-genital

EUPACO em comprimidos
tubos de 10 comprimidos.

EUPACO em supositórios
caixas com 5 supositórios.

EUPACO - ampólas (Eupaverina com atropina) caixas de 3 ampólas.

E. MERCK
Fábrica de productos químicos
DARMSTADT



Representantes para Portugal:

QUIMICO - FARMACEUTICA, LIMITADA

Lisboa

Rua da Palma, 165

Porto

Rua do Almada, 59

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior
à dos preparados seus congêneres

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

MEDICAÇÃO NUCLEO-ARSENIO-PHOSPHATADA
GRANULADO, INJECTAVEL

NUCLÉARSITOL

"ROBIN"

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

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS.

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

N.^o 825-827
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

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

INSULINA 'A.B.'

MARCA DE  FÁBRICA

a 1.^a apresentada na Europa

PUREZA GARANTIDA

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

Absolutamente inalterável — Acção constante
Isenta de proteínas — Não produz reacção

Folhetos e amostras aos Ex.^{mos} Clínicos

COLL TAYLOR, L.^{DA} — Rua dos Douradores, 29, 1.^o — LISBOA — TELE F. } 21476
 G. } DELTA



HICKS O TERMÓMETRO
 DE CONFIANÇA

DOS MÉDICOS
DA ÉLITE
DOS HOSPITAIS

GENUINO

MARCA  REGISTRADA

AFERIDO

NAS BOAS FARMÁCIAS

Representantes: COLL TAYLOR, L^{DA}. — Rua dos Douradores, 29, 1.^o — LISBOA

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

AFECCÕES DA PELE

Muitas das desordens crónico-inflamatórias da pele apresentam vívidos resultados da rádio-terapia.

Os efeitos da radiação podem ser consideravelmente reforçados pelo uso de um adjuvante local, como por exemplo, a **ANTIPHLOGISTINE**, que não só servirá para prolongar os efeitos benéficos dos raios, mas, fará diminuir a coceira e a dor, abrandará os tecidos endurecidos, aliviará o estado eritematoso que com frequência acompanha as radiações.

Ademais, a **ANTIPHLOGISTINE** serve como um protector da superfície inflamada.

ANTIPHLOGISTINE

The Denver Chemical Mfg. Co.,
163, Varick Street Nova York

Para amostra e literatura

Nome

Endereço

Robinson, Bardsley & Co., Lda.

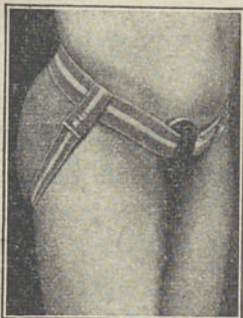
Cais do Sodré, 8, 1.º

LISBOA

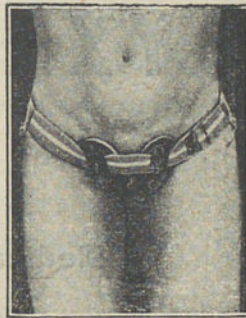
FUNDAS BROOKS

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)

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:

Colónias e estrangeiro:

Ano, 60\$00

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.

Uma nova preparação
dos Laboratórios do Dr. P. Astier:

LYXANTHINE ASTIER

Medicação dos artríticos
sem tóxico nem analgésico

33% de princípios activos

- DISSOLVE O ACIDO ÚRICO
- EVITA O EXCESSO DESTA
- REGULARISA A NUTRIÇÃO

*Uma única colher de chá de LYXANTHINE
é equivalente a muitas doses dos
dissolventes vulgares*

AFECÇÕES REUMATISMAIS

Gota — Litiase renal — Artrismo

Literatura e amostras
LABORATOIRES ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche — PARIS
ou nos representantes
GIMENEZ-SALINAS & C.^a — 240, Rua da Palma, 246 — Lisboa





SUMÁRIO

Artigos originais

<i>A angiografia no diagnóstico dos aneurismas e angiomas do cérebro,</i> por Egas Moniz	Pág.	455
<i>Neoplasias renais diagnóstico precoce e diferencial,</i> por Reynaldo dos Santos e António Carneiro de Moura	»	463
<i>Técnica da angiografia cerebral,</i> por Ruy de Lacerda	»	476
<hr/>		
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	»	489
<i>Notícias & Informações</i>	»	XXXVII

A ANGIOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO DOS ANEURISMAS E ANGIOMAS DO CÉREBRO (1)

POR

EGAS MONIZ

Os aneurismas e angiomas do cérebro eram, quasi sempre, indagnosticáveis durante a vida. Faltavam, muitas vezes, os sintomas neurológicos e a ventriculografia não trouxe elementos novos que pudessem elucidar o diagnóstico. Mesmo quando se suspeitava ou se tinha a certeza da sua existência, era impossível saber-lhes a extensão e localização exactas.

Foram a arteriografia e a flebografia cerebrais que vieram resolver o problema, tornando evidente o diagnóstico pelo desenho das artérias e veias do cérebro e das suas anomalias, entre as quais tomam lugar primacial os aneurismas e angiomas.

A arteriografia não é suficiente para mostrar tôdas as particularidades inerentes a um bom diagnóstico. Algumas vezes os aneurismas não são visíveis nas arteriografias tiradas imediatamente depois da injeção de 10 a 12 cc. de torotraste na carótida primitiva. Até agora tirávamos somente dois filmes depois da injeção intracarotídea. Um dêles era obtido imediatamente depois da injeção de 10 a 12 cc. de torotraste e o imediato 4,5 segundos após o primeiro. O primeiro mostrava a rede arterial do cérebro, o outro a flebografia que denominamos da segunda

(1) Comunicação feita ao II Congresso Internacional de Neurologia — Londres, 1935.

fase, e onde se vêem, geralmente, os seios da dura-máter e as veias profundas do cérebro. Estes dois filmes são suficientes para o diagnóstico dos tumores e até dos aneurismas e angiomas na prática clínica; mas há certos casos de angiomas, aneurismas e até de tumores muito irrigados, em que se torna necessário obter um outro filme entre estes dois.

Depois que fizemos o estudo da circulação do cérebro por meio de séries de radiogramas tirados com intervalos de um segundo, chegámos à conclusão de que três filmes bastavam para dar as fases fundamentais da marcha da circulação cerebral: o primeiro tirado no momento em que se injectam 10 a 12 cc. de torotraste, o imediato 2 a 2,5 segundos mais tarde e o terceiro 4,5 segundos depois do primeiro, (2 a 2,5 segundos depois do segundo filme).

Para obter um bom desenho das veias cerebrais e dos seios da dura-máter é conveniente injectar 16 cc. de toratraste. O primeiro radiograma, tirado quando a injeção vai nos 10 cc., é uma arteriografia; o segundo uma flebografia da primeira fase, que contém o desenho das veias superficiais; e o terceiro uma flebografia da segunda fase, em que se vêem os seios da dura-máter e as veias profundas do cérebro. Dêstes vasos têm primordial importância o seio recto, o seio longitudinal inferior, a ampola e a veia de Galeno.

Com estes subsidios angiográficos é fácil fazer-se o diagnóstico dos aneurismas, dos angiomas arteriais, venosos e arteriovenosos do cérebro.

Fizemos construir um pequeno aparelho que nos permite esconder rapidamente, sob uma fôlha de chumbo, o *chassis* da primeira radiografia (arteriografia). O segundo *chassis* é seguidamente exposto aos raios X e tira-se nova radiografia 2 a 2,5 segundos depois da primeira. Obtem-se assim a flebografia da primeira fase. Êste segundo *chassis* passa, por sua vez, sob uma outra fôlha de chumbo e obtem-se uma terceira radiografia 4,5 segundos após a primeira, que é a flebografia da segunda fase.

Desta maneira nós conseguimos fixar três fases da circulação e, se os aneurismas ou angiomas não são visíveis ou aparecem mal desenhados no primeiro filme (arteriografia), tornam-se nítidos nas flebografias. Temos casos muito elucidativos, que mostram a necessidade das flebografias para um perfeito diagnóstico.

Nas projecções que vamos fazer mostrarei o caso de um aneurisma que só se tornou nitidamente visível na flebografia da segunda fase.

Algumas vezes, se o filme é tirado mais tarde, as artérias e as veias têm já desaparecido e, contudo, pode ainda ver-se a mancha aneurismal, como num interessante caso de Norman Dott.

Por outro lado, somente as flebografias podem mostrar os angiomas venosos.

É, também, por meio das flebografias que nós podemos fazer a distinção entre os angiomas e alguns tumores cerebrais fortemente irrigados. Nos angiomas a circulação passa mais ou menos directamente das artérias às veias, especialmente nos angiomas arteriovenosos. As flebografias não mostram nenhuma circulação no local do angioma.

Os tumores fortemente irrigados do cérebro, como por exemplo os meningiomas, mostram nas flebografias uma mancha escura que desenha o volume destes tumores (1). O sangue não passa, nestes casos, directamente das artérias às veias, nem passa através dos capilares dos tumores com a mesma velocidade com que atravessa os capilares facilmente permeáveis do cérebro.

Assim, o sangue permanece por um certo tempo nos capilares de certos tumores, barreira mais difícil de ser atravessada do que a formada pelos capilares do cérebro. Conseqüentemente, a flebografia mostra a mancha capilar do tumor algumas vezes acompanhada por veias importantes de descarga.

As flebografias, como acabamos de demonstrar, trazem novos e importantes elementos de diagnóstico, e, contudo, obtêm-se sem nenhum inconveniente ou incómodo para o doente. Uma única injeção de torotraste dá a arteriografia e as flebografias. Tudo depende da técnica radiológica atrás descrita.

Aneurismas e angiomas. — Tanto a clínica como a anatomia patológica estão de acôrdo em fazer a distinção entre aneurismas e angiomas. O seu aspecto é, com efeito, muito diferente.

(1) Já depois de escrita esta comunicação, reconhecemos que os meningiomas da asa do esfenóide, principalmente os que se encaminham para a região supra-orbitária, se comportam de maneira bastante diferente (*Lisboa Médica* — Agosto de 1935).

Os aneurismas apresentam-se nas angiografias como dilatações das artérias ou tomam forma de bôlsas ligadas às artérias por um pedículo mais ou menos longo.

Os angiomas são sempre anomalias vasculares congénitas: das artérias ou das veias. Além disso, Cushing, Bailey e outros autores têm descrito grupos de células gliais entre os vasos nos angiomas, o que os coloca perto dos angioblastomas.

Os aneurismas derivam das artérias por alterações mórbidas das suas túnicas. Os angiomas são o resultado de neoformações de vasos, com fortes dilatações das artérias, capilares e veias. A dilatação dos capilares facilita a comunicação entre artérias e veias, o que é particularmente evidente nos angiomas arteriovenosos.

Os aneurismas podem ser de origem embriológica, como succede nas pessoas jovens; mas nas idades mais avançadas outras causas intervêm na sua produção, tais como as infecções, a arteriosclerose, a sífilis, etc., factores importantes e freqüentemente observados.

A distribuição dos aneurismas e dos angiomas no cérebro é diferente. Os aneurismas aparecem geralmente na bifurcação dos vasos; os angiomas espalham-se em diferentes regiões do cérebro. Os aneurismas são o mais das vezes superficiais; os angiomas podem estar situados mais ou menos profundamente no cérebro.

Os sintomas neurológicos, a evolução e o tratamento dos aneurismas e angiomas são também, em geral, diferentes.

Os angiomas podem ser venosos, arteriais ou arteriovenosos.

Os angiomas venosos são principalmente produzidos pela dilatação das veias, mas podem também iniciar-se pela sua sinuosidade, forma discreta da dilatação, de que temos um caso.

Os angiomas arteriais são formados por uma rêde de artérias, por vezes muito fina, de que temos exemplos frisantes.

Os angiomas arteriovenosos mostram uma ligação directa das duas circulações: arterial e venosa. Os capilares deixam, então, de ser um obstáculo à passagem do sangue em virtude da sua dilatação.

Pensamos que as duas primeiras categorias de angiomas tendem para a sua transformação em angiomas arteriovenosos; mas

também temos observado angiomas arteriais consideravelmente desenvolvidos, sem apresentarem nas angiografias ligação alguma arteriovenosa.

Encontrámos uma vez, na mesma doente, angiomas arteriais e aneurismas, bem visíveis na arteriografia. Casos como êste devem ser excepcionais: mostram uma espécie de diátese de anomalias vasculares, pois a nossa doente tinha, além disso, um angioma da pele, à altura da nuca, que aliás se observava em muitos membros da sua família.

Os aneurismas do cérebro são mais comuns do que os angiomas.

Não são raras as hemorragias que êles ocasionam, rompendo-se com facilidade. Estas hemorragias subdurais são acompanhadas de fortes cefaleias, algumas vezes vômitos, convulsões, fraqueza motora e confusão mental.

Em alguns casos aparece a estase papilar. A perda de conhecimento não acompanha estes estados, a não ser em raros casos, sempre muito graves.

A cefaleia súbita e violenta é, dos sintomas acima mencionados, o mais constante. O líquido céfalo-raquídeo apresenta-se, a princípio, hemático, dias depois xantocrômico.

Estas hemorragias são muito mais freqüentes nos casos de aneurismas do que nos de angiomas.

Muitos autores têm atribuído estas hemorragias à ruptura de artérias meníngeas. Isto só pode suceder nos casos raros da paquimeningite primitiva.

As hemorragias dos aneurismas cerebrais determinam, algumas vezes, hematomas subdurais. Estes causam as mesmas alterações meníngeas que têm sido descritas nas paquimeningites primitivas. Não me sinto autorizado a negar a existência desta última forma de meningite; mas estou convencido que é, certamente, muito rara.

O diagnóstico dos aneurismas cerebrais é, em geral, simples, quando se produziu uma hemorragia; mas mesmo em tais casos a sua posição na rêde arterial do cérebro somente pode ser determinada pela angiografia, com excepção dos casos raros em que aparecem sintomas focais.

Temos conseguido fazer um número já elevado de diagnósti-

cos de localização de aneurismas pelas angiografias realizadas em seguida a hemorragias subdurais.

Vê-se nitidamente nos filmes a bôlsa aneurismal, em geral mais pequena do que o volume exacto do aneurisma, especialmente quando a injeção de torotraste foi feita algum tempo depois da sua ruptura.

O coágulo que se forma diminue o espaço ocupado pelo sangue no aneurisma. Às vezes temos visto na arteriografia e especialmente nas flebografias sucessivas, várias pequenas manchas, juntas umas das outras, que indicam o volume provável do aneurisma, devido à penetração do torotraste por entre os coágulos formados.

Os angiomas aparecem com hipertensão craniana e sintomas focais de tumores ou mesmo sem sintomatologia neurológica apreciável.

Observámos, duas vezes, a associação de angiomas arteriovenosos do coiro cabeludo com angiomas cerebrais. Num destes casos havia erosão do crânio. Dandy refere que estes angiomas podem, por vezes, ser independentes.

O diagnóstico neurológico dos angiomas pode conseguir-se em alguns casos; mas, na maior parte, é impossível. Os sintomas principais: aumento da vascularização extracraniana e ruído intracraniano só raramente se encontram. As cefaleias fortes e os vômitos aparecem nos angiomas por crises, algumas vezes bastante espaçadas; mas nem sempre os doentes as acusam.

Entre os sintomas observados nos angiomas faremos ainda menção da estase papilar e dos processos primários angiomatosos da retina (Cushing). Observámos um caso de angioma arteriovenoso com atrofia do nervo óptico e retinite do tipo albuminúrico, sintomas não referidos na bibliografia que consultámos.

Em um dos nossos casos havia ataques epilépticos do tipo jacksónico, com paralisia consecutiva do braço e sem sintoma algum de hipertensão craniana. A evolução deste caso fez-nos pensar na existência de um meningioma; mas as angiografias mostraram que se tratava dum angioma arterial.

Antes dos métodos angiográficos Cushing escreveu: «na ausência de um ruído intracraniano e de manifestações vasculares extracranianas, o diagnóstico dos angiomas pode ser difícil ou

LISBOA MÉDICA

DRYCO

Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

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

DRYCO é o leite IDEAL

Especialmente preparado para a

**alimentação
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

Simenez-Salinas & C.^a

Rua da Palma, 240-246

l i s b o a



LISBOA MÉDICA

QUININO STOVAR SOL

Oxi-acetil-amino-fenil-arsinato de quinino

Combinação definitiva de

STOVAR SOL

e de

QUININO

particularmente
activa para o
tratamento

da

MALÁRIA

APRESENTAÇÃO

— TUBOS DE —
— COMPRIMIDOS —
DOSEADOS A 0 gr. 25

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE

— Specia —

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

21, rue Jean-Goujon, PARIS-8°

impossível. A grande maioria dos casos publicados não têm sido diagnosticados; foram encontrados em operações acidentais ou verificados nas autópsias.»

Hoje podemos afirmar que, devido à angiografia cerebral, tais diagnósticos são possíveis e podem mesmo ser feitos com notável precisão.

O tratamento dos aneurismas depende do seu desenvolvimento e etiologia; da hemorragia ou hemorragias que determinarem; e, ainda, da idade dos doentes. A laqueação da carótida é aconselhável nos doentes novos, particularmente quando as hemorragias subdurais se têm repetido. Quando os aneurismas aparecem em doentes com mais de 35 anos de idade, que é o que sucede geralmente, preferimos a terapêutica etiológica, se pode determinar-se (sífilis) e sempre o uso intensivo de uma medicação iodada. A laqueação da carótida acarreta, nestes casos, mais riscos do que vantagens.

Os angiomas cerebrais aparecem, em geral, em pessoas novas. Em tais casos o tratamento indicado é a laqueação da carótida, principalmente quando os angiomas são muito volumosos ou surgem sintomas de hipertensão craniana. Há casos, porém, em que a laqueação é impossível, isto é, quando estão comprometidas as circulações das duas carótidas internas no processo angiomatoso.

A laqueação da carótida, especialmente da carótida interna, é perigosa em certos casos. Assim, não a aconselhamos quando a artéria cerebral posterior provém directamente da carótida interna, anomalia que existe em cerca de 20% dos indivíduos. A arteriografia mostra esta anomalia de uma maneira evidente e pode, conseqüentemente, orientar o cirurgião.

Uma outra contra-indicação é a idade do doente. A laqueação completa da carótida interna é perigosa, como afirma Dandy, depois dos 35 anos. Nestes casos a laqueação deve ser incompleta.

Preferimos, com Dovrance, fazer a laqueação da carótida primitiva, que satisfaz aquela indicação. Com efeito, as anastomoses dos ramos das duas carótidas externas fazem com que uma certa quantidade de sangue passe de um sistema a outro,

abastecendo um pouco a circulação da carótida interna pela bifurcação da carótida primitiva. Em caso de necessidade pode mais tarde fazer-se a laqueação da carótida externa, de maneira a evitar a vinda de sangue dêste vaso para a carótida interna, o que corresponde então à laqueação dêste vaso.

É a prática seguida em Portugal pelo neuro-cirurgião Dr. Almeida Lima.

A radioterapia é um vantajoso complemento da laqueação da carótida nos angiomas. Mesmo quando não é possível laquear, ainda aconselhamos a aplicação de raios X.

A angiografia mostra, em todos os casos, a região exacta em que deve fazer-se a radioterapia.

Serviço de Urologia do Hospital Escolar
(Director : Prof. Reynaldo dos Santos)

NEOPLASIAS RENAIIS DIAGNÓSTICO PRECOCE E DIFERENCIAL

POR

REYNALDO DOS SANTOS e ANTÔNIO CARNEIRO DE MOURA

A condição essencial de sucesso no tratamento das neoplasias renais é o diagnóstico precoce.

São bem conhecidos os sinais clínicos que levam à suspeita de tumor renal, para que sequer os mencionemos.

Mas ¿pode a clínica chegar a fazer um diagnóstico precoce de cancro do rim, e precisá-lo?

Na realidade, os meios clínicos, por si sós, são insuficientes e há necessidade de recorrer a métodos especiais para se conseguir um diagnóstico precoce e se praticar a intervenção em boas condições.

A pielografia, sobretudo a ascendente, é o grande meio de que se deve lançar mão. Em quarenta e oito casos observados por Karl Fischer (*Zeits. f. Urolog. Chir.*, vol. XXXVII), foi a pielografia que fez, na maior parte das vezes, o diagnóstico.

A pielografia instrumental deu, sob este ponto de vista, melhores resultados que o método de eliminação (imagens imperfeitas ou negativas neste último método por deficiência da função renal).

Mas o problema que pretendemos tratar neste momento é o do diagnóstico precoce, portanto quando há ainda probabilidades do rim neoplásico ter a função mantida. Pode, por isso, a urografia de eliminação dar uma imagem morfológica suficiente, e dá-a de facto muitas vezes. Foi por nós publicado um caso de hipernefroma (*Lisboa Médica*, 1934) em que num rim direito de função conservada, e sangrando, a pielografia intravenosa mos-

trou alterações do bassinete e cálices que permitiram afirmar o tumor.

Mas na realidade é a pielografia instrumental que tem sido apontada como reveladora dos tumores de rim e tem sido a base mais certa do diagnóstico precoce. Inúmeros trabalhos lhe têm sido consagrados, a êste respeito, em todo o mundo. Lembraremos, entre outros, o de Georges Motz (*Pyelographie et pyeloscopie dans le diagnostic des tumeurs du rein et du bassinete*. Thèse Paris, 1930. Em dezóito casos, dezasseis deformações muito acen-

tudadas), e o de Einar Ljunggren (*Studien über Klinik und prognose der Grawitzschen Nierentumoren*. Stockholm, 1930).

No entanto é necessário, para afirmar seguramente o diagnóstico, que se constatem alterações morfológicas bem caracterizadas, como, por outro lado, uma pielografia normal não permite afastar tranquilamente o diagnóstico de tumor.

Na técnica da pielografia ascendente, o cateterismo baixo (Pflaumer, Chevassu) parece-nos prudente. Só assim serão descobertos, em rins hematóricos, os raros tumores primitivos do uretero, sobre os quais um de nós apresentou uma observação inédita ao último Congresso Internacional de Urologia, em Londres.

As imagens mais frequentes que a pielografia ascendente dá nos tumores do rim, são :



Fig. 1

Obs. I. — Pielografia ascendente direita. Deformações dos cálices médio e inferior. Tumor renal.

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

TARTROL

Indolôr

Soluto aquoso de tartaro bismutato de sódio contendo 2,5 miligramas de Bismuto por cm.³ em injeções intramusculares 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

Androstina

"CIBA"

Os medicamentos destinados à terapêutica das afecções devidas a transtornos hormonícos da função testicular, têm muitas vezes o defeito de conter apenas uma parte das fracções testiculares terapêuticamente activas. Outras vezes apresentam variações tão grandes na sua acção, que o resultado do tratamento é forçosamente duvidoso.

O preparado testicular Androstina

não tem nenhum destes defeitos. É um extracto **titulado biológicamente** que contém a **totalidade dos principios activos dos testículos**, o que garante a eficácia e a constância que se devem exigir de preparados desta natureza.

Produtos "CIBA"

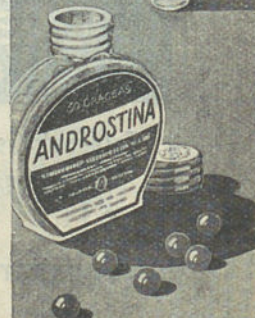
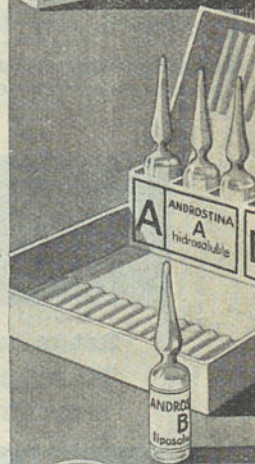
Representantes :

E. BRUNNER & C.A., L.DA

RUA DA MADALENA, 128, 1.º

Telefone 2 6717

LISBOA



- a) Empurramento para dentro do 1/3 sup. do uretero (casos de tumor considerável).
- b) Deformações do bassinete.
- c) Alongamento dos cálices ou sua amputação.
- d) Mau enchimento, total ou parcial, do bassinete.
- e) Imagens lacunares na mancha do bassinete.
- f) Irregularidades no contôrno do bassinete com aspecto ratado num ou noutro sítio (sinal muito característico quando o tumor não é volumoso).

Poderíamos mostrar exemplos de tôdas estas modalidades.

Como tipo de observação de diagnóstico precoce e triunfo da pielografia, apresentamos o seguinte caso:

OBSERVAÇÃO I. — M. B. B., homem de 69 anos de idade. Há um ano, hematuria total espontânea, sem dores, que dura 48 horas e passa sem tratamento. Repete-se quatro meses depois, com idênticas características, passando em dois dias e repetindo-se há quatro dias. Nunca esteve doente, estado geral bom, não anemiado. Urinas hemáticas totalmente. Os rins não se palparam, nem são dolorosos. Próstata pequena. Não retencionista.

Cistoscopia. — Bexiga de colunas e células. Não há tumor vesical, nem cálculos. Hematuria do rim direito. Carmim de indigo, aos 4 minutos, dos dois lados; ejaculações rítmicas.

Radiografia. — Não há cálculos. Contornos renais normais. Após injeção de *per-abrodil*, imagem morfológica e de eliminação, normal à esquerda e uma eliminação e imagem deficientes em tôdas as poses do lado direito, vendo-se apenas os cálices, não se vendo o bassinete.

Cateterismo do rim direito fácil até 20 cm. Urinas separadas:

<p><i>Rim direito</i> (cateter)</p> <p>Ureia — 7,94 ‰</p> <p><i>Sed.</i> Hematias, abundantes glóbulos de pus</p>	<p><i>Rim esquerdo</i> (algália na bexiga)</p> <p>Ureia — 13,99 ‰</p> <p><i>Sed.</i> Alguns leucocitos.</p>
<p>Não há cilindros.</p>	

Pielografia ascendente. — Amputação e deformação do cálice médio e deformação do cálice inferior. É a imagem de um tumor renal (fig. 1).

Aortografia (n.º 428). — Anestesia Evipan. Injeção de 12 cc. de INa 100 ‰.

Não parece haver alterações suficientes da vascularização renal direita para afirmar o diagnóstico de tumor (fig. 2).

Operação em seguida (Prof. Reynaldo dos Santos). — Incisão lombar (Pflaumer) sem ressecção costal, porque a rádio mostra o rim baixo. Descoberta cuidadosa do rim, isolando-o completamente, de forma a exteriorizá-lo

e ver bem o pedículo. Aparentemente, o rim tem apenas lesões de nefrite. À palpação nada de anormal; como forma e tamanho parece um rim normal. Em face, porém, da hematúria e da deformação do cálice médio à pielogr-

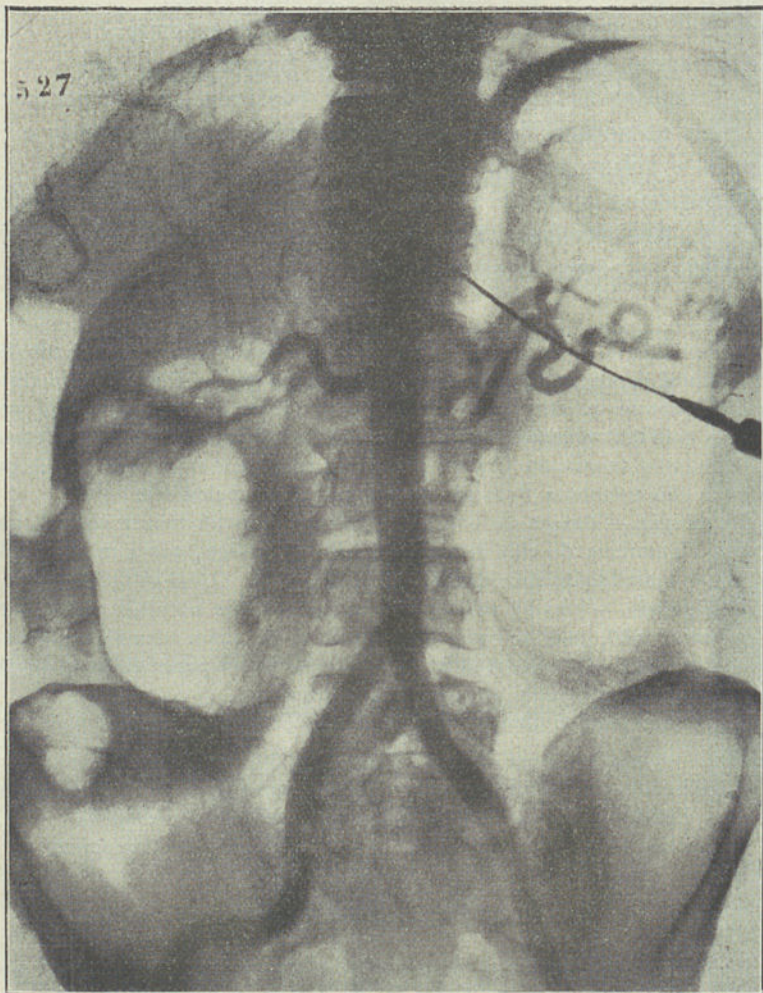


Fig. 2

Obs. I. — *Aortografia*. Não há alterações sensíveis da circulação do rim direito.

fia, mantém-se o diagnóstico pre-operatório e faz-se a nefrectomia, fácil, dado o bom isolamento e boa visualização do pedículo, previamente laqueado.

Aberto o rim, o tumor aparece logo implantado exclusivamente sôbre a

mucosa do bassinete e cálices inferiores, sem que, macroscopicamente, se veja penetração no parênquima renal. Assim, pode-se, em tôrno da sua base, isolar sempre uma orla de mucosa (fig. 3).

Exame histológico. — Tumor formado por finos eixos conectivos vasculares que sustentam formações de células epiteliais cilíndricas, dispostas em

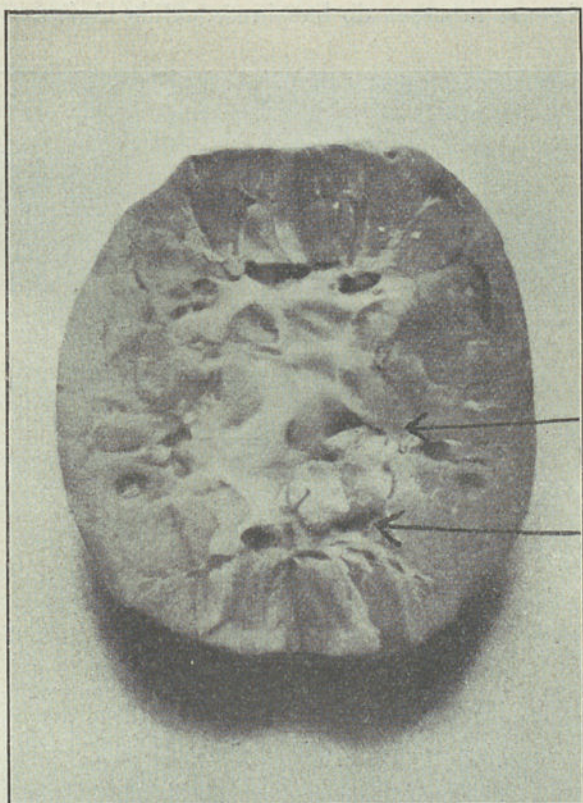


Fig. 3

Obs. 1. — Fotografia do rim nefrectomizado com o tumor implantado no bassinete.

várias camadas, como a estrutura geral dum papiloma. Há, porém, e nota-se, grande desproporção entre a abundância de epitélio e a escassez de conectivos e prévia estratificação epitelial e o grande número de mitoses, o que nos inclina a atribuir ao tumor natureza carcinomatosa. Não há infiltrações no fragmento adjacente de parênquima renal enviado. a) *João Alvim.*

O doente foi revisto recentemente, oito meses depois da operação, perfeitamente bem.

Esta observação mostra a superioridade indiscutível da pielografia sôbre a lombotomia exploradora que neste caso só podia fazer nascer dúvidas sôbre o diagnóstico pre-operatório seguramente estabelecido.

E é ainda um exemplo de superioridade da pielografia sôbre aortografia nos tumores do bassinete. Aliás lógico.

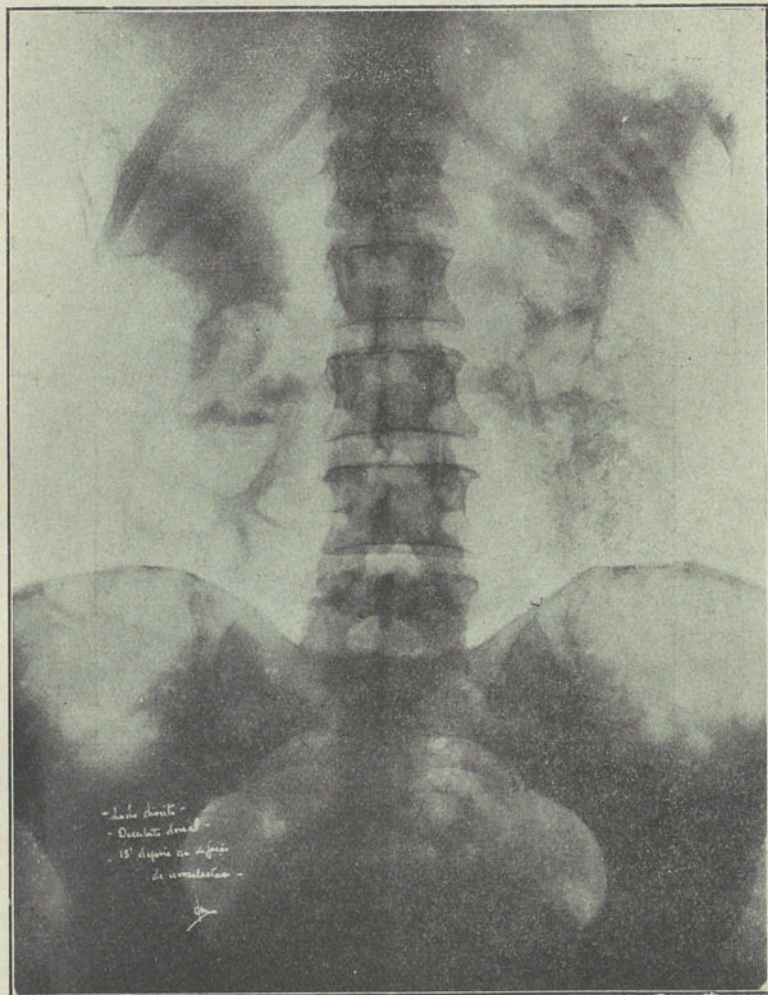


Fig. 4

bs. II. — Urografia da eliminação. Última pose (45'). Aspecto normal dos dois lados.

Abordemos agora o assunto do *diagnóstico diferencial* que pode oferecer dificuldades devidas a inúmeras causas.

Fácil com a tuberculose e a calculose, mais delicado, com certas hidronefroses, é sobretudo com as nefrites hematóricas e com a hematúria essencial (capítulo mal definido, em que ainda entram hematórias de origem vária) que o problema se apresenta mais difícil.

A aortografia pode esclarecer alguns diagnósticos que os pielogramas deixam duvidosos.

A êste propósito transcrevemos uma observação que reputamos interessante:

OBSERVAÇÃO II. — M. P. R., mulher de 60 anos de idade. Vista em princípios de 1931 por hematúria espontânea, total e indolor. História urológica negativa, mas família de hepáticos, ela própria tom amarelado e sinais de insuficiência hepática. Crises freqüentes de colite. Magra, extremamente nervosa. Sem alteração do estado geral. Palpação dos rins negativa, sem tumor nem dor.

Cistoscopia. — Nada na bexiga. A hematúria vem do rim direito. Indigocarmim igual dos dois lados (4 minutos).

Análise de urinas (13-III-931). — Volume, 1.350; densidade, 1.015; albumina, 1 gr. Não tem cilindros. Muitas hematias. Ureia, 14,75‰; cloretos, 8,5‰.

Radiografia. — Não há cálculos.

Urografia (Uroselectan) (13-III-931). — Boa eliminação dos dois lados. Morfologia normal dos dois bassinets e cálices. Aos 45 minutos mantêm-se as imagens descritas (fig. 4).

Em face dêstes exames, a hipótese de tumor renal parece poder afastar-se e inclinamo-nos antes para a de nefrite hematórica. Mas faz-se a *Aortografia* n.º 113 (22-III-931) com anestesia dos esplâncnicos. Injecção de 15 cc. de INa 100‰ por punção alta. Hepática delgada (cirrose?), imagem mostrando uma vascularização regular dos dois rins, comparáveis quer no calibre das renais, quer na irrigação do parênquima. Assim interpretada, esta imagem parece confirmar o diagnóstico de nefrite hematórica (fig. 5).

De resto, a hematúria desapareceu após a injecção de INa e a doente quis seguir para a sua terra, não havendo mais notícias dela durante quatro anos.

Em Maio de 1935 (quatro anos depois) volta a consultar, por sentir um tumor e dor no hipocôndrio direito; tumor quasi do tamanho da cabeça dum feto, móvel, arredondado, e tal sensação de renitência que deu primeiro a impressão de se estar em presença duma hidronefrose. Estado geral bom; não emmagreceu; tem o aspecto de há quatro anos. Hoje, as urinas são claras, mas conta ter tido uma hematúria recente, grande, embora pouco dura-doura.

Urinas (11-V-935). — Volume cêrca de 1 litro. Densidade, 1.024. Albumina, vestígios; nada de substâncias anormais. Ureia, 20 gr. ‰ Sedimento, nada de importante.

Radiografia simples. — Não há cálculos, mas vê-se a sombra de um grande tumor ocupando todo o flanco e hipocôndrios direitos.

Urografia (per-abrodil) (12-V-935). — Chapa aos 7, 25 e 40 minutos. Rim esquerdo: imagem normal como eliminação e morfologia. À direita *nenhuma*

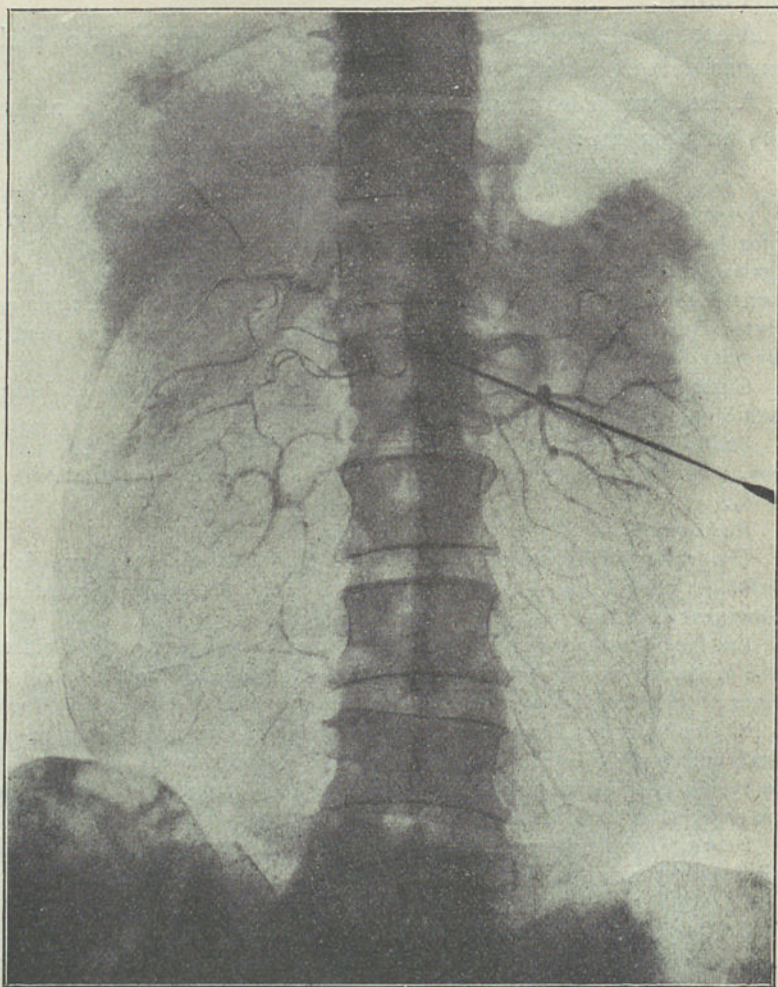


Fig. 5

Obs. II. — Aortografia primeiro interpretada como normal, mas de facto revelando à direita uma mancha da vascularização anormal de tumor em início de desenvolvimento.

eliminação, mesmo aos 40 minutos, vendo-se apenas a grande sombra do tumor cujo polo inferior desce abaixo da crista ilíaca.

A doente recusa qualquer outro exame e quer ser operada.

Em 19-V-935 nefrectomia lombar direita (Prof. Reynaldo dos Santos) sob éter. Laqueação inicial do pedículo. É uma grande neoplasia, sem grande vascularização da gordura perirenal, mas grossas veias no pedículo (fig. 6).

Post-operatório simples. Alta quinze dias depois.

Mantém-se bem nesta data (20-VII-935).

Descrição da peça. — Volumoso tumor, que ocupa quasi todo o rim; só o polo inferior está respeitado em parte.

Resultado do exame histopatológico. — Neoplasia cujo parênquima é constituído por massas mais ou menos regularmente arredondadas e de célu-



Fig. 6

Obs. II. — Carcinoma hipernefróide. Peça de nefrectomia.

las epiteliais redondas ou poligonais, de núcleo pequeno, citoplasma abundante e claro e por vezes vacuolizado. Estas massas são separadas entre si por delgados septos conjuntivos com infiltração linfocitária, por vezes abundante, e por capilares sanguíneos de aspecto cirsoide.

Diagnóstico histológico. — Carcinoma hipernefróide (21-V-935).

a) H. Parreira.

Comentário. — É a história duma doente que em 1931 entrou sob suspeita de tumor renal, mas que todos os exames levaram a pensar tratar-se de uma nefrite hematórica (valor funcional comparado dos dois rins, urografia e aortografia). E quatro anos depois volta com um evidente tumor renal que certamente já tinha em 1931, quando da primeira grande hematuria inicial.

Conhecendo agora o diagnóstico exacto de neoplasia e vol-

tando a olhar as radiografias de 1931, sobretudo a pielografia e aortografia, ¿devemos manter a mesma interpretação de então?

Quanto à pielografia, de facto não oferece base para um diagnóstico de neoplasia. Mas olhando melhor a aortografia, vemos no rim direito, na metade inferior, uma vascularização anormal de vasos irregulares e emmaranhados, no género dos descritos por um de nós nas neoplasias dos membros. A experiência de então era ainda muito limitada para se saber dar a estes aspectos da circulação renal o valor que uma experiência de mais quatro anos e o estudo comparado das arteriografias nos tumores revelou.

Esta observação parece-nos assim do mais alto interesse:

1.º — Pela oportunidade, que não será freqüente, de ter podido comparar a função renal e as imagens pielográficas de um rim neoplásico, *no seu início e quatro anos depois*.

2.º — Por ter permitido surpreender precocemente a imagem vascular de um tumor, quando nenhum outro meio urológico o permitira diagnosticar.

Enfim, uma terceira observação, em parte já publicada (Reynaldo dos Santos, *Archives des Maladies des Reins et des Organes Genito-Urinaires*. Tôm. VIII. N.º 3. 1934), é ainda um exemplo do valor da aortografia no diagnóstico dos tumores renais não suspeitados pelos outros métodos.

OBSERVAÇÃO III. — M. C. M., mulher de 31 anos de idade, observada pela primeira vez quatro anos antes, com dores fortes no flanco esquerdo, irradiações nas regiões lombares e perna, do mesmo lado. Nessa data, hematúria total, emmagrecimento e grande anorexia. À palpação, os dois rins são móveis e ptosados, mas o rim esquerdo é enorme, enchendo o hipocôndrio e o flanco, dando nítido contacto lombar. Diagnostica-se uma neoplasia do rim esquerdo. À cromocistoscopia, eliminação quasi igual de ambos os lados, com ejaculações bem coradas e rítmicas aos 6 minutos.

Um cateterismo bilateral mostra — rim direito: ureia, 13,25‰; rim esquerdo: 11,25‰. Azotemia, 0,30. A-pesar-de a doente se queixar também de dores no rim direito, a nefrectomia esquerda parecia impor-se.

É feita uma *estéreo-aortografia*, sob anestesia dos esplâncnicos, em 15-II-31, com uma mistura de abrodil e iodeto de sódio. O arteriograma (vide Pl. LIV in *Artériographie*, por R. dos Santos, Lamas e Caldas. Masson, 1930 e artigo atrás citado) revela um desenvolvimento anormal da circulação do rim esquerdo, onde as dilatações e os lagos sanguíneos atingem dois grossos ramos da renal. Só o polo inferior do rim parece poupado. Mas o mais estra-

nho é que a circulação do rim direito revela o mesmo aspecto de neoformações e ectasias vasculares atingindo um dos ramos da renal direita. Parece tratar-se de *tumores extraordinariamente vascularizados* (angiomatosos?) dos dois rins, embora só o do esquerdo tivesse sido diagnosticado, clínica e urológicamente.

De facto, a mesma injeção da aortografia (abrodil) permitiu fazer, 15 minutos depois, uma pielografia que só mostrou lacunas ao nível do cálice médio esquerdo.

Perante a bilateralidade, até aí não suspeitada, do tumor, e aproveitando a grande mobilidade dos dois rins, ambos ptosados e facilmente acessíveis pelo abdómen, procurou-se, na laparotomia exploradora, a confirmação das revelações da arteriografia.

Os dois rins examinam-se bem. O esquerdo é enorme, mole, irregular, com um aspecto angiomaso e a superfície sulcada de vasos. A punção só dá sangue. Pareceu pouco prudente a biopsia. O rim direito, quasi normal como tamanho, mostra, no entanto, no seu têrço médio, características idênticas às do esquerdo. A bilateralidade acha-se confirmada.

Cura operatória sem incidentes. A doente continua a ser seguida, não se tendo agravado sensivelmente o seu estado, antes melhorando e retomando algum pêso.

Nova pielografia, em Agosto de 1933, mostrou um aspecto idêntico à de 1931, com a mesma lacuna do cálice médio esquerdo e um comêço de deformação à direita. Uma análise de urinas só mostra vestígios de albumina.

A evolução não parece compatível com um tumor maligno do rim (Tumor angiomaso?).

Mas em Outubro de 1934 aparece com dor forte ao nível da fossa ilíaca esquerda e uma mancha arroxeadada na pele, do tamanho da palma da mão, com pequenas elevações correspondendo a dilatações vasculares, na fossa ilíaca e hipocôndrio esquerdo. O tumor atinge já o volume da cabeça dum feto, duro, irregular ainda, móvel. À cromocistoscopia mostra azul à direita aos 4,5 minutos e, à esquerda, aos 5,5 minutos, como se os dois rins tivessem aproximado valor funcional.

A evolução do tumor com mais de quatro anos e boa conservação do estado geral, torna duvidosa a sua malignidade; mas a intensidade intolerável



Fig. 7

Obs. III. — Tumor mixto embrionário do rim esquerdo. Peça de nefrectomia.

das dores e o crescimento último do tumor com bom valor funcional do rim direito, levam-nos à nefrectomia esquerda.

Operação (Out. 1934). — Éter. Incisão lombar. Grande desenvolvimento venoso peri-renal. *Nefrectomia* um pouco trabalhosa pela dificuldade de libertar e excisar todo o tumor, que, de aspecto esponjoso e frágil, lembra um papiloma gigante. Uma parte rompera já a cápsula renal e invadira o *parenephron*. Suporta bem a intervenção, e a ferida operatória cicatriza em quinze dias, sem incidente.

Exame da peça. — O tumor era certamente um neo primitivo do rim, de onde, por ruptura da cápsula, invadiu a atmosfera peri-renal (fig. 7). De resto, o exame da primeira aortografia parece revelar já esta irrupção extra-renal.

Exame anátomo-patológico. — Tumor mixto embrionário do rim esquerdo. a) *H. Parreira*.

A doente, vista em 3-VI-935, com bom estado geral, sem o menor sinal de recidiva local ou metástase. O rim direito sem alteração. Engordou. Bom apetite. Melhorou manifestamente desde que foi operada.

Comentário. — É a observação de um tumor renal bilateral seguido durante quatro anos.

a) O diagnóstico clínico e urológico funcional era apenas de tumor do rim esquerdo. Só a aortografia revelou a existência de um outro tumor, mais pequeno, no rim direito, que uma laparotomia exploradora confirmou.

b) A evolução destes tumores, muito vascularizados, observados durante quatro anos, foi de tal maneira lenta e com tão ligeira repercussão sobre o estado geral, que a malignidade em que primeiro se pensara pareceu depois pouco verosímil.

c) O volume e as dores do rim esquerdo tornaram-se de tal maneira mal toleradas, que, apesar da natureza reservada do tumor e da bilateralidade, se praticou a nefrectomia esquerda.

d) As melhoras acentuadas da doente, dez meses passados sobre a intervenção, justificam esta e permitem duvidar do diagnóstico anátomo-patológico que primeiro nos foi enviado (sarcoma).

É um exemplo de diagnóstico diferencial difícil e de diagnóstico precoce de bilateralidade que só a aortografia revelou.

Conclusões gerais. — Para o diagnóstico precoce, além da hematúria, cujo valor clínico fica sempre indiscutível, os meios essenciais são a pielografia (sobretudo a ascendente) e a arteriografia renal.

Não se pode afirmar a superioridade dum método sobre o outro; ambos têm a sua importância reveladora conforme os casos.

Assim, na nossa primeira observação, a pielografia revelou e permitiu operar precocemente uma neoplasia do bacinete, que a arteriografia não descobrira. As outras duas observações atrás resumidas são o exemplo oposto da precocidade dos sinais arteriográficos, quando as pielografias nada tinham ainda revelado.

Por isso pensamos que é no capítulo das neoplasias renais que a aortografia está destinada a representar um papel importante, ora permitindo um diagnóstico precoce, ora esclarecendo um diagnóstico diferencial delicado.

Serviço de Neurologia e Neuro-Cirurgia da Faculdade de Medicina de Lisboa

Director: Prof. Egas Moniz

Chefe do Serviço de Neuro-Cirurgia: Dr. Almeida Lima

TÉCNICA DA ANGIOGRAFIA CEREBRAL

Subsidio para a sua simplificação

POR

RUY DE LACERDA

Assistente de Neurologia da Faculdade de Medicina de Lisboa

Interno dos Hospitais Cívicos

Uma das maiores vantagens da *prova da angiografia cerebral* é reunir às valiosíssimas indicações diagnósticas que fornece, uma técnica de execução extraordinariamente simples; tão simples que qualquer clínico geral, com uma elementar educação cirúrgica, pode realizá-la com tôdas as probabilidades dum bom êxito.

Além disso, não exige preparação especial do doente — nem mesmo o simples jejum — exceptuando, bem entendido, os casos, aliás raros, em que há necessidade de recorrer à anestesia geral (crianças, débeis mentais, grandes pusilânimes).

Tão pouco se tornam necessários quaisquer cuidados post-operatórios. Os doentes da Consulta Externa do nosso Serviço retomam, geralmente, depois da *prova* bilateral, as suas ocupações habituais. Verifica-se, portanto, que a introdução intracarotidiana de *thorotrast* requiere menores precauções e provoca menos abalo do que uma punção lombar. Em 201 *provas* que executei até hoje no Serviço de Neurologia e Neuro-Cirurgia da Faculdade de Medicina de Lisboa nunca registei acidente algum durante o acto operatório e, seguidamente a êle, tudo se limitou a dois casos de hematomas locais, que curaram sem maiores conseqüências, depois do seu esvaziamento, e a um de infecção igualmente local, que cedeu prontamente após abertura larga

e lavagens com rivanol. Num caso, que mais tarde se verificou pela necrópsia ser de quistos hidáticos múltiplos do cérebro e em que a doente se encontrava em estado pre-comatoso, tive que fazer a *prova* como último recurso para a obtenção dum diagnóstico que possibilitasse uma terapêutica adequada. A morte sobreveio duas horas depois. Apesar do resultado da autópsia ter ilibado o método angiográfico, não quis deixar de, honestamente, citar este caso, que será oportunamente publicado.

Duma forma geral, os doentes, depois da intervenção, apenas se queixam de ligeiras dores na região operada e duma certa dificuldade em engulir, sensações estas que não costumam prolongar-se além das vinte e quatro horas seguintes. Sucede também, por vezes, embora raramente, notar-se uma certa hipertemia (entre 38° e 38°,5), cuja duração se limita, habitualmente, quando muito, às primeiras quarenta e oito horas.

Subordinando-me ao título dêste trabalho, vou fazer a descrição da técnica que actualmente prefiro para executar a *angiografia cerebral*.

Antes de entrar pròpriamente no assunto, devo dizer que é indispensável, para obter bons resultados, realizar a parte operatória já sôbre a mesa radiológica. A execução da *prova* numa sala de operações, seguida da condução do doente para o gabinete dos raios X, a maior parte das vezes afastado daquela, torna complicada uma operação que, em condições favoráveis, se faz com a maior simplicidade. Outro inconveniente é o de o Serviço Geral de Radiologia não estar adaptado à técnica röntgenológica adequada a estes casos. Deve haver uma Sala de raios X, com pessoal devidamente especializado, anexa à Enfermaria onde estão internados os doentes. É assim que trabalhamos; é assim que devem proceder os que quiserem obter bons resultados angiográficos.

É essencial também a correcta posição operatória do doente (posição clássica para a laqueação da carótida primitiva). Desta depende, em grande parte, a simplicidade na descoberta da artéria.

A desinfecção da pele faz-se friccionando-a com compressas embebidas em alcool a 70°.

A anestesia é, habitualmente, conseguida com injeção local de

novocaína + sulfato de potássio + adrenalina. Basta uma única picada em cada um dos lados, pois a prática demonstra tal ser suficiente para eliminar a dor.

A incisão operatória interessará não só a pele, mas também o tecido celular subcutâneo e o músculo cuticular do pescoço. Deve ser sensivelmente paralela à clavícula (3 a 4 cm. acima dela) e ligeiramente arqueada com concavidade superior. A sua extensão será de cêrca de 3 cm., correspondendo a parte média, aproximadamente, ao interstício que existe entre os dois



Fig. 1

Execução duma *Prova de Angiografia Cerebral* no Serviço de Neurologia e Neuro-Cirurgia da Faculdade de Medicina de Lisboa

feixes do esterno-cleido-mastoideu, que é, em geral, fácil de reconhecer pela simples inspecção e que quando assim não sucede se identifica com tóda a segurança pela palpação. A distância da incisão à clavícula pode variar um pouco quando exista uma ruga transversal próxima, que convém sempre aproveitar para disfarçar a cicatriz resultante que, em qualquer caso, se torna, geralmente, passado algum tempo, quasi imperceptível e, por vezes, mesmo completamente invisível.

A incisão segue-se a dissociação dos dois feixes do esterno-cleido-mastoideu, a qual se consegue facilmente e sem perigo para o doente pela manobra da divulsão (Doyen), que se executa



IMPRESSO

ESTABELECIMENTOS

HEROLD LDA.



Rua dos Douradores, 7

LISBOA

novocaína + sulfato de potássio + adrenalina. Basta uma única picada em cada um dos lados, pois a prática demonstra tal ser suficiente para eliminar a dor.

A incisão operatória interessará não só a pele, mas também o tecido celular subcutâneo e o músculo cuticular do pescoço. Deve ser sensivelmente paralela à clavícula (3 a 4 cm. acima dela) e ligeiramente arqueada com concavidade superior. A sua extensão será de cêrca de 3 cm., correspondendo a parte média, aproximadamente, ao interstício que existe entre os dois



Fig. 1

Execução duma *Prova de Angiografia Cerebral* no Serviço de Neurologia e Neuro-Cirurgia da Faculdade de Medicina de Lisboa

Queiram enviar-me uma amostra de :

.....

Doutor em med. :

Rua :

Localidade :

(A letra bem legível facilitará a expedição)



FOSVITANON

Homburg

Tónico

Sedativo

Estomáquico

Extracto de quina estandardizado
 » » sem. Cola recent. stand.
 » » Noz vómica stand.

Acido fosfórico-glicose
 Sais de Cu.-Fe. e Mn.
 Sal de Bromo-Magnésio

Extractos standard. de piscidia, viburno e lúpulo.

O **Fosvitanon**, simultaneamente um tónico, um estomáquico e um sedativo, tem um excelente paladar a ervas aromáticas.

Está indicado no esgotamento físico e psíquico, nervosismo, depressão nervosa, fraqueza, abatimento, neurastenia, caquexia malárica, anemia e tuberculose

Frascos de 200 e 1.000 c. c.

Da literatura sôbre o FOSVITANON

Ballmann (Médico-chefe da Clínica de Doenças Internas no Hospital Municipal de Pudaau).

«... O a. empregou o «Fosvitanon» durante 5 meses, num grande número de casos, tendo sido sempre excessivamente tolerado quer por adultos quer por crianças. Em média foi-lhe possível verificar ao fim da segunda semana, um aumento de 2 a 3 Kg. no peso e inclusivamente mais, em casos com graves afecções orgânicas, nomeadamente físicos com caverriasi, estados graves de esgotamento, afecções sépticas...»

(*Deutsche Med. Wochenschrift*, 1932, Nr. 47)

Strauss (Médico da Comissão dos Inválidos de Viena).

«... O autor diz que como médico da Comissão dos Inválidos teve ocasião de receitar frequentemente o «Fosvitanon» aos seus doentes. Baseado nos seus ensaios, considera este preparado como um dos melhores tónicos que existem e que deve ser empregado em larga escala na clínica médica...»

(*Aerztliche Korrespondenz*, 1933, Nr. 17)

Undritz (Do Sanatório Bella-Luis, Montana).

«... Segundo as suas experiências o «Fosvitanon» é um tónico enérgico e um bom estimulante do apetite que está especialmente indicado nos casos de anorexia, fraqueza, esgotamento e diminuição de peso...»

(*Schweizerische Medizin. Wochenschrift*, 1934, Nr. 41)

Mejer (Director clinico do Instituto de Neurologia da cidade de Francfort s/ Meno).

«... O a. descreve pormenorizadamente os diversos componentes do «Fosvitanon» e as suas propriedades farmaco-dinâmicas. Faz resaltar particularmente a excelente acção deste tónico no esgotamento precoce...»

(*Psychisch-Neurologische Wochenschrift*, 1933, Nr. 7)

Eisenstaedt e Smlowitz (Do Sanatório Popular de Genève-Montana-Vermata).

«... O «Fosvitanon» pela sua acção selectiva e complexa é considerado pelos autores, como um tónico predominante, indicado na inapetência tóxica e psíquica e alterações no metabolismo condicionadas pelo clima de altitude, colapso-terapia e neuroses vegetativas...»

(*Wiener Medizin. Wochenschrift*, 1934, Nr. 43)

Burhaus e Reus.

«... No são aumenta a resistência ao esforço físico e mental, no doente apoia favoravelmente o processo curativo, estimulando o apetite e melhorando o estado geral...»

(*Munchener Medizinische Wochenschrift*, 1934, Nr. 25)

Reus (Do Sanatório de Francfort, para crianças, em Bad Sodenhal)

«... Logo passados os primeiros dias após a administração do «Fosvitanon», foi possível ao a. constatar melhoras surpreendentes em todas as crianças tratadas, sobretudo na apêntencia e estado geral. A maior diferença obtida no peso foi de 5,6 Kg., a média foi de 3,7 Kg...»

(*Deutsche Med. Wochenschrift*, 1935, Nr. 20)

FABRICANTES :

Chemisch-Pharmazeutische A. G. Bad
Homburg, Frankfurt a./M.

REPRESENTANTES :

Estabelecimentos Herold, L. da
Rua dos Douradores, 7

L I S B O A

introduzindo uma tesoura romba fechada entre ambos e abrindo-a *in loco*, acto que se repete o número de vezes necessário até conseguir o fim em vista. Proceder cautelosamente, pois a abertura dum falso trajecto pode dificultar imenso a continuação da *prova*. Êste tempo operatório é absolutamente indolor.

As duas porções do esterno-cleido-mastoideu são seguidamente separadas por meio de dois *afastadores de Farabeuf*, de modo a deixarem a descoberto o feixe vâsculo-nervoso do pescoço.

Isto feito, procede-se à cuidadosa abertura da bainha dêste

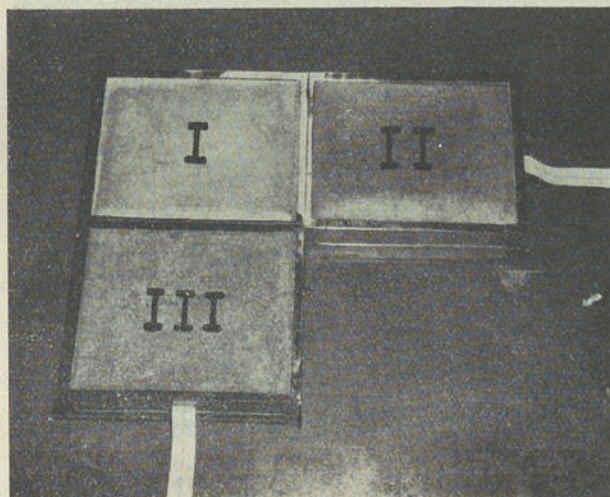


Fig. 2

Escamoteador de *chassis* (E. MONIZ). A fita da direita é a marcada com *D* na fig. 3 e a inferior é a marcada com *E* na mesma figura

último, também pelo processo da divulsão. Basta que o orifício seja suficiente para introduzir nêle a ponta do afastador externo puxando para fora juntamente com o feixe clavicular a jugular interna. Fica-nos então sob a vista um relêvo longitudinal que, pela sua forma e por estar animado de pulsações, facilmente se reconhece corresponder à carótida primitiva. Em 13 casos foi-me possível evitar mesmo a abertura da bainha do feixe vâsculo-nervoso, limitando-me a afastar para fora a veia, visível através dela, o que bastou para evidenciar a artéria e permitir a sua fácil injeção.

Uma vez identificada a carótida, coloca-se sob a cabeça do doente o *escamoteador* imaginado pelo Prof. EGAS MONIZ.

*

Consiste êste numa caixa com cobertura de alumínio (fig. 2, I), onde se faz a introdução de três *chassis* carregados com películas

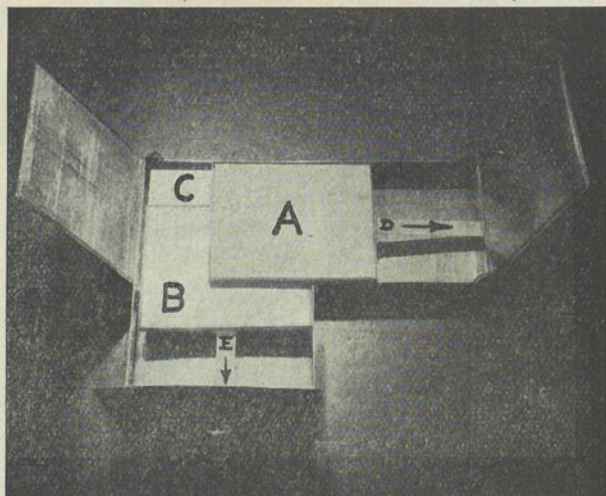


Fig. 3

Escamoteador de *chassis* (E. MONIZ). As tampas encontram-se levantadas e os *chassis* A e B um pouco deslocados das posições que, inicialmente, devem ocupar (sobrepostos a C). As setas desenhadas sôbre as fitas D e E indicam o sentido do deslocamento, respectivamente, dos *chassis* A e B.

e separados, o superior do médio e êste do inferior, por placas de chumbo. Dum e doutro lado desta caixa ficam duas outras semelhantes (fig. 2, II e III) mas, contrariamente ao que sucede à primeira, cobertas com fôlha de chumbo. Tôdas as coberturas se podem levantar por dobradiças, como se pode observar na figura 3. A disposição das três caixas é tal que, no seu conjunto, formam um ângulo recto (fig. 2). Os *chassis* ficam inicialmente colocados na caixa média, a que fica situada no vértice do ângulo (fig. 2, I), sendo aplicados contra a sua cobertura superior por um sistema de molas que ocupa o fundo.

O funcionamento é extremamente fácil: após o primeiro disparo da ampola retira-se o *chassis* contendo a película impressionada (fig. 3, A) puxando pela fita que lhe está ligada (fig. 3, D) que o conduzirá para a caixa II (fig. 2), onde ficará protegido pela sua cobertura de chumbo. Um novo disparo impressiona a película do segundo *chassis* (fig. 3, B), que fica igualmente protegido por ter entrado na caixa III (fig. 2) puxando pela fita D

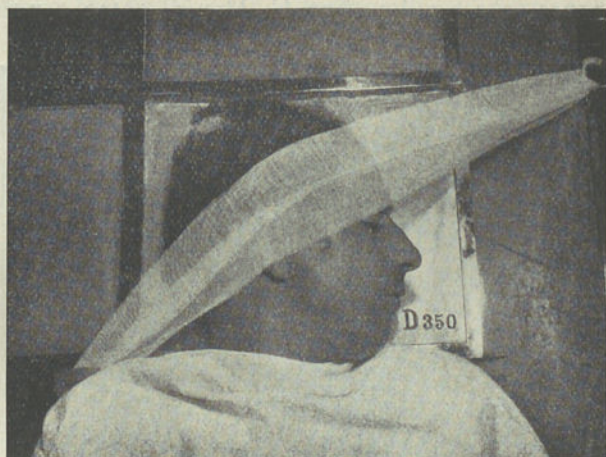


Fig. 4

Posição correcta da cabeça sobre o *Escamoteador*, para a injeção da carótida direita

(fig. 3). Fica então sob a ampola o último *chassis* (fig. 3, C) cuja película é finalmente impressionada.

*

Para que a cabeça do doente fique em boa atitude sobre o *escamoteador*, deve assentar sobre este o lado contrário àquele onde se vai fazer a injeção, de modo que a linha que passe pelos dois olhos tenha uma direcção vertical. Mantém-se esta posição fazendo passar sobre a cabeça e com uma certa pressão uma ligadura. Melhor do que qualquer descrição mostra claramente qual a atitude correcta (injeção à direita) a figura 4. Marcam-se sempre com D (direito) como se verifica na figura atrás citada, as

radiografias correspondentes à injeccção à direita e com E (esquerdo) as correspondentes à esquerda.

O operador, que até aqui ocupou o lado esquerdo do doente, coloca-se nesta altura à sua direita.

Logo que o radiologista informe que tudo está pronto pela parte que lhe diz respeito, procede-se à injeccção intracarotidiana do *thorotrast*, a parte mais delicada e difficil da *prova*, que pode decompor-se em quatro tempos:

I — Segura-se a agulha (*tipo E. Moniz*) entre o polegar e o



Fig. 5
Injecção intracarotidiana de *thorotrast*.
Punção da artéria.

indicador da mão direita, e introduz-se em seguida na carótida da forma que se pode observar na figura 5. O sentido de penetração é de baixo para cima. O sangue deve sair francamente pela agulha. Em geral sai em jacto intermitente. Proceder sempre sem preocupação de apressar este tempo, pois a prática demonstra não ter qualquer inconveniente para o doente a ligeira perda de sangue que se pode dar.

II — Passa a segurar-se a agulha com os dois primeiros dedos da mão esquerda, tomando a seringa com a mão direita (fig. 6). Esta manobra deverá fazer-se sempre sem precipitações, para que a agulha não saia do lume do vaso e a injeccção se faça fora dêle ou na sua bainha, motivando em qualquer dos casos a falha

da *prova*. Quando a injeção se faz na bainha, o doente acusa sempre dor (1).

III — Adapta-se a seringa à agulha (fig. 7).

IV — Injecta-se o *thorotrast* com força e dá-se ao êmbolo quanto possível, uma impulsão constante. É prudente, antes de começar a fazer a injeção, verificar se o sangue penetra no corpo da seringa, pois o contrário significa que não se está dentro da artéria. Injectam-se, em cada lado, 16 cc. de *thorotrast*. A injeção faz-se sempre até final, independentemente da parte radiológica.

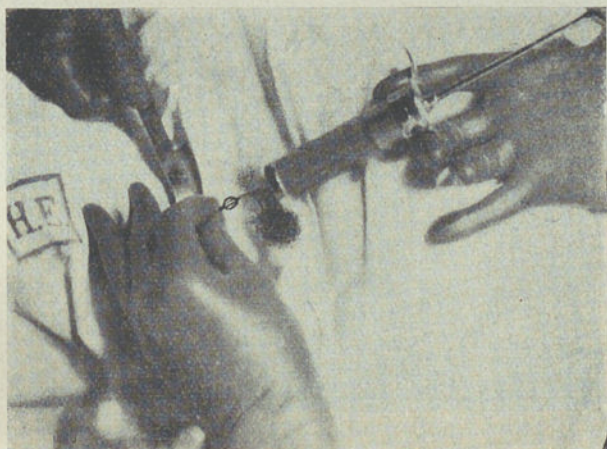


Fig. 6

Injeção intracarotidiana de *thorotrast*.
Adaptação da seringa à agulha.

O primeiro disparo da ampola de raios X faz-se após a introdução de 12 cc., à voz de *vá*, que não deve ser dada pelo operador ou ajudante, mas por outra pessoa, que poderá ser uma das encarregadas de puxar as fitas do *escamoteador*. Acentuemos mais uma vez que o operador não se deve preocupar com coisa alguma, fazendo-se sempre a injeção até ao completo esgotamento dos 16 cc. do *thorotrast*. Impressionada por esta forma a

(1) Êste segundo tempo pode ser eliminado desde que se faça a punção da artéria, segurando a agulha com a mão esquerda, o que se consegue facilmente com a prática. É assim que geralmente procedemos.

primeira película, retira-se do campo de acção dos raios Röntgen, puxando a fita D (fig. 3).

Dois segundos após o primeiro disparo, o radiologista faz o segundo, escamoteando depois a película impressionada, puxando a outra fita (fig. 3, E).

O terceiro disparo faz-se dois segundos e meio depois do imediatamente anterior.

Em seguida o *escamoteador* é retirado da mesa radiológica

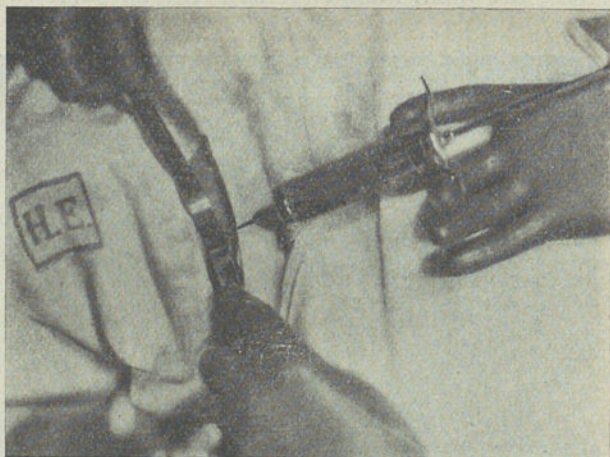


Fig. 7

Injecção intracarotídea de *thorotrast*.

Adaptada a seringa à agulha vai iniciar-se a introdução do *thorotrast*.

e aberto, sendo os *chassis* transportados para a câmara escura, onde se procede à revelação e fixação das películas.

Logo que termine a injecção (16 cc.), retira-se a agulha da carótida e faz-se ligeira pressão com uma compressa introduzida no orifício operatório, que se retira dois ou três minutos depois e repete-se esta manobra as vezes necessárias para se conseguir uma perfeita hemostase. Dêste cuidado dependerá, principalmente, a não formação ulterior de hematomas.

O encerramento faz-se com *agrafes de Michel*, mas só depois do radiologista informar que as películas se encontram em condições. Êste cuidado é imprescindível, porque a repetição imediata da injecção é fácil e não prejudica o doente, o que não

sucedem quando se faz nova tentativa, passados alguns dias. As inúmeras aderências tornam, neste último caso, o acto operatório quási impossível e bastante perigoso.

O penso limita-se à cobertura da região operada com gaze esterilizada, mantida por meio de adesivo. Uma vez completada

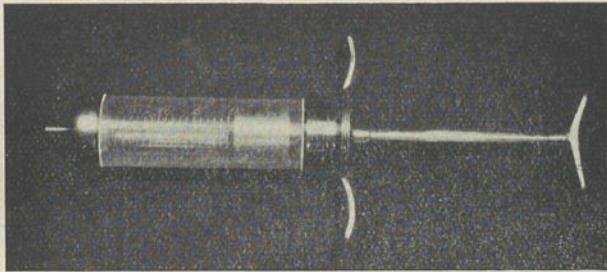


Fig. 8
Seringa de E. Moniz

a prova de um dos lados, executa-se imediatamente do lado oposto, adoptando a mesma técnica.

Pela descrição que acabo de fazer pode, à primeira vista, parecer que a execução é complicada e demorada, o que não é

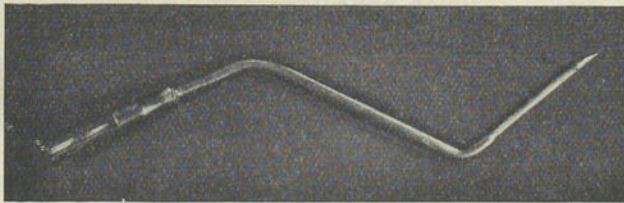


Fig. 9
Aguilha de E. Moniz (tamanho natural).

verdadeiro. A minha média de duração da prova realizada dos dois lados, numa só sessão, segundo a técnica que acabo de expor, foi, em vinte e seis casos seguidos, de oito minutos para a parte operatória e de vinte e oito minutos para a totalidade (incluindo revelação e fixação das películas).

MATERIAL NECESSÁRIO

Parte operatória (incluindo também desinfeção e anestesia):

- 1 cápsula com compressas embebidas em álcool a 70°.
- 1 seringa e agulha para anestesia.
- 1 canivete.
- 1 tesoura romba.
- 2 afastadores de *Farabeuf*.
- 2 pinças de *Kocher*.
- 4 pinças hemostáticas, tipo americano.
- 2 agulhas de E. MONIZ (fig. 9).
- 2 seringas de E. Moniz (fig. 8).
- 1 pinça para colocação de *agrafes de Michel*.
- 12 *agrafes de Michel*.
- 2 ampolas de novocaína + sulfato de potássio + adrenalina.
- 4 ampolas de *thorotrast Heyden* (solução coloidal de bióxido de tório a 25 0/0) de 12 cc.

Parte radiológica: 1 aparelho de raios X.
 1 *escamoteador* de E. MONIZ.
 3 *chassis*.
 6 películas.

O aparelho de raios X deve ser afinado de forma que:
 a distância focal seja de 90 cm.
 kilovoltagem: 90-95 Max.
 intensidade: 250 M. A.
 tempo de exposição: 1 a 2 décimos de segundo.

Descrita a técnica actual da *prova da angiografia cerebral*, quero pôr em relêvo a simplificação que adoptei nos últimos 38 casos e que consiste em não fazer preceder a injeção de desnudamento, prensão com *pinça de MARTINS* (1) e tracção da

(1) ANTÓNIO MARTINS foi o operador a cargo de quem esteve a realização das primeiras angiografias conseguidas.

Um novo produto português

Nestogéno

LEITE EM PÓ NESTLÉ

(NOVA FÓRMULA)

«Nestogéno» é o extracto do melhor leite português da riquíssima região de Avanca, meio-gordo, obtido pela dessecação imediata.

Hidratos de Carbone: «Nestogéno» contém 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.

ANÁLISE:

Gorduras	12,0 %
Proteínas	20,0 »
Lactose	30,0 »
Maltose-Dextrina	15,0 »
Sacarose	15,0 »
Cinzas	4,7 »
Água	3,3 »
Calorias por 100 grs.	436

INDICAÇÕES:

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

LITERATURA:

Leite Lage, Cordeiro Ferreira e Teixeira Botelho (Serviço de Pediatria Médica do Hospital D. Estefânia-Lisboa) — "Emprêgo de alguns produtos industriais em dietética da primeira infância. «Nestogéno», «Leite condensado», «Eledon»".

Medicina Contemporânea N.º 48, 27 de Novembro 1932.

R. Gireaux: — Le lait sec en diététique infantile.

Amostras à disposição de V. Ex.^{ta}

SOCIEDADE DE PRODUTOS LACTEOS

Rua Ivens, 11 - LISBOA

Um novo produto português

Eledon

BABEURRE NESTLÉ EM PÓ

ALIMENTO DIETÉTICO PARA CRIANÇAS, INDICADO NAS
PERTURBAÇÕES DA NUTRIÇÃO COM DIARREIA, FORMAS
DISPÉPTICAS DAS DISTROFIAS E NAS DISPEPSIAS AGUDAS

ANÁLISE:

Gorduras		8%
Proteínas		20%
Hidratos de carbone solúveis:		
Lactose	24%	
Maltose-Dextrina	25%	49%
Ácido láctico		4%
Amido		12%
Cinzas		4%
Água		3%

100 grs. de Babeurre Eledon fornecem 398 calorias

O Babeurre Eledon é obtido a partir do leite fresco, parcialmente desnatado, acidificado por fermentação láctica, e ao qual foram adicionados hidratos de carbone.

LITERATURA:

Leite Lage, Cordeiro Ferreira e Teixeira Botelho (Serviço de Pediatria Médica do Hospital D. Estefânia-Lisboa): — "Emprêgo de alguns produtos industriais em dietética da primeira infância: «Nestogéno», «Leite condensado», «Eledon»".

Langstein: — «Les dystrophies et les affections diarrhéiques chez le nourrisson».

Putzig: — «De l'utilisation du babeurre en poudre «Eledon» en pratique particulière».

Bauer & Schein: — «Le babeurre en poudre "Eledon"».

Medicina Contemporânea, N.º 48, 27 de Novembro 1932.

Amostras à disposição de V. Ex.ª

SOCIEDADE DE PRODUTOS LACTEOS
Rua Ivens, 11 - LISBOA

carótida (1). Eliminando todos estes tempos, consegui uma maior rapidez, diminuindo ao mesmo tempo dificuldades operatórias nem sempre compatíveis com a boa segurança do doente. Além disso, a dor desaparece quasi por completo, contrariamente ao que sucedia no princípio. (AMANDIO PINTO afirma na «Technique de l'épreuve de l'encephalographie arterielle», *Journal de Chirurgie*, 1930:

«Le malade ne ressent la moindre douleur jusqu'à ce qu'on arrive à la tunique externe de l'artère dont la manipulation provoque des douleurs qui exigent souvent une anesthésie supplémentaire.

Les tractions faites sur la carotide sont également pénibles et provoquent des douleurs à l'oreille et aux dents»).

A modificação feita é duma considerável importância, não só para o doente como também para o operador, porque o sossego daquele lhe facilita notavelmente a execução, como já dissemos, por vezes um pouco difficil da injeção. Outra vantagem importante é a da maior perfeição da hemostase. Na artéria desnudada a hemorragia pelo orificio de saída da agulha pode, em certos casos, demorar algum tempo. Pelo processo agora empregado, a hemorragia é, pode dizer-se, nula. Esta técnica não difficulta o tempo da injeção. A carótida está relativamente fixa e assim tem-se a impressão nítida da agulha dentro do lume do vaso. Parece-me não ser possível uma maior simplificação. O ideal seria injectar a coberto. Há quem diga tê-lo conseguido correntemente, mas custa-me muito a crer na sua exequibilidade. Assim digo porquanto, nas 201 *provas* que até hoje executei, verifiquei que duma maneira quasi geral a jugular excede anteriormente a carótida, tanto para o lado externo como para o interno, vedando-lhe, por completo, o acesso. Só através da veia se poderá atingir a artéria, o que me parece absolutamente desaconselhável.

Resumindo: a técnica da *angiografia cerebral* é simples — simples para o doente, simples para o operador —, inóqua, quasi completamente indolor e de rápida execução.

(1) Só excepcionalmente se fizera a injeção *in loco*. Nalguns casos, também muito raros, de falha da primeira injeção, fez-se uma segunda, sem levantar a carótida, já anteriormente desnudada.

Tôdas estas qualidades facilitam o seu emprêgo, tornando uma obrigação para o neurologista recorrer a ela confiadamente, sempre que estiver indicada. Assim, poderá obter, sem perigo algum para o doente, indicações por vezes utilíssimas, tornando possíveis diagnósticos que, sem o seu concurso, seriam irrealizáveis.

RÉSUMÉ

L'A., après avoir affirmé que l'*Épreuve de l'Encephalographie Cérébrale* est absolument inoffensive et presque indolore pour le malade, fait la description de la technique qu'il emploie actuellement, dans laquelle il a introduit la modification de ne pas faire la mise à nu, le pincement et la traction de la carotide.

Il injecte le *thorotrast* l'artère étant sur place, quelques fois même sans ouverture de la gaine du paquet vasculo-nerveux du cou, en obtenant de cette façon plus de simplicité, de vitesse et de sureté, une parfaite hémostase et la réduction de la douleur au *minimum*.

Revista dos Jornais de Medicina

O pneumotorax espontâneo na infância. (*El neumotorax espontáneo en la infancia*), por A. CASALON, COSSOY e C. PINTOS. — *La Prensa Médica*. Ano XLII. N.º 11. 1935.

Se no adulto é a etiologia bacilosa que domina na gênese do pneumotorax espontâneo, chegando a 90% dos casos, o mesmo não sucede na idade infantil. Já Zereboullet e Even tinham atribuído às afecções pulmonares agudas, como a pneumonia, broncopneumonia e abcesso do pulmão, o papel de factor etiológico dominante no pneumotorax espontâneo na infância.

No capítulo de formas clínicas descrevem os AA., entre várias, as do tipo mudo e do tipo latente, seguindo uma classificação já apontada por Sergent. Na primeira forma, em que faltam os sinais funcionais (dor, dispneia, etc.), com escassos sintomas objectivos, são exigidas algumas condições especiais para a sua formação, das quais devemos salientar a ausência de aderências pleurais, integridade do pulmão oposto e lentidão na entrada do ar na cavidade pleural. No tipo mudo não se obtêm sinais francos e só um meticoloso espírito de observação o poderá averiguar, avaliando devidamente alguns sinais a que os AA. chamam colaterais, como seja o desvio da ponta do coração, abaixamento do fígado, etc.

Seria supérfluo insistir sobre o valor fundamental da radiologia, mas este campo de exploração faz implicitamente desaparecer por completo determinados conceitos enraizadamente clínicos, como seja o que permite a divisão do pneumotorax espontâneo em formas latente e muda, visto que ao *écran* deixa de existir a classificação do tipo mudo.

O prognóstico depende, acima de tudo, da etiologia do processo, da integridade do pulmão do outro lado e do coração.

É evidente que a etiologia bacilosa será tanto mais grave quanto mais nova for a criança, sendo idênticamente de temer as conseqüências do pneumo consecutivo às supurações pulmonares, sobretudo quando sobrevém o piopneumotorax, sendo de melhor prognóstico os que permanecem «secos» ou com discreta e moderada exsudação serosa. De onze casos dos AA. faleceram dois, curaram oito e manteve-se um estacionário.

É evidente que o tratamento dividir-se-á em duas etapas: a primeira, que devia constatar os sintomas iniciais, tanto pulmonares como cardiovasculares, e a segunda, em que a conduta terapêutica deverá guiar-se pela análise do quadro do pneumotorax já constituído, impondo a intervenção cirurgica nos derrames purulentos, limitando-se o clínico, pelo contrário, a ter

uma atitude expectativa, quando simplesmente se forma um derrame seroso, o qual, na maioria dos casos, se reabsorve espontaneamente.

BARREIROS SANTOS.

Conclusões acerca do estudo comparativo de 3.000 reacções de Wassermann e de Kahn. (*Enseñanzas deducidas del estudio comparativo de 3.000 reacciones de Wassermann y de Kahn*), por F. NIÑO e P. RESSMANN. — *La Semana Médica*. Ano XLII. N.º 2.147. 1935.

O fim dos AA. consiste em determinar o verdadeiro valor que se deve atribuir a estas duas reacções serológicas e que foram executadas num elevadíssimo número de individuos, tendo encontrado um índice de coincidência de 93 %, taxa diferente da que tem sido indicada por outros investigadores (Miravent, 97 %; Carrera, 85 %).

Na estatística dos AA. há numerosos doentes com reacções positivas, a-pesar-de não registarem sinais de afecção específica, deixando no nosso espirito a dúvida, que consiste numa deficiente informação clinica, visto que não é admissível pensar numa tão elevada frequência de falsas reacções positivas, afastando, evidentemente, certas moléstias, como a lepra e o paludismo, que podem dar resultados dêste último tipo.

Transcrevem, por fim, o resumo de cento oitenta e seis casos, com resultados discordantes em que a reacção de Wassermann foi negativa, ao contrário do que se dava com o Kahn, e terminam com as seguintes conclusões:

a) A negatividade de ambas as reacções exclue, com grande probabilidade, o diagnóstico de sífilis.

b) Em igualdade de condições, o Kahn dá um número mais elevado de resultados positivos, coincidindo estes, em 45 % dos casos, com indiscutíveis antecedentes luéticos.

c) Os doentes com a sero-reacção de Wassermann negativa e o Kahn com valor positivo duvidoso têm 16 % de probabilidade de sofrerem duma sífilis.

BARREIROS SANTOS.

A arteriosclerose das coronárias e a diabetes. (*Arteriosclerosis coronaria y diabetes*), por J. SILVESTRE e P. BOSQ. — *La Semana Médica*. Ano XLII. N.º 2.147. 1935.

A esclerose vascular como causa de morte nos doentes diabéticos aumentou notavelmente nos nossos dias, subindo de 15 a 50 %, facto que deve resultar da baixa de mortalidade pelo cõma, acidente que já combatemos com armas poderosas, chegando os AA. a declarar que não é exagêro afirmar que a antiga e elevada taxa de mortalidade pelo cõma está sendo substituida pelos accidentes vasculares ao nivel dos membros, sobretudo nos inferiores, e das coronárias.

O presente trabalho é baseado em setenta autópsias de diabéticos, em que o cômá interveio com uma freqüência seis vezes menor que as lesões dos vasos, tendo os AA. dedicado especial atenção ao estudo das coronárias, havendo encontrado, em cêrca de 17% dos casos, essas artérias atingidas por lesões ateromatosas mais ou menos extensas, com ou sem infiltração calcárea secundária, atingindo mais intensamente a coronária anterior, com acentuada redução do seu lume, chegando a um intenso grau de oclusão, nalguns casos total, com alterações mais ou menos profundas do miocárdio, tendo-se encontrado em 25% dos casos o infarto.

Estas cifras poderão parecer exageradas, devendo por isso comparar-se às da estatística de Blotner, no Peter Bent Brigham Hospital, em que a esclerose das coronárias nos diabéticos atinge 45% dos casos e as investigações de Nathanson, que nos mostram como as lesões das coronárias nos diabéticos são cêrca de seis vezes mais freqüentes que nos não diabéticos.

Os AA. declaram que não lhes é possível tirar quaisquer conclusões acêrca da relação directa que poderá existir entre a antiguidade da perturbação metabólica e as lesões vasculares, recordando um caso clínico em que a diabetes se arrasta durante onze anos e em que a autópsia não revelou a mais pequena agressão aos vasos, ainda que a sua pesquisa tivesse sido cuidadosamente executada.

Destacam o facto curioso dos doentes diabéticos com extensas lesões coronárias só muito raramente apresentarem queixas cardiovasculares, pois nas estatísticas dos AA. só um dêles referiu um syndroma de angor, noção que já anteriormente tinha sido mencionada por Wilder, e recordam a vantagem da electrocardiografia como meio de diagnóstico, visto que nos indica as alterações das coronárias em diabéticos, em redor dos cinqüenta anos de idade, numa percentagem aproximada da que os AA. obtiveram pelo estudo necrópsico.

BARREIROS SANTOS.

As embolias pulmonares post-operatórias. (*Postoperative pulmonary embolism*), por LILIAN K. P. FARRAR. — *The Surgical Clinics of North America*. Vol. 15. N.º 2. 1935.

O presente trabalho é baseado na observação de sessenta e três casos que se deram em cêrca de trinta mil intervenções realizadas durante dezasete anos no Woman's Hospital, o que corresponde aproximadamente a uma percentagem de 0,02%.

A estatística mostra-nos que êsse acidente sobreveio em cêrca de 50% no decurso da primeira semana após o acto operatório.

O quadro clínico varia com o volume e a localização do êmbolo, sendo constituído, na maioria dos casos, pela brúsca e violenta pontada, dispneia, tosse e expectoração hemoptóica, sintomas cuja intensidade é variável, como facilmente se poderá prever.

À observação poderemos encontrar os sinais semiológicos dum foco pulmonar visível ao *écran* radiológico. A persistência dêstes sinais dependerá da

extensão do processo, que pode inclusivamente ser base dum foco de supuração, quando se trate duma embolia séptica.

Quando o êmbolo é de exíguas dimensões, pode o acidente manifestar-se exclusivamente por alteração do ritmo respiratório e do pulso, sendo, na maioria das vezes, atribuído à anestesia e ao coração.

O A. considera a obesidade, a anemia secundária, as lesões inflamatórias do endocárdio como condições freqüentes para a formação de embolias, verificando que entre as várias intervenções cirúrgicas é a histerotomia, motivada pela presença de fibromas, que com maior freqüência dá lugar a êste acidente, que surge idênticamente após a demorada anestesia geral, seguido dum estado de hipotonia sanguínea, tanto produzida por aquela como por hemorragia ou *shock*.

Entre causas predisponentes inclue a brusca mudança de posição do doente nos últimos momentos duma intervenção abdominal, passando da posição de Trendelenburg para a horizontal, produzindo-se então um rápido abaixamento da tensão arterial. A profilaxia do acidente reside em avaliar as várias causas apontadas e evitá-las dentro das possibilidades.

A terapêutica facilmente se prevê resumindo-se aos calmantes, como a morfina, às inalações de oxigénio e às injeções de sôro glucosado endovenoso ou em clister gota a gota.

BARREIROS SANTOS.

O factor determinante no mecanismo da diurese e antidiurese mercurial. (*I fattori determinante nel meccanismo della diuresi ed antidiuresi mercuriale*), por F. BUA.—*Minerva Medica*. Ano XXVI. Vol. I. N.º 19. 1935.

O perfeito conhecimento da acção farmacológica dos diuréticos mercuriais interessou profundamente o A., que teve o desejo de investigar não só a farmacodinâmica da droga no sentido de estimular a secreção renal, como também a sua acção antidiurética, quando ensaiada em condições diametralmente opostas, como seja em certas poliúrias patológicas em que tem um efeito antidiurético.

Aceita a noção de Ludwig, que attribue ao mercúrio um notável poder de atracção para o N da molécula proteica, afinidade muito superior à que têm quaisquer dos outros metais pesados.

Esta propriedade electiva do mercúrio é atenuada em face de determinados reagentes que produzam uma saturação parcial (é o caso da menor toxicidade do sublimado perante uma solução de cloreto de sódio), verificando-se, pelo contrário, que é nas combinações orgânicas, com o carbono, que a referida afinidade dos mercuriais adquire franca estabilidade, o que foi plenamente demonstrado pelas investigações de Müller, Schöeller, etc.

Deve ter sido esta última noção que orientou a preparação dos diuréticos mercuriais, desde o novasurol ao salyrgan, êste menos tóxico do que o primeiro, consequência da sua architectura molecular, visto possuir uma maior estabilidade, com um mais intenso estado de saturação.

O conceito defendido por Schur, Mühling, etc., em que a acção dos diuréticos mercuriais residia numa acção renal directa, caracterizada pela excitação do epitélio renal e inerente à passagem do composto mercurial através do rim, é fortemente destruído pelas pesquisas de Sarel e Heilig, que mostram a falta de paralelismo entre a intensidade de secreção de urina e a correspondente eliminação do composto mercurial.

O A. alarga-se em considerações acêrca do metabolismo orgânico nas condições normais e no envenenamento pelo sublimado, para entrar no estudo da acção dos diuréticos mercuriais, afirmando que a diferença existente entre a acção tóxica do mercúrio ião (solução dum composto mercurial, com o Hg em dissociação iónica) e a do mesmo elemento nos diuréticos mercuriais apontados, corresponde à modificação de intensidade de atracção (a que o A. chama «integral»), que o Hg tem para o N da molécula proteica em comparação com a que possui após a sua combinação com a substância orgânica do diurético, afinidade essa já muito mais atenuada (a que o A. chama «residual»), e daí não possuir a acção destrutiva sôbre os elementos celulares com que toma contacto, limitando-se a estimular-lhes as suas funções, devendo destacar-se a que intervém no metabolismo do ião Cl, elemento intensamente activo, cuja deslocação (que é a resposta do organismo ao contacto com a substância mercurial), arrastará à mobilização hídrica no organismo, participando na dinâmica farmacológica dos diuréticos mercuriais, não só os tecidos como também o meio sanguíneo, estreitamente ligados, como bem se sabe, ao rim, órgão que está nitidamente indicado para colaborar nas modificações metabólicas dêste tipo.

O A. dedica um capítulo final à interpretação e ao efeito que os diuréticos mercuriais possuem quando applicados nos casos de poliúria patológica (diabetes insípida e mellitus), admitindo que existe uma fase inicial e fugaz de estímulo funcional, à qual secundariamente se segue uma etapa inibidora que dá um efeito anti-diurético, mas o fundo da questão deve residir, acima de tudo, no grau de mobilização do Cl, elemento activo por parte do organismo e seria aquele que decidiria o resultado final, pensando o A. que o metabolismo daquele ião deverá estar nestes casos de poliúria seriamente comprometido, por excesso de excreta, faltando assim a interferência dêsse importante elemento activo com que o organismo contribue para a diurese mercurial, dependendo dêsse facto o fenómeno curioso da resposta ao estímulo ser uma inibição funcional, verificando o A. que por êsse caminho nos aproximamos da normalidade no metabolismo hídrico e consecutiva diminuição da poliúria.

BARREIROS SANTOS.

O uso do sôro no tratamento da pneumonia. (*The use of serum in the treatment of pneumonia*), por MAXWELL FINLAND. — *The Medical Clinics of North America*. Vol. XVIII. N.º 4. 1935.

A título de orientação começa o A. por fazer algumas considerações acêrca da bacteriologia do pneumococo, que, como é do domínio corrente, se

apresenta sob numerosas formas, as quais, tendo morfologia e características tinturiais idênticas, podem distinguir-se pelas reacções serológicas, agrupando assim em tipos e existindo uma estreita dependência entre o tipo agente e a gravidade da afecção pulmonar por êle provocado.

Assim, a realização duma seroterapia eficaz exigirá, como primeira etapa, a identificação do agente mórbido e sua classificação, análise que só o laboratório deverá executar, tendo sido indicados para êsse fim vários métodos, destacando-se o «Quellung» ou reacção de Neufeld, lançada recentemente na clínica por Sabin, que consiste em observar a distensão que sofre a cápsula do pneumococo, quando é posta em contacto com o sôro homólogo, utilizando-se para êsse fim a expectoração ou mesmo a secreção nasal, quando não seja possível obter aquela.

O A. aconselha a preparação do sôro segundo a técnica de Felton, com o qual se obtém um elevado grau de concentração das proteínas, preferindo para a sua administração a via intravenosa, sendo o seu título de 3.500 unidades cc. para o tipo I e 2.500 unidades cc. para o tipo II.

Para evitar as reacções séricas faz injeções repetidas, com intervalos de duas horas, administrando 5, 25 e 45 cc. para o tipo I, utilizando, no fim de oito a doze horas, doses mais altas, de 10 a 30 cc., espaçadas seis a doze horas, até tentar obter o desaparecimento dos sintomas agudos, podendo aumentar a dose de sôro para o tipo II, sendo entretanto conveniente não ultrapassar a dose total de 250 cc.

Se no fim de quarenta e oito horas não forem manifestas as melhorias, é preferível fazer-se seroterapia de modo descontínuo.

Como em tôda a seroterapia intravenosa, é necessário investigar as manifestações de sensibilidade às proteínas estranhas, a existência de asma, as injeções de sôro que anteriormente tenham sido executadas na profilaxia do tétano, etc., aconselhando para isso a execução duma *prova-test* com a injeção subcutânea de 0,5 cc. duma diluição de sôro de cavalo a 1 : 10, aguardando-se o aparecimento do eritema dentro de meia hora, podendo também fazer-se a injeção intramuscular de 0,5 a 1 cc. de sôro, esperando-se o resultado dentro duma hora, aconselhando o A. que, no fim da injeção de sôro intravenoso, poder-se-á, como medida de segurança, fazer a administração de adrenalina em solução millesimal.

O A. descreve em seguida os vários tipos de reacção ao sôro e as modificações benéficas que a seroterapia proporciona, terminando pelas suas indicações e contra-indicações.

Considera vantajosa a sua aplicação em casos de afecção por pneumococo dos tipos I e II, havendo mesmo alguns casos felizes, com o tipo VII-Vê, pelo contrário, contra-indicada a seroterapia nos doentes «in extremis» com edema pulmonar, nos casos de profunda toxemia com cômá, cianose, quando haja baixa de tensão arterial com dissociação da frequência do pulso, visto que então a administração do sôro irá precipitar a morte.

Laxaguetin



O Laxaguetin é considerado como o laxante mais indicado — inclusive nas crianças — pelo facto de ser completamente insípido, fácil de tomar e de exercer uma acção suave e não irritante. A tri-acetildifenolisatina, que é o componente activo do Laxaguetin, passa inalterada através do estômago, não provocando portanto a mais ligeira irritação na mucosa gástrica. A sua acção só se exerce no intestino grosso que é a região mais freqüentemente obstipada.

Embalagens originais de 40 compr. — Embalagens hospitalares.
Literatura detalhada á disposição dos Srs. Médicos interessados!

"MENDEL"
CHEMISCHE FABRIK TEMPELHOF A.-G., BERLIM

5 35 15000

Queiram enviar-me amostras de:

.....
.....

Dr.:

Rua:

Localidade:

(A letra bem legível facilitará a expedição)

IOBRAMAG

Associação sintética de iodo, bromo e albumina.

Uma grageia contém 0,01 gr. de iodo e 0,025 gr. de bromo. A mais criteriosa administração de deminutas doses de iodo e bromo, acção prolongada pelo desdobramento fermentativo lento de halogéneos ionizados e grandes quantidades de partículas albuminosas halogéneas dializáveis formadas pela digestão pepto-trípica.

Comprovado na hipertonia, pre-esclerose, arteriosclerose, angina pectoris, afecções vasculares e cardíacas de origem sifilítica, bronquite crónica, asma brônquica, perturbações da secreção interna.

Literatura detalhada á disposição dos Srs. Médicos interessados

Embalagens originais de 25 grageias;
Embalagens hospitalares



"MENDEL"
CHEMISCHE FABRIK TEMPELHOF A.-G., BERLIN

ESTABELECIMENTOS
HEROLD LDA.

Rua dos Douradores, 7

LISBOA

A ressecção-artrodese como método de tratamento da coxite tuberculosa dos adultos. (*Die Resektionsarthrodese als Behandlungsmethode der tuberkulösen Koxitis beim Erwachsenen*), por GARCIA DIAZ (Oviedo — Espanha). — *Zeitschrift für orthopädische Chirurgie*. Bd. 62. H. 2. Págs. 252-274.

Quando se deva escolher, para tratamento operatório dos casos de coxalgia em plena evolução, uma operação de artrodese para-articular, é preferível recorrer, nas formas em via de reparação, à ressecção-artrodese. É a única capaz de dar, pela ablação completa da lesão tuberculosa, uma cura rápida. A presença de abscessos ou de fistulas não constitui uma contra-indicação.

A ressecção permite obter na anca, como no joelho, uma exeresse satisfatória de todos os tecidos atingidos. Completada por uma artrodese, consolida sempre por uma boa anquilose óssea. Executada em condições de asepsia rigorosa e de instrumentação indispensável, não representa uma intervenção particularmente difícil nem especialmente grave.

Com efeito, só a decapitação femural permite um largo acesso da cavidade cotilóidea, e torna possível a excisão larga da parte posterior da cápsula e a dissecação dos abscessos desta região.

Mas a incongruência das superfícies ósseas de ressecção torna indispensável, para evitar os movimentos da articulação, a execução duma artrodese juxta-articular. Esta está facilitada pela proximidade imediata do grande trocânter e da asa íliaca, em consequência da ressecção.

A operação compreenderá os seguintes tempos: incisão de Smith-Petersen, excisão da parte anterior da cápsula, decapitação do colo femural, excisão da parte posterior da cápsula coxo-femural, redução do côto cervical no cotilo, artrodese juxta-articular pela técnica de Putti ou pela de Mathieu: grande aparelho gessado pelvi-cruro-pedioso. O A. fêz cinco vezes esta operação; idade dos doentes: de 19 a 29 anos; estadio da evolução da coxalgia, de dezóito meses a três anos após o início. Não teve mortalidade alguma, nem fistulização post-operatória, salvo num caso em que a fistula persistiu durante três meses. A anquilose foi obtida num prazo médio de oito meses.

O A. publica as observações e as radiografias dos cinco coxálgicos, bem como alguns esquemas elucidativos sôbre os tempos operatórios.

No final, uma bibliografia muito completa sôbre êste assunto das intervenções operatórias nas coxites.

MENESES.

Sôbre o tratamento operatório da úlcera perfurada na Secção de Cirurgia do Hospital Ullevål (Oslo). (*Über die operative Behandlung des Ulcus perforans in der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Ullevål (Oslo)*), por HJ. SCHILLING. — *Acta Chirurgica Scandinavica*. Vol. LXXVI. Fasc. III-V. Págs. 249-269.

O material do autor consta de 265 casos de úlceras perfuradas do estômago e do duodeno, provenientes de dois serviços de cirurgia do hospital

comunal de Ulleval, em Oslo, e operados entre 1912 e o primeiro semestre de 1934.

As úlceras gástricas representam os 2/3, as úlceras duodenais 1/3 do material; com estas últimas há 80% de úlceras vizinhas do piloro.

A perfuração sobrevém com uma freqüência muito maior nos homens: homens, 85%, mulheres, 15%.

Notou-se aumento evidente do número de perfurações nos homens, sobretudo nos novos. De 1912 a 1922, inclusivamente, houve 71 casos, a partir de 1923, 194 casos; e, pelo contrário, a percentagem das mulheres é inferior no segundo período em relação ao primeiro.

O tratamento foi idêntico nos dois serviços. Começa-se a operação por uma incisão na fossa ilíaca direita, depois sutura-se a perfuração, e de regra junta-se-lhe uma gastroenterostomia (em 79% dos casos). Irrigação através de ambas as incisões e encerramento sem drenagem. Sutura simples nas úlceras a distância do piloro e nos doentes cujo estado geral é precário.

Este tratamento deu resultados particularmente bons, em comparação com outras estatísticas:

Mortalidade de 2,8% para os casos operados dentro das seis horas, e de 7,4% para os tratados dentro das doze horas.

Mortalidade global, 13,2%, compreendendo 7 casos mortais hospitalizados entre o segundo e o nono dia após a perfuração (em 5 dês não se fez mais do que abrir o abdômen). 53,6% dos casos foram operados dentro das seis horas.

A idade média dos casos que morreram é de 46 anos, a dos casos curados de 32. No que respeita aos resultados a distância, as observações ulteriores, feitas num lapso de tempo variando entre dois e um grande número de anos, mostraram 85% de curas e de melhoras (respectivamente 72,2% e 15%) e 15% de ausência de curas. Houve três reoperações.

MENESES.

Experiência da simpatectomia cêrvico-torácica e lombar. (*Erfahrungen bei Sympathektomia cervico-thoracalis et lumbalis*), por EIVIND PLATOU (Oslo). — *Acta Chirurgica Scandinavica*. Vol. LXXVI. Fasc. III-V. Págs. 434-449.

O A. refere-se a um artigo consagrado ao assunto, na mesma revista, vol. LXX, 1932. Desde essa época continuou a realizar as simpatectomias, e já fez, actualmente, em 32 doentes, 58 ressecções, distribuídas como se segue:

Simpatectomia cêrvico-torácica: bilateral, 8 vezes; unilateral, 17 vezes.
Simpatectomia lombar: bilateral, 12 vezes; unilateral, 1 vez.

Nos estados espásticos — Little, atetose dupla, hemiplegia espástica, Parkinson post-encefalite letárgica —, em 25 doentes, viu melhoras evidentes em 17.

Doença de Raynaud, 2 casos, ambos curados. Endarterite obliterante de

Buerger, 1 caso, melhorado. Angina de peito, 1 caso, melhorado. Asma brônquica, 1 caso, curado. Megacólon congénito, 1 caso, não curado.

MENESES.

Sobre a importância da gastrite crónica no desenvolvimento do carcinoma do estômago. (*Über die Bedeutung der chronischen Gastritis für die Entwicklung des Magenkrebses*), por OLAV USLAND (Droutheim). — *Acta Chirurgica Scandinavica*. Vol. LXXVI. Fasc. III-V. Pág. 485-500.

Na investigação de factos clínicos podendo eventualmente esclarecer o papel desempenhado pela gastrite crónica na aparição ulterior do cancro do estômago, o A. reexaminou e analisou o seu material operatório de neoplasmas dêste órgão, a-fim-de ver se existiam sintomas de gastrite anterior; e também durante o verão e o outono de 1934 submeteu a um novo exame o seu material de doentes atingidos de gastrite crónica em que a duração da observação tinha sido, pelo menos, de cinco anos.

Do estudo dêste material, e tendo em conta tôdas as causas eventuais de êrro, chegou às seguintes conclusões:

1) De noventa e quatro doentes que foram operados de cancro do estômago entre 1 de Janeiro de 1922 e 30 de Junho de 1934, vinte e seis dêles, isto é, quasi 28%, tinham sofrido de perturbações dispépticas, interpretadas como devidas a gastrite crónica, durante mais de cinco anos antes da aparição dos sinais clínicos do seu cancro.

2) De cento e vinte e cinco doentes, de idade superior a trinta anos, que, quando do primeiro exame feito entre 1 de Janeiro de 1922 e 30 de Junho de 1929, tinham apresentado durante dois anos, pelo menos, sintomas de gastrite crónica, cinco morreram de outras doenças, quando passou a revista aos casos, no verão de 1934. Dos cento e vinte restantes, 18, isto é, 15%, tiveram cancro de estômago no curso de anos. E, facto a notar, na maior parte dos casos o tumor appareceu mais de cinco anos após o primeiro exame.

MENESES.

Alterações neurodistróficas raras num caso de espinha bifida occulta. (*Rare alterazioni neurodistrrofiche in un caso di spina bifida occulta*), por OLIVIO PELLEGRINI (Verona). — *Archivio di Ortopedia*. Vol. LI. Fasc. I. Págs. 55-76. 31 de Março de 1935.

O A. descreve um caso de espinha bífida occulta lombo-sagrada (encontrada numa rapariga de catorze anos e mantida em observação clínica e radiológica durante cêrca de dois anos e meio) caracterizada, além das alterações correntes de ordem motora e da sensibilidade, tão frequentes na espinha bífida occulta, por um grau bastantente acentuado de edema cutâneo, do tipo descrito por Meige e por êste autor relacionado com perturbações neurotróficas, localizado a todo o membro inferior esquerdo, com prevalência na perna e no pé, e por um grave processo destrutivo dos ossos da série externa da

parte anterior do pé, bem como um hiperdesenvolvimento especial de ambos os ossos da perna.

Depois de ter passado em revista os fundamentos anátomo-patológicos, sobre os quais se apoia modernamente a espinha bífida oculta, entra a considerar as várias hipóteses patogénicas, de vez em quando invocadas para explicar as diversas manifestações clínicas, e, no que respeita ao seu caso, é levado a concluir que se trata dum defeito de desenvolvimento, não só do raquis como também dos elementos que constituem a porção terminal da medula.

MENESES.

Sobre o tratamento operatório das fracturas do raquis: resultados de 44 laminectomias. (*Sul trattamento cruento delle fracture del rachide: i risultati di 44 laminectomie*), por LUIGI IMPERATI (Nápoles). — *Archivio di Ortopedia*. Vol. LI. Fasc. I. Págs. 119-150. 31 de Março de 1935.

O A., depois de ter exposto as opiniões modernas sobre a utilidade da laminectomia no tratamento das fracturas da coluna, dá-nos um resumo da casuística que conseguiu reunir e que é constituída por quarenta e quatro casos (trinta e uma fracturas subcutâneas e treze fracturas expostas por ferida de arma de fogo) observados durante os últimos vinte e oito anos no seu hospital.

Baseando-se nos resultados operatórios desta casuística e de acôrdo com as directrizes prevalecentes nas várias escolas traumatológicas italianas e estrangeiras, declara-se nitidamente contrário à laminectomia precoce como tratamento sistemático de eleição nas fracturas subcutâneas do raquis.

Esta intervenção tem o seu verdadeiro campo de aplicação nos casos de fracturas vertebraes expostas com síndrome medular.

Nas fracturas subcutâneas, a eventualidade da laminectomia é apenas tomada em linha de conta quando a lesão medular concomitante seja claramente mantida por um factor compressivo e ainda susceptível de reparação (não destrutiva).

O A. expõe, por fim, os desacordos modernos relativos aos métodos de tratamento não operatório destas fracturas e as directrizes seguidas no seu hospital.

MENESES.

Ferida por lápis-tinta. Necrose da base dum metacarpico. (*Herida por lápis-tinta. Necrosis de la base de un metacarpiano*), por MARIO M. BREA (Buenos-Aires). — *La Semana Médica*. Buenos-Aires. Ano XLI. N.º 28. Pág. 120.

O A. recorda que as feridas feitas com lápis-tinta têm sido motivo de importantes trabalhos nos últimos anos, nos quais se caracterizou com tãda a precisão a fisionomia clínica particular dêste acidente, assim como a sua patogenia e o seu tratamento.

Apresenta a história clínica dum caso pessoal. Êste novo caso de lesão



consecutiva a ferida por lápis-tinta é uma demonstração eloqüente da sua gravidade, pois produziu-se nêla a necrose quási total da base do V.º metacárpico em pouco mais de vinte dias. Dá uma idea exacta da acção tóxica intensamente necrosante das anilinas, carácter fundamental da lesão.

Com respeito ao tratamento, diz o A., já está consagrada a extirpação em bloco de todos os tecidos atacados pela acção da anilina, cuja cõr especial permite o seu fácil reconhecimento. A exeresse deve fazer-se o mais precocemente possível, dada a rapidez de propagação do processo.

MENESES.

Infecções experimentais piogénicas agudas, tratadas pelas hormonas corticais. (*Infezioni sperimentali piogeniche acute, trattate con ormone corticale*), por FAUST GRIECO (Nápoles). — *Annali Italiani de Chirurgia*. Vol. XIII. Fasc. 10. Pág. 1.185-1.198.

Segundo o resumo do seu trabalho, feito pelo próprio A., êste estudou o que se passou em casos de infecções agudas generalizadas e localizadas em animais tratados diáriamente com hormonas corticais. Em cobaias provocou peritonites agudas com inoculações endoperitoniaes de emulsões de estreptococo e de estafilococos, e infecções localizadas inoculando subcutâneamente pus; em coelhos provocou infecções com inoculação dos mesmos germes por via endovenosa.

Estudando o comportamento das resistências gerais nos animais em face das infecções, o poder opsónico e a verificação das alterações leucocitárias, permitem a conclusão de que os estados infecciosos agudos experimentais podem ser eficazmente combatidos com o tratamento hormonal cortico-supra-renal.

MENESES

Punções, cisternal e lombar, para tratamento do cõma no envenenamento agudo pelos barbitúricos, e observações no envenenamento crónico pelos mesmos. (*Cisternal and lumbar drainage in the treatment of coma from acute barbital poisoning, together with observations on chronic barbital poisoning*), por JAMES PURWES-STEWART. — *Jahrb. f. Psychiat. u. Neurol.* 51 : 203, 1934.

O autor faz referência à possibilidade de intoxicação crónica pelo uso prolongado dos barbitúricos. Fala depois na popularidade actual do suicídio pela ingestão destas drogas, terminando por indicar qual o tratamento adequado a êste caso. Sõbre o importantíssimo assunto diz o seguinte: Imediata lavagem gástrica com água quente; administração, após ela, de cêrca de 550 cc. de café quente, misturados com 120 cc. de solução de dextrose a 10% e 30 cc. de óleo de castor. Repetir as lavagens do estômago duas ou três vezes, com intervalos de quatro ou seis horas. Fazer também imediatamente irrigações intestinaes, que se repetirão umas três vezes, com interva-

los de doze horas, e se farão seguir de administração de dextrose por via rectal.

Aquecimento do corpo. Estimulantes cardíacos (i. hipodérmicas) de duas em duas horas. O cloridrato de estriçnina deverá dar-se intensamente em doses máximas (quatro miligramas de cada vez), assim como a picrotoxina (vinte e cinco decimiligramas). São também vantajosas as inalações com oxigénio ou anidrido carbónico. Guardar e fazer analisar o conteúdo estomacal e a urina, retirados por cateterismo. Eis as medidas que ordinariamente se empregam no tratamento do envenenamento agudo pelos barbitúricos. A indicação mais urgente, depois da lavagem do estômago, é acelerar a eliminação da droga do sistema nervoso, especialmente dos centros medulares, que estão continuamente banhados pelo veneno, em alta concentração. Se o líquido céfalo-raquidiano fôr extraído por punção lombar, ou, melhor ainda, por punção cisternal e não entrarem na circulação mais barbitúricos, o novo *liquor* excretado pelos plexos coroideus conterà progressivamente menor quantidade da droga e as possibilidades de cura aumentarão.

Conclue o trabalho com uma descrição minuciosa de cinco tentativas de suicídio por ingestão de doses invulgarmente altas de um composto barbitúrico; em todos estes casos usou, com completo êxito, o método de tratamento supra-indicado.

RUY DE LACERDA.

Associação de tumor da hipófise e úlcera péptica. (*Association of pituitary tumor and peptic ulcer*), por BERNARD I. COMROE. — *Am. J. M. Sc.* 186: 568 (Oct.) 1933.

Os AA. descrevem o caso duma rapariga de 19 anos de idade que sofria duma úlcera duodenal, dum adenoma da hipófise (útero infantil e amenorreia) e dum bócio simples. Relatam igualmente outro caso dum homem de 57 anos, com um tumor da bôlsa de Ratchke, úlcera gástrica e possível doença de Addison. Relacionando os factos, apresentam a idea, segundo êles digna de experiência, de fazer o tratamento por injeções subcutâneas de preparados de hipófise nas primeiras manifestações de certos casos de úlcera péptica. Acham que a possibilidade de existência simultânea das duas doenças, como nos casos apresentados, deve ser de considerar.

RUY DE LACERDA.

Siringomielia e tumor intramedular. (*Syringomyelia and intramedullary tumor of spinal cord*), por ROLAND P. MACKAY, M. D. e JOHN FAVILL, M. D. — *Archives of Neurology and Psychiatry*. Vol. XXXI. I. N.º 6. Pág. 1255. Junho de 1935.

Os AA., depois de estudarem minuciosamente êste assunto, chegaram às seguintes conclusões:

I—A siringomielia pode existir sem motivar o aparecimento de sintomas ou então estes podem ser em número muito limitado e tão pouco mar-

cados que tornem o diagnóstico clinicamente impossível. A presença de ligeiros sinais neurológicos, especialmente, quando associados com *spina bifida*, anomalias vertebrais ou outras anormalidades de desenvolvimento, podem levar-nos à suspeita da existência de siringomielia.

II — Anátomopatologicamente, a siringomielia deriva duma malformação do rafe mediano do tubo medular, uma gliose primária do epêndimo localizada neste rafe e, a maior parte das vezes, interessando os tecidos circunvizinhos da espinal medula, com tendência para a degenerescência central da gliose. Os tecidos da mesoderme são, também a maior parte das vezes, englobados no processo, mercê da sua inclusão no tubo medular.

III — As células gliais da gliose procedem das células germinais do epitélio medular, que também produzem o epêndimo. Desta forma, as células germinais podem originar uma neoplasia ependimária numa zona medular e produzir uma siringomielia noutra. O tumor e a siringomielia são, por consequência, manifestações da mesma tendência proliferativa.

IV — Do mesmo modo, outros gliomas podem aparecer associados com a siringomielia, enquanto que tumores de origem mesoblástica, ou mixta, como, teratomas, angiomas, etc., podem derivar de inclusões heterotópicas de tecidos no tubo medular, na ocasião do seu encerramento.

RUY DE LACERDA.

O valor diagnóstico da imagem da sela turca, baseado em alguns casos interessantes. (*Diagnostic value of the image of the sella turcica, based in some interesting cases*), por F. MASCHERPA. — *Ann. d'ocul.* 170:695. Agosto de 1933.

A técnica do exame da sela turca tornou-se tão perfeita que se podem descobrir as mais insignificantes lesões, desde que a radiografia seja feita correctamente. Contudo, Mascherpa crê que se pode obter um exame radiológico negativo em certos casos graves de longa duração, e relata alguns casos particularmente instrutivos. Pensa ser imprudente tirar conclusões do exame da imagem da sela turca, a não ser que elas estejam em completa concordância com as da observação clínica.

RUY DE LACERDA.

Contribuição para o diagnóstico dos tumores dos hemisférios cerebelosos, Síndrome desharmónico e síndrome local de bloqueio do aqueduto. (*Contribution au diagnostic des tumeurs des hémisphères cérébelleux. Syndrome dysharmonieux et syndrome local de blocage de l'aqueduc*), por J. A. BARRÉ, E. WORINGER e CORINO DE ANDRADE. — *Revue d'Oto-Neuro-Ophthalmologie*. Tôm. XIII. N.º 5. Pág. 375. Maio de 1935.

Os AA. começam por estabelecer as diferenças entre síndrome vestibular harmónico e desharmónico. Transcrevem seguidamente a história clínica dum doente ao qual diagnosticaram uma neoplasia do IV ventrículo, e que apresentava êste último síndrome. Foi operado por C. Vincent, que lhe extir-

pou um tumor que ocupava realmente o pavimento do IV ventrículo, interessando também, além dêste, o hemisfério cerebeloso esquerdo. Após várias considerações, terminam o seu trabalho indicando como sintomas mais importantes para a localização de que suspeitaram e que a operação confirmou: os vômitos precoces (vômitos não de hipertensão, mas de compressão local pela neoplasia), diminuição das vertigens provocadas, síndrome desarmónico, dores na nuca, estase papilar e impermeabilidade para o ar injectado por via lombar.

RUY DE LACERDA.

Síndrome quiasmático devido a aneurisma da carótida interna. (*Chiasmatic syndrome of an aneurysm of the internal carotid*), por F. CARANAZZA. — *Ann. d'ocul.* 170:696. Agosto de 1933.

Caranazza observou um doente que apresentava: hemianopsia binasal, atrofia retro papilar num dos olhos e estase papilar com hemorragia, no outro. O exame radiológico mostrou a existência de opacidades correspondendo exactamente às carótidas internas no ponto onde elas caminham entre as apófises clinoideas anteriores e os nervos ópticos. O caso é importante, não só porque se observam raramente doentes em que o diagnóstico é feito clinicamente (1), mas também porque foi possível seguir as modificações campimétricas desde o início até à aparição final da hemianopsia binasal.

RUY DE LACERDA.

Estudo acérca da esclerose múltipla. Encefalite e esclerose em placas produzidas por obstruções venosas. (*Studies in multiple sclerosis. «Encephalitis» and sclerotic plaques produced by venular obstruction*), por TRACY J. PUTNAM, M. D. — *Archives of Neurology and Psychiatry*. Vol. XXXIII, N.º 5. Pág. 929. Maio de 1935.

O A. descreve um método para provocar a obstrução das veias, vénulas e capilares, em cérebros de cães, por meio de várias substâncias. As alterações histológicas produzidas dependem da substância usada para conseguir a obstrução. Descreve rapidamente alguns tipos. Pelo emprêgo de certos óleos podem produzir-se lesões que, no seu estado inicial, se parecem rigorosamente com as da encefalite não supurada. É provável que os graus mais ligeiros da reacção possam regressar com o decorrer do tempo. Os estados tardios das lesões (além de dez meses) consistem em placas de desmielinização com conservação praticamente completa dos cilindros-eixos e com densa gliose fibrosa limitada à substância branca. A semelhança entre algumas destas lesões e muitas das que se encontram nos casos de esclerose múltipla, no homem, é tão frisante que aparece como uma conclusão quasi

(1) N. da R. — A Prova da Angiografia Cerebral permite sempre um diagnóstico seguro dos aneurismas intracranianos.

“**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

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

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

LISBOA MÉDICA



GLEFINA

PODEROSO RECONSTITUINTE
SUBSTITUTO DO OLEO DE FIGADO DE BACALHAU



LASA

PARA AS DOENÇAS DAS
VIAS RESPIRATORIAS



CLAVITAM

TONICO RICO EM VITAMINAS A'B'D'



LABORATÓRIOS ANDRÓMACO

RUA ARCO DO CEGO, 90

LISBOA

PILULAS

OPOBYL

PILULAS

TRATAMENTO PHYSIOLOGICO

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

Prisões de ventre chronicas, Estados hemorrhoideos.

COMPOSIÇÃO

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

**INSUFFICIENCIAS
Hepatica e Biliar**

PHARMACODYNAMIA

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

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

Amostras gratuitas, a um simples pedido endereçado aos:

Laboratorios A. BAILLY 15 et 17, Rue de Rome, PARIS (8^e)

inevitável que a obstrução venular é antecedente imediato essencial para a formação da típica esclerose em placas. Termina com uma breve exposição de outros factos, levando a idênticas conclusões.

RUY DE LACERDA.

Resultados finais da malarioterapia, na atrofia óptica tabética. (*Final results of malaria therapy in tabetic optic atrophy*), por D. SABBADINI. — *Ann. d'ocul.* 170: 701. Agosto de 1933.

Sabbadini relata os resultados obtidos em três casos de atrofia óptica tabética, nos quais os doentes fizeram malarioterapia em 1926. No primeiro caso houve cura completa; o segundo permaneceu estacionário; o terceiro piorou ligeiramente. O A. afirma que a malarioterapia é eficaz no tratamento da atrofia tabética do nervo óptico e que o mercúrio, diminuindo os efeitos benéficos da piretoterapia, é prejudicial.

RUY DE LACERDA.

As doenças sífilogénicas do sistema nervoso nos burjato-mongóis. (*Die syphilitidogenen Erkrankungen des Nervensystems bei den Burjato-Mongolen*), por K. BERINGER. — *Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten* 103. B. 4. H. 6 de Junho de 1935.

A sífilis perdeu, nos últimos anos, o carácter de doença cutânea, e quasi que não há o direito de a tratar nas clínicas de doenças de pele — assim formulou Finger o facto notável da diminuição progressiva do número de casos de *lues* cutânea nos países chamados civilizados, e ao mesmo tempo o aumento progressivo das doenças sífilogénicas tardias do sistema nervoso (tabes e paralisia geral), com exclusão quasi total das formas terciárias.

Apoiado na literatura, o psiquiatra Wilmanns emitiu, há anos, a teoria que tal alteração das formas de manifestação de *lues* era devida a uma modificação, uma paravariação adquirida pelo espiroqueta nos países civilizados, e pela acção dos agentes farmacológicos empregados no tratamento (principalmente o Salvarsan). Repudiou a génese de formas neurotrópicas e as variações da imunidade por uma infecção centenária das populações.

Para estudar *in loco* e com os meios clínico-serológicos modernos a *lues* nos povos primitivos organizou-se, em 1928, uma expedição à Ásia central, de cujos resultados científicos, no que diz respeito a tal problema, dá conta êste interessante artigo.

A infecção luética, importada há cerca de cento e cinquenta anos para a região, é tão freqüente que atinge 25%-50% da população, conforme as regiões. Ao lado de formas com marcados sinais cutâneos, mucosos, ósseos e do sistema nervoso, são freqüentes (50%) as formas latentes, que só se manifestam serologicamente. É, portanto, falsa a opinião de que estas formas só aparecem depois de longa e intensiva terapia; os doentes não tinham, na sua maioria, sido tratados.

Não se sabe se estas formas apareceram logo depois da infecção dos povos mongóis ou mais tarde, por atenuação; parece, no entanto, de acôrdo

com Neisser, que pouco depois da contaminação de um dado tronco humano sobrevêm formas atenuadas ao lado de formas graves.

Ao contrário do que até hoje tinha sido afirmado, não são raras as tabes e paralisias gerais nas populações em que os modernos métodos de tratamento antiluetico ainda não foram introduzidos; desta maneira não se pode confirmar a teoria de Wilmanns: civilização, sifilização...

A principal diferença entre a metalues dos europeus e a dos asiáticos observados era a da não existência de um antagonismo entre terciarismo e metalues. Em cento e setenta e dois casos de sífilis terciária flórida ou curada, havia duas paralisias gerais e oito tabéticos. Este facto é muito pouco favorável à admissão de duas raças de vírus, neuro e dermatropos. Esta diferença resulta principalmente de que os casos aqui considerados nunca tinham sido tratados, mas não se pode ainda, a-pesar disso, explicar suficientemente nos europeus a exclusão de terciarismo e metalues. Factores de ordem constitucional e condições especiais do modo de infecção (factores constelativos), devem desempenhar um importante papel.

A expedição permitiu, pois, sob o ponto de vista científico, corrigir alguns dos nossos pontos de vista sobre a patologia da lues e assegurar, para sossego das nossas consciências, que o uso dos novos meios terapêuticos de modo algum é culpado do aparecimento da tabes e da paralisia geral.

BARAHONA FERNANDES.

Contribuição para a sintomatologia da esclerose em placas. (*Beitrag zur Symptomatologie der multiplen Sklerose*), por G. PETERS e H. LEWENSTEIN. — *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*. 137 B. 3, 4 H. 5 de Junho de 1935.

A juntar ao polimorfismo clínico desta afecção, descreve-se um caso de uma mulher asténica, de 25 anos de idade, que enferma súbitamente com um estado confusional com formações delirantes transitórias de conteúdo ansioso, alucinações e pensar incoerente. O exame neurológico era negativo. Dezas seis dias depois, melhoras. Recaída vinte e cinco dias depois num estado semelhante de curta duração; nenhum sinal neurológico. Melhoras, com capacidade de trabalho conservada. Dois anos depois, novo estado amencial; dezasseis dias antes da morte, primeiros sinais neurológicos: abolição dos reflexos abdominais, Babinski e diferenças de reflexos tendinosos. Necrópsia: típica poli-esclerose com focos múltiplos, alguns com espessa gliose fascicular, certamente muito mais antigos que os sinais neurológicos que deveriam corresponder à sua localização.

O notável do caso é o predomínio total dos sintomas psíquicos, de evolução cíclica; os sintomas em si correspondem ao que é costume observar-se nesta doença, em concomitância com sinais neurológicos, e cabem dentro do quadro das reacções exógenas de Bonnhöffer.

Ao contrário de outros casos com sintomas psicóticos acentuados, não existiam focos no córtex nem no corpo caloso, e mesmo muito poucos nos gânglios centrais, pelo que parece que a amência representa uma reacção de

conjunto do encéfalo à doença, sôbre a base de uma constituição anormal, como realmente era o caso — acentuada debilidade mental e hereditariedade psicótica. Como é sabido, na esclerose em placas há 19-25 % de oligofrênicos e uma forte hereditariedade psicopática, na mor parte bastante heterogênea.

BARAHONA FERNANDES.

Sôbre o conhecimento da origem exógena da poli-esclerose. (*Zur Kenntnis der endogenen Entstehung der Polysclerose*), por Voss. — *Der Nervenarzt*. H. 6. 8 Jahr. 15 de Junho de 1935.

A questão da etiologia da poli-esclerose (esclerose em placas) oferece não só um interêsse teórico, mas também põe na prática médico-legal problemas difíceis de resolver, nomeadamente quando o seu aparecimento coexiste ou segue um trauma cefálico ou raquidiano. Têm-lhe sido atribuídas as mais variadas causas, desde uma filiação hereditária (Curtius) até uma origem infecciosa em relação com uma forma especial de espiroquetas (Steiner), etc. Recentemente R. von Hœsslin, baseado em quinhentos e dezasseis casos, admite que em 11,4 % há uma origem traumática.

O A. expõe longamente um caso em que o trauma atingiu sômente uma coxa e no qual, seis meses depois, se instalou uma esclerose em placas, de forma espástica, algo atípica. Defende a doutrina de que se o trauma realmente desencadeou o aparecimento da enfermidade, deve-se estabelecer empiricamente uma relação causal entre o acidente e a doença, com as respectivas conseqüências de atribuição de uma pensão ou indemnização por acidente de trabalho. É, porém, necessário que o trauma seja de certa importância, que a eclosão dos primeiros sintomas se faça nos seis meses seguintes e que o observado se encontrasse anteriormente em estado de perfeita saúde.

A mesma revista publica seis pequenos artigos de crítica a êste relatório, de que recortamos as seguintes notas:

Nonne: Não é possível, por enquanto, estabelecer uma «verdade objectiva» sôbre o assunto; na esclerose em placas ainda é mais difícil de estabelecer a relação etiológica ou a de desencadeamento e «pôr em marcha» do processo por um dado trauma, do que na tabes, P. G., tumor, porque a evolução da doença é assaz caprichosa e cada caso «segue o seu próprio destino», podendo remitir ou arrastar-se de um modo o mais irregular, impossível de prever; a doença não é de modo algum mais freqüente nos indivíduos muito sujeitos a traumas; a etiologia da doença é certamente exógena e provávelmente infecciosa, mas não está provada a sua origem traumática; praticamente, porém, em certos casos, pode-se admitir um *agravamento* e conceder a respectiva pensão.

Reichardt: Acentua que um trauma periférico de modo nenhum pode ser tornado responsável pela doença.

Bostroem: Admite que o trauma tenha uma acção desencadeante, mas nunca causal; a acção manifestante do acidente tem, porém, de ser criteriosamente avaliada em cada caso particular.

Kehrer: Nota, apoiando-se em estatísticas da sua clínica, que tãda a espécie de factores exógenos (traumas, doenças infecciosas, gravidez, etc.) se encontram, com tanta ou maior frequência do que na esclerose em placas, em numerosas afecções do sistema nervoso; em nenhum caso lhes pode ser atribuído o valor de causa decisiva, *sine qua non*, e o seu papel agravante ou manifestante só em casos muito claros se pode admitir.

Pette: No estado actual dos nossos conhecimentos, e a-pesar do grande interêsse que a questão tem suscitado, não se conhece ainda o agente causal da doença; não há, porém, dúvida, em face dos intensos fenómenos inflamatórios do período agudo, que se trata de uma enfermidade infecciosa. Os factos biológicos levam a não aceitar como agente o espiroqueta de Steiner ou outro protozoário; todos os outros vírus descritos não resistiram à crítica. O que é verdade é que a doença nunca pôde ser transmitida ao animal, pelo que mesmo a existência de um vírus vivo, em geral, ainda não está demonstrada.

Não há dúvida de que tanto na esclerose em placas como nas encéfalomielites disseminadas os factores de predisposição desempenham um papel muito importante. As perturbações vasculares traumáticas invocadas para explicar o estabelecimento da doença, não se podem de modo algum aceitar.

Admite como certo, e mesmo notável, o agravamento da doença por traumase, principalmente por esgotamento e fadiga física e psíquica.

Scholz: Os factos anátomo-patológicos não estão, pelo menos, em contra-dição com a origem exógena; tanto os fenómenos inflamatórios (que, aliás, não permitem afastar por completo uma inflamação sintomática) como a distribuição dos focos, predominando na substância branca e de um modo aproximadamente concêntrico em tórno das cavidades ventriculares e dos vasos, propugnam por uma causa externa; não há, porém, nenhum elemento a favor do papel patogenético dos traumatismos, tanto do sistema nervoso central como periférico.

As perturbações vaso-motoras traumáticas directas e causadas pelo abalo afectivo concomitante não podem igualmente, como foi pretendido, concorrer para a formação dos focos inflamatórios e de desmielinização da poli-esclerose.

BARAHONA FERNANDES.

Clinica das hemorragias subaracnoideias. (*Klinik der subarachnoidalen Hämorrhagien*), por E. W. KOWALEW e K. W. SCHINAUSKI. — *Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde*. 137 B. 3, 4 H. 5 de Junho de 1935.

Sôbre a base de quarenta e quatro casos de hemorragias subaracnoideias não traumáticas, estabelecem os AA. as seguintes conclusões:

A anizocoria aparece em 50% dos casos, acompanhando os sintomas principais:

- 1) Cefaleias súbitas, frequentemente irradiadas ao pescoço (trinta e sete em 44 casos).
- 2) Sinais meníngeos; com grande regularidade, o sinal de Kernig é pre-

cedido da rigidez da nuca e persiste mais tempo do que esta no período de regressão dos sintomas.

3) *Liquor* sanguinolento.

Dos sintomas concomitantes, tais como: alterações da consciência (38% dos casos), síndrome de Korsakow, estados de agitação psicomotora, bradicardia, sinais focais corticais ou da parte dos nervos cranianos, etc., alguns têm um significado prognóstico de gravidade, como: a agitação com síndrome meníngeo pouco marcado, temperatura acima de 38°,5 e ataques convulsivos.

Há casos atípicos de comêço lento e sem sintomas meníngeos. Estes duram, em média, vinte e sete dias (variações entre 10-60); a mortalidade média, 25%. Na maioria dos casos mortais dão-se recidivas da hemorragia.

A maior parte dos casos dão-se em indivíduos de média idade e pré-senis; encontram como etiologias: arteriosclerose, em 43,2%; gripe (a seguir à infecção), 18,3%; lues, 15,9% e intoxicação saturnina, 6,9%.

A punção lombar deve ser feita com fins diagnósticos e terapêuticos. Quasi sempre provoca uma diminuição das cefaleias, sem melhoria correspondente dos sinais meníngeos objectivos. Nos casos indicados como de mau prognóstico é preferível abstermo-nos de punção. Nos restantes, basta retirar uma só vez 3-5 cc. de *liquor*; a extracção de quantidades maiores é prejudicial. A repetição da punção só está indicada nas recidivas, traduzidas por reaparição das cefaleias e sinais meníngeos.

BARAHONA FERNANDES.

Exames das funções hepáticas nos esquizofrénicos. (*Leberfunktionsprüfungen bei Schizophrenen*), por J. BREMER. — *Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten*. 103 B. 4 H. 6 de Junho de 1935.

Há muito que os investigadores se esforçam por encontrar alterações metabólicas numa doença que, como a esquizofrenia, tantas vezes se impõe por certas alterações tróficas, vegetativas e endocrínicas.

Inspiradas na relação entre o cérebro e o fígado, constante nas doenças de Wilson e Westphall-Strümpell, têm-se feito as mais variadas investigações nesse sentido, tanto nessas enfermidades como nas psicoses alcoólicas, na loucura maníaco-depressiva e na esquizofrenia. Só, porém, depois do estabelecimento dos modernos *tests* das funções hepáticas se pôde iniciar um estudo sério do assunto.

O A. investigou cem casos com o método do «anel de coagulação», de Weltmann (coaguabilidade pelo calor da albumina do sêro diluída 1/50, em presença de electrólitos; determinação do «limiar dos electrólitos»: a menor quantidade de sal (Cl₂Ca) que provoca a coagulação; entre 0,6 e 0,35 %₀₀ (*V. Medizinische Klinik*. 1930. I. 240; *Wien. Klin. Wsch.* 1930. II. 1304).

Além desta, empregou a reacção de Takata, a determinação da bilirubina no sêro pelo método de Heilmeyer (*Medizinische Spectrophotometrie*. Jena, 1933), dosamento dos pigmentos biliares na urina pelo fotómetro de Pulfrich, velocidade de sedimentação dos glóbulos rubros e reacção de Bergmann-Billrot em alguns casos.

Os resultados obtidos não permitem comprovar os achados de Büchler, que, em 1934, em setenta e dois esquizofrénicos de quinhentos estudos, encontrou achados anormais em 34,7%. Achados positivos da prova de Weltmann só em 5%, segundo o A., aproximadamente o que se encontra no normal.

A reacção de Takata foi sempre negativa, como já Büchler tinha encontrado. Ao contrário de outros autores, não se encontrou um aumento dos pigmentos biliares na urina. As outras provas deram igualmente resultados normais.

Em conclusão, não há, por enquanto, nenhum elemento que nos leve a admitir um transtôrno das funções hepáticas na esquizofrenia.

BARAHONA FERNANDES.

A importância da reacção de sedimentação na psiquiatria e neurologia. (*Die Bedeutung der Senkungsreaktion in der Psychiatrie und Neurologie*), por W. EDERLE. — *Zeitschrift f. d. g. Neur. u. Psych.* 152 B. 5 H. 17 de Maio de 1935.

Excluindo tôdas as condições em que se sabe haver um aumento da velocidade de sedimentação dos eritrócitos (gravidez, menstruação, as mais várias doenças somáticas, infecciosas ou não, acções medicamentosas, etc.), encontrou-se, em numerosos casos de doenças nervosas e mentais, valores elevados na prova de Westergreen: 11% em neuróticos; 56% em afecções orgânicas diversas do sistema nervoso; 47% esquizofrenias; 27% circulares; 73% lues; 0% oligotrénicos.

A interpretação destes resultados é difícil, porque a reacção não é de modo algum específica.

Nos neuróticos deve corresponder a afecções latentes de órgãos internos. Nos orgânicos nervosos indica, possivelmente, a existência de processos inflamatórios. Nas psicoses sintomáticas é, como era de esperar, quasi sempre fortemente positiva, em relação com a afecção causal.

O A. discute as possibilidades teóricas da interpretação dos resultados na esquizofrenia, sem se poder explicar satisfatoriamente: alterações metabólicas, doenças internas latentes com ou sem relação com a psicose, etc.

Nos circulares é mais rara, bem como na epilepsia, onde tem valor para distinguir as formas sintomáticas.

Nas lues podem-se separar vários casos:

- 1) Lues latente, sem relação com a doença nervosa, sedimentação normal.
- 2) Doentes de aparência neurótica, com tendência para colapsos vasculares, Wa. + no sangue e reacções coloidais anormais no *liquor*, mas sem sinais neurológicos orgânicos; sedimentação acelerada, possivelmente em relação com alterações das albuminas do soro e modificações da permeabilidade hematoencefálica.
- 3) Doentes com metalues; de comêço, valores levemente aumentados e, mais tarde, mormente em paralisias gerais, marcada aceleração da sedimentação, indicando uma avançada decadência orgânica e um certo perigo no emprêgo da malarioterapia.

BARAHONA FERNANDES.

LISBOA MÉDICA

TUBERCULOSE **MEDICAÇÃO** **BRONCHITES**

CREOSO - PHOSPHATADA

Perfeita Tolerância 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.



PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople

GRIPPE

PARIS (8^e)

RACHITISMO

ASSOCIAÇÃO DIGITALINE-OUABAINÉ

DIGIBAINÉ

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

LABORATOIRES DEGLAUDE
MEDICAMENTOS CARDÍACOS ESPECI-
LIZADOS (SPASMOSÉDINE, ETC.)—PARIS

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

LABORATORIOS CLIN

COLLOIDES

1º COLLOIDES ELECTRICOS : Electrargol (prata) - Electrauról (ouro) - Electr-Hg (mercurio) - Electrocuprol (cobre) - Electrorhodiol (rhodio) - Electroselenium (selenio) - Electromartiol (ferro). Arrhenomartiol.

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

SULFO-TREPARSEANAN

ARSENOBENZENE INJECTAVEL

Pela via hipodermica

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

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

NEO-TREPARSEANAN

Syphilla — Plan — Impaludismo — Trypanosomiasas.

ENESOL

Salicylarsinato de Hg (As e Hg) dissimulados

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

Injecções intramusculares e intravenosas.

ADRÉNALINE CLIN

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

CINNOZYL

(Cinnamato de benzylo-Cholesterina e Camphora)

Imunisação artificial do organismo tuberculoso.

Empólas de 5 c.c.

SOLUÇÃO de Salicylato de Soda do D^r CLIN

Dosagem rigorosa - Pureza absoluta

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

SALICERAL

(Mono-salicyl-glycerina)

Linimento antirreumatismal

LICOR E PILULAS DO D^r LAVILLE

Anti-gottosas

1/2 a 3 colheres das de chá por dia.

SOLUROL

(Acido thymínico)

Eliminador physiologico do acido urico.

Comprimidos doseados a 0 gr. 25.

SYNCAINE

Ether paraaminobenzoico do diethylaminoethanol.

Syncaine pura em sal. — Soluções adranestheticsas.

Tubos esterilizados para todas as anesthesias.

Collyrios.

ISOBROMYL

(Monobromisovalerylurada)

Hypnotico e sedativo

Comprimidos doseados a 0 gr. 30 :

1 a 3 antes de deitar-se.

VALIMYL

(Diethylisovaleriamide)

Antiespasmódico

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

TANACETYL

(Acetylitanin)

Antidiarrheico

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

3 vezes por dia.

INJEÇÃO CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINADA

Empólas de 1 c. c. (N^o 596 e 796).

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

CACODYLATO DE SODA CLIN

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

Tubos esterilizados em todas as dosagens usuaes.

METHARSINATO CLIN

(Syn.: ARRHENAL)

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

Tubos esterilizados de 5 cgr. por c. c.

VINHO E XAROPE NOURRY

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

Lymphatismo, Anemia, Molestias de Peito.

ÉLIXIR DERET

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

De um a duas colheres de sopa por dia.

XAROPE de AUBERGIER

de Lactucario

2 a 4 colheres das de sopa por dia.

1631

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Prof. Estêvão Pereira da Silva

A 5 de Agosto faleceu o Prof. Estêvão Pereira da Silva. A sua obra de investigador e a sua actividade como Mestre de Bacteriologia das várias gerações de médicos saídos da Faculdade de Medicina de Lisboa nos dois últimos decénios merecem especial apreciação.

Na *Lisboa Médica* contava Pereira da Silva amigos dedicados. São êsses amigos que hoje querem trazer à sua memória o preito da saúde. Das suas qualidades de Investigador e de Professor dirá, no nosso próximo número, o Prof. Nicolau de Bettencourt.

A. D.

Faculdades de Medicina

De Coimbra

Foi reeleito secretário da Faculdade de Medicina o Prof. Custódio de Morais.

De Lisboa

Os Drs. Luís Navarro Soeiro e José Ferreira de Almeida, assistentes da Faculdade, foram reconduzidos por um ano; e os Drs. Álvaro do Rosário Colaço e Romão Ferreira Loff, também assistentes, foram reconduzidos por cinco anos.

— Resolveu-se considerar sem efeito as portarias que exoneraram os Drs. Casimiro Mário Afonso, João Cordeiro Malato e Pedro de Sande e Salema Mayer Garção, de assistentes da Faculdade de Medicina.

— Foram reconduzidos mais os seguintes assistentes da Faculdade: Drs. Álvaro Couto Viana, Henrique João Barahona Fernandes, Manuel Dâmaso Prates, Joaquim Nunes de Almeida Júnior, Cesina Borges Adães Bermudes, Anselmo José da Cruz, Luís Tito Schreyer Pereira Bandeira e Arnaldo Pereira Rodo.

Hospitais

Escolar

No Hospital Escolar de Lisboa organizou-se um curso de enfermagem para alunos dos dois sexos, que se destina à habilitação de pessoal de enfermagem e, em especial, à dos praticantes que desejem ingressar no quadro dos enfermeiros do Hospital Escolar.

O curso, que será dirigido por um clínico que seja ou tenha sido chefe de clínica ou assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa, compreenderá dois anos. As matérias ensinadas serão: enfermagem geral, socorros de urgência, noções elementares de anatomia, fisiologia, raios X, agentes físicos, higiene, maçagens, dietética e deontologia profissional.

Civis de Lisboa

No Hospital de Santo António dos Capuchos, Serviço de Pele e Sífilis, está a constituir-se um museu de figuras de cera, representando várias regiões patológicas de diversos doentes que por aquele Serviço têm passado.

—Publicaram-se algumas pequenas modificações ao regulamento dos concursos para o provimento dos lugares de assistentes e internos dos serviços clínicos e laboratoriais nos Hospitais Civis de Lisboa.

De Lourenço Marques

Aprovaram-se já os planos e orçamentos para a construção de dois edifícios, junto ao Hospital Central de Lourenço Marques: um destinado a Maternidade e outro a Dispensário e sala de operações para indígenas. Gastar-se-ão 3.000 contos nestas obras.

Academia das Ciências

Na sessão do dia 18 de Julho, da Academia das Ciências, realizou-se a eleição dum sócio correspondente estrangeiro para a secção de Ciências Médicas. Foi eleito por unanimidade o Dr. Alexandre Couvelaire, professor da Faculdade de Medicina de Paris e conhecido obstetricista.

Em seguida, o Prof. Moreira Júnior fez uma comunicação sobre as intervenções cesareanas abdominais transperitoniais.

O Prof. Silva Carvalho falou sobre a história das operações cesareanas em Portugal.

Congresso Internacional da Insuficiência Hepática

Em Vichy realizar-se-á, no ano de 1937, um Congresso Internacional da Insuficiência Hepática, sob a presidência do Prof. Loeper, membro da Academia de Medicina.

Estão previstas duas sessões de trabalhos: Medicina e Biologia, Terapêutica médica, cirúrgica e biológica.

Este Congresso será a seqüência do Internacional da Litíase Biliar, de 1932.

Congresso de Documentação Fotográfica e Cinematográfica nas Ciências

De 4 a 11 de Outubro de 1935 vai realizar-se em Paris, no Museu Pedagógico do Estado, o Congresso da Associação para a Documentação Fotográfica e Cinematográfica nas Ciências.

As comunicações deverão ser enviadas ao Dr. Claone, 39, rue Scheffer, Paris, 16^e; as fotografias, fitas e aparelhos ao Museu Pedagógico do Estado, Congresso de Documentação Fotográfica, 29, rue d'Ulm, Paris, 5^e.

Curso de Doenças do Coração e Vasos

No Hospital Broussais, de Paris, o Dr. Ch. Laubry realizará um curso de doenças do coração e vasos, cujo objectivo será: a semiologia funcional e física, e alguns assuntos em estudo no Serviço.

A inscrição para o Curso, que durará doze dias, é de 150 francos.

Dirigir-se, para esclarecimentos, ao Dr. Leblanc, Hospital Broussais, 96, rue Didot (14^e), Paris.

Viagens de estudo

Os Profs. Manuel Moreira Júnior e Friedrich Wohlwill, respectivamente da Faculdade de Medicina de Lisboa e do Instituto Português de Oncologia, foram autorizados a ausentar-se para o estrangeiro, em missão de estudo.

— Também vão ao estrangeiro, em viagem de estudo, os Profs. João Maria Pôrto e Augusto Vaz Serra, da Faculdade de Medicina de Coimbra.

— O Dr. Vítor Santana Carlos, médico escolar do Liceu de André de Gouveia, de Évora, vai, em missão gratuita, estudar a organização médico-escolar francesa, e o Dr. Domingos Bentes Pimenta vai visitar os hospitais de Inglaterra, França, Alemanha e outros países da Europa.

— Aos principais centros europeus vão os Drs. Raúl Pires e Armando Luzes, respectivamente director de serviço e assistente dos Hospitais Civis de Lisboa.

Bolsas de estudo

A Junta de Educação Nacional prorrogou as bolsas fora do país aos seguintes bolseiros: Dr. Milheiro Fernandes, professor da Faculdade de



Medicina do Pôrto; Dr. Barahona Fernandes, assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa; Dr. Chaves Ferreira, médico da Direcção Geral de Saúde; Dr. Gonçalves de Oliveira, assistente da Faculdade de Medicina de Coimbra; Dr. Oliveira e Silva, assistente da Faculdade de Medicina de Coimbra.

Concedeu-se também uma bôlsa global ao Dr. Nuno de Sacadura Côrte Real pelos trabalhos de investigação realizados no laboratório de química física do Hospital Escolar.

Médicos municipais

Está aberto concurso para a vaga de facultativo municipal do concelho de Olhão.

Louvores

Foi louvado o médico civil Dr. António Sílvio Pelico de Oliveira Neto pelos serviços clínicos prestados desinteressadamente ao pôsto da Guarda Nacional Republicana com sede em Oeiras e às respectivas famílias.

Conferências

Na Emissora Nacional, o Dr. Augusto de Esaguy fêz uma palestra sôbre «A radiofonia e a medicina».

Instituto António Aurélio da Costa Ferreira

Para o cargo de director do Instituto António Aurélio da Costa Ferreira, nomeou-se o Dr. Vitor Fontes, professor auxiliar da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Homenagem

No Hospital Militar do Pôrto realizou-se uma sessão de homenagem à memória do Dr. Francisco Moreira, que foi director duma das enfermarias.

Necrologia

Faleceu, em Vale da Azenha (Coimbra), o Dr. Francisco António da Cruz Amante, que foi médico militar em África.





PANBILINE

nas DOENÇAS DO FIGADO

são
os
aneis
de uma
mesma cadeia:

RECTOPANBILINE

na PRISÃO DE VENTRE

A OPOTERAPIA
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA

TOTAL

≡ LITERATURA ≡ AMOSTRAS ≡

HÉMOPANBILINE

nas ANEMIAS

LABORATOIRE DU D^r PLANTIER ANNONAY (Ardèche)
FRANCE

ou Gimenez-Salinas & C.^a — 240-Rua da Palma-246 — LISBOA

OPOTERAPIA VEGETAL

As Energétènes BYLA

TODO O SUÇO INALTERAVEL DA PLANTA FRESCA E VIVA

Valériane Byla

Digitale Byla

Colchique, Aubépine, Genêt, Gui, Muguet, Sauge, Cassis, Marrons d'Inde

Agentes para Portugal: **Gimenez-Salinas & C.^a**

Rua da Palma, 240-246 — LISBOA



Nutromalt

Assucar nutritivo para creanças de mama, preparado segundo Soxhlet.

Cura as perturbações digestivas sem submeter as creanças a uma dieta debilitante.

INDICAÇÕES: Para creanças com saúde em vez de assucar de leite ou de cana, assegura uma digestão facil, sem perturbações gastricas ou intestinaes. Em todos os casos de desarranjos das funções digestivas do bébé acompanhadas de fezes ácidas e diarreicas, isto é, na maior parte dos casos de dispepsia aguda ou crónica, perturbações do leite, d'atrolia ou diarreia estival.

DOSE: A maior parte das vezes basta substituir o assucar natural pelo NUTROMALT. Segundo os casos deve prescrever-se 2 a 8% de NUTROMALT por biberon. V. literatura.

O NUTROMALT contem as vitaminas de crescimento (factor b) indispensaveis ao desenvolvimento normal do organismo infantil.

DR. A. WANDER S. A. BERNE

Unicos concessionarios para Portugal

ALVES & C.^ª (Irmãos)

Rua dos Correiros, 41-2.^o - LISBOA

Amstras e literatura gratis



Assucar nutritivo para creanças
de mama

Sala

Est.

Tab

N.º