



Ano XII

N.º 7

Julho 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

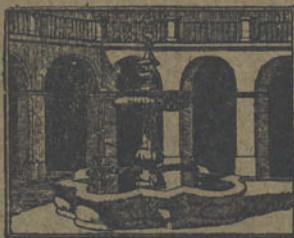
A. Almeida Dias

SECRETÁRIO ADJUNTO

Morais David

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

FLUOTHYMINA

Com base de Fluoroformio e Thymina

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

COQUELUCHE E TOSSE REBELDE

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colônias

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

Granulos de Catillon

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

STROPHANTUS

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, OPPRESSÃO, EDEMA, Lesões MITRAES, CARDIOPATHIAS da INFANCIA e dos VELHOS, etc.

Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerância.

Granulos de Catillon

a 0,0001 STROPHANTINE CHRYST.

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

Muitos Strophantus são inertes, as tinturas são infieis; exigir os Verdadeiros Granulos CATILLON

Prémio da Academia de Medicina de Paris para Strophantus e Strophantine, Medalha de Ouro, 1900, Paris.

3, Boulevard St-Martin, Paris — PHARMACIAS.

DOUTOR:

nos CASOS EM
QUE PRECISE TONI-
FICAR UM ORGA-
NISMO DEBILITADO
RECORDE O

Phosphorrend!
POREPT!
NAS SUAS TRES FORMAS:
GRANULADO-ELIXIR
INJECTAVEL
LABORATORIO
ROBERT



Sala 3
Est. 9
Tab. 2
N.º 31

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

240. Rua da Palma, 246 - LISBOA

Um sono profundo e reparador
Um agradável despertar pelo
Phanodormio ou
Phanodormio-Cálcio.

Isento de efeitos secundários.
Perfeita tolerância.

Phanodormio - tubos de 10 comprimidos
Phanodormio-Cálcio - tubos de 10 comprimidos
frascos de 10 gramas.

Luminal

Há muitos anos comprovado como
enérgico hipnótico e antiepileptico.
Substância - Comprimidos - Ampolas.

Luminaletas

(Comprimidos de Luminal de 0,015 gr.)
Esplêndido sedativo em estados
nervosos e espasmódicos.
Frascos com 30 comprimidos.

Prominal

A última palavra no tratamento da epilepsia.
Sem efeitos hipnóticos.
Caixas de 10 gramas. Tubos com 10 comprimidos.

Prominaletas

O sedativo diurno e calmante ideal.
Frascos com 30 comprimidos.



E·MERCK

FABRICA DE
PRODUCTOS QUIMICOS

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

VANTAGEN : Injeção subcutânea sem dor.

Injeção 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

(Injeções 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 (XVIe)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

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

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

BISMUTHOIDOL "ROBIN"

Doenças ocasionadas pelos protozoários,
Syphilis.

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo D. N. S. P.

Nº 4748
3 Julho 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 & HANBURY'S, LTD. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.

Absolutamente inalterável — Ação 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

FUNDAS BROOKS

Pelota pneumática de borracha macia

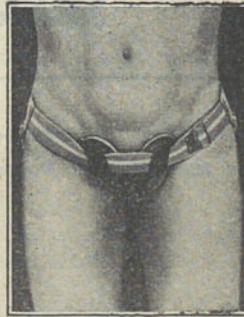
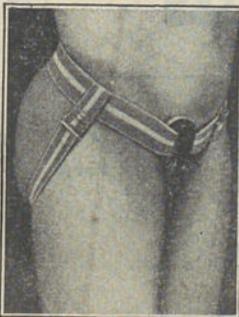
Partes substi-
tuíveis



Pessoal especial-
mente habilitado
na aplicação des-
tes aparelhos



PREÇOS MÓDICOS



HYGEIA, L.DA

Rua Paiva de Andrada, 4

(ao Largo do Chiado)

AFECÇÕES DA PELE

Muitas das desordens crónico-inflamatórias da pele apresentam vividos 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 freqüência 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

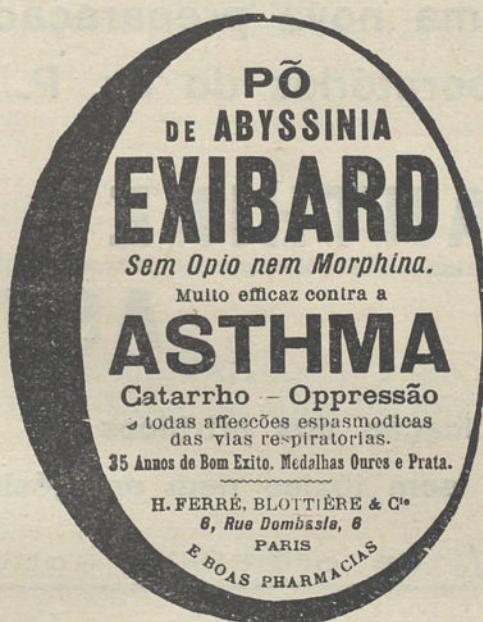
Nome _____

Endereço _____

Robinson, Bardsley & Co., Lda.

Cais do Sodré, 8, 1.^o

LISBOA



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 originais têm direito a 25 exemplares em separata.

CONDIÇÕES DE ASSINATURA PÁGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes :

Ano, 60\$00

NÚMERO AVULSO : 8\$00 e porte do correio

Colónias e estrangeiro :

Ano, 80\$00

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 DESTE
- REGULARISA A NUTRIÇÃO

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

—
AFECCÕES REUMATISMALIS

Gota — Litiase renal — Artritismo

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





SUMÁRIO

Artigos originais

Aspectos arteriográficos e flebográficos dos meningiomas da asa do esfenóide, por Egas Moniz.....	Pág. 399
Aperto do istmo e hipoplasia da aorta, por João de Oliveira Machado e Luiz Malheiro.....	» 408
A prova do trabalho no diagnóstico precoce da angina de peito, por António Faleiro.....	» 421
Revista dos Jornais de Medicina.....	» 432
Biblioteca da «Lisboa Médica».....	» 454
Notícias & Informações	» XXXI

ASPECTOS ARTERIOGRÁFICOS E FLEBOGRÁFICOS DOS MENINGIOMAS DA ASA DO ESFENÓIDE

POR

EGAS MONIZ

A interpretação das angiografias vai conquistando precisão com o seu estudo metódico, juntando-se os casos similares para, da sua comparação, se tirarem as devidas conclusões. É o que tentaremos fazer neste artigo a propósito das angiografias dum tumor da asa do esfenóide, fortemente irrigado e com antecipação da circulação venosa, verificada na arteriografia.

A princípio tivemos dificuldades na interpretação de certas particularidades encontradas nos respectivos filmes. Com efeito, estávamos habituados a ver, depois que tiramos arteriografias e flebografias cerebrais, uma diferença notável entre a maneira como se conduz a circulação dos meningiomas e dos angiomas cerebrais. No primeiro caso a arteriografia mostra, em geral, a irrigação do meningioma por um aglomerado de artérias e, em seguida, na flebografia da segunda fase (isto é, na angiografia obtida 4,5 segundos após a arteriografia), uma mancha que desenha o contorno do tumor, por vezes com aparecimento de grossas veias que conduzem o sangue aos seios. A mancha observada é devida à paragem da mistura sangue-torotraste nos capilares do tumor. Estes capilares conduzem-se de maneira inteiramente diferente dos capilares do cérebro, que se deixam facilmente atravessar pelo líquido opaco.



CENTRO CIÉNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

Nos angiomas passam-se as coisas diversamente. Assim, nos angiomas arteriais vê-se nas arteriografias a circulação das artérias neoformadas que os constituem, dando por vezes, e em certos locais, uma verdadeira mancha; mas essa circulação visível desaparece rapidamente, e nas flebografias não se notam manchas apreciáveis da circulação, primitivamente visível nas arteriografias.

Nos angiomas arterio-venosos vêm-se artérias e veias em conexão directa logo no primeiro filme obtido durante a injecção

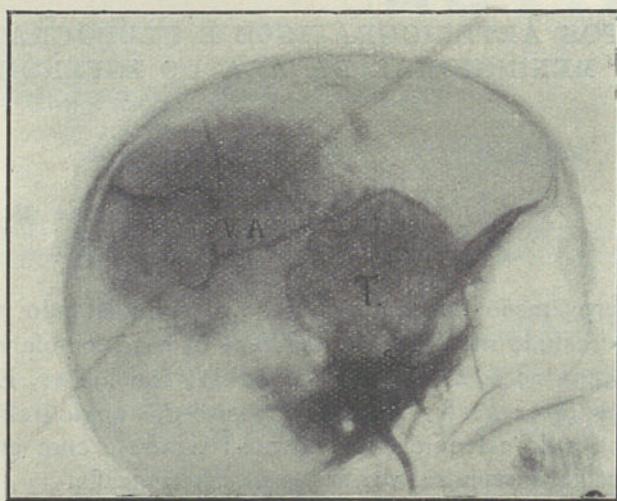


Fig. 1

do torotraste na carótida primitiva, desaparecendo, em seguida, a intensa circulação observada, nas flebografias, por se ter escondido a mistura opaca pelas largas comunicações arterio-venosas do angioma para os seios venosos da dura-máter e, em seguida, para a jugular interna.

Em resumo: nos meningiomas a arteriografia mostra a circulação arterial do tumor, e a flebografia da segunda fase patentiza a sua circulação capilar. Em alguns casos esta mantém-se sem que se desenhem veias; outros casos estas aparecem a fazer a descarga sanguínea do tumor.

Nos angiomas arteriais as flebografias são negativas, isto é, a circulação capilar e venosa não é visível. Nos angiomas arterio-

-venosos vê-se logo na arteriografia uma vasta ligação directa das artérias com as veias.

Tais eram os factos até aqui observados. Devemos notar que a flebografia só depois de 1932 foi regularmente obtida, e só em 1935 começámos a tirar duas flebografias, uma da primeira fase para mostrar as veias exteriores do cérebro (2 a 2,5 segundos após a arteriografia) e outra tirada 4,5 segundos depois de arteriografia (flebografia da segunda fase) para pôr em evidência os seios e veias profundas do cérebro.

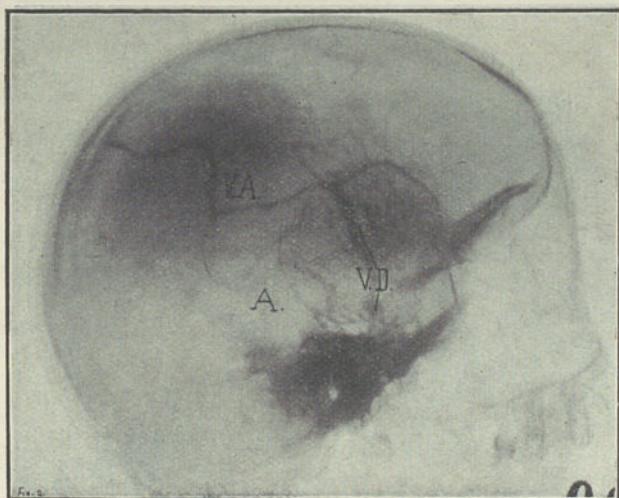


Fig. 2

Postas estas noções gerais, voltemos ao caso clínico que nos trouxe dificuldades de interpretação.

Trata-se de uma mulher de 34 anos de idade com sintomatologia de um meningioma da asa esquerda do esfenóide, irradiando para a região orbitária.

Apresenta um volume tumoral não redutível da região têmporo-frontal esquerda. Não tem dor na região.

Exoftalmo desse lado, ligeiramente redutível, que começou há cerca de um ano.

Nem cefaleias, nem vómitos. Últimamente, «estase papilar pronunciada, mais acentuada à esquerda. Acuidade visual normal à direita e subnormal à esquerda. Dos dois lados, as

veias não pulsam à pressão sobre o globo. Prof. Borges de Sousa».

Radiografia estereoscópica: espessamento da asa do esfenóide, prolongando-se para a região supra-orbitária, donde parece vir o tumor da região fronto-temporal que se palpa exteriormente.

No ângulo externo do globo ocular esquerdo nota-se, na doente, um pequeno angioma venoso com uma veia bastante desenvolvida e sinuosa. À pressão da jugular esquerda observa-se



Fig. 3

pequena estase de algumas veias da região fronto-temporal. Quando se descomprime súbitamente a doente sente dor.

Nenhuma outra sintomatologia. Não há ruído à auscultação do crânio.

Fez-se-lhe a prova angiográfica. A arteriografia, que parece ter sido obtida um pouco tarde, mas, ainda assim, enquanto se fazia a injecção do torotraste na carótida primitiva, mostra uma circulação, tipo arterio-capilar-venoso, de uma região limitada da parte ântero-inferior do cérebro. Esta zona opaca, com desenho de vasos emaranhados, está em conexão directa com a parte superior do sifão carotídeo. Não se descobre neste primeiro filme nenhuma das artérias cerebrais normais. Dá a impressão

LISBOA MÉDICA

DRYCO

Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

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

DRYCO é o leite IDEAL
Especialmente preparado para a
**alimentação
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

Gimenez-Salinas & C.ª

Rua da Palma, 240 - 246

Lisboa



LISBOA MÉDICA



EM TUBOS DE COMPRIMIDOS
a 0 gr. 10. 0 gr. 05 0 gr. 01

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
86, RUE VIEILLE DU TEMPLE, PARIS 3^{ÈME}

de que uma rede vascular absorveu toda a injeção de torotraste. Na parte superior da mancha vascularizada (fig. 1) nota-se uma veia grossa (V. A.) que segue para trás e vai lançar-se no seio longitudinal superior. É, aparentemente, o tipo de uma circulação similar à encontrada nas arteriografias dos angiomas arterio-venosos; mas o aspecto da mancha vascular é diferente.

Na flebografia da primeira fase (fig. 2), obtida 2,5 segundos após a arteriografia, vê-se a mancha vascular menos intensa, a veia de descarga posterior (V. A.) menos carregada de torotraste

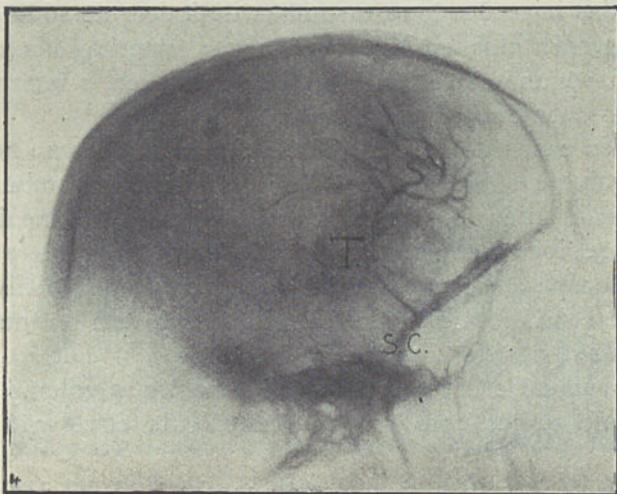


Fig. 4

que no primeiro filme e uma veia descendente (V. D.) muito grossa, já esboçada no primeiro filme, por onde se faz a descarga da região vascularizada para o seio cavernoso.

Há a notar a existência nesta flebografia de uns vasos que parecem artérias (A) pela sua direcção e reduzido calibre.

A flebografia da segunda fase (fig. 3), obtida 4,5 segundos depois do primeiro disparo da empôla dos raios X, mostra que a mancha vascularizada desapareceu e apenas se esboça a parte anterior da veia de descarga e uns vasos finos que delimitam o contorno posterior da zona anteriormente visível.

A observação neurológica e radiográfica da doente não deixa dúvidas sobre a existência de um tumor, provável meningioma

da asa do esfenóide, à esquerda. Mas a doente apresenta um pequeno angioma do globo ocular no ângulo externo e mostra uma pequena dilatação das veias da região tumoral por compressão da jugular. Portanto, tumor fortemente irrigado da região.

As angiografias e em especial as flebografias apresentavam, para nós, um aspecto inédito em casos de meningiomas.

Isto levou-nos a fazer uma revisão dos casos de meningiomas da asa do esfenóide, diagnosticados anteriormente pela angiografia cerebral.

Dois casos típicos dessa localização foram estudados ainda na fase das injecções intra-carotídeas de iodeto de sódio, quando nos contentávamos em obter apenas a arteriografia cerebral. Contudo vêm-nos auxiliar, à falta de melhores, a interpretar os filmes da doente agora observada.

São os casos de *M. A.* e *F. do O.*, publicados no nosso primeiro volume sobre a arteriografia cerebral (1), ambos confirmados pela autópsia. Nestes casos o volume dos meningiomas observa-se logo na arteriografia. No primeiro caso a mancha tumoral ocupa a parte posterior e anterior do grupo sylviano, que deixa de ser visível na parte inferior e que está levantado para cima, na sua porção anterior.

No segundo caso, a arteriografia mostra o volume e a circulação do tumor com grande redução da circulação arterial (fig. 4).

Um facto é constante nos três casos: a visibilidade da circulação capilar dos meningiomas na arteriografia.

Há porém diferenças que convém acentuar. Nos casos antigos não se vê circulação alguma venosa, facto impressionante na observação de hoje.

¿ A que atribuir a diferença? A doente do caso actual apresenta um tumor externo, que se prolonga para a região supra-orbitária, e uma circulação venosa externa que se não observou nos outros dois doentes. ¿ Será essa maior circulação a causa das diferenças notadas?

¿ Será isso devido à nova técnica, ao emprêgo do torotraste como substância opaca de contraste, visto que anteriormente em-

(1) Egas Moniz. — «Diagnostic des tumeurs cérébrales et épreuve de l'encéphalographie artérielle». Pág. 325 e 343. Paris, 1931.

pregávamos o iodeto? Estamos em crer que deve ter influido na diferença a quantidade de torotraste, 12 cc., empregada para obter a arteriografia, enquanto que com o iodeto não passávamos de 5 cc. É certo que antigamente injectávamos a carótida interna, com laqueação provisória, ao passo que hoje injectamos a carótida primitiva. Mesmo assim, e em casos como o da doente agora angiografada, com a carótida interna facilmente permeável, a quantidade de torotraste que a atravessou deve ter sido

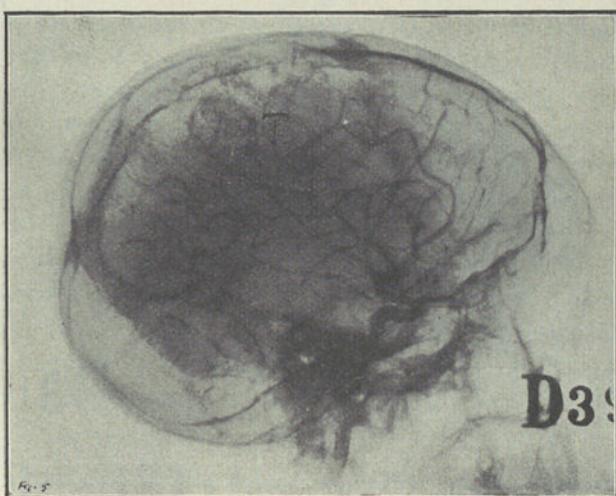


Fig. 5

muito superior aos 5 cc. de iodeto de sódio primitivamente injectado nos outros doentes.

Em resumo, podemos concluir que em três casos de meningioma da asa do esfenóide a injecção de torotraste mostra logo na arteriografia a circulação capilar do tumor.

Ora esta circunstância contrasta com o que observamos nos meningiomas de outras regiões.

Assim, os meningiomas dependentes da foice do cérebro mostram apenas a circulação arterial no primeiro filme (fig. 5) e a mancha capilar na flebografia da segunda fase (fig. 6). Neste caso vê-se uma circulação venosa (fig. 6) a acompanhar a circulação capilar formada por duas veias circundantes do tumor (V. A.) e dois lagos sanguíneos junto ao seio longitudinal superior (L.).

A localização dos meningiomas parece influir nestas diferenças, pois a flebografia da segunda fase do meningioma de outro caso (*Baldomero*) (1) apenas mostra a circulação capilar. Era um tumor da região parieto-occipital, ao passo que o meningioma da fig. 6 era da região parieto-frontal. Não podemos todavia emitir uma opinião segura sobre o assunto, por nos apoarmos apenas num limitado número de casos.

A visibilidade dos vasos dos meningiomas da asa do esfenóide

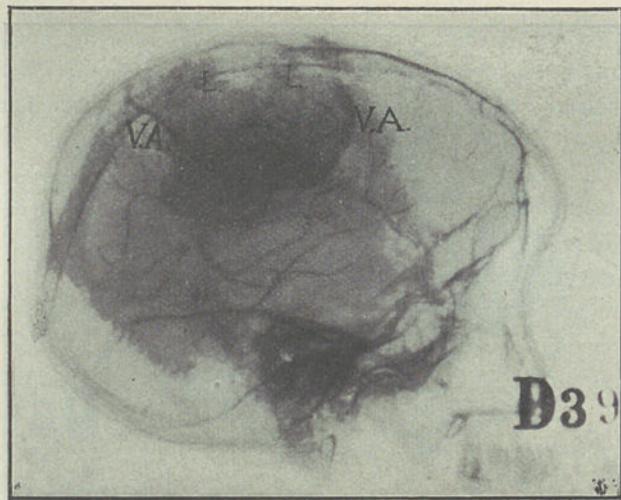


Fig. 6

nóide, pelo menos artérias e capilares, torna-se logo evidente nas arteriografias. Por outras palavras, o aspecto encontrado nas flebografias da segunda fase das outras localizações destes tumores aparece logo na arteriografia (primeiro filme obtido) nos meningiomas da asa do esfenóide. A diferença é evidente.

Qual a causa? Também não podemos ainda sair do campo das hipóteses. Estamos em crer que estes meningiomas são muito mais vascularizados do que os outros meningiomas ou, pelo menos, têm uma mais larga comunicação entre as suas artérias, capilares e veias. O caso que hoje apresentamos mostra à evidência que a rede artério-capilaro-venosa é duma notável permeabilidade.

(1) Egas Moniz. — «L'angiographie cérébrale». Pág. 216. Paris, 1934.

Pode também fazer-se notar que estando estes tumores mais próximos da carótida, deve influir sobre a sua circulação a intensidade maior da influência do sangue pela vizinhança dum grosso vaso. Isto poderia explicar as diferenças encontradas nas três localizações de meningiomas a que acima fazemos referência.

Mas não quedemos em outras conjecturas que a anatomia patológica destes casos virá um dia a esclarecer.

Um facto há a acentuar, e esse de grande importância no campo das interpretações angiográficas: os meningiomas da asa do esfenóide comportam-se diferentemente dos meningiomas das outras regiões do cérebro pelo que respeita à visibilidade dos vasos próprios nas angiografias. Os meningiomas da asa mostram logo na arteriografia a mancha vascular que dá a noção exacta do seu volume e situação, ao passo que, nos meningiomas de outras localizações, a mancha capilar apenas aparece nas flebografias.

Por outro lado o aspecto angiomático da circulação, notado nas figuras 1 e 2, com *descarga venosa imediata*, só foi encontrado, até hoje, nesta doente, o que nos traz uma noção nova que convém arquivar.

RÉSUMÉ

L'A. fait l'étude angiographique des méningiomes de l'aile du sphénoïde. Dans trois cas il y a vérifié que l'artériographie montre aussitôt après l'injection le dessin de la tumeur par sa circulation capillaire rendue visible soit par l'iodure de sodium (deux cas), soit par le thorotраст (un cas). En outre, dans le premier cas présenté (fig. 1, 2 et 3) la circulation du premier film est déjà artérioveineuse, dans le deuxième film (phlébographie de la première phase) obtenu 2,5 secondes après le premier, la tache de la tumeur est moins nette et elle disparaît dans la phlébographie de la deuxième phase, tirée 4,5 secondes après l'artériographie. Dans les méningiomes d'autres régions du cerveau la tache capillaire de la tumeur paraît seulement dans la phlébographie de la deuxième phase, tirée 4,5 secondes après l'artériographie.

Ces faits ont un certain intérêt dans l'interprétation des films angiographiques.

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

APÉRTO DO ISTMO E HIPOPLASIA DA AORTA
(ESTUDO CLÍNICO)

POR

JOÃO DE OLIVEIRA MACHADO
Assistente

e

LUIZ MALHEIRO
Assis. voluntário

O istmo da aorta é o segmento do vaso compreendido entre a subclávia esquerda e o canal arterial. O nome deriva do facto desta porção da aorta ter quase sempre à nascença calibre inferior ao das regiões vizinhas, diferença que se reduz progressivamente, desaparecendo aos três meses de idade.

Algumas vezes — 6 % dos casos, segundo Théremin (1) — não chega a realizar-se a uniformidade de calibre, sem que se deva falar porém de apêrto patológico enquanto se não verificar uma diminuição de 2 ou 3 mm. em relação às porções adjacentes. Desde que seja pouco pronunciada, a lesão é compatível com uma vida normal e constitue então um achado de autópsia. Outras vezes, e são estes os casos que interessam em clínica, a vida só se torna possível pelo estabelecimento duma rica circulação colateral. Mas ainda então, os sintomas provêm menos da diminuição do calibre do vaso — ou até da sua completa obliteração — do que da escassez relativa da circulação colateral.

Muito se tem discutido sobre a patogenia da lesão, sendo a mais aceite a doutrina eclética de Bonnet. Este A. distingue dois tipos de afecção — a que imprópriamente chama tipos infantil e adulto — para os quais supõe patogenias diferentes.

(1) Citado por Maude E. Abbott in «Modern Medicine», de Osler e McCrae.

O tipo infantil de Bonnet caracteriza-se pela precocidade do aparecimento dos primeiros sintomas, pela coexistência freqüente doutras cardiopatias congénitas, sobretudo da persistência do canal arterial, e, anátomo-patológicamente, por se tratar quase sempre dum apêrto difuso e gradual, embora de grau variável e estendido a quase todo o istmo. Segundo o A., seria de origem embrionária.

Muitos dos casos descritos sob esta rubrica não têm interesse clínico: trata-se de ligeiras diminuições de calibre que Bonnet explica pela persistência das condições fetais que impedem que este segmento do vaso atinja o calibre normal.

Uma outra variedade do tipo infantil distingue-se pela obstrução total ou quase da aorta ao nível do istmo, substituído, muitas vezes, por um cordão fibroso, fazendo-se a circulação graças à persistência do canal arterial. A parte inferior do corpo é irrigada, nestes casos, por sangue vindo da artéria pulmonar, e esta variedade de apêrto do istmo da aorta (A. I. A.) caracteriza-se, ao contrário das outras, por uma intensa cianose, que abrange todo o corpo, devido às anastomoses arteriais, que se encontram aqui, como nos outros tipos de lesão. O autor da teoria supõe que esta modalidade de A. I. A. é também devida a uma perturbação embrionária do desenvolvimento do 4.º arco aórtico esquerdo — região donde provém o istmo da aorta.

O A. I. A. tipo adulto distingue-se por ser abrupto e sempre na vizinhança do canal arterial — um pouco abaixo ou acima ou mesmo àquele nível. Esta variedade é a única para a qual convém a explicação mais freqüentemente invocada como causadora da lesão: consequência do processo fisiológico de obliteração do canal arterial. Já Rokitansky, Brunner e Skoda (1) pensaram nessa causa, sob várias modalidades: inclusão nas paredes do istmo de tecido do canal arterial, sofrendo o processo retrátil próprio daquele e condicionando o apêrto, etc.

A forma adulta do A. I. A. só excepcionalmente se acompanha de graves lesões congénitas do coração, sendo, pelo contrário, relativamente freqüente a associação com transtornos ligeiros, como por exemplo sigmoideia aórtica bicúspide.

(1) Citados por Maude E. Abbott in «Modern Medicine», de Osler e Mc Crae.

Nem todos os autores aceitam a doutrina de Bonnet. Mönckeburg (1) insurge-se contra ela e aponta como principal argumento a associação do apêrito do istmo e a persistência do canal arterial em casos de tipo adulto.

Encarado sob o ponto de vista anátomo-patológico, o apêrito do istmo da aorta é uma lesão com aspectos morfológicos muito diferentes. Assim, por exemplo, a estenose pode englobar tôdas as túnica do vaso, estando, pelo contrário, em certos casos, limitada apenas à sua parte interior, sem que o exame externo da artéria nos faça suspeitar da diminuição do seu calibre interno.

Varia muito também o grau e a extensão do apêrito. Nuns casos a obliteração arterial é completa; noutros porém as regiões situadas acima e abaixo da estenose comunicam entre si por um pequeno orifício circular ou doutra forma.

Dum e doutro lado do apêrito a aorta pode apresentar alterações, quer de calibre, quer de estrutura. Mais freqüentemente dilatada a montante da estenose, apresenta outras vezes um calibre inferior.

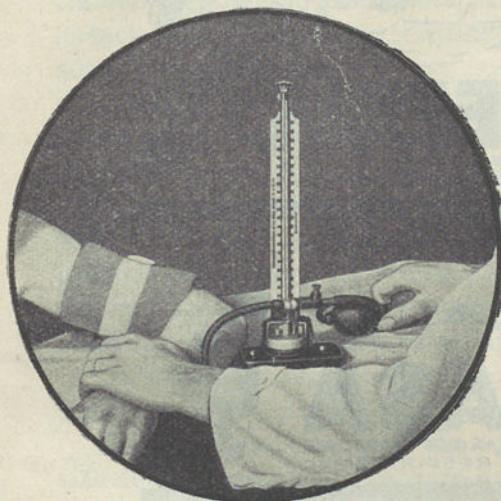
Abaixo do apêrito a aorta pode recuperar o seu calibre normal ou estar até bastante dilatada.

As paredes da aorta podem estar normais, havendo no entanto casos em que se observaram lesões de arteriosclerose não só nela como também nos vasos dilatados da circulação colateral.

Acima ou imediatamente abaixo do apêrito pode haver um aneurisma sacciforme. Pode formar-se também um aneurisma dissecante, causador, por vezes, duma ruptura da aorta, tendo-se observado em metade destes casos de ruptura a existência de uma válvula aórtica bicúspide.

A repercussão do A. I. A. sobre a musculatura cardíaca é muito variável, tornando-se a sua apreciação difícil, dada a coexistência freqüente de lesões valvulares, com as quais há que contar na análise dos factores determinantes das alterações observadas no órgão central. Estas alterações consistem numa hipertrofia e dilatação cardíacas que, embora presentes em muitos doentes, podem, contudo, deixar de existir. É possível que a circunstância do coração permanecer normal nestes últimos casos se deva à existê-

(1) Citado por Katz e F. Lehr in «Tratado Completo de Clínica Moderna», de J. e F. Klemperer.



Iodo-Calcio-Diuretina «Knoll» na Hypertensão

Asthma cardiaca • asthma bronchica • angina de peito •
dyspneia cardiaca chronica • esclerose dos vasos cere-
braes • aortite syphilitica • prophylactico contra os
achaques do homem de idade superior a 40 annos.

Doses: 1—2 comprimidos, 3 vezes ao dia, depois das refeições.
Empacotamentos originais: Tubos de 20 comprimidos.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN SOBRE O RHENO
FABRICAS DE PRODUCTOS CHIMICOS
(ALLEMANHA)





GLEFINA
PODEROSO RECONSTITUINTE
SUBSTITUTO DO ÓLEO DE FÍGADO 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

PULMOSEUM BAILLY

Regenerador poderoso dos Órgãos Respiratórios
Medicação das Doenças

BRONCHO - PULMONARES

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

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

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

cia duma circulação colateral suficiente, que atenua a nociva influência que o obstáculo constituído pela estenose poderia ter sobre o coração.

A dar crédito às indicações da literatura antiga, o A. I. A. é relativamente freqüente. Vierordt (1) reuniu, em 1898, cento e trinta casos, confirmados anatòmicamente, mas neste número são incluídos aqueles que não deram sintomatologia clínica própria. Vierordt chegou a afirmar que a freqüência da lesão andava próxima da do apêrto da artéria pulmonar. Blumenfeldt, baseado nas indicações da literatura moderna, pensa que a freqüência da lesão foi muito exagerada pelos autores antigos.

Se sobretudo descontarmos os casos que não deram sintomas clínicos, a doença passa a constituir quase uma verdadeira raridade.

Os sintomas subjectivos são variáveis em intensidade e ocasião de aparecimento, consoante o grau de apêrto e a riqueza da circulação colateral. Quando existem, são banais sintomas de insuficiência circulatória, de compromisso preferente do ventrículo esquerdo; outras vezes, as queixas são da responsabilidade da hipertensão, por vezes considerável na metade superior do corpo: hemoptises, epistaxis, zumbidos. À hipertensão se devem também as hemorragias cerebrais e crises anginosas, episódios terminais relativamente freqüentes dos portadores desta lesão.

O *deficit* de irrigação dos membros inferiores é, muitas vezes, revelado por sintomas de claudicação intermitente.

Os sintomas objectivos mais importantes são:

1.º — Diferença considerável entre a tensão arterial dos membros superiores e inferiores, a daqueles quase sempre muito elevada.

2.º — Existência da circulação arterial colateral.

3.º — Sôpro sistólico à auscultação da região precordial, de localização e propagação variáveis, quase sempre mais intenso no dorso, entre a omoplata esquerda e a coluna, e propagando-se ao longo desta.

Destes sintomas, o mais importante é o primeiro; pode dizer-se que nunca falta. Já à simples inspecção contrastam os ca-

(1) Citado por Ernst Blumenfeldt in «Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten», de F. Kraus e T. Brugsch.

racteres do pulso radial cheio e as pulsações enérgicas e visíveis das carótidas e subclávias com o pulso imperceptível, ou quase, das artérias dos membros inferiores (femural, pediosa, etc.).

A circulação colateral vicariante, com quanto existe constantemente, nem sempre se traduz pelos grossos cordões arteriais visíveis e palpáveis no tórax e abdómen, que foram tomados durante muito tempo como o mais importante sintoma da doença. Estes vasos sinuosos e pulsáteis, ao nível dos quais se ouvem freqüentemente sôpros, só se encontram em cerca de 25% dos casos, segundo G. Katz e F. Lehr, em 70 de 155, segundo Maude E. Abbott. Os vasos que participam mais freqüentemente na circulação colateral, pela criação de anastomoses entre si, são: dum lado, mamárias internas, intercostais superiores e ramos internos da escapular posterior (tôdas ramos da subclávia), e, por outro lado, epigástricas e intercostais aórticas.

Tem-se procurado — Hochsinger (1) — atribuir características de localização ao sôpro do A. I. A. Já acentuámos a sua variabilidade de caso para caso (ora na base, ora na ponta, ora em tôda a região precordial), faltando nos referir que pode até ser diastólico.

A restante observação cardíaca é escassa em sintomas: por vezes, frémito ao nível do sôpro, choque da ponta em cúpula e desviado para baixo pela hipertrofia do ventrículo esquerdo; noutros casos, ou coexistindo com estes sintomas: alargamento dos vasos da base à percussão pela dilatação do segmento inicial da aorta.

Quando os doentes apresentam tôda a sintomatologia, o diagnóstico não é difícil, importando apenas distinguir a obstrução da aorta ou seus ramos por aneurisma ou tumor mediastínico, problema que quase sempre se resolve pelo exame radiológico.

O A. I. A. é das doenças congénitas que permitem maior sobrevivência, sendo clássica a citação do caso dum portador da lesão que viveu 92 anos. Mais freqüentemente, os doentes morrem mais cedo e o episódio terminal imputável à lesão congénita é, ora uma hemorragia cerebral ou angina do peito, ora a ruptura do coração ou da aorta, a menos que uma endocardite

(1) Citado por G. Katz e F. Lehr.

lenta ou, antes, aortite lenta, com localização no istmo, abreviaria a vida do doente.

Enfermaria M 2 B. Cama 31. A. J. P., doméstica, 40 anos de idade, internada em 31-1-935.

ANAMNESE:

Doença actual. — Desde os quinze anos, canseira fácil, por vezes com crises nocturnas de falta de ar, oligúria e ligeiro edema maleolar, que a obrigaram a baixar ao serviço há dez anos, constatando-se já então, à auscultação, a existência dum sôpro sistólico com o máximo de intensidade na extremidade interna do segundo espaço intercostal esquerdo e choque em cúpula no quinto espaço, na linha mamar.

Há quatro anos, de vez em quando, dor brusca nas pernas, quando anda, obrigando-a a suspender a marcha, para a retomar passados momentos.

Desde a mesma época, de longe em longe, sensação de constrição retroestenal, súbita, irradiando para os ombros e pescoço.

Pior há dois anos, com acentuação de todos estes sintomas.

Grandes cefaleias e zumbidos já antigos. Parestesias das extremidades.

Epistaxis abundantes desde nova, por vezes muito difíceis de sustar, a última das quais quatro meses antes de baixar ao hospital.

Há cerca de vinte anos que sofre de dores epigástricas, irradiando, por vezes, para o hipocôndrio esquerdo, que em regra sobrevêm dez a quinze minutos depois das refeições, mas noutras ocasiões surgem durante elas, impedindo-a de as concluir.

Temporadas de dor, alternando com longos períodos de acalmia, até cinco anos.

Azia quase permanente, mesmo durante os períodos de ausência da dor.

Esta, quando existe, calma com a interrupção da refeição, vômito espontâneo ou alcalinos.

Nega vômitos de estase, hematemeses ou melena. Obstipação habitual.

As queixas gástricas foram particularmente intensas há dez anos, revelando uma análise de suco gástrico, feita nessa ocasião, valores altos de acidez: CIH livre, 68; acidez total, 90 (colheita única, 45 minutos após a refeição de prova de Ewald-Boas). A-pesar do exame radiográfico não revelar ulcus, foi submetida a tratamento de Sippy, pois baixou ao hospital em anemia profunda (36% de hemoglobina e 2.460.000 glóbulos vermelhos) atribuída a hemorragias ocultas, provenientes de lesão orgânica do estômago. Melhorou consideravelmente, tendo alta com 70% de hemoglobina e 4.100.000 glóbulos vermelhos.

História pregressa. — Nasceu em Lisboa, onde tem vivido. Sarampo e varicela em criança. Erisípela da face, por várias vezes.

Há onze anos teve artrite do joelho esquerdo, de comêço agudo, com temperaturas a 40°, mantendo-se em tratamento no hospital, durante sete meses, com a perna em aparelho de gesso.

Epiésclerite bacilosa (?) com várias recidivas.

Aparelho génito-urinário. — Primeira menstruação aos catorze anos; seguintes irregulares, indolores, pouco abundantes.

Dois partos normais; um abôrto espontâneo de três meses.

Antecedentes familiares. — Pai falecido aos sessenta e sete anos, de afecção pulmonar crônica; mãe falecida de tuberculose pulmonar. Marido sifilítico (?).

Dois filhos, dos quais um, com três anos, é vivo e saudável, tendo falecido o outro de meningite.

Status praesens. — Boa constituição e regular estado de nutrição, lúcida, apirética.

Facies mongólico característico (fig. 1).

Cabeça:

Olhos. — Com cicatrizes em ambas as córneas. Pupilas reagindo bem à luz e acomodação.

Bóca. — Língua húmida e limpa. Piorreia alveolar.

Ouvidos: —

Nariz: —

Pescoço: —

Tórax:

Pulmões. — Sonoridade e murmúrio vesicular normais.

Coração. — Choque da ponta no quinto espaço intercostal, na linha mamilar, em cúpula. Sôpro sistólico, à auscultação da região precordial, perceptível em toda ela, com o máximo de intensidade na extremidade interna do segundo espaço intercostal esquerdo, e propagando-se para os vasos do pescoço. Não se palpa frémito.

À palpação da parede lateral direita do tórax apercebem-se numerosos cordões vasculares, sinuosos, duros, pulsáteis, ao nível dos quais se sente frémito e ouve sôpro sistólico, que vão desde o 8.º espaço intercostal até à axila. Na parte superior do tórax e na metade esquerda dêste não se apercebe circulação colateral.

Abdómen. — Ligeira dor, sem defesa, à palpação da região epigástrica, a meio da linha umbílico-xifoideia.

Pulso. — Contraste entre as pulsações fortes da radial com 72 p. p. m. rítmico com o pulso femural, dificilmente perceptível.

Tensão arterial (Pachon) nos membros. — Em 31-I-935:

Braço direito: Mx., 35; Mn., 13. I. O. 9.

Braço esquerdo: Mx., 35; Mn., 13. I. O. 9.

Perna direita: Mx., 12; Mn., 8. I. O. 2.

Perna esquerda: Mx., 12; Mn., 7,5. I. O. 1,5.

Em 8-II-935, depois de repouso e padutina:

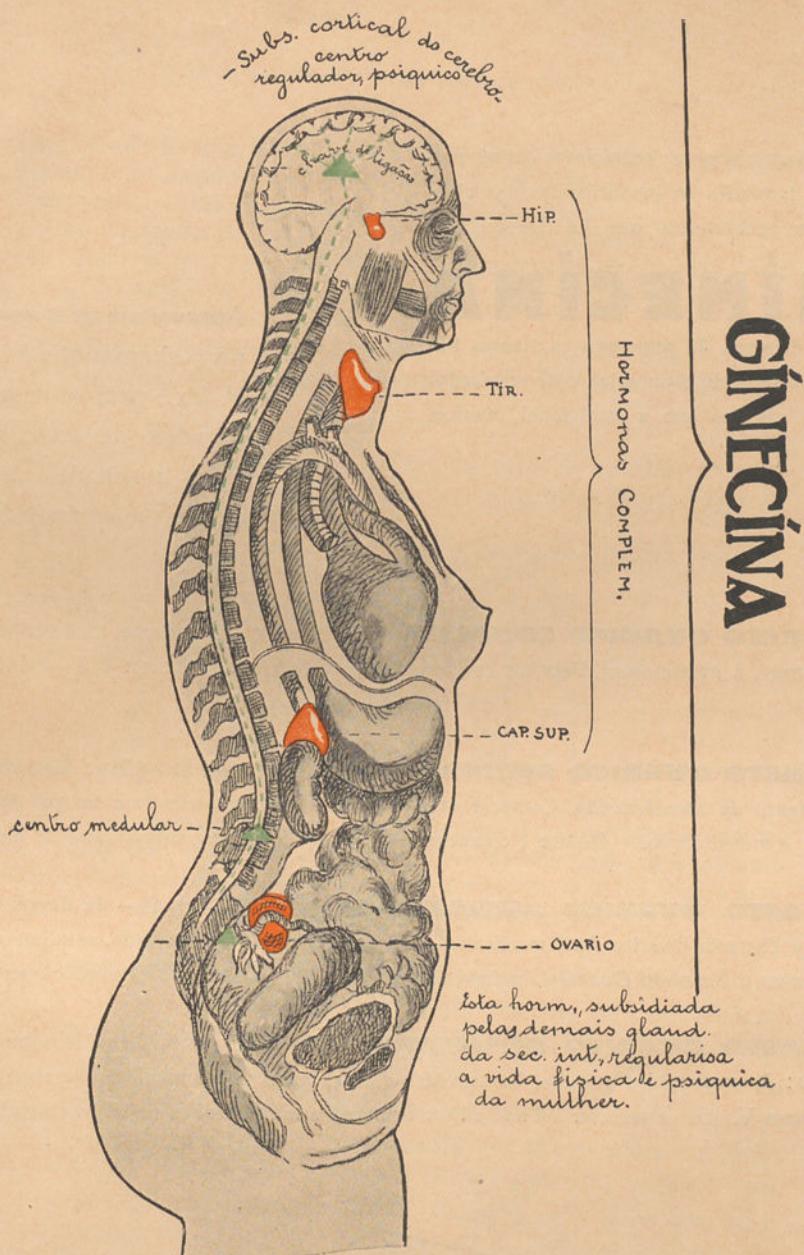
Braço direito: Mx., 19,5; Mn., 8,5. I. O. 9.

Braço esquerdo: Mx., 20; Mn., 8,5. I. O. 9.

Perna direita: Mx., 7,5; Mn., 5,5. I. O. 1.

Perna esquerda: Mx., 7,5; Mn., 5. I. O. 1.

Reflexos tendinosos e cutâneos, bem como sensibilidade. — Normais.



GINECINA, TONICO NATURAL, de optimos resultados em todos os casos de

Irregularidades menstruaes, perturbações da menopausa, neurastenia sexual, histerismo, acidentes consecutivos à ovariotomia, nevroses cardiacas, asma nervosa, neurastenia geral.

Para os grandes transtornos menstruaes recomendamos

Nas deficiencias e faltas absolutas, **Extracto Ovarico Antilamenorreico.**

Nas hemorragias, **Extracto Ovarico Anticongestivo.**

No histerismo, vomitos ocasionados pela gravidez, **Extracto Ovarico Completo.**

FOI para obviar as perniciosas consequências derivadas de insuficiencias das glândulas endocrínicas que foi preparada a

GÍNECÍNA

que é isenta de principios excitantes tornando-se mais económica e de resultados mais seguros que a tradicional ovarina.

Aproveitamos a oportunidade para chamarmos a atenção de V. Ex.^a para os seguintes preparados de criação propria, cujos resultados teem merecido os mais rasgados elogios

EXTRACTO OVARICO COMPLETO — INDICAÇÕES: Histerismo, idade crítica, acidentes consecutivos à ovariotomia. Vomitos ocasionados pela gravidez. — DOSE: 2 a 3 comprimidos por dia antes das refeições.

EXTRACTO OVARICO ANTIAMENORREICO — INDICAÇÕES: *Retensão ou desaparecimento da menstruação.* Começar o tratamento 8 dias antes da data em que devia aparecer a menstruação. — DOSE: 1 comprimido por dia e aumentar sucessivamente até 3.

EXTRACTO OVARICO ANTIAMENORREICO N.^o 2 — Se depois de tomar 2, tubos de Extracto Ovarico Antiamenorreico não obtiver resultado desejado, continue o tratamento com o *Extracto Ovarico Antiamenorreico N.^o 2* — DOSE: 2 comprimidos por dia.

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



Em 11-II-935 foi feito estudo do quimismo gástrico (refeição de prova de Ewald-Boas), que mostrou: ClH livre, 43; acidez total, 62.

Estudo radiográfico do estômago. — Nada de anormal.

Análise citológica do sangue — Em 8-II-935: Hemoglobina, 63%; v. gl., 0,87; glób. verm., 3.620.000; glób. br., 3.900; Neut., 63%; Eos., 3%; Bas., 0%; Gr. Mon., 1%; Linf., 33%.

Reacção de Wassermann. — Negativa.

A ideia de que uma deficiente irrigação do rim e pâncreas podia comprometer a sua actividade levou-nos a proceder ao estudo funcional destes órgãos.

Análise de urina. — Normal.

Prova de concentração da ureia (Mac Lean). — 1.^a amostra: 58 cc. de urina; 1018; 23,5 gr. por litro. 2.^a amostra: 70 cc. de urina; 1.020; 24,5 gr. por litro.

Doseamentos no sangue. — Ureia, 0,50 gr. por litro; indican, 1,09 mgr. por litro; reacção xantoproteica, fracamente positiva.

Curva da glicemia com ingestão de 50 gr. de açúcar:

Jejum	0,93 gr. por litro
1/2 hora depois da refeição . .	1,45 " "
1 hora depois da refeição . . .	1,51 " "
1 1/2 horas depois da refeição	0,95 " "
2 horas depois da refeição . .	0,89 " "

O electrocardiograma mostrou apenas predomínio ventricular esquerdo.

As radiografias do tórax revelaram, além de hipertrofia do ventrículo esquerdo, a hipoplasia e calcificação de toda a aorta torácica (figs. 2 e 3). Radiografia dos membros sem sinais de opacidade vascular.

Todos os sintomas apresentados pela doente cabem dentro do quadro clássico do A. I. A., ficando apenas por esclarecer as queixas gástricas e a pronunciada anemia que teve há dez anos.

Poder-se-ia pensar que a doente teria, além do A. I. A., uma úlcera gástrica ou duodenal, tanto mais aceitável quanto a deficiente irrigação focal do estômago, factor patogénico por vezes evocado, é aqui muito de presumir. Abonam esta ideia não só a história, com os períodos de acalmia, como ainda os valores elevados de acidez clorídrica na análise de há dez anos e o benefício do tratamento de Sippy.

O resultado negativo do exame radiológico e a precocidade extraordinária das dores, que cessam assim que a doente interrompe a ingestão de alimentos, recordam a dispragia intestinal de Ortner, que aqui vê efectuadas, como poucas vezes, as con-

dições em que mais facilmente podemos admitir o instalar do sindroma.

Achamos mais provável esta interpretação das queixas gástricas da doente.

Quanto à anemia de há dez anos, que poderia depor também a favor da natureza ulcerosa dos padecimentos gástricos, supomos que não necessita de semelhante explicação. Basta atender à freqüência e intensidade das epistaxis que a doente tem, para que a anemia possa ser facilmente compreendida.

Enfermaria M 2 B. Cama 32. M. L. T., doméstica, 30 anos de idade.

ANAMNESE :

Doença actual. — Baixa ao serviço a primeira vez em 24-IX-932, queixando-se de pontada no hemitorax direito e febre elevada, sobrevindas uma semana antes, acompanhadas de calafrios, suores, tosse e pouca expectoração mucosa. Oligúria desde que acamou.

Já um ano antes, temperaturas subfebris (37,3-37,5). Emmagrecimento de 5 quilogr. no último mês.

Desde os vinte e dois, canseira fácil, palpitações, tosse e hemoptises de escassa quantidade. Nunca crises de falta de ar.

História pregressa. — De interesse, apenas pneumonia há um ano e pequenas hemorragias hemorroidárias há muitos.

Nunca sífilis, anginas ou reumatismo.

Funções genitais, normais. Uma gravidez. Nega abôrtos.

Antecedentes familiares. — Sem interesse.

No exame feito na primeira entrada destaca-se o contraste entre o pulso carotídeo e dos membros superiores e o dos membros inferiores e, à auscultação, um sopro sistólico ao nível de toda a região precordial, com maior intensidade na extremidade interna do segundo espaço intercostal esquerdo, propagando-se para os vasos do pescoço e ouvindo-se ainda muito nitidamente no dorso, dum e doutro lado da coluna, mais à esquerda, entre as omo-plantas, desde a região cervical até à 5.^a-6.^a dorsais. Frémito sistólico à palpação dos vasos do pescoço, mais nítido à esquerda.

Durante a permanência na enfermaria, longos períodos de febre, que chegava a 39°, alternando com outros de temperaturas subfebris.

O exame objectivo revelou nessa ocasião um escasso derrame pleural serofibrinoso direito, que não teve tradução radiográfica e a que corresponde a seguinte análise:

Reacção Rivalta. — Positiva.

Exame citológico. — Algumas hematias, alguns polinucleares e muitos linfocitos.

Investigações laboratoriais complementares (hemoculturas, seroaglutinações, análises citológicas de sangue). — Normais.

A evolução febril foi entrecortada por várias *poussées* de assistolia — sobretudo sintomas de estase pulmonar — que obrigaram a medicação tonicardíaca.

Mesmo quando compensada, a doente apresenta, em contraste com a doente anterior, uma cianose discreta, mas indiscutível das mucosas, única discordância no *facies* mongólico de ambas (fig. 4).

Ao contrário da doente A. J. P., não se apercebe circulação colateral na parede toraco-abdominal.

A doente, depois de ter alta em 17-VI-934, volta a baixar em 24-I-935, com sintomas de insuficiência circulatória: dispneia de esforço e decúbito, fervores de estase nas bases, taquicardia — 120 p. p. m. — e oligúria, ainda que sem edemas ou hepatomegalia, e, desta vez, apirética. Removem-se os sintomas com cura digitalica.

Resumimos os dados clínicos e laboratoriais mais importantes:

Tensão arterial (Pachon). — Em 1-V-934:

Braços: Mx., 19; Mn., 8.

Pernas: Mx., 13; Mn., 9.

Em 28-I-935:

Braço direito: Mx., 19; Mn., 8,5. I. O. 5.

Braço esquerdo: Mx., 19; Mn., 9. I. O. 5.

Perna direita: Mx., 15; Mn., 9. I. O. 2.

Perna esquerda: Mx., 14; Mn., 9. I. O. 2.

Wassermann. — Negativo.

O número de glóbulos vermelhos nas numerosas análises feitas oscilou entre 3.780.000 e 5.960.000.

Electrocardiograma. — Normal.

Radiografia. — Hipertrofia ventricular esquerda apreciável já em teleradiografia ântero-posterior (fig. 5), mas mais nítida em teleradiografia em O. A. E., onde a metade inferior do espaço retrocardíaco está completamente ocupada pelo ventrículo esquerdo. Calcificação da aorta torácica, hipoplásica (fig. 6).

Destacamos, na apreciação comparativa das duas doentes:

1.º — Diferença de sintomas: numa, insuficiência circulatória geral; noutra, fenómenos de deficiente circulação local — claudicação intermitente, dispragia intestinal de Ortner.

2.º — Diversa propagação do sopro.

3.º — Diversidade de comportamento da circulação colateral.

Caracteres comuns:

Além do sexo (tanto mais para sublinhar quanto A. I. A. é mais freqüente no sexo masculino: 102 contra 44, segundo Maude E. Abbott), devemos acentuar como não apontados correntemente o mongolismo e a hipoplasia da aorta.

Com quanto não se possam identificar as doentes como mongólicas — falta-lhes a idiotia, modificações esqueléticas, etc. —, impressiona, em ambas, o crânio braquicéfalo e, sobretudo, a disposição oblíqua dos olhos e a proeminência das regiões malares.

As lesões congénitas do aparelho circulatório, ainda que pouco conhecidas, são relativamente freqüentes no mongolismo, factor que ajuda a interpretação do conjunto e a afirmação de estarmos perante doentes desse tipo.

Entre as particularidades comuns às duas doentes observadas por nós, destaca-se a visualização radiológica de toda a aorta descendente no primeiro diâmetro oblíquo.

Con quanto Assmann, Frick (1) e Schintz afirmem que esta porção da aorta se visualiza radiologicamente naquela posição em grande número de casos normais, não deixam de afirmar que só a visibilidade ligeira é fisiológica.

Vaquez e Bordet vão mais longe: «Quand l'image de l'aorte descendante s'impose à la vue; quand elle donne en O. P. D. ou en O. A. D. une ombre évidente, il n'est pas douteux que l'opacité du vaisseau soit exagérée».

Mas, além da opacidade exagerada, nas radiografias em questão destaca-se outro pormenor: a diminuição de calibre do vaso.

É conhecida a dificuldade de determinação radiológica do calibre da aorta, muito se tendo discutido sobre as vantagens dos vários métodos propostos. Pela quase impossibilidade de separá-la no *écran* dos vasos vizinhos, aquela determinação faz-se, ora para a aorta ascendente em O. A. D. de determinado número de graus (Vaquez e Bordet), ora tomando como referência o ponto, determinado por ingestão de papa opaca, em que o vaso contacta com o esófago, e unindo este ponto com a parte mais procidente da crossa (Kreuzfuchs), ora tomando como ponto de referência a sombra da traqueia e escolhendo também determinada incidência (Abreu).

O erro possível em qualquer destas determinações é a apreciação de calibre superior ao normal, pelo que, visto nos encontrarmos em situação oposta, resolvemos medir grosseiramente o diâmetro nas teleradiografias em O. A. D.

(1) Citado por Assmann, Schintz e Vaquez e Bordet.

O calibre achado não só na aorta ascendente, mas ainda em todo o trajecto torácico do vaso, fica muito á quem dos valores médios e mesmo dos mínimos determinados por Luiza Kaufmann (1). Se atendermos ao êrro que seguramente cometemos na medição, incluindo uma parte da veia cava na determinação do calibre da aorta, verifica-se a razão que tínhamos ao afirmar a hipoplasia do vaso nos casos estudados.

QUADRO COMPARATIVO DAS DIMENSÕES DA AORTA DAS DOENTES A. J. P. E M. L. T.
COM AS DIMENSÕES DA AORTA NORMAL, SEGUNDO LUIZA KAUFMANN

Idade	Origem			Aorta torácica		
	A. J. P.	Normal	M. L. T.	A. J. P.	Normal	M. L. T.
30-34		6,34 cm.	3,5 cm.		4,60 cm.	1,7 cm. 1,5 cm. 1,5 cm.
40-44	3,5 cm.	6,74 cm.		2,1 cm. 1,5 cm. 1,1 cm.	4,96 cm.	

As medições da aorta torácica das doentes foram feitas ao nível das 5.^a, 6.^a e 7.^a vértebras dorsais.

A hipoplasia da aorta é de observação relativamente freqüente em certas afecções (tuberculose pulmonar, por exemplo). A hipoplasia congénita, descrita pela primeira vez por Virchow, que a atribuía a transtornos do desenvolvimento genital, é considerada por muitos autores como factor patogénico único de algumas insuficiências circulatórias. Acompanha-se, por vezes, de coração também hipoplásico, em gota, mas noutros casos o coração está hipertrofiado, sobretudo o ventrículo esquerdo, para se opor às defeituosas condições de circulação periférica criadas pela hipoplasia vascular.

São muito discutidas a freqüência e causa da hipoplasia da aorta, parecendo no entanto que a sua freqüência foi exagerada por muitos autores.

A aorta hipoplásica caracteriza-se não só pela diminuição do calibre do vaso, mas também pela estrutura particular das paredes d'este: muito delgadas, com focos de degenerescência gorda.

(1) Citado por G. Katz e F. Lehr.

A associação do A. I. A. e hipoplasia da aorta, sendo rara, está descrita — casos de Hale White, Riegel e Mönckeberg (1) — assim como a existência de extensas placas de ateroma ao longo de toda a aorta nos doentes com A. I. A. A sua pouca freqüência levou-nos a chamar a atenção para estes dois casos.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — ABBOTT (M. E.). — Congenital Cardiac Disease in «Modern Medicine», de Osler e Mc Crae. Londres, 1927.
- 2 — ASSMANN (H.). — «Die Klinische Roenthendiagnostik der inneren Erkrankungen». 5.^a Ed. 1934.
- 3 — BLUMENFELDT (E.). — Die angeborenen Herz-und Gefässzkrankheiten in «Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten», de F. Kraus e T. Brugsch. Berlim, 1925.
- 4 — BRUGSCH (T.). — «Tratado de las enfermedades del corazon y de los vasos» (trad. esp.). Barcelona, 1931.
— «Tratado da Patología Médica» (trad. esp.). Madrid, 1933.
- 6 — KATZ (G.) e LEHR (F.). — Lesiones valvulares congénitas y anomalías de desarrollo del corazon y de las grandes arterias in «Tratado Completo de Clinica Moderna», de J. y F. Klemperer (trad. esp.). Barcelona, 1933.
- 7 — PICHON (E.). — Étude des malformations congénitales in «Nouveau Traité de Médecine», de Roger, Widal e Teissier. Paris, 1933.
- 8 — ROMBERG (E.). — «Tratado de las enfermedades del corazon y de los vasos». (trad. esp.). Barcelona, 1931.
- 9 — SCHINZ-BAENSCH-FRIEDL. — «Röntgendiagnóstico» (trad. esp.). Barcelona, 1933.
- 10 — VAQUEZ (H.). — «Maladies du cœur». Paris, 1928.
- 11 — VAQUEZ (H.) et BORDET (E.). — «Radiologie du cœur et des vaisseaux de la base». Paris, 1928.

(1) Citados por Maude E. Abbott.



Fig. 1 — A. J. P.

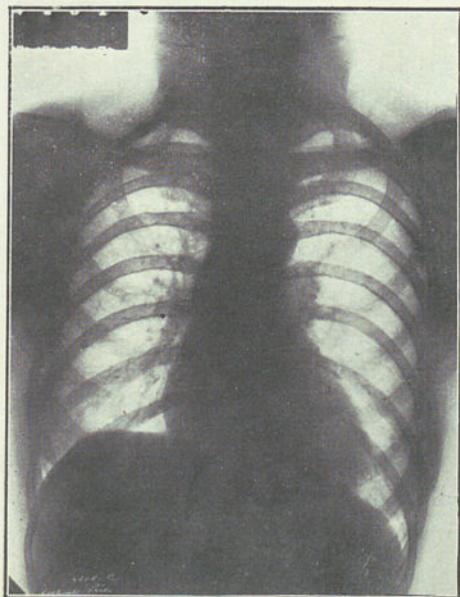


Fig. 2 — Teleradiografia do coração
da doente A. J. P.



Fig. 3 — Teleradiografia em O. A. D.
da doente A. J. P.



Fig. 4 — M. L. T.

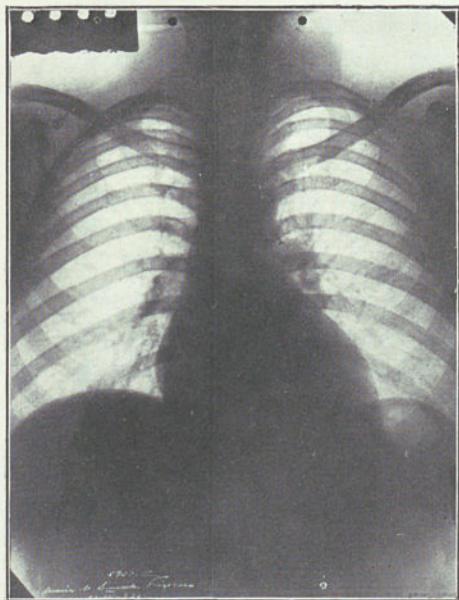


Fig. 5 — Teleradiografia do coração
da doente M. L. T.

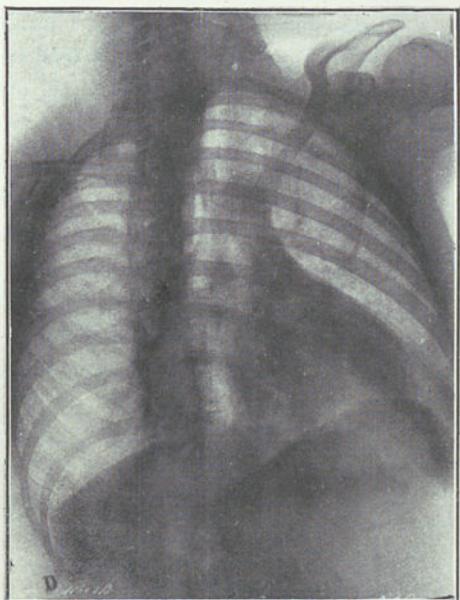


Fig. 6 — Teleradiografia em O. A. D.
da doente M. L. T.

A «PROVA DE TRABALHO» NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DA ANGINA DE PEITO

POR

ANTÓNIO FALEIRO

Em estágio na Herzstation de Viena

A insuficiência da circulação coronária em face de um aumento de exigências por parte do músculo cardíaco — exercício físico, excitação nervosa, etc. — base fundamental do sindroma anginoso, pelo menos na grande maioria dos casos que ao clínico se apresentam, é hoje susceptível de demonstração electrocardiográfica pela «Prova de trabalho».

Conhecida a dificuldade em que por vezes nos vemos quando se trata de determinar a origem de certos fenómenos dolorosos precordiais, sobretudo se êles ocorrem em indivíduos novos, nos quais uma lesão orgânica não parece provável e o electrocardiograma se apresenta normal, fácil é compreender o interesse que uma tal prova despertou no meio médico.

Deve-se a sua descoberta a dois americanos, Wolferth e Wood, mas cabe à Escola vienense o mérito da sua utilização para fins clínicos.

No intuito de esclarecer alguns pontos obscuros e de apreciar a confiança que êsse *text* pode merecer ao prático, venho eu, desde há meses, na Herzstation de Viena, realizando investigações cujo resultado devo apresentar num trabalho a publicar aqui.

O que neste artigo se contém constitue como que um resumo do que tenho podido observar e concluir através de mais de cem casos de angina *pectoris* «simples» — não originada por trombose ou embolia coronária — por mim, clínica e electrocardiográficamente, estudados.

A «Prova» consiste na comparação de dois electrocardiogramas do doente: um obtido em repouso e o outro imediatamente

após a realização de um determinado «trabalho», o qual, aqui na Herzstation, é representado pela ascenção rápida de setenta e cinco degraus de escada.

Doentes de a. p. orgânica — por estenose coronária, estenose mitral, estenose ou insuficiência aórtica — e de a. p. de hipertensão, submetidos a esta prova, apresentam com grande frequência — 50 % dos meus casos — alterações electrocardiográficas características, que, como adiante se verá, são de atribuir a uma deficiente irrigação do miocárdio, enquanto que em indivíduos normais e em enfermos, cardíacos ou não, sem manifestações anginosas, tais modificações se não observam.

Essas alterações, que em geral se encontram na primeira e segunda derivações, mas também se podem observar na terceira e mesmo só nela, consistem essencialmente numa depressão do segmento S-T, acompanhada ou não de modificações da onda T, que se pode apresentar muito diminuída de dimensões, isoelétrica ou negativa.

Para que o fenómeno se considere sintomático de insuficiência coronária, e se possa assim falar de uma prova «positiva», é necessário que o desvio do S-T seja pelo menos de 1 mm. numa derivação ou que, sendo de $1/2$ a 1 mm., seja acompanhado de redução do T não inferior a metade. Se isso se não verifica, não nos permite a prova uma decisão, pois, mesmo em normais, se pode observar deslocamentos do S-T até 1 mm., por vezes acompanhados de pequenas modificações do T.

Devo porém dizer que um desvio de 1 mm. na ausência de a. p. é verdadeiramente excepcional e quando se observa diz apenas respeito à parte inicial do segmento.

Desvios de $1/2$ a $3/4$ do milímetro encontram-se em cerca de 10 % dos indivíduos normais e assim ainda nesta circunstância tem o resultado da prova um certo valor e deve ser levado em conta, juntamente com os outros sinais electrocardiográficos, com os clínicos e radiológicos.

Os valores indicados dizem respeito ao aparelho Siemens de lâmpadas, regulado a 1 cm. por milivolt.

As alterações electrocardiográficas descritas observam-se também no EKG, normal ou patológico, de repouso. No caso patológico, as características anormais que ele geralmente apresenta — abaixamento do S-T e modificações do T — e que são

de atribuir também a uma insuficiência coronária, encontram-se, após a prova, mais acentuadas.

Em casos graves de a. p. tem-se observado alterações de um outro tipo, oferecendo um aspecto que lembra absolutamente o quadro da trombose coronária recente — onda coronária de Pardee.

Ainda, em casos raros, mostra-nos o EKG de trabalho sinais de bloqueio intra-ventricular.

Tôdas estas possíveis modificações do EKG não se manifestam em geral, contrariamente ao que se tem dito, se ao doente se administra previamente nitroglicerina ou outro bom dilatador das coronárias.

Quanto à origem dos fenómenos eléctricos, que as provocam, deve ela encontrar-se na isquemia do miocárdio, de que resulta anoxemia e acumulação nas células de produtos de desassimilação.

Esta suposição é fundamentada em:

a) O conhecimento das condições anátomo-patológicas que, num grande número de casos, constituem a base do sindroma anginoso.

b) A acção inibitória dos vasos dilatadores.

c) A observação de alterações idênticas em situações de anoxemia generalizada, no homem e nos animais: estados de asfixia accidental ou provocada e anemias graves.

d) As experiências de Dietrich, em animais, pelas quais este autor mostrou que a redução do débito coronário determinava alterações electrocardiográficas cuja identidade com as clínicamente observadas é manifesta.

Ao contrário do que se poderia supor, não está a importância das modificações do electrocardiograma intimamente relacionada com a intensidade da dor experimentada pelo doente na ocasião do esfôrço. Casos há em que as alterações são acentuadas e a dor mínima ou mesmo nula; outros em que elas são diminutas ou não apreciáveis e a dor bastante intensa.

O interessante facto, por mim algumas vezes observado, de uma prova de trabalho «fortemente positiva» sem dor, faz-me admitir a possibilidade de doentes sem sintomas de a. p. poderem fornecer uma prova positiva se nêles se verificar a presença de uma das causas atrás citadas de insuficiência coronária. Por

isso quando escrevi que «tais alterações se não observam na ausência de a. p. orgânica ou de hipertensão», ideia que de resto se encontrava no espírito dos inventores da prova, teria sido mais coerente com o meu pensamento dizendo: não tem sido observada.

Atribuo este facto à juventude da prova e sobretudo a que os doentes, em que o fenómeno se deverá, com mais freqüência, verificar, não recorrem, infelizmente, ao médico: casos de aortite luética, na fase inicial de envolvimento das coronárias. É efectivamente nos casos de estenose coronária sifilítica que mais nítida se observa a dissociação entre o sintoma dor e o fenómeno electrocardiográfico representativo da isquemia do miocárdio.

A verificação do que deixo dito e que suponho próxima por virtude da expansão que o uso da prova nos últimos meses experimentou, não lhe diminue de forma alguma o valor, pois ela é apenas uma «prova da circulação coronária» ou melhor do «químismo da célula cardíaca», o qual não está forçadamente relacionado, de forma directa e íntima, com o sintoma doloroso.

Nesta dissociação, por vezes impressionante, entre dor e sinais eléctricos de isquemia miocárdica, encontro eu um argumento, que se me afigura de importância, contra a teoria, hoje geralmente admitida, que atribue a dor anginosa directamente a essa isquemia.

¿ Como interpretar por essa teoria os casos a que me referi em que a dor é nula e as modificações electrocardiográficas bastante acentuadas ?

¿ Como explicar que as terminações sensitivas da adventícia dos vasos coronários — a ideia tão querida dos autores ingleses de um reflexo «víscero-sensitivo», com ponto de partida na própria célula cardíaca, está posta de parte — funcionem nuns casos e noutras não ?

Ainda se se tratasse apenas de ligeiras diferenças de intensidade do fenómeno doloroso, poder-se-ia invocar a variável sensibilidade individual; mas ausência completa dêle em ocasiões em que a expressão eléctrica da isquemia tão patente é e a sua presença, relativamente freqüente, sem alterações apreciáveis do traçado, parecem-me factores inadmissíveis no quadro daquela teoria.

Esperemos pelo resultado de novas investigações sobre tão interessante como difícil assunto.

A Prova n.º 2 nasceu de uma ideia minha, pela qual o «trabalho», a que na prova usual se submete o coração, não seria, em certos casos de a. p., suficiente para provocar a insuficiência coronária. Tinha eu de facto observado que anginosos de história absolutamente típica efectuavam a prova sem dor ou referindo apenas uma ligeira sensação de pressão no *praecordium*, e isso levou-me a pensar que se nesses casos aumentássemos um pouco o trabalho poderíamos verificar as alterações características, ainda que nêles a prova habitual tivesse sido negativa.

O resultado da experiência veio ao encontro das minhas suposições, e já consegui, nalguns doentes em que a insuficiência coronária era clinicamente de suspeitar, obter por um trabalho aumentado — cento e vinte cinco degraus em lugar de setenta e cinco — alterações típicas do electrocardiograma, a-pesar-de nêles a primeira prova se ter apresentado negativa.

Devo dizer que esta por mim designada Prova n.º 2, dado o esforço bastante mais considerável a que o doente é obrigado, só deverá ser realizada em indivíduos não muito idosos — não a tenho efectuado acima de 50 anos — que tenham atravessado a primeira prova sem notar sensação anormal no *praecordium* ou referindo apenas nêle uma pequena pressão e cujo exame objectivo se apresente negativo.

Quanto ao comportamento dos indivíduos normais em face do aumento de trabalho, que se tornava necessário conhecer antes de se poder tirar qualquer conclusão definitiva desta segunda prova, foi estudado por um assistente da Herzstation, o Dr. Donath, que verificou não ser êle essencialmente diferente do que se observa na primeira.

Quando nesta se não observam alterações após o trabalho, o mesmo sucede na n.º 2; se nela se verificam aquelas pequenas modificações a que atrás me referi, mantêm-se elas na segunda, sem experimentar variações de importância.

O valor prático da «Prova» diz sobretudo respeito às possibilidades de diagnóstico que ela nos oferece nos casos em que pela atipia do fenómeno doloroso, pela idade do doente e pela falta de sinais objectivos de importância, o clínico hesita na sua decisão.

Em particular, naqueles em que o conhecimento precoce da doença pode talvez permitir uma cura, na qual, pouco mais tarde,

quando os sinais electrocardiográficos e clínicos são nítidos, se não pode ter a mínima esperança. Refiro-me aos doentes, de que já neste artigo falei, de aortite luética com envolvimento incipiente das coronárias, que só por um diagnóstico extraordinariamente precoce poderão ser salvos.

A excepcional importância do seu estabelecimento justifica bem que à mínima suspeita de *lues* aórtica, mesmo na ausência de dor anginosa, se efectue a Prova n.º 1 e, se ela fôr negativa, a n.º 2. Vou mesmo mais longe: em todo o sifilítico antigo, que se faz examinar pelo clínico, deverão elas ser efectuadas.

Por uma interessante circunstância, é sobretudo nestes casos de angina de peito a que me tenho vindo a referir que, com mais freqüência, a prova se apresenta positiva — em vinte casos por mim observados, vinte resultados positivos — e, assim, em caso de suspeita clínica, o valor de uma prova negativa não é de desprezar.

Quanto à importância da prova no diagnóstico das outras formas de a. p. — por esclerose coronária, por hipertensão, etc. — também é grande.

Ela permite-nos, por vezes, o reconhecimento da origem coronária da dor em situações em que os outros meios de diagnose se revelaram insuficientes. É o que sucede freqüentemente em casos de hipertensão ligeira e labil e em formas incipientes de esclerose coronária.

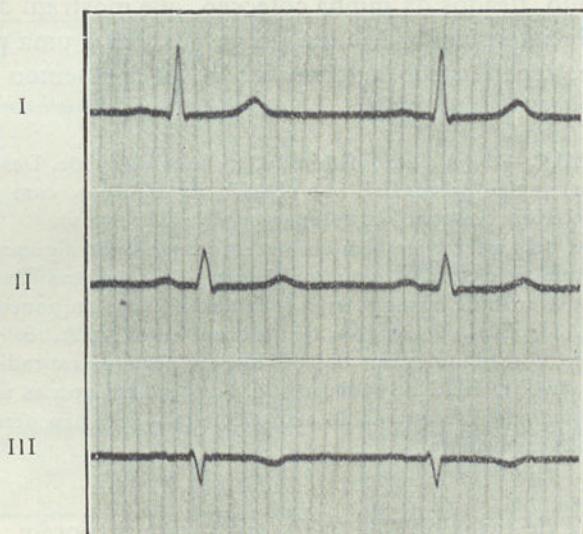
Com respeito a indicações prognósticas, poderá talvez a prova fornecer algumas.

Com efeito, se se admite que a isquemia do miocárdio se exprime pelas alterações electrocardiográficas, sabendo-se que a isquemia danifica aquele, razoável é atribuir, no caso de identidade das outras condições, um melhor prognóstico aos casos em que essas alterações se não verificam do que àqueles em que elas são acentuadas. Trata-se porém de uma ideia teórica e só a prática poderá mostrar se ela foi bem fundamentada.

Ainda a prova de trabalho nós permite seguir os resultados do tratamento. Freqüentemente, vemos nós as melhorias acusadas pelo doente serem acompanhadas de uma diminuição da sua positividade e finalmente de um resultado negativo.

Esta verificação directa pelo clínico do resultado da sua terapêutica oferece um especial interesse, como é bem de supor, nos casos várias vezes citados de estenose luética das coronárias.

R



T

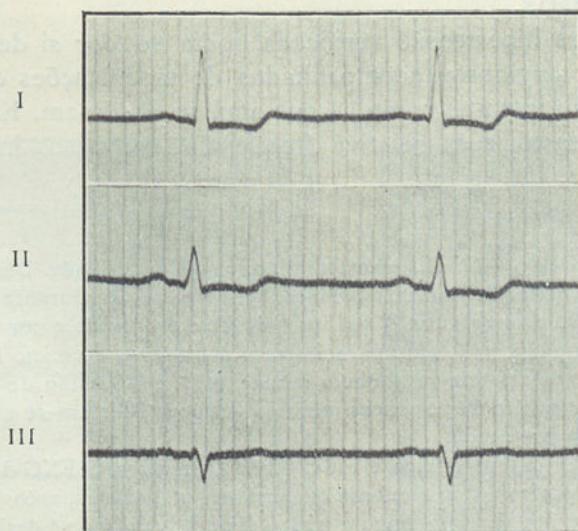


Fig. 1. S. A., sexo feminino, 40 anos de idade

Para terminar o artigo, apresentarei agora três casos de angina de peito, tirados da minha colecção, que mostram dois graus diversos de intensidade de uma prova positiva e uma prova negativa que, repetida sob a forma n.º 2, se apresentou positiva.

CASO XXIV.— S. A., sexo feminino, 40 anos de idade. Desde há seis meses, dor na região precordial, por ocasião de esforços, com irradiação para o ombro e braço esquerdos, desaparecendo pelo repouso.

Desde há dois meses, também ela se tem manifestado algumas vezes na ausência de qualquer esforço, quando a doente se encontra no leito.

A administração de nitroglicerina fá-la desaparecer em poucos minutos.

Status: Acentuação do segundo tom sobre a aorta. P. A. 160/70 RRocci. Wass. positivo. O restante exame objectivo, e em particular o radiológico da aorta, é negativo. O EKG de repouso (fig. 1-R), mostra apenas um tipo esquerdo — desvio para a esquerda do eixo eléctrico — que não permite qualquer conclusão importante.

A prova de trabalho (fig. 1-T), autoriza-nos, porém, pelas alterações características que o EKG experimenta, e que neste caso são invulgarmente acentuadas, a afirmar a existência na doente de uma «insuficiência coronária» e a estabelecer assim com segurança o diagnóstico de AORTITE LUÉTICA COM ESTENOSE DAS CORONÁRIAS.

A ligeira hipertensão verificada podia só por si determinar fenómenos anginosos acompanhados de modificações do EKG, mas não tão intensas como as que aqui se observam. Ela encontra-se de resto, com relativa freqüência, nos casos iniciais de *lues* aórtica.

CASO XXVIII.— H. G., sexo feminino, 51 anos de idade. Desde há um ano, dor no peito, de carácter picante, sem irradiação, durante o esforço, desaparecendo pelo repouso. A sua intensidade é moderada e por isso não é a doente obrigada, pelo seu aparecimento, a cessar o exercício físico. Nos últimos dois meses tem-se também manifestado por ocasião de excitações nervosas, durando, porém, poucos minutos. A doente declara-se muito «nervosa» desde a juventude.

Status: O exame clínico e radiológico é negativo. O EKG de repouso, (fig. 2-R), mostra um tipo esquerdo que, mesmo em normais, após os 50 anos, é freqüente e um T relativamente pouco desenvolvido na 2.ª derivação que só por si, e sobretudo dada a orientação do eixo eléctrico, não nos pode esclarecer.

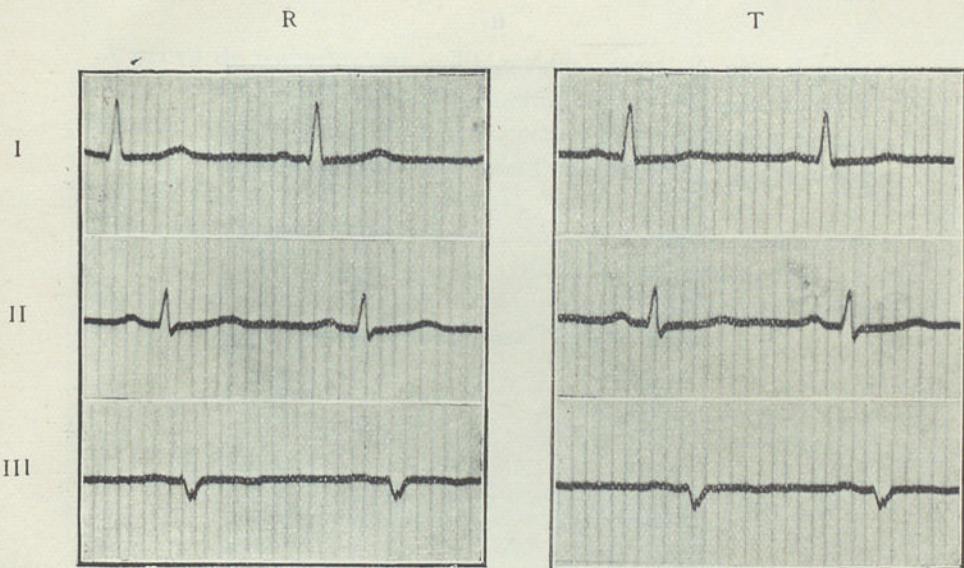


Fig. 2. — H. G., sexo feminino, 51 anos de idade

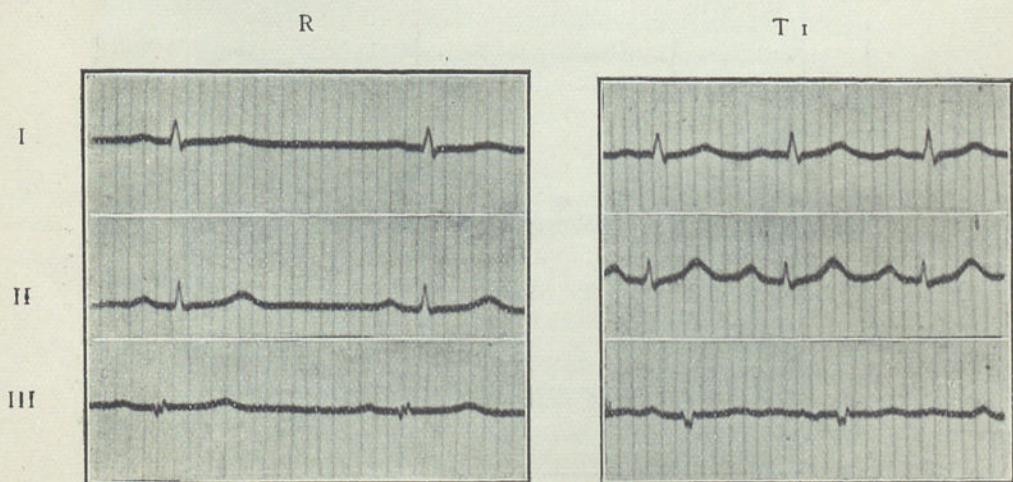


Fig. 3. — G. G., sexo masculino, 47 anos de idade

R

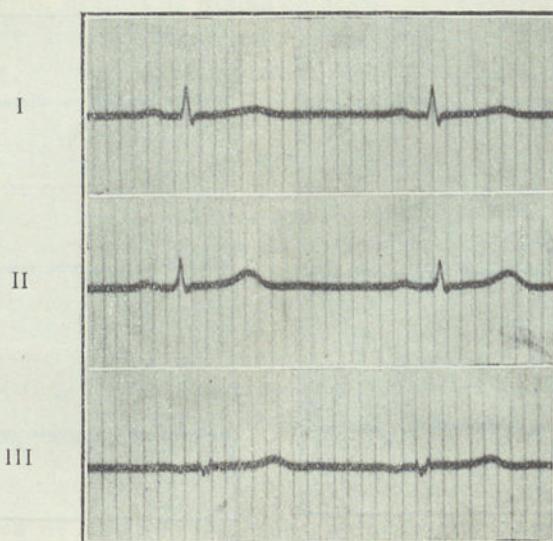
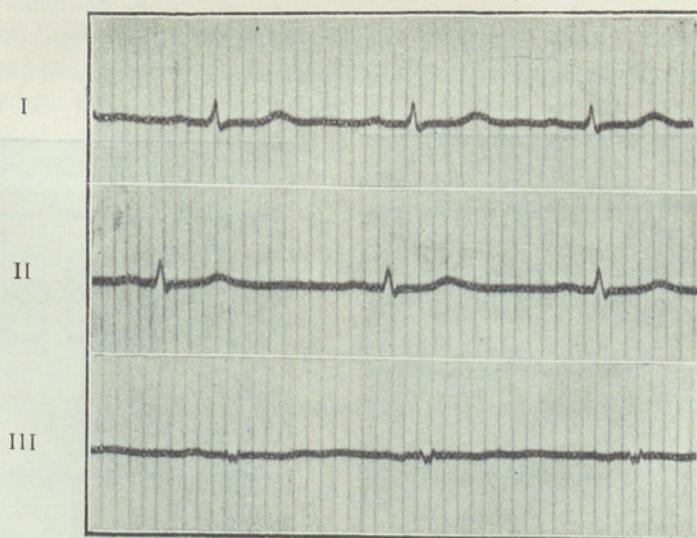
T₂

Fig. 4. — G. G., sexo masculino, 47 anos de idade

A prova de trabalho (fig. 2-T), mostra: em 1. d. uma depressão do S-T de cerca de 1/2 mm., acompanhada de redução do T a metade do seu valor primitivo; em 2. d. uma muito ligeira depressão do S-T, acompanhada de uma também ligeira diminuição do T.

Estas alterações permitem-nos, neste caso atípico, o diagnóstico de insuficiência coronária, que, dada a idade da doente e o resultado negativo do restante exame, é de atribuir a uma ESCLE-ROSE CORONÁRIA.

CASO XXXII. — G. G., sexo masculino, 47 anos de idade. Desde há dois meses, na marcha, sensação de pressão na região precordial, sem irradiação. Desaparece pelo repouso.

Status: O exame clínico e radiológico é negativo. O EKG de repouso (figs. 3-R e 4-R), mostra apenas de anormal um T relativamente pouco desenvolvido em 1., que nos autoriza uma suspeita e nada mais.

A prova de trabalho (fig. 3-T), mostra-nos uma normal reacção e desfaz mesmo a má impressão causada pelo EKG de repouso, pois o T adquire em 1. proporções normais.

O exercício não foi acompanhado de qualquer sensação anormal.

A prova n.º 2 (fig. 4-T2), que originou «pressão» na região precordial, apresenta-nos porém alterações patológicas sintomáticas de deficiência de irrigação do miocárdio. Consistem elas no quase desaparecimento do T em 3. e na sua importante redução em 2., acompanhadas de ligeira depressão do S-T nessas derivações.

A administração prévia de três gotas de nitroglicerina a 1% impediu a manifestação do fenómeno electrocardiográfico, mas não a do sensorial.

Assim, ainda neste caso permitiu a prova de trabalho, sob a sua forma n.º 2, o diagnóstico de a. p. orgânica, que, como no caso precedente, deve ser originada por ESCLEROSE CORONÁRIA.

Revista dos Jornais de Medicina

A doença de Banti. (*Enfermedad de Banti*), por H. WILLIAMS e V. H. CARDOSO. — *La Prensa Médica Argentina*. Ano XXII. N.º 13. 1935.

A discussão entre vários autores acerca da autonomia desta afecção ainda se mantém e, numa abundante bibliografia, destacam-se as mesmas críticas que inicialmente tinham sido feitas ao síndrome de Banti e mesmo hoje há numerosos clínicos que colocam sob essa rubrica alguns quadros mórbidos sem relação alguma com o Banti, facto infeliz, uma vez que possuímos meios de laboratório e podemos obter certos elementos clínicos que estabelecem o diagnóstico.

Os AA. passam em revista o conceito que os vários patologistas têm manifestado acerca de Banti, afirmando que se trata duma esplenopatia complicada secundariamente por hepatite. O mecanismo apontado inicialmente por Banti, que ainda é, passadas algumas dezenas de anos, aceite por muitos patologistas, consiste na agressão primitiva do baço por agente etiológico desconhecido, da qual resultaria uma esclerose, e, secundariamente a estas alterações esplénicas, elaborar-se-iam novas toxinas que iriam atingir o fígado, e a clínica mostra-nos os vários períodos do quadro clínico em paralelo com o mecanismo anteriormente citado.

Os AA., não exprimindo a sua maneira de pensar acerca da génesis das hematemeses, recordam, contudo, a opinião de Moynihan, que aceita, além dum factor mecânico, uma acção tóxica produzindo a discrasia sanguínea, visto que a esplenectomia faz cessar as hematemeses.

Os AA., numa passagem do seu trabalho, marcam com nitidez a individualidade do quadro, afirmando que toda a esplenomegalia com anemia e leucopenia sem etiologia que a possa justificar (como sífilis, tuberculose, paludismo, etc), deve conduzir-nos ao diagnóstico da doença de Banti, de origem eminentemente esplénica e em que os resultados da esplenectomia vêm confirmar as ideias proclamadas desde o início pelo autor que deu o nome à entidade mórbida.

Os AA. do presente artigo colocam o baço num papel de destaque na patogenia, acompanhando Fiessenger e Krumbhaar com os argumentos de ordem anátomo-patológica e clínica e recordando as investigações de Chauffard, Castaigne e Arneuille, tendo este último demonstrado que os produtos de desintegração do tecido esplénico têm uma acentuada acção esclerosante sobre a célula hepática.

BARREIROS SANTOS.

Um novo sal de emetina: canfosulfonato de emetina. (*Una nueva sal de emetina: el canfosulfonato de emetina*), por J. J. BERETERVIDE e C. GRAU. *La Prensa Médica Argentina*. Ano XXII. N.º 14. 1935.

Um dos AA., tentando combater o efeito nocivo que as injecções de emetina produzem no organismo, dando lugar a um acentuado abaixamento da pressão sanguínea, preparou e ensaiou o canfosulfonato de emetina, novo sal em que a ação hipotensora da emetina é em grande parte neutralizada pelo efeito estimulante do radical canfosulfônico.

Os AA. descrevem em seguida a técnica da preparação da droga, que é relativamente delicada, e apontam a vantagem dêste aperfeiçoamento na terapêutica, uma vez que à emetina foi reservado um tão importante papel no tratamento da amibiase.

Neste trabalho manifestam os AA. a sua admiração por êste sal de emetina, que, administrado na mesma dose que o cloridrato, produz o mesmo efeito terapêutico, mas com poder tóxico muito menor. Recordam uma recente monografia de Fidel, que nos mostra a vantagem das doses de emetina serem inferiores às ordinariamente usadas.

Este último autor aconselha não ultrapassar no homem a dose total de 0,60 grs. de emetina, administrada durante o período mínimo de dez dias, com doses diárias aproximadas de 0,06 grs. Na mulher vê vantagem em reduzir para 0,05 grs. a dose diária.

O canfosulfonato de emetina, segundo a experiência dos AA., pode ser introduzido por via intramuscular, sem provocar as lesões de miosite, extremamente dolorosas, que se observam com o cloridrato, idênticamente ao que se passa com a via subcutânea, em que os fenômenos locais são muito menos importantes com o canfosulfonato.

Os AA. utilizaram esta última droga em trinta e cinco casos de amibiase, vendo com rara freqüência sintomas de intolerância com o canfosulfonato, substância que, pelas considerações acima apontadas, substitue com notável vantagem o cloridrato.

BARREIROS SANTOS.

A associação da pileflebite com a apendicite. (*The association of Pylephlebitis and appendicitis*), por W. SNYDER e A. ALLEN. — *The New England Journal of Medicine*. Vol. 212. N.º 5. 1935.

Os AA. encaram, neste artigo, o problema da formação das pileflebites a partir dos processos inflamatórios do apêndice, baseando-se em 27 casos, que surgem numa estatística que abrange 8.969 casos de apendicite observados no Massachusetts General Hospital desde 1900 a 1932. É evidente que nestes casos em que as lesões inflamatórias se estendem ao sistema-portal há notável tendência para a formação de abcessos hepáticos, podendo, contudo, formar-se estes últimos sem prévia propagação ao sistema venoso e resultarem da agressão ao fígado, a partir do apêndice ou, indirectamente, por intermédio dos vasos linfáticos.

Neste trabalho destaca-se o importante valor do sintoma — calafrio — no

diagnóstico de flebite, pois nos casos de apendicite sem complicações manifesta-se com uma freqüência que, na estatística dos AA, não vai além de 2,1% (cifra relativamente baixa em relação às indicadas por Colp e Kelly, que apontam taxas respectivamente de 6,8% e 15%), enquanto que nas apendicites com a citada complicaçāo venosa surgem os calafrios como um sintoma de alarme, que na estatística dos AA. chega a 40% dos casos, o que leva estes a concluir: que nas apendicites operadas dentro dum período precoce, não deve atribuir-se aos calafrios (que se observam na taxa de 1 a 2%) o importante valor que devemos dar quando se manifestam nos casos de apendicite com alguns dias de duração ou com sinais de intensa agressividade.

Na maioria dos casos em que se forma a pileflebite a intervenção ao apêndice foi tardia, factor que para os AA. é extremamente importante, o que é confirmado pelo facto de aparecerem 29,6% desses casos na sua estatística, ainda que algumas vezes se trate de apendicites com sintomatologia pouco definida e não diagnosticadas, outras vezes sendo estas de início ofuscadas pela violenta agressão duma precoce pileflebite; a verdade é que na maioria dos casos entre os primeiros sinais da lesão apendicular e a manifestação da flebite medeia um espaço que varia de dois dias até o máximo de catorze.

Além disso, a estatística dos AA. mostra que 84% dos casos não se limitaram a discretas lesões inflamatórias, mas sim a processos gangrenosos ou com formação de abcesso.

Verifica-se na mesma estatística que esta complicaçāo surgiu num caso em cada série de 300 doentes com apendicite aguda, ou seja em 0,3% dos casos.

Dedicam um capítulo ao diagnóstico, apontando os vários sintomas conhecidos da clínica, pondo mais uma vez em destaque os calafrios, que apareceram em 25 dos seus 27 doentes, lembrando contudo que em 9 dos seus casos só foi feito o diagnóstico após a abertura da cavidade abdominal. Em seguida analisam o tratamento, indicando a vantagem de pôr em prática determinadas medidas de carácter profiláctico, como seja a laqueação da veia ileocólica em todos os casos em que se tem a formação duma pileflebite, conduta já anteriormente preconizada por Wilms e Braunx, e que os AA. têm seguido com relativa vantagem, lembrando, contudo, que determinados casos há em que já se deram processos de trombose nas veias relacionadas com o apêndice e então a laqueação da veia ileocólica poderá ir favorecer os fenómenos de pileflebite.

Na estatística dos AA. a mortalidade atingiu a elevada cifra de 92% dos casos.

BARREIROS SANTOS.

Aneurismas do Polígono de Willis. (*Aneurysms of the Circle of Willis*), por PAUL H. GARVEY. — *Arch. Ophth.* 11: 1032. Junho de 1934.

Foi Sir W. Gull quem, em 1859, chamou a atenção para a relativa freqüência dos aneurismas intracranianos e para as suas manifestações clíni-

STAPHYLASE do D^r DOYEN

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

Tratamento específico das Infecções Staphylococcicas :
ACNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAX, etc.

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução coloidal 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 sifilis.

LABORATORIOS "SICLA"
Campo Grande, 298 — Lisboa

Fornecedores da clinica da Sifilis do Hospital Escolar de Lisboa
Preparado por: J. Pedro de Moraes e J. Pinto Fonseca
FARMACEUTICOS

Depositário: Raul Gama — R. dos Douradores, 31
L I S B O A

“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 — MÁLAGA

Depositários: GIMENEZ-SALINAS & C°

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 Inaia* et de *Citrato de Soda*.

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

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

cas, concluindo por afirmar que o diagnóstico de probabilidade é o único que, geralmente, se pode pôr. Beedles, cinqüenta anos mais tarde e após a análise de quinhentos e cinqüenta e cinco casos, chegou a idênticas conclusões, afirmado que apenas dois ou três casos foram diagnosticados em vida e, mesmo assim, sem uma certeza absoluta. Fearnside, em 1916, admitiu já a possibilidade dum diagnóstico, não difícil, nos casos em que se dêm rupturas parciais do saco aneurismal com múltiplas extravasões de sangue. Nos cinco casos de Garvey são relatados os sinais clínicos e as alterações patológicas. No terceiro e quarto casos o síndrome clínica tinha sido atribuído, respectivamente a meningite sifilítica e tumor cerebral. No quinto caso, o doente ainda vive, mas Garvey tem o diagnóstico de aneurisma como certo.

Gull e Schmidt verificaram, separadamente, que os aneurismas do P. de Willis apareciam nas necropsias numa percentagem de 0,5 a 1,5 %, variando os vasos mais atingidos. Nas observações de Fearnside, vinte e quatro casos de aneurismas verificaram-se à esquerda e vinte e seis à direita. O sexo feminino é mais atingido. Pelo que respeita às idades, não tem qualquer preferência (o doente mais jovem tinha 6 anos). Debaixo do ponto de vista etiológico, Turnbull admite a divisão em dois grupos: congénitos e adquiridos. Os factores que intervêm na sua formação, especialmente nestes últimos, são: a inflamação, a degenerescência, a hipertensão sanguínea e possivelmente os traumatismos. Nos casos de aneurisma congénito, existem, quase sempre, outras anomalias vasculares, como apêrito da aorta, atrésia da aorta, etc.

De facto Woltman e Shelden, estudando trinta e dois casos de anomalias congénitas da aorta, verificaram que em 9 % havia aneurismas do P. de Willis. As manifestações clínicas, segundo Symonds, podem ser divididas em três grupos:

- 1) As devidas a compressão mecânica das regiões vizinhas.
- 2) As peculiares ao próprio aneurisma.
- 3) As devidas à doença causal.

A localização do aneurisma é de importância primacial na determinação dos sinais focais. Os aneurismas de porção intracraniana da carótida interna e da parte proximal da cerebral anterior do P. de Willis no ponto de bifurcação destes vasos, constitue o grupo anterior.

Os aneurismas destes vasos produzem um quadro clínico de notável constância. Devido à maior existência de aneurismas na porção carotidiana do P. de Willis e à constância do quadro clínico, os aneurismas com esta localização são diagnosticados mais freqüentemente do que os que se desenvolvem noutras pontos. No grupo anterior os sinais focais e os sintomas verificados antes da ruptura não diferem em coisa alguma dos produzidos por outras *lesões expansivas do andar médio*. A dor localizada na região supra-orbitária do mesmo lado, pode existir durante meses ou anos, antes da aparição dos sinais focais. Com o aumento de tamanho do aneurisma, outros sintomas aparecem que são o resultado da compressão das regiões vizinhas.

Dores intermitentes, violentas e agudas da porção superior da face, ptose, diplopia e alterações da visão. Os aneurismas do tronco basilar e da artéria vertebral e dos seus ramos, constituem o grupo posterior. O síndrome pro-

duzido pelos aneurismas dêste grupo não é tão uniforme como o produzido pelos do anterior. Os 7.º, 8.º, 9.º, 10.º e 12.º nervos cranianos podem ser atingidos por compressão directa. O 3.º pode ser comprimido por um aneurisma situado anteriormente na bifurcação do tronco basilar.

Talvez que o sintoma mais comum seja a fraqueza ou paralisia das extremidades, causada por compressão da via piramidal no trajecto cerebral. Pode tomar a forma de ataques recorrentes de hemiplegia, num só lado, ou, alternadamente, num e outro. Os sintomas bulbares manifestados especialmente por disartria e disfagia não são invulgares. A trombose do tronco basilar devida a endarerite sifilítica pode produzir um quadro semelhante. Os sintomas característicos dos aneurismas começam quando se dá a rotura. Sintomas premonitórios dum carácter indefinido podem preceder a rotura alguns dias. A rotura do aneurisma é geralmente manifestada por um repentina ataque apoplético, com perda de consciência, vômitos e algumas vezes convulsões.

A morte pode sobrevir nesta ocasião. Quando a hemorragia não é fatal, o doente recupera gradualmente a consciência e queixa-se de fortes cefaleias fronto-occipitais, rigidez da nuca e às vezes dores nas extremidades, devidas à irritação das meninges pela extravasão de sangue nos espaços subaracnóideus. O quadro clínico parece-se com o da meningite séptica fulminante. Freqüentemente, os sinais focais, especialmente a paralisia do 3.º par, aparecem nesta altura. Os sinais focais pre-existentes são aumentados devido à formação dum coágulo em volta do aneurisma. O quadro neurológico neste estado, é de interesse. Pode haver sinais de irritação meníngea — rigidez da nuca e sinais de Brudzinski e Kernig. Os sinais meníngeos, em regra, não são tão pronunciados como os encontrados em casos de inflamação das meninges por invasão bacteriana. Em alguns casos com extravasão maciça de sangue nos espaços subaracnóideus, os sinais de irritação meníngea podem ser mínimos ou mesmo não aparecerem. A febre e uma ligeira leucocitose são quase constantes. A hemiplegia, quer passageira, quer permanente, que ocorre tão freqüentemente na ocasião da rotura do aneurisma, pode ser devida a várias causas. O aneurisma pode romper-se para o parênquima do cérebro ou mesmo para o sistema ventricular, produzindo uma considerável destruição de tecido.

Outras vezes, as hemorragias intracerebrais podem dar-se em partes do cérebro há muito alteradas pelo aneurisma. Aos sinais e sintomas resultantes do aneurisma e da sua rotura, devem juntar-se os sintomas da doença causal. O quadro clínico mais uniforme da doença associada é o produzido pela endocardite bacteriana: anemia, febre, leucocitose, dores nas articulações, sôpros cardíacos, hematúria e outros fenómenos embólicos. A repentina aparição de sinais meníngeos no decurso dum endocardite bacteriana sub-aguda deve sempre levantar a suspeita de hemorragia dum aneurisma.

Os sinais focais de aneurisma, nestes casos, faltam freqüentemente, devido ao facto de terem uma tendência para se romper antes de atingir grandes dimensões. Os sinais meníngeos podem também ocorrer nesta doença, devido à invasão bacteriana das meninges, dando como resultado uma meningite purulenta. Esta é, contudo, uma complicação extremamente rara.

Cushing, discutindo a exposição de Symmonds, afirma: Um aneurisma deve sempre ser considerado num diagnóstico diferencial, quando um ataque apoplético ou séries de ataques de comparável brusquidão são seguidos por sintomas apontando para a região da porção intracraniana da carótida interna, nomeadamente uma paralisia oculomotora unilateral, com diplopia e dor occípito-frontal com diminuição de sensibilidade no campo cutâneo do ramo superior do trigémino. Pode haver, adicionalmente, hemorragias retinianas, e pode-se encontrar sangue nos espaços cérebro-espinais (ou mesmo, possivelmente, xantocromia nos intervalos entre os períodos de hemorragia) e então o diagnóstico é, geralmente, certo. O tratamento dêstes casos foi antigamente, na maior parte, meramente paliativo. Muitos aconselharam repetidas punções lombares, com cuidadosa extração de líquido, com o fim de baixar a pressão intracraniana. Este processo, contudo, não é isento de perigo. O tratamento cirúrgico, consistindo na laqueação da carótida interna, foi usado nuns poucos de casos, nos quais um diagnóstico exacto foi possível. O valor dêste processo é duvidoso. A laqueação da carótida interna pode produzir hemiplegia, mas, se nos lembarmos que esta é uma frequente complicação dos aneurismas não tratados, é merecedora de ensaiar-se como tentativa para evitar a rotura fatal.

N. da R. — Desta referata, propositadamente extensa, um facto ressalta com bastante evidência: a dificuldade grande, quando não a impossibilidade, segundo o autor, de diagnosticar certos casos de aneurismas intracranianos. É precisamente nestes casos que a Prova de Egas Moniz tantas vezes nos presta um valioso auxílio, permitindo um diagnóstico de irrefutável certeza. Ver «Angiographie cérébrale», pág. 230 e seguintes.

RUY DE LACERDA.

A paraplegia no mal de Pott, com especial referência à patologia e à etiologia. (Paraplegia in Pott's disease, with special reference to the pathology and etiology), por R. WEEDEN BUTLER. — *The British Journal of Surgery*. Vol. XXII. N.º 88. Pág. 738. Abril de 1935.

Segundo o A., as paraplegias devidas ao Mal de Pott podem-se agrupar em tipos clínicos devidos a factores etiológicos constantes.

ATAQUE PRECOCE DE PARAPLEGIA: *Tipo I.* — Paraplegia acompanhando a evolução da lesão tuberculosa, aparecendo, persistindo e diminuindo em relação directa com a sua actividade. O único factor etiológico constante é a presença de tuberculose activa em imediata relação com a dura-máter. Nestes casos a paralisia está associada com reacção tóxica e vascular da espinha-medula e, em alguns, só esta é a causa da paraplegia. A importância desta reacção acentua-se em todas as paralissias em que há lesões tuberculosas activas. Muitas vezes existe, concomitantemente, o factor adicional duma verdadeira compressão da medula por tecido de granulação ou pus.

Tipo II. — Paraplegia associada inicialmente com o Mal de Pott, mas persistindo indefinidamente, mesmo quando a infecção tuberculosa da espinha se torna completamente latente. Os factores causais, nos estados iniciais,

são usualmente os mesmos que para o Tipo I. Em períodos mais avançados há, em muitos casos, simplesmente um grau variável de atrofia da medula, em virtude da reacção pela demasiado longa e contínua actividade da doença, antes de ser atingido o período de latência. Noutros casos há verdadeira compressão da espinál-medula por ossos ou *débris*. A compressão óssea pode resultar apenas duma deslocação patológica da coluna ou duma deslocação de sequestros livres.

ATAQUE TARDIO DE PARAPLEGIA: *Tipo III.* — Ataque tardio de paraplegia aparecendo algum tempo, por vezes muitos anos depois de aparente latência da lesão tuberculosa. Acentue-se o facto de muitas destas paraplegias se encontrarem associadas com um fraco grau de actividade, persistente ou recorrente, da infecção tuberculosa. Nalguns (*Tipo III-a*), os factores causais são os mesmos do que no *Tipo I*. Num grande número, a paralisia curará com o tratamento conservador. Noutros (*Tipo III-b*), o principal factor causal é uma degenerescência avascular da medula.

A verdadeira compressão medular primária pelo ósso, ainda que possa ocorrer, tem um relativamente pequeno lugar como causa do ataque tardio de paraplegia; contudo, é comum a compressão aparente, que é devida à atrofia primária com a contracção de medula, como costuma acontecer mais tarde. A paquimeningite tuberculosa, muitas vezes indicada como uma provável causa de paraplegia, não foi encontrada.

O A. tirou estas conclusões da observação de cento oitenta e seis doentes com paraplegia pelo Mal de Pott, clínica e anátomo-patológicamente estudados.

RUY DE LACERDA.

Terapéutica medicamentosa das psicoses. (*Medikamentöse Therapie der Psychosen*), por O. WUTH. — *Fortschritte der Neurologie u. Psychiatrie*. VII. 7. H. 4. Abril de 1935.

Exposição dos trabalhos publicados sobre o assunto nos últimos dois anos. Em conjunto, notam-se apenas progressos na terapia da paralisia geral e epilepsia, sugestões animadoras na psicose maniaco-depressiva e o mesmo desânimo na esquizofrenia.

A terapêutica pelo trabalho é cada vez mais recomendada e toma, ao lado da psicoterapia, a maior importância na prática psiquiátrica.

Resumo dos resultados mais importantes:

Paralisia geral. — Está unanimemente demonstrada a superioridade da malária sobre todos os outros métodos piretoterápicos; destes, o melhor é ainda o Pyrifér, utilizado quando aquela esteja contra-indicada. Os métodos físicos (diatermia) mostram-se menos eficazes, difíceis de aplicar e mesmo perigosos. A mortalidade da malarioterapia desce em boas condições até 0,57%; no geral, bastam oito acessos térmicos. A maior importância para a apreciação dos seus efeitos tem o exame do líquido céfalo-raquidiano, cujas melhorias não são, no geral, paralelas às do quadro clínico; as reacções coloidais e as reacções no soro sanguíneo são as últimas a desaparecer. Para cor-

tar os acessos, além do quinino, a *Atebrina* (0,9 gr. = 3 dias, 3 vezes 0,1 gr.) parece ser preferível à *Plasmochina*.

Não há, também, dúvida alguma na utilidade de um tratamento específico depois da cura febril; a *Dacholina* remediaria a hipersensibilidade hepática ao Neosalvarsan; os arsenicais pentavalentes (*Spirocid*, *Stovarsol*); a-pesar do perigo de lesões do nervo óptico (2,8% irreparáveis), mostram-se muito activos. A vacina com espiroquetas vivos está ainda em estudo. A apreciação crítica dos tratamentos usados na esquizofrenia (piretoterapia, cura de sono prolongado, tuberculina, etc.) mostra que os seus resultados correspondem às cifras de remissão espontânea.

Psicose maníaco depressiva. — Resultados parciais não definitivamente demonstrados com *Photodyn* (Hematoporfirina), *Decolina*, atropina na mania, *Gynergen* na melancolia, etc. As hormonas actuam favoravelmente em determinados casos (foliculina nas depressões climatéricas). Em muitos casos não se pode prescindir dos hipnóticos; dos modernos recomendam-se *Evipan*, *Phanodormio*, *Nembutal*, *Pernokton*, *Cloettan* (para cura de sono prolongado). Recomenda-se moderação e controle rigoroso no uso dos hipnóticos, mesmo dos mais inofensivos, pelo perigo de aquisição de apetência viciosa, principalmente da parte de psicopatas (Pohlisch e Pause).

Epilepsia. — Os tratamentos dietéticos (dieta cetogénea, deshidratação, cura da fome), mostram-se de difícil aplicação e de resultados pouco animadores, com algumas exceções (principalmente crianças). Pelo contrário, têm-se obtido melhores resultados com os medicamentos (*Prominal*, *Coffeminal*, *Belladonal*), não se devendo, porém, esquecer que se trata de um tratamento sintomático; tratamento causal sempre que seja possível!

A associação com cafeína está indicada nos ataques de pequeno mal, a beladona quando há uma forte componente vasomotora; com o mesmo desígnio espera-se muito da *Padutina*, *Lacarnol* e outros fármacos de ação vascular.

Com a combinação de vários medicamentos, e o seu doseamento estritamente individual, obtém-se melhorias consideráveis, permitindo a actividade profissional dos doentes.

BARAHONA FERNANDES.

Princípios educativos na terapêutica pelo trabalho. (*Educational principles in occupational therapy*), por W. VAN DER SCHEER. — *Journal of mental Science*. N.º 80. 1934.

Exposição da organização psiquiátrica no estado de Nova-York e dos métodos e resultados da ergoterapia. Dos 80.801 doentes distribuídos em numerosas instituições de assistência mental (dezassete manicômios do Estado, dois manicômios criminais, cinco para oligofrénicos, dois para oligofrénicos criminosos, um para epilépticos, quarenta e um particulares, etc.), ocupavam-se 34.548 regularmente em diferentes trabalhos. O número de doentes ocupados tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, o que só se consegue, porém, com grandes dificuldades e esforços. A organização regular dos serviços, com instalação de salas de trabalho, oficinas, salas de recreio,

campos de jogos, etc., a boa vontade e preparação especial do pessoal de enfermagem e dos médicos, são elementos fundamentais para se obterem resultados duradouros e uma melhoria que permita a reintegração dos doentes no meio social. Deve-se começar com jovens esquizofrénicos em bom estado físico, que antes da doença não tinham nenhum *deficit* intelectual e mostrem uma certa tendência para remitir; só depois de ter experiência com casos favoráveis se deve iniciar a ocupação dos mais difíceis e refractários. Os post-encefalíticos com alterações de carácter deixam-se influenciar muito favoravelmente, ao contrário da opinião corrente.

A ergoterapia abrevia o tempo de internamento, limita consideravelmente o tempo de alitação, do isolamento e da necessidade de aplicação de meios calmantes (balneoterapia, hipnóticos), traz consigo uma calma e sono nocturno, difícil de conseguir em doentes inactivos, evita a excessiva introssão autística, o ensimesmamento e isolamento da realidade e do mundo externo, favorece a reatação dos laços afectivos com o ambiente, etc. Mesmo em casos infastos, com defeito esquizofrénico da personalidade, a desagregação afectiva e as perturbações psicomotoras dos estados crónicos (estupores, estereotipias, etc.), nunca atingem aquela intensidade que dava o sôlo característico às salas de crónicos dos velhos manicômios.

Nos manicômios holandeses consegue-se, com o uso dos métodos de Líneu de Gütersloh, manter ocupados 75% dos internados; para os restantes procura-se, por métodos psicoterápicos de «reeducação» e «regulação» dos doentes, no sentido de C. Schneider, reacordar o sentido da vida e evitar a desintegração total do indivíduo. A diferenciação progressiva dos mesteres, desde banais ocupações (desfiar meadas, trabalhos em papel) até outros que requeiram mais iniciativa, e a sua conjugação com algumas diversões e estímulos espirituais (música, desporto, etc.), são bases essenciais de um regular aproveitamento.

BARAHONA FERNANDES.

Influéncia da consanguinidade dos pais sobre os filhos. (Der Einfluss der Blutverwandtschaft der Eltern auf die Kinder), por H. OREL. — Monatsschrift. Kinderheilkunde. B. 62. 1934.

O A. conseguiu investigar trezentos e cinco casais consanguíneos e os seus descendentes, apurados a partir das respectivas dispensas eclesiásticas. (Viena de Áustria). Em vinte e cinco pares de primos em terceiro grau (no sentido canônico) nada de especial, com excepção de uma grande mortalidade de lactantes (25%). De 272 casamentos em primos directos apurou-se o seguinte: a ligação mais freqüente é entre filhos de irmãs, a mais rara entre filhos de irmãos; estas e as outras duas combinações não mostram, quanto à descendência, qualquer diferença apreciável.

A fecundidade geral é menor do que na média da população geral, mas não por razões biológicas, pois o número de pares infecundos é igual. Freqüência de nados mortos e a mortalidade dos lactantes é igual à média. Nas crianças falecidas há uma série de anormalidades, seguramente resultado da conjugação (Homozigoto) de genes patológicos recessivos: miopia, albinismo,

surdez, epidermite bulhosa, oligofrenia, etc., mais freqüentes do que na média. De nenhum modo se observou a criação de qualidades superiores ou atributos excepcionais pela conjugação de cargas hereditárias favoráveis. Em trinta e sete pares havia doenças hereditárias e taras psicopáticas; dêles provieram quarenta e cinco filhos, dos quais oito são nítidas «variantes negativas».

Conclue que, de um modo geral, só se deve permitir o casamento de parentes, pelo menos até ao 4.º grau, quando sejam «eugénicamente saudáveis».

BARAHONA FERNANDES.

Acérra da questão da hereditariedade da oligofrenia «endógena» e «exógena». (*Zur Frage der Erblichkeit des «endogenen» und «exogenen» Schwachsinn*), por KREYENBERG-ERBARZT. — (*Anexo do Deutsches Ärzteblatt*). B. 1. 1934.

Em 690 casos não escolhidos encontrou o A. que 22,1% dos irmãos das formas endógenas e 11,4% das formas exógenas eram também atrasados mentais; outras anormalidades psíquicas existem respectivamente em 9,8% e 7,2% dos casos, donde se conclue que muitas formas clinicamente diagnosticadas como exógenas (por haver uma noxa exógena na história em relação com a enfermidade: lues, trauma, parto laborioso, meningo-encefalites infantis, etc.), têm realmente uma filiação endógena. Os progenitores mostram condições semelhantes; a transmissão do defeito intelectual aos filhos é muito mais freqüente por parte da mãe que do pai (45% e 20%, respectivamente); interessante ainda notar que de mães oligofrénicas nascem mais filhas normais do que varões. Parece, pois, que a transmissão hereditária dos *deficits* de inteligência está parcialmente ligada ao sexo (sex-linked) e os filhos de mães oligofrénicas estão principalmente ameaçados.

BARAHONA FERNANDES.

Forma de oligofrenia de aparição familiar com deposições calcáreas simétricas demonstráveis radiologicamente no cérebro, em especial nos gânglios centrais. (*Eine familiäraufstretende Form, usw.*), por FRITZSCHE. — *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*. B. XXXV. H. 1. 1935.

Comunicação de uma forma particular de doença cerebral, aparecida em três de sete irmãos (um varão e duas fêmeas), provenientes de uma família saudável; acentuada debilidade mental, sintomas típicos de afecção progressiva de gânglios centrais: *rigor muscular*, semelhante à do Parkinson *sine agitatione*, leves anomalias de postura, etc. Notável é a demonstração radiológica de depósitos calcáreos simétricos na região dos gânglios cerebrais. Por comparação com os factos conhecidos, conclue o A. pela existência de uma anomalia do metabolismo intra-cerebral daquela região, com deposição de concrementos pseudo-calcáreos, que secundariamente se calci-

ficam; não é necessário admitir uma degenerescência prévia dos tecidos; esta alteração atingia de preferência o estriado, núcleo dentado e também o centro oval. Não há qualquer causa exógena conhecida e a aparição familiar mostra um factor constitucional que muito provavelmente manifesta uma anomalia hereditária recessiva aparecida por mutação brusca.

BARAHONA FERNANDES.

Epilepsia estriada. (*Striäre Epilepsie*), por G. SOEKEW. — *Journal f. Psychologie und Neurologie*. B. 46. H. 6. Dezembro de 1934.

Comunicação de sete casos de crianças com doenças progressivas do sistema estriado, com o complexo sintomático estriopalidar (C. e O. Vogt) mais ou menos pronunciado: *Rigor mobilis*, hipotonia eventual ou hipertonia com tendência para rigidez persistente, aquinesia, pobreza de movimentos associados, etc.; todos têm *déficit* mental e alguns, movimentos atetoides; em três casos a marcha da doença correspondia ao quadro do *Status dysmyelinisatus* do *Globus pallidus*; nos outros a alterações palidares não precisamente caracterizáveis. Em seis doentes havia ataques epilépticos, de vinte a quarenta segundos de duração, caracterizados essencialmente pelas contracções tónicas, com anomalias de postura especiais, e pela ausência de abalos clónicos. A atitude do corpo durante o acesso é variável de caso para caso, mas em cada doente é constante; as posturas adquiridas (por exemplo: flexão dos braços, extensão da cabeça, extensão e supinação dos membros inferiores) estão em grande parte em relação com a distribuição do *Rigor* no intervalo dos acessos; os grupos musculares em que predomina o tónus estão mais fortemente contraídos durante o acesso; a este mecanismo junta-se e sobrepõe-se a acção de reflexos de postura e atitude (Magnus) determinando posições típicas dos membros em relação com a atitude da cabeça (membros estendidos do lado para o qual gira a cabeça, flectidos do outro). Este reflexo de postura cervical era manifesto num caso em que os acessos tónicos não apareciam espontaneamente, mas sim facilmente desencadeados por múltiplas rotações da cabeça.

A extensão segura do sistema piramidal no processo mórbido, e os sintomas neurológicos persistentes, permitem caracterizar estes acessos como de epilepsia estriada.

BARAHONA FERNANDES.

Acércia da influéncia da alimentação sobre o conteúdo em vitamina C do líquido céfalo-raquidiano e a possibilidade de determinar hipovitaminoses C por meio da análise do «liquor». (*Über den Einfluss der Nahrung, usw.*), por F. PLAUT e M. BULOW. — *Zeitschrift f. d. g. Neurologie u. Psychiatrie*. 152 B. 3 H. 25 de Março de 1935.

Os AA. tinham já achado que o conteúdo da vitamina C no *liquor* (determinada por titulação com diclorofenol-indofenol) diminuia progressivamente com o aumento da idade até valores mínimos no *senium*. A alimenta-

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

Euepeptico e Reconstituinte.

Todas as Affecções dos Pulmões e dos Bronchios.

PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople

GRIPPE

PARIS (8^e)

RACHITISMO

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

SPASMOSEDINE

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

LABORATOIRES DEGLAUDE
MEDICAMENTOS CADÍACOS ESPECIALI-
SADOS (DIGIBAÍNE, ETC.) PARIS

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

ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

Solução com a concentração de 26,13%
de "3 acetylaminio 4 oxyphenylarsinato de diethylaminoethanol"
Um centímetro cúbico corresponde a 0 gr. 05 de arsenico.

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

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

SIPHILIS -:- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilização terapêutica)

PIAN — TRYPANOSOMIASES — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

Modo de usar: em "doses fortes", injetar 5 cc. duas vezes por semana (após verificação da ausência de intolerância arsenical).

em "doses fracionadas repetidas", injetar 3 cc. todos os dias por séries de 12 a 16 injeções.

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

D. P. 158

LABORATORIOS CLIN COMAR & Cie — PARIS

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

CINNOZYL

Methodo de immunisaçao artificial do organismo tuberculoso

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

Cinnamato de benzilo pure.....	0 gr. 05
Cho-esterina pura.....	0 gr. 10
Camphora	0 gr. 125
Álcool puro lavado pelo álcool.....	8 c. c.

MODO DE USAR E DOSES. — O methodo deve ser applicado o mais cedo possível, logo que o organismo seja ameaçado pela impregnação bacilar tuberculosa e na laciloso bacteriologicamente confirmada. *Procede por etapas e não visa os períodos últimos da infecção.*

1º PARA AS FORMAS DE COMEÇO (estabelecimento da defesa do terreno contra a impregnação bacilar) a dose quotidiana suficiente e activa de Cinnozyl é de 5 c. c. (uma empóla).

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

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

8357

LABORATORIOS CLIN, COMAR & Cie, Pharmacie de l'In. cl. Forneiros-dos-Hospitais,
20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS

ção influencia-a também marcadamente, diminuindo, até quase desaparecer, quando se administra ao doente uma dieta pobre em vitamina C. Num caso de escorbuto encontraram-se realmente quantidades mínimas desta vitamina. A sua administração artificial (*Cenobion*, sumo de limão) provoca o seu aumento regular, no caso sujeito de 0,22 mgr. % para 1,20 mgr. %.

Em coelhos registaram-se resultados paralelos em função das diferentes alimentações de inverno e de verão; nestes animais, ao contrário do homem, há a capacidade de formação sintética desta vitamina, pelo que o seu conteúdo no *liquor* nunca desce abaixo dum certo nível.

É pois permitido diagnosticar uma avitaminose C pelo seu doseamento no *liquor*.

BARAHONA FERNANDES.

Contribuições para a questão das melancolias prolongadas. (*Beiträge zur Frage der erstarrten Melancholien*), por THIELEN. — *Psychiatrich-neurologisch Wochenschrift*. 36 J. 1934.

As melancolias prolongadas, principalmente na menopausa ou idade pré-senil, oferecem freqüentes dificuldades diagnósticas e prognósticas; a não ser que se manifestem nítidos sintomas senis ou de arteriosclerose, o prognóstico, mesmo nos casos de alguns anos de evolução, nem sempre é fúnebro, e não se pode pôr muitas vezes em dúvida a sua filiação na psicose maníaco-depressiva, a-pesar da existência de algumas alucinações ou ideias delirantes, porque a relação com acessos típicos anteriores ou fases maníacas é manifesta; noutros casos há um colorido esquizofrénico com freqüentes sintomas catatônicos, rigidez e petrificação do quadro clínico e um certo embotamento afectivo; os estados hipocondríaco-ansiosos são no entanto freqüentes; na maior parte dos casos não se perde o contacto com a realidade e consegue-se sempre ocupar os doentes em pequenos trabalhos. São na sua maioria de complexão corporal leptosómica e de personalidade pré-psicopática, com predominância de elementos esquizotípicos.

Estas formas predominam na mulher, mesmo independentemente do clima. Quando não haja impulsos e tendências suicidas, é muito favorável o meio familiar, pelo que se impõe uma alta precoce da clínica.

BARAHONA FERNANDES.

As diferentes formas de angina do peito. (*Die verschiedenen Formen der Angina pectoris*), por D. SCHERF. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 19. 1935.

O A. faz a história das hipóteses que têm sido apontadas para explicar a dor, na angina do peito, desde que Heberden a descreveu pela primeira vez, há aproximadamente século e meio, terminando, neste período, por apresentar aquela que é largamente admitida: a anoxemia muscular, por insuficiente irrigação das coronárias.

Acentua depois que a asfixia em si é, apenas, uma condição indirecta,

pois que a dor só aparece quando, por motivo daquela, se acumula um certo número de substâncias de natureza desconhecida — o factor P (de pain) de Lewis, que a provoca.

Analisa em seguida aquelas afecções cardíacas com sintomas anginosos, considerados com propriedade como tal, visto serem provocados por uma insuficiente oxigenação dum maior ou menor território miocárdico: a trombose das coronárias, a esclerose das mesmas artérias, o aperto mitral e aórtico, a taquicardia paroxística, as anemias, o hipertiroidismo e, finalmente, as crises da tensão arterial, cuja forma clínica melhor estudada é a verificada nos tumores suprarrenais.

Termina por dizer que a dor é, apenas, um sintoma da angina do peito; por isso, quando se faz o diagnóstico desta, deve acrescentar-se o nome da doença fundamental que a determina.

J. ROCHETA.

Tentativa de tratamento da enurese nocturna com a hormona sexual masculina. (Behandlung versuche der Eunuresis nocturna mit männlichen Sexualhormon), por F. DISTEL. — Münchener Medizinische Wochenschrift. N.º 20. 1935.

Nesta mesma revista, em Fevereiro, tinha Bodechtel apontado os bons efeitos obtidos com a hormona masculina nas perturbações da micção. O A., influenciado por esta comunicação, experimentou a Androstina, preparado hormônico concentrado, na enurese nocturna, em vinte e dois casos. Em nenhum deles obteve resultados superiores ou mesmo iguais aos obtidos com os outros métodos normalmente empregados. Não é, portanto, de aconselhar o emprêgo desta substância.

J. ROCHETA.

Investigações na gastrite aguda. (Untersuchungen bei akuter Gastritis), por E. FRÖHLICH e L. ZWICHLINGER. — Medizinische Klinik. N.º 19. 1935.

Poucos trabalhos se têm publicado que se ocupem da secreção do estômago, nas gastrites agudas, especialmente trabalhos que empreguem os métodos mais recentes de investigação. De aí o presente artigo destes autores. Em trinta e seis doentes que reúniram chegaram às seguintes conclusões:

Para a análise da acidéz adoptaram a prova da cafeína (0,2 para 3cc cc.), e para a extracção do suco empregaram a sonda permanente, durante 90 minutos, com aspiração e titulação de 10 em 10 minutos. Os resultados foram: hiperacidez em dezassete casos, normacidez em treze, hipoacidez em cinco e anacidez em 1. De harmonia com os resultados de Koden, metade dos casos tinham hipercloridria, devendo notar-se que mesmo os normácidos apresentam, alguns, os valores normais mais altos.

Ao soluto de cafeína juntaram os AA. um pouco de azul de metilena, para avaliar da rapidez do esvaziamento do conteúdo gástrico, tendo verificado que a motilidade era normal em cinco casos — 60 a 80 minutos — au-

mentada para 40 minutos em doze casos, para 50 em onze e para 60 em oito. Há, portanto, um predomínio de casos com evacuação acelerada.

Antes da prova da cafeína, tentou-se nalguns doentes a gastrocromoscopia, por injecção intramuscular de 2 cc. dum soluto de 1% de vermelho do Congo, para verificar depois o aparecimento dêste corante na excreção gástrica; na maioria dêles notou-se um atraso no comêço da excreção, assim como dificuldade na capacidade da mesma função.

Como as gastrites se acompanham, por vezes, com perturbações das funções hepáticas, empregaram também nos seus doentes a prova da galatose — 40 gr. em 500 cc. de água — com resultados positivos em metade dos casos, resultados que assim se mantiveram durante algumas semanas e, mesmo, meses, depois do completo desaparecimento de todos os sintomas gástricos.

J. ROCHETA.

O aparecimento de edemas locais no homem. (*Ueber des Vorkommen von lokalem Oedem beim Menschen*), por C. ERNST. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 19. 1935.

Em numerosas observações feitas em indivíduos com o quadro mórbido da diátese vaso-neurótica de Müller e nalguns casos de hipertonia essencial, que bastante se assemelham àqueles, encontrou o A., além das modificações características dos capilares, um aumento do líquido intersticial — quer na pele, quer nas mucosas — que pode, nalgumas circunstâncias, atingir o grau de edema local. Neste sentido falam também as modificações mais ou menos rápidas que estes indivíduos podem apresentar, especialmente *no facies*, desde o estado de turgor acentuado ao de face cavada, engelhada. Especialmente, é notório este facto nas modificações do tempo ou mesmo sob influências morais.

Acrescenta ainda que a vaso-neurose tem íntima relação com um certo número de afecções, predispondo os indivíduos para elas: úlceras da pequena curvatura, gangrena de Reynaud, colite ulcerosa, certos casos de asma e muitas formas de cistite.

J. ROCHETA.

O diagnóstico da infecção de Bang com a pomada-vacina de Bang. (*Diagnose der Banginfektion mit Bang-Vakzine-Salbe*), por F. DIEHL e F. ROTH. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 21. 1935.

Referem-se os bons resultados obtidos no diagnóstico da febre de Bang com uma pomada-vacina mandada preparar pelos autores. A primeira eflorescência nas reacções positivas aparece ao fim de 12 horas, mas o máximo da reacção deve observar-se ao fim de 36-48 horas; assemelha-se muito, no aspecto, à prova da tuberculina de Moro: no centro do rubor folicular desenvolvem-se pápulas do volume da cabeça dum alfinete, acompanhadas de ligeiro prurido. Nas reacções fracas as pápulas são poucas e estão isoladas e o rubor costuma ser de pouca intensidade. O aumento de temperatura não

vai além de alguns décimos; não há reacções secundárias a distância. O desaparecimento da reacção faz-se com forte descamação.

J. ROCHETA..

«O que resta da tuberculinoterapia? (Was ist von der Tuberkulintherapie übriggeblieben?), MAN. — *Therapie der Gegenwart*. Heft. 4. 1935.

Após o grande entusiasmo provocado nos primeiros tempos que se seguiram à descoberta da tuberculina, tem esta substância perdido progressivamente a sua categoria na terapêutica. E isto principalmente porque, com os progressos feitos na ciência biológica, se verificou que a tuberculina não é capaz de provocar uma imunidade activa, como se julgou durante algum tempo. Hoje considera-se o tratamento pela tuberculina como uma terapêutica excitante específica, dirigida especialmente no sentido local, provocando áí uma reacção benéfica, com formação de tecido fibroso, cicatricial.

Duma maneira geral, todas as tuberculinas que se encontram no comércio são iguais, mas o uso tem especialmente consagrado os antigos preparados de Koch: a velha e a nova tuberculina. Durante algum tempo se supôs também, partindo-se de certos elementos técnicos, que a pele constituía por si um tecido especialmente resistente à tuberculose e, nestas circunstâncias, seria de aconselhar a introdução da tuberculina nela; de áí as injecções intradérmicas e as fricções. Sabido que não é assim, de novo o terapeuta se voltou para a via subcutânea. Últimamente há quem aconselhe a via intravenosa, associando a tuberculina com os sais de oiro. Por enquanto, poucas conclusões obtidas.

No que se refere, finalmente, aos casos clínicos nos quais se deve aplicar este método terapêutico, estão indicados os doentes com lesões de média e pequena extensão, de tipo predominantemente produtivo, que não apresentam sinais de toxemia, especialmente se a estes doentes se tentou a colapso-terapia sem resultado.

Seja como fôr, e embora de facto se tenha reduzido o campo de acção da tuberculina, é de aconselhar que o emprêgo desta seja feito sempre sob a vigilância activa do clínico.

J. ROCHETA.

Resultados experimentais da quinina sobre as extra-sistoles e a taquicardia extra-sistólica. (Experimentelle Untersuchungen über die chininwirkung auf Extrasystolen und extrasystolische Tachykardien), por D. SCHERF e H. SIEDEK. — *Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin*. 96 Band. 3 Heft. 1935.

Depois de se ter verificado que a aconitina provocava, no cão, um bigenismo idêntico ao encontrado no homem, nasceu naturalmente a ideia de estudar experimentalmente a acção da quinina sobre as extra-sistoles. São os resultados das experiências feitas com este intuito que os AA. apresentam neste artigo, e que podem resumir-se como segue:

A quinina pode influenciar a extra-sistolia provocada no coração do cão por prévia intoxicação aconitínica de três maneiras:

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 dessecção 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, hipotrepsia e atrepsia, de debilidade congénita, de prematuração, nos períodos de readaptação alimentar, nas diferentes perturbações digestivas: vômitos, diarreia, dispepsias gastro-intestinais e nos casos de intolerância lacticia.

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.^a

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
DISPÉTICAS DAS DISTROFIAS E NAS DISPEPSIAS AGUDAS

ANÁLISE:

Gorduras	8%
Proteínas	20%
Hidratos de carbono solúveis:	
Lactose	24%
Maltose-Dextrina	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 adiciona-
dos hidratos de carbono.

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

- 1) Diminuir, até ao desaparecimento completo, as extra-sístoles, restabelecendo perfeitamente o ritmo sinusal normal.
- 2) Não influenciar aquelas, nem passageiramente, de modo que o bigemino continua, a-pesar do aumento de quinina administrada, e de tal modo que pode provocar até sinais de intoxicação.
- 3) Provocar, por sua vez, extra-sístoles que podem agrupar-se até ao acesso da taquicardia paroxística e atingir mesmo a fibrilação ventricular mortal.

O primeiro modo de acção da quinina é conhecido e de aí os seus bons efeitos terapêuticos, reconhecidos por todos; de mais difícil explicação é a sua acção excitante, de resto já apontada nalguns dos raros trabalhos clínicos. Esta última acção deve aproximar-se da produzida por outras circunstâncias, tais como: a dedaleira, a adrenalina, cálcio, potássio, etc., que também tanto podem sustar a extra-sístole como provocá-la; tudo depende do estado em que se encontram os centros de excitação. Por isso é de recomendar tôda a atenção na administração da quinina, suspendendo-a quando esta provoque uma certa freqüência de extra-sístoles.

Deste trabalho resulta outro facto muito curioso e que consiste na circunstância duma bigeminia de tipo ventricular esquerdo se transformar, à medida que se acentuava a acção da quinina, no tipo ventricular direito. Esta curva prova como uma perturbação da condução intraventricular pode modificar o aspecto do complexo ventricular dum modo completamente diferente, mantendo-se constante o ponto de saída da excitação. É tudo questão da diversa propagação do estímulo, especialmente realizável quando há uma perturbação acentuada da condução.

J. ROCHETA.

A reacção de Meinicke no sôro dos tuberculosos. (*Zur Kenntnis der Meinickeschen Serumreaktion auf Tuberkulose*), por F. DÜHNE e Gr. GRUMER. — *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*. 85 Band. 2 Heft. 1935.

Apresentam os AA. uma estatística de 384 casos específicos, que submetem ao exame serológico conforme a técnica de Meinicke para o diagnóstico da tuberculose (incluindo a tuberculose cirúrgica e alguns casos de pleurisia sero-fibrinosa), obtendo 84% de casos positivos, o que torna a análise, pela sua sensibilidade (maior do que qualquer outra apresentada até hoje), como pela sua simplicidade, de uma alta vantagem para a clínica.

Discutem as diversas possibilidades que podem apresentar-se para a explicação dos casos negativos, as quais se reduzem especialmente a duas: fraco número de anticorpos nalguns casos de tuberculose incipiente ou excesso de抗ígenos, de maneira a tornar impossível aqueles *in vitro*.

Esta reacção tem ainda a qualidade de não apresentar resultados positivos noutras doenças, excepto no fastígio de alguns casos de febre tifóide, que no declinar se tornaram negativos, e ainda em dois casos de asma.

J. ROCHETA.

Investigações sobre a patogénese das alterações circulatórias na tuberculose pulmonar. (Untersuchung über die Pathogenese der Kreislaufveränderungen bei der Lungentuberkulose), por J. MOLNAR. — *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.* 86 Band. 2 Heft. 1935.

É geralmente conhecido o quadro das perturbações circulatórias mais comuns da tuberculose pulmonar: hipotonias arterial e venosa, eritrocite e diminuída quantidade do plasma circulante, sem que até hoje se tenha dado para estes sintomas uma explicação aceitável. Assentam êles numa ação da tuberculina ou, pelo contrário, estão intimamente ligados às lesões bacilosas que atacam os pulmões? Da análise clínica e de experiências feitas em coelhos, aos quais o A. provocou uma tuberculose pulmonar, consegue êste que a descompensação circulatória dos tuberculosos não pode imputar-se à toxina do bacilo de Koch, mas sim, possivelmente, a uma substância por agora naturalmente hipotética, que pudesse libertar-se ao nível do tecido pulmonar lesado. Sabido como os fenómenos circulatórios dêstes doentes lembram, embora em grau menos acentuado, os encontrados nas outras doenças infecto-contagiosas provocadas pelo colapso, e como, por outro lado, já hoje está absolutamente provado que o pulmão é um dos órgãos mais ricos em histamina, pode assim estabelecer-se uma relação de causa para efeito, embora feita sob tôdas as reservas.

J. ROCHETA.

A ação excitante no peristaltismo, pela quinina, nas operações abdominais. (Über peristaltikfördernde Wirkung des Chinins bei Bau-choperationen), por F. FLOSSBOCH. — *Fortschritte der Therapie.* Heft. 5. 1935.

Entre as medidas terapêuticas post-operatórias seguidas no serviço cirúrgico do A., figura, desde algum tempo, a administração da quinina como profiláctico das complicações pulmonares, especialmente freqüentes, como é sabido, depois das operações dos órgãos intra-abdominais. De facto, após o tempo de emprêgo dêste fármaco, que representa aproximadamente dezóito meses, tem-se constatado um número nitidamente mais reduzido de complicações pulmonares e, quando estas aparecem, não excedem em geral os sintomas da bronquite banal, com temperaturas pouco altas e insignificante expectoração.

Além dêste facto, notou o A. ainda um outro, para o qual chama especialmente a atenção neste artigo, e que consiste na ação excito-motora do peristaltismo intestinal provocado pela quinina, ação altamente favorável para os operados do ventre, para os quais muitas vezes não é fácil arranjar o exonerador ideal.

O preparado empregado tem sido o Salvochin, na dose de dois cc., em injeção intramuscular, imediatamente depois da operação, injeção que repete, em geral, mais três a quatro vezes.

J. ROCHETA.

A diminuição da resistência às infecções na avitaminose A. (Zur Frage der Resistenzverminderung gegen Infektion bei der A-Avitaminose), por M. FRANK. — Medizinische Klinik. N.º 15. 1935.

Numerosos autores se têm ocupado últimamente dêste problema: a diminuição da resistência às infecções nos indivíduos privados da vitamina A; alguns dêstes trabalhos já por nós têm sido mencionados nestas páginas.

Lassen, especialmente, verificou que esta diminuição se realizava sómente com aquela vitamina e não com qualquer das outras B e D; a razão dêste facto não tem sido, em geral, explicada, excepto por Arsus e Rigot, que a interpretam como uma modificação do epitélio das mucosas e ductos excretores das glândulas. De facto, a queratinização epitelial tem sido apontada como um dos sintomas mais salientes da avitaminose A, mas êste facto não pode explicar a incapacidade imunológica dos animais avitaminizados.

Sabido como é importante o papel do aparelho retículo-endotelial para a defesa orgânica, o A. resolveu estudar êste problema nesse sentido. Para isso foi estudado aquele sistema em animais xeroftálmicos e em testemunhas, com a habitual coloração vital. O exame histológico revelou profundas diferenças entre uns e outros; nos primeiros encontraram-se as células estreladas de Kupffer com sinais evidentes de degenerescência. Daí concluir o A. a íntima relação entre os dois fenómenos: incapacidade do sistema retículo-endotelial para a defesa anti-infecciosa nos animais privados da vitamina A.

J. ROCHETA.

Doenças do sistema arterial. (Erkrankungen des arteriellen Systems), por H. MARX. — Deutsche Medizinische Wochenschrift. N.º 13. 1935.

Estão ainda por esclarecer as relações entre as lesões renais e o comportamento orgânico e funcional do sistema circulatório; é a glomérulo-nefrite, por exemplo, a causa da hipertensão, ou pode esta, depois dum largo período, terminar na insuficiência renal? Últimamente vai ganhando terreno a ideia de que as lesões renais e arteriais são consequências duma mesma perturbação fundamental, que afecta especialmente os centros nervosos reguladores centrais. Com êste sentido, procurou o A. esclarecer esta questão, com as seguintes experiências: injetou no ventrículo cerebral 1 cc. de água destilada e verificou, passados poucos minutos, uma diminuição da diurese, com aumento da concentração, e no sedimento, conforme o grau da excitação, eritrócitos, cilindros e albumina. Ao mesmo tempo aumento da pressão arterial. Prova-se portanto que por excitação dos centros que ficam em volta do terceiro ventrículo, se pode obter um quadro mórbido semelhante ao encontrado na clínica. Até que ponto é admissível supor um certo grau de semelhança patogénica entre os resultados da experiência e os sintomas da clínica, deixam-no presumir, por exemplo, algumas formas de afecções renais, como a nefrose gravídica, considerada hoje como intimamente relacionada com perturbações da hipófise. Marx, por outro lado, procurou saber se nos doentes renais não haveria aumento de elementos que fossem especialmente

produtores do acréscimo da tensão e diminuíssem a diurese, tendo verificado que o líquido céfalo-raquidiano de tais doentes, quando injectado no terceiro ventrículo de cãis, provoca o mesmo quadro sintomático mencionado atrás; como contra-prova serviu o líquido de indivíduos saúes, que foi inócuo. ¿Há bases anatómicas que provem que estes elementos têm alguma relação com as substâncias hormónicas da hipófise? Há principalmente os trabalhos de Berblinger, que encontrou nos renais anémicos grandes alterações na hipófise e no tubo *cinereum*, e mais recentemente um caso de Wilbur, que, devido a uma punção na hipófise, por suspeita de tumor, viu o doente morrer com uremia, hematúria e hipertensão arterial.

O A. termina por acentuar que as perturbações da regulação central na patogénese das doenças arteriais e renais são apenas um elemento a juntar a outros de natureza hereditária, infecciosa, hormónica, etc. Só da análise de todos se pode julgar e tratar.

J. ROCHETA.

Modificações electrocardiográficas na tetânia post-operatória. (*Ueber elektrokardiographische Veränderungen bei postoperativer Tetanie*), por H. MARZAHN. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 13. 1935.

O A. refere uma estatística de três casos de tetânia post-operatória, os quais apresentavam, além dos sinais clássicos, um síndrome anginoso. Os electrocardiogramas de todos os casos mostravam de comum um aumento da sístole, e em dois casos com uma duração maior das queixas, encontrava-se também um T negativo em duas derivações. A condução aurículo-ventricular e o complexo Q. R. S. eram normais. Que o prolongamento de S. T. e a negatividade de T deviam a sua origem à insuficiência das para-tiroideias, prova-o o facto das modificações apresentadas, depois do tratamento com A. T. 10.

J. ROCHETA.

O síndrome tri-aritmico de Wolf, Parkinson e White. (*Sulla sindrome triaritmica de Wolf, Parkinson e White*), por A. FULCHIERO. — *Minerva Médica*. N.º 10. 1935.

Foram estes autores, americanos, que em 1930 apresentaram e descreveram este síndrome, caracterizado pelas três seguintes anomalias: encurtamento de P Q, complexos ventriculares semelhando o bloqueio de ramo e acessos de taquicardia paroxística, mais raramente de taquiarritmia por fibrilação auricular. Este síndrome apresenta ainda a particularidade de aparecer em indivíduos novos, sem outras alterações do sistema circulatório.

Depois desta publicação outras têm aparecido, embora em número muito reduzido. O A. apresenta cinco casos, o que representa uma estatística razoável para o número descrito até hoje, e no final do seu artigo discute a patogenia, defendendo o seu ponto de vista, que julga mais aceitável em relação às explicações dadas por outros autores para esclarecimento deste mecanismo anormal. E, assim, confessando-se partidário da concepção neodualista do ritmo, admite que o encurtamento de P Q seja devido a uma

maior excitabilidade do nódulo de Tawara provocado por lesão de tipo irritativo, que se encontra a seu nível, de modo que, logo que a contração auri-cular se produz, estimula imediatamente êste nódulo. Por seu lado o complexo ventricular, com aspecto de bloqueio de ramo, deve assentar num assincronismo de condução através dos dois ramos do feixe de His, de molde a admitir um aumento de condutibilidade num dêles e de aí resultar naturalmente o aspecto mencionado. A mesma lesão de tipo irritativo que provoca a hiper-excitabilidade nodal, se atinge algumas fibras dum dos ramos, pode dar origem ao mesmo fenômeno. Do mesmo modo a lesão irritativa pode dar origem a crises de taquicardia paroxística.

J. ROCHETA.

O tratamento da taquicardia paroxística com grandes doses de quinidina. (Behandlung der paroxysmalen Tachykardie mit grossen Chindindosen), por S. FEHER. — Medizinische Klinik. N.º 17. 1935.

O A. refere dois casos de taquicardia paroxística, com acessos freqüentes e por vezes prolongados, e que por cederem aos meios habituais, entre os quais a quinidina, nas doses usuais, lhes foi administrado êste medicamento durante bastante tempo, em alta dose e com bons resultados. O protocolo terapêutico é assim: se o doente nunca tomou quinidina, é-lhe dado 0,20 gr. e, passada uma hora, se aquela é bem suportada, 0,60 gr., dose que se repete no primeiro dia, de quatro em quatro horas. Se o resultado é nulo, continua-se no dia seguinte com a mesma quantidade, de três em três horas, até que o acesso termine, mantendo-se a dose durante alguns dias, para a diminuir depois progressivamente.

Os autores americanos, que foram os primeiros a propor a terapêutica das doses altas, entendem que só há contra-indicação na insuficiência circulatória pronunciada.

J. ROCHETA.

A injecção para-vertebral com alcool, na angina do peito e em outras algias. (Die paravertebrale Injektion mit Alkohol bei Angina pectoris und anderen Schmerzzuständen), por F. MANDL. — Wiener Klinische Wochenschrift. N.º 16. 1935.

O A. descreve a técnica por êle adoptada para a injecção para-vertebral com alcool, de maneira a anestesiar os ramos comunicantes que ligam os segmentos medulares ao simpático e assim influenciar favoravelmente as algias que se originem nas vísceras intra-abdominais ou intra-torácicas. Apresenta alguns casos de angina de peito, aos quais aplicou êste método, e conclue por 50% de bons resultados; estes são mais animadores nas cólicas hepáticas ou renais, no herpes zoster (90%) e mesmo nas perturbações vasomotoras (75% dos casos).

A percentagem nos casos de angor é sensivelmente igual à obtida com a intervenção cirúrgica (Leriche), e, como é muito mais fácil de realizar, é um método que não deve cair em desuso.

J. ROCHETA.

Um novo método radiográfico no diagnóstico pulmonar; radiografias de cortes e camadas dos pulmões. Tomografia. (*Eine neue Röntgenuntersuchungsmethode in der Lungendiagnostik; Aufnahmen von Schnitten und Schichten der Lunge. Tomographie*), por H. CHAOUL.— *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 18. 1935.

A vantagem do método proposto por Chaoul reside especialmente na possibilidade de isolar radiográficamente cortes e mesmo camadas dum determinada espessura (até 2 cm.) e a diferentes profundidades dum mesmo órgão, evitando assim, nas respectivas radiografias, o efeito de sobreposição e somação de todas as partes, situadas acima ou abaixo da zona escolhida. É evidente que dêste modo se pode obter uma série de detalhes que até agora não era possível, mesmo quando o radiologista, para melhor esclarecimento das dúvidas, lançasse mão de raios de mais ou menos penetração, radiografias de perfil e até da estereoradiografia.

O problema da tomografia foi apresentado pela primeira vez em 1931 por Bocage e repousa essencialmente na obtenção de várias radiografias dum mesmo camada, sobrepostas exactamente na mesma chapa radiográfica. Para isso emprega-se um dispositivo que permite um movimento coordenado da ampola e da chapa, em semi-círculo, em volta dessa camada, que é arbitrariamente escolhida e fixada por outros dispositivos do aparelho, de tal modo que, quando a ampola gira para a direita, a chapa gira para a esquerda e assim consegue-se, no fim do movimento, desfocar todas as regiões que não interessam, a favor da região escolhida, que fica fortemente impressionada.

O A. apresenta uma série de tomogramas bastante interessantes.

J. ROCHETA.

Zonas de Head na tuberculose pulmonar. (*Headsche Zonen bei Lungentuberkulose*), por M. v. BOBNEZY.— *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*. 86 Band. 1 Heft. 1935.

O A. que se ocupou largamente desta questão, chega às seguintes conclusões:

1) Entre a extensão e localização do processo pulmonar e as diferenças de sensibilidade cutânea não existe uma relação íntima. Há formas iniciais, juvenis, com diferenças sensíveis; pelo contrário, processos extensos quase os não apresentam ou mesmo não se encontram. Nas lesões unilaterais encontram-se diferenças de sensibilidade só no lado doente ou pelo menos com uma diferença nítida.

2) Não existe relação entre a qualidade do processo pulmonar e as zonas de Head, a-pesar-de se encontrarem, dum maneira geral, mais diferenças de sensibilidade nas formas exsudativas que nas produtivas.

3) Não há paralelismo entre a actividade e as zonas de sensibilidade. A relação entre aquela e estas pode resumir-se assim: a diferença de sensi-

bilidade indica sempre um processo activo, embora nem sempre a actividade vá acompanhada da diferença de sensibilidade.

J. ROCHETA.

Focos infecciosos das amígdalas e perturbações cardíacas. (*Fokale Mandelinfektion und Herzstörungen*), por H. ASSMANN. — *Therapie der Gegenwart*. 3 Heft. 1935.

Numa série de histórias clínicas referidas neste artigo é posta em evidência a relação de causa para efeito entre os pequenos focos infecciosos das amígdalas e perturbações cardíacas caracterizadas especialmente por taquicardia, eretímo cardíaco, extra-sístoles, etc. Principalmente numa delas, com análise electrocardiográfica, que revelou além de extra-sístoles de tipo nodal e ventricular um alongamento do P Q que atingia 0,4 de segundo, verificou-se o total desaparecimento de todos os sintomas depois da amigdalectomia; as glândulas submetidas à análise bacteriológica revelaram bastantes estreptococos hemolíticos. Por isso o A. chamou a atenção para o exame da garganta, sempre que surjam doentes nestas condições de alteração circulatória, e mais especialmente porque a maioria dêles negam qualquer infecção amigdalina passada ou presente.

J. ROCHETA.

A terapêutica pelas vitaminas na tuberculose intestinal. (*Vitamine Therapy in intestinal tuberculosis*), por M. STEINBACH e M. B. ROSENBLATT. — *The American Review of Tuberculosis*. Vol. XXXI. N.º 1. 1935.

Últimamente, com os progressos realizados pela radiografia nas lesões cólicas, tem-se facilitado o diagnóstico precoce da tuberculose intestinal, e de aí o desejo de influenciar precocemente as lesões com uma terapêutica adequada. Têm sido propostas várias modalidades: raios ultravioleta, helioterapia, sais de cálcio, sem falar nos adstringentes, que caíram em completo descrédito. A última tentativa para influenciar benéficamente as úlceras tuberculosas deve-se principalmente a Mc Conkey, que demonstrou experimentalmente a relação entre a facilidade de produção de tais lesões e os animais alimentados com faltas de vitaminas.

Este mesmo A., partindo deste ponto de vista, defende a alimentação rica naquelas substâncias como a melhor terapêutica curativa e preventiva da tuberculose, e a apoiar esta tese já apresentou um outro trabalho de ordem clínica, que corrobora o experimental, publicado anteriormente.

Os AA. apresentam doze casos de tuberculose intestinal, com sintomas clínicos mais ou menos evidentes, mas cujo diagnóstico foi confirmado pela autópsia, e nos quais empregaram uma terapêutica rica em vitaminas: óleo de fígado-de-bacalhau e sumo de tomate. Em sua opinião, esta terapêutica não é curativa nem preventiva, visto a autópsia dos casos mencionados não revelar nenhum sinal de cicatrização nas muitas e variadas ulcerações encontradas, a despeito de alguns dêles terem sido submetidos a este tratamento durante um tempo prolongado.

J. ROCHETA.

Biblioteca da «Lisboa Médica»

Imprensa Médica, revista de Medicina e Cirurgia. Ano I. N.ºs 1 e 2. Lisboa, 1935.

Histoire de la Médecine Portugaise, por LUIZ DE PINA. — Encyclopédia Portuguesa. Pôrto, 1934.

Grave Caso de Conciencia en el matrimonio (Su solución por la continencia periódica conforme al método de Ogino), por J. MAÑÁ y E. TERRADES. — Editorial Pontifícia. Barcelona, 1935.

Estudos sobre o sistema retículo-endotelial, por ERNESTO MORAIS. — Imprensa Nacional, de J. Vasconcelos, F.º. Pôrto, 1935.

Exploração funcional do fígado, por ANTÓNIO FERRAZ JR. — Imprensa Nacional, de J. Vasconcelos, F.º. Pôrto, 1935.

Contribuição para o estudo clínico dos Aneurismas da Aorta, por FRANCISCO PEREIRA VIANA. — Imprensa Nacional, de Jaime Vasconcelos. Pôrto, 1934.

Anemia perniciosa de Addison-Biemer, por ÁLVARO BORGES DE AGUIAR. — Pôrto, 1935.

O Diagnóstico radiológico em Ginecologia, por ÓSCAR RIBEIRO. — Imprensa Nacional, de J. Vasconcelos, F.º. Pôrto, 1935.

O índice esquelético nos portugueses do Norte, por LUIZ DE PINA. — Extracto do «Arquivo da Repartição de Antropologia Criminal, Psicologia e Identificação Civil do Pôrto». — Vol. III. Fasc. 1. 1935.

Dissecção de um negro de Moçambique, por ARMANDO LEÃO. — Extracto dos fasc. II e III do vol. VII., 1935, dos «Trabalhos da Sociedade Portuguesa de Antropologia e Etnologia». Pôrto.

Hipospádios e êrro de sexo, por J. A. PIRES DE LIMA. — Extracto do «Arquivo da Repartição de Antropologia Experimental e Identificação Civil do Pôrto». Vol. III. Fasc. 2. 1935.



LISBOA MÉDICA



PIPERAZINA MIDY

O ANTI-ÚRICO TIPO

PROVEINASE MIDY

VARIZES – FLEBITES – HEMORROIDAS
PERTURBAÇÕES DA MENOPAUSA E DA PUBERDADE

POMADA MIDY SUPOSITORIOS MIDY

A MEDICAÇÃO RACIONAL
DAS HEMORROIDAS

Pedir amostras a

LABORATOIRES MIDY – 67, Avenue Wagram – PARIS (17)

ou aos Agentes-depositários

GIMÉNEZ-SALINAS & C.º – 240, Rua da Palma, 246 – LISBOA

*Nas crises cardiovasculares
e respiratorias a*

Coramina „Ciba”

*(dietylamina do ácido piridino-beta-carbónico)
ocupa o primeiro lugar entre os
ANALEPTICOS*

Reúne em si todas as propriedades da cárfora sem apresentar nenhum dos inconvenientes dos antigos preparados canforados.

SUAS 4 PRINCIPAIS VANTAGENS:

É facilmente solúvel em água, logo, reabsorpção rápida.

Efeitos clínicos seguros, intensos e persistentes.

Dosagem exacta e administração tanto por via hipodérmica e endovenosa como também por via interna.

Toxidez mínima e perfeita tolerância.



Amostras e literatura:

E. BRUNNER & COMP., LTD^A RUA DA MADALENA 128, LISBOA,
único representante dos Productos "CIBA" em Portugal.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Sociedade das Ciências Médicas

Na sessão do dia 3 de Julho da Sociedade das Ciências Médicas o Dr. Mário Moutinho, antes da ordem da noite, falou sobre o estado dos trabalhos realizados para a entrada de Portugal na Associação Internacional de Profilaxia da Cegueira.

Na ordem da noite, o Dr. Evaristo Franco fez uma comunicação sobre úlceras gastro-duodenais.

O Dr. Ferrugento Gonçalves apresentou um caso de laqueação da carótida primitiva por tumor intracraniano.

* * *

Excursão dos médicos diplomados pelo Instituto de Hidrologia e Climatologia de Lisboa

Efectuou-se esta excursão, cujo programa provisório, já publicado, foi quase integralmente cumprido.

Nas diferentes estações termais e climáticas realizaram palestras os respectivos directores clínicos e o Dr. Armando Narciso, director da excursão. Em Monte Real, a Dr.^a D. Alda Pamplona realizou uma conferência sobre o «Diagnóstico laboratorial das doenças dos intestinos», e na Curia, o Dr. Cândido de Oliveira falou sobre «Diagnóstico clínico e laboratorial das doenças dos rins».

* * *

Semana médica internacional da Suíça

Montreux, 9 a 14 de Setembro de 1935

O Comité promotor deste certame científico, a que pertencem os deca-
nos das cinco Faculdades de Medicina da Suíça: Basileia, Berna, Genebra,
Lausana e Zurich, distribuiu o programa provisório da Semana Médica In-
ternacional, de que extractamos o que nos parece mais importante:

1) As conferências realizadas sobre assuntos médicos, ou em relação com a medicina, estão a cargo de sábios de diversos países. Os assuntos práticos que interessem aos clínicos serão tomados em consideração.

2) Farão conferências os seguintes professores: *E. Abderhalden*, Halle a. S.; *M. Askanaçy*, Genebra; *J. Bauer*, Viena; *P. M. Besse*, Genebra; *Leon Brunschwig*, Paris; *E. Bürgi*, Berna; *Sir Henry Dale*, Londres; *Jimenes Diaz*, Madrid; *E. Feer*, Zurich; *Hartmann*, Paris; *J. Holmgren*, Estocolmo; *P. Karret*, Zurich; *E. Laqueur*, Amsterdão; *A. Lemierre*, Paris; *H. W. Maier*, Zurich; *L. Michaud*, Lausana; *Egas Moniz*, Lisboa; *Friedrich von Müller*, Munich; *Ch. Nicolle*, Tunis; *P. A. A. Nobécourt*, Paris; *Payr*, Leipzig; *F. de Quervain*, Berna; *L. Rajchman*, Director da Secção de Higiene da Sociedade das Nações; *A. Rosselet*, Lausana; *G. Sanarelli*, Roma; *H. E. Sigerist*, Baltimore; *R. Staehelin*, Basileia; *W. Straub*, Munich; *F. Verzar*, Basileia.

3) Os assuntos das conferências serão publicados no programa definitivo.

4) Organizar-se-ão uma visita às Clínicas e Institutos da Faculdade de Medicina de Lausana, dirigida pelos respectivos professores.

5) A carta de «Membro da Semana Médica» é de 10 francos suíços, com direito ao volume das conferências realizadas.

6) O governo do Cantão de Vaud oferece um almôço no Castelo de Chillon. Haverá diversas excursões.

7) Todas as indicações sobre facilidades de viagens e alojamentos podem ser pedidas ao Secretariado da Semana Médica Internacional da Suíça, Klosterberg, 27, Basileia.

* * *

Jornadas Médicas Galaico-Portuguesas

Sob a presidência do Dr. Hernani Monteiro, professor da Faculdade de Medicina do Pôrto, realizar-se-ão em Orense, de 26 a 30 de Setembro, as I Jornadas Médicas Galaico-Portuguesas, que continuam as «Jornadas Médicas Galegas», da Corunha (1929), Vigo (1931) e Lugo (1933), a que presidiram, respectivamente, os ilustres médicos espanhóis Drs. Elisagaray, Goyanes e Cadarso.

O programa desta reunião científica, que está despertando em Portugal e na Galiza o mais vivo entusiasmo, é o seguinte:

Dia 26 de Setembro — De manhã, sessão inaugural, num teatro de Orense; de tarde, sessão científica; à noite, ceia à americana.

Dia 27 — De manhã, sessão cirúrgica no Hospital provincial e, em seguida, leitura de comunicações; de tarde, excursão a Orense e festa campestre regional.

Dia 28 — De manhã, sessão cirúrgica e leitura de comunicações; de tarde, sessão científica e chá para as senhoras congressistas. À noite, espectáculo de gala num teatro.

Dia 29 — Excursão a Vidago, Pedras e Verin.

A Companhia das Águas de Vidago e Pedras oferece um almôço aos congressistas e a de Verin um chá.

Dia 30 — Visita à Universidade de Santiago de Compostela; sessão de homenagem ao falecido Reitor e presidente das Jornadas de Lugo, Prof. Rodriguez Cadarso; sessão de encerramento das Jornadas e banquete.

Da Comissão de honra das Jornadas Médicas Galaico-Portuguesas fazem parte, entre outras individualidades, o Ministro da Instrução Pública de Portugal; os Ministros do Trabalho e Sanidade e da Instrução Pública e Belas-Artes de Espanha; os Reitores das Universidades de Coimbra, Lisboa, Pôrto e Santiago de Compostela, e os Directores das respectivas Faculdades de Medicina.

A Comissão portuguesa é constituída pelos Profs. Dr. Marck Athias (Lisboa), Maximino Correia (Coimbra) e Hernani Monteiro e Amândio Tavares (Pôrto).

Toda a correspondência deve ser dirigida ao Secretário desta Comissão, Prof. Amândio Tavares (Laboratório de Anatomia Patológica), Pôrto.

A Companhia dos Caminhos de Ferro Portugueses, bem como a Companhia Nacional de Caminhos de Ferro, concedem um abatimento de 50%.

Pelos portugueses, além de comunicações livres, sem limite de número, serão apresentados os seguintes trabalhos:

Conferência:

Prof. Francisco Gentil. — Qual a orientação a adoptar no tratamento do cancro. A propósito de mil casos de electrodírese.

Relatório:

Prof. Almeida Garrett. — Hábitos alimentares nas diversas classes sociais (no Norte de Portugal).

Comunicações oficiais:

Prof. João Pôrto. — Algumas incompatibilidades da dedaleira.

Prof. Rocha Brito. — Um higienista e climatologista desconhecido do meado do século xvii.

Prof. Maximino Correia. — Des-sensibilização e crenoterapia.

Prof. Marck Athias. — Alterações testiculares provocadas por injeções intersticiais de alcatrão.

Prof. Augusto Monjardino. — A dor em ginecologia.

Prof. Henrique Parreira. — Sobre tumores das glândulas cutâneas.

Prof. Reinaldo dos Santos. — A via arterial na terapêutica das infecções.

Prof. Toscano Rico e Dr. Malafaya Baptista. — A destruição da adrenalina no organismo.

Prof. Rocha Pereira. — Doença de Addison. Tratamento biológico e químico.

Prof. Azevedo Maia. — A auscultação púlmão em decúbito lateral.

Prof. Amândio Tavares e Dr. Salvador Júnior. — Os sais de magnésio no cancro experimental.

Profs. Álvaro Rodrigues e Roberto Carvalho. — A rontgenquimografia no estudo da cinemática respiratória.

Pelos médicos da Galiza serão apresentados os seguintes trabalhos:

Conferência:

Dr. Pedro Pena (professor de patologia geral em Santiago). — «Pelagra en Galicia».

Comunicações:

Dr. Zopatero. — «Necesidad de la organisación de los abastecimientos de leche».

Dr. Gironès. — «El complijo de coagulación en la tuberculosis pulmonar».

Dr. Rassilla. — «Tratamiento de la diabetes sacarina».

Dr. Marescet. — «La hemicolectomia derecha en dos tiempos».

Dr. Tivanco. — «Infiltraciones e infiltrados pulmonares».

Dr. Ascarsa. — «La invaginación intestinal en adultos».

Dr. Baquero. — «Paralelo entre la tuberculosis laringea y pulmonar en sus formas, localización e evolución».

Dr. Villar Iglesias. — «Algunas observaciones de resección endoscópica de la prostata».

Relatório:

«Peculiaridades de la Sanidad y de Asistencia publica en las regiones de población rural diseminada (tipo Galicia)», pelos Inspectores das quatro provincias da Galiza, Srs. Drs. Ramon Fernandez Cid (Corunha), Julio Treijano Malingre (Lugo), José Luis Garcia Boente (Orense) e Pedro Hernandez Anduera (Pontevedra).

Haverá ainda sessões cirúrgicas no Hospital provincial de Orense por distintos operadores espanhóis e pelos Profs. Drs. Angelo da Fonseca, Francisco Gentil e Teixeira Bastos.

Medicina militar

Os Drs. Adelino Augusto Fernandes, tenente-coronel médico, e Afonso Maldonado, major-médico, foram nomeados, respectivamente, director e sub-director dos hospitais regionais n.º 3, de Tomar, e n.º 2, de Coimbra.

— Para o lugar de director do Hospital auxiliar de Chaves foi nomeado o major médico Dr. José Xavier Nogueira.

Medicina colonial

O Dr. Francisco Garcia foi nomeado médico do quadro de saúde da província de Angola.

— O Dr. Constâncio Mascarenhas, guarda-mor de saúde do pôrto de Mormugão, representará o Estado da Índia no XII Congresso Internacional de Zoologia.

O Dr. Manuel Máximo Prates vai representar Moçambique no mesmo Congresso.

— Resolveu-se superiormente que não seguisse, por enquanto, para Moçambique a missão médica que ali ia proceder a estudos, sob a direcção do director da Escola de Medicina Tropical, Prof. Ayres Kopke.

*
*
*

Saúde pública

A Junta Geral de Castelo Branco criou, em Alcains, um posto de socorros médicos para as classes pobres, denominado «Dr. Ferreira da Silva».

— Perto de Coimbra foi inaugurado o Sanatório da Quinta dos Vales, para internamento de tuberculosos.

*
*
*

Conferências

— O Dr. José Júlio César realizou em Viseu uma conferência sobre: «A assistência aos pobres e doentes de Viseu».

— Na estação Rádio-Clube Português o Dr. May Viana falou sobre: «Algumas noções sobre profilaxia da cegueira».

— No Entroncamento realizou uma conferência sobre «Higiene Social» o Dr. Manuel Fernandes, médico em Abrantes.

— O Dr. Pacheco de Miranda pronunciou uma conferência, no Gimnásio da C. P., em Lisboa, intitulada «Protecção oficial aos tuberculosos».

*
*
*

Homenagens

Trafaria prestou homenagem ao seu médico, Dr. João Isidro Cordeiro Malato.

— O Dr. João Saavedra foi louvado pela iniciativa e criação do primeiro posto para a profilaxia das doenças venéreas do Exército Português.

*
*
*

Prof. Alberto de Aguiar

A Faculdade de Medicina do Pôrto prestou, no dia 26 de Junho último, uma homenagem solene ao Prof. Alberto de Aguiar, que recentemente se havia jubilado.

Descerrou-se um baixo-relevo, em bronze, do homenageado.



Falaram: o Prof. Almeida Garrett, o Reitor da Universidade do Pôrto e o Prof. Rocha Pereira, que puseram em destaque as qualidades do Prof. Alberto de Aguiar.

Partidos médicos

Está aberto concurso para provimento do lugar de facultativo do partido médico de Santa Cristina, com sede em Mesão Frio.

— Para o cargo de médico do terceiro partido no concelho de Paredes foi nomeado o Dr. António Martins da Costa Rangel.

Murk Jansen

Faleceu, recentemente, em Leyde, Holanda, o conhecido cirurgião-ortopedista Murk Jansen, professor agregado de ortopedia naquela cidade. Membro correspondente da Sociedade Belga de Ortopedia, membro honorário das Sociedades Ortopédicas Holandesa, Inglesa, Italiana, Americana, Russa e Francesa e membro da Sociedade Ortopédica Alemã e da Sociedade Internacional de Ortopedia. Deixa em todos que o conheceram a recordação dum espírito de alto valor científico, procurando sempre orientar os seus trabalhos numa base fisiológica e biomecânica.

Fica-lhes também a saudade dum coração bom, que, à custa de grandes dificuldades, conseguiu fundar uma Associação para protecção dos aleijados e, com os seus capitais, a *Clinica Ana*, admirável instituição de cirurgia ortopédica.

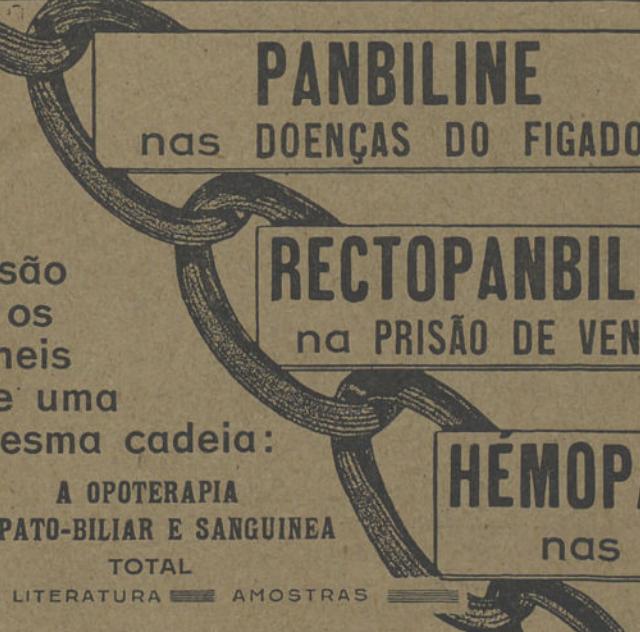
A. DE M.

Necrologia

Faleceu, no Pôrto, o Dr. Higino Amanajás, Filho, cirurgião na cidade do Pará (Brasil).

TRABALHO DE CIÉNCIA VIVA





PANBILINE
 nas DOENÇAS DO FIGADO

São os
 anéis
 de uma
 mesma cadeia:
 A OPOTERAPIA
 HEPATO-BILIAR E SANGUINEA
 TOTAL

RECTOPANBILINE
 na PRISÃO DE VENTRE

HÉMOPANBILINE
 nas ANEMIAS

LITERATURA ■■■ AMOSTRAS ■■■

LABORATOIRE du Dr PLANTIER ANNONAY (Ardèche)
 ou Gimenez-Salinas & C.º — 240-Rua da Palma-246 — LISBOA

TRATAMENTO DA DIABETES E SUAS MANIFESTAÇÕES
PELA **INSULINA BYLA**
 ADOPTADA NOS HOSPITAIS DE FRANÇA

Agentes para Portugal: **Gimenez-Salinas & C.º**
 Rua da Palma, 240-246 — LISBOA



Nutromalt

Assucar nutritivo para crianças de mama, preparado segundo Soxhlet.

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

INDICAÇÕES: Para crianças com saúde em vez de assucar de leite ou de cana, assegura uma digestão fácil, sem perturbações gastricas ou intestinais. Em todos os casos de desarraigos das funções digestivas do bebé acompanhadas de fezes ácidas e diarréicas, isto é, na maior parte dos casos de dispepsia aguda ou crónica, perturbações do leite, d'atrofia ou diarréia 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 contém as vitaminas de crescimento (factor b) indispensáveis ao desenvolvimento normal do organismo infantil.

DR. A. WANDER S. A. BERNE

Únicos concessionários para Portugal

ALVES & C.ª (Irmãos)

Rua dos Correeiros, 41-2.º — LISBOA

Amostras e literatura gratis



Assucar nutritivo para crianças
de mama

Sala
Est.
Tab
N.º