

Ano XIII

N.º 5

Maio 1936



# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

## DIRECCÃO

PROFESSORES

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

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

*A. Almeida Dias*

SECRETÁRIO ADJUNTO

*Morais David*

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

# FLUOROFORMIO

Em solução aquosa e saturada

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL  
PNEUMONIAS AGUDAS — TUBERCULOSE — TOSSE

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colónias

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

## Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina, Paris 1889. Provam que 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 intolerancia.

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

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

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

3, Boulevard St-Martin Paris — PHARMACIAS.

DOCTOR:

NO CASO EM  
QUE PRECISE TONI-  
FICAR UM ORGA-  
NISMO DEBILITADO  
RECORDE O

# Phosphorrend

ROBERT  
NA SUAS TRES FORMAS:  
GRANULADO - ELIXIR  
INJECTAVEL  
LABORATÓRIO  
ROBERT



Sala B

Est 9

Tab. 2

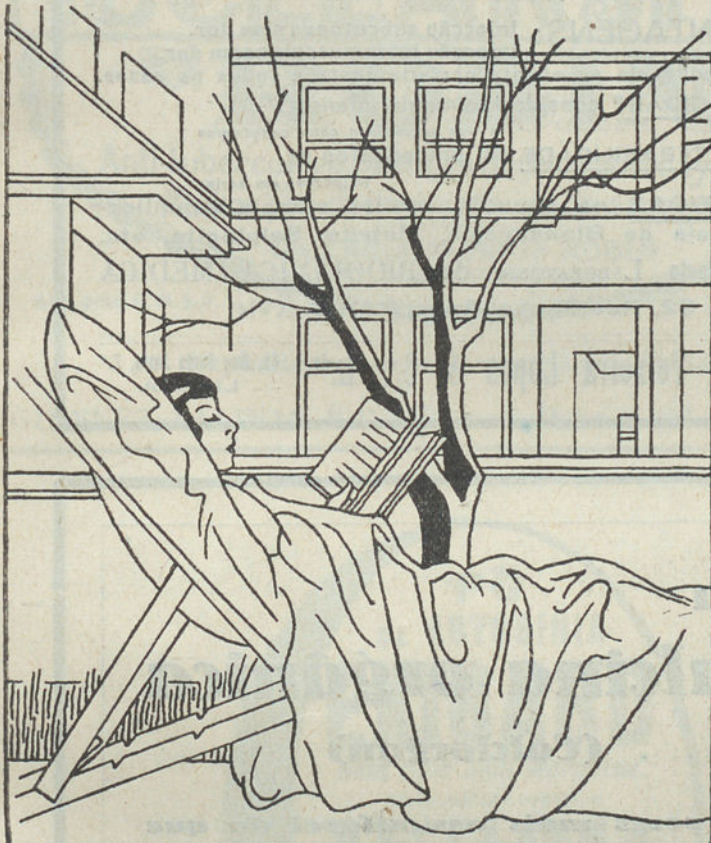
N.º 44

Depositários para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>

240, Rua da Palma, 246 - LISBOA

# O novo tónico de base opoterápica

Empregado com ótimos resultados em anemias bem como na convalescença depois de operações, doenças depauperantes etc. Também indicado para curas de superalimentação.



## INHEPTON

Caixas com 10 ampôlas de 1 cc.

E · MERCK - DARMSTADT

Representantes para Portugal: **QUIMICO-FARMACEUTICA, LIMITADA**  
Lisbôa Porto  
Rua da Palma, 165 Rua do Almada, 59

# SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol  
ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

**TOXICIDADE** consideravelmente inferior

à dos preparados seus congêneres

**INALTERABILIDADE** em presença do ar

(Injecções em série)

Muito **EFICAZ** na orquite, artrite e mais complicações locais de **Blenorragia, Metrite, Salpingite, etc.**

Preparado pelo LABORATÓRIO de **BIOQUÍMICA MÉDICA**

**92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI<sup>e</sup>)**

DEPOSITARIOS  
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.<sup>a</sup>, L.<sup>da</sup>

45, Rua Santa Justa, 2.<sup>o</sup>  
LISBOA

**a**

## Calcina orgânica

(Calciorgan)

**é 5 vezes mais assimilável do que os preparados de Calcinas minerais**

P E D I R A L I T E R A T U R A A O  
LABORATÓRIO SANITAS

MEDICAÇÃO NUCLEO-ARSENIO-PHOSPHATADA  
GRANULADO, INJECTAVEL

# NUCLÉARSITOL

## "ROBIN"

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

OS LABORATORIOS ROBIN  
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo. D. N. S. P. N.º 825-827  
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

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

PÕ  
DE ABYSSINIA

# EXIBARD

*Sem Opio nem Morphina.*  
Muito eficaz contra a

## ASTHMA

Catarrho — Opressão  
todas affecções espasmodicas  
das vias respiratorias.

35 Anos de Bom Exito. Medalhas Ouros e Prata.

H. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C.<sup>o</sup>  
8, Rue Dombasle, 8  
PARIS

E BOAS PHARMACIAS

# INSULINA 'A.B.'

MARCA DE  FÁBRICA

a 1.<sup>a</sup> apresentada na Europa

PUREZA GARANTIDA

De ALLEN & HANBURY'S, LTD. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.

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

Folhetos e amostras aos Ex.<sup>mos</sup> Clínicos

COLL TAYLOR, L.<sup>DA</sup> — Rua dos Douradores, 29, 1.<sup>o</sup> — LISBOA — TELE F. } 21476  
G. } DELTA

## SIEMENS REINIGER

S. A. R. L.

Aparelhos para Raios X

Electromedicina

Electrodentária

Aparelhos PHONOPHOR para surdos

Lâmpadas de Raios Ultra-Violetas e Infra-  
-Vermelhos ORIGINAL HANAU

LISBOA — Rua de Santa Marta, 141 e 143

Telefone 4 4329

Telegramas: ELECTROMED.

**Quando a diatermia, o calor ra-  
diante, as correntes galvânicas,**  
ou quaisquer outras medidas tera-  
peuticas, são usadas nas enfermi-  
dades dos órgãos pélvicos do trato  
genito-urinário, reumatismo, etc.,  
tais medidas devem ser seguidas  
de um post-tratamento apropriado.

ANTIPHLOGISTINE pode ser em-  
pregada com vantagem na maioria  
dêsses estados, não só pelo seu  
poder sinérgico que faz manter o  
calor húmido dentro dos tecidos,  
mas também, devido às suas qualida-  
des anti-pruríticas descongestivas,  
protectivas e calmantes, quando apli-  
cadas às superfícies eritematosas,  
erosivas, endurecidas e dolorosas.

*Amostra e literatura sob pedido*

**The Denver Chemical Mfg. Co.,**

163, Varick Street

Nova York, E. U. A. N.

# ANTIPHLOGISTINE

na Fisioterapia

**Robinson, Bardsley & Co., Lda.**

Cais do Sodre, 8, 1.

L I S B O A

A  
**LYXANTHINE ASTIER**

**Granulado efervescente  
anti - ar tr í t i c o**

Reune numa forma inédita

**33%** de principios activos

**Iodo**  
**Enxofre** } aceleradores da nutrição vascular e articular

**Gluconato de calcio:** modificador do metabolismo calcário

**Bitartrato de lisidina:** eliminador do ácido úrico

---

REALIZA A MEDICAÇÃO A PREFE-  
RIR NOS REUMATISMOS CRÓNICOS

---

*Dose média: 1 a 2 colheres de chá em 24 horas*

---

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







## SUMÁRIO

### Artigos originaes

<i>A doença do colo na mulher</i> , por Reynaldo dos Santos.....	Pág. 257
<i>O tratamento da hipertensão arterial pela irradiação dos seios carotídeos</i> , por J. Moniz de Bettencourt e M. Côte-Real.....	» 272
<i>A gravidez gemelar</i> , por Manuel Vicente Moreira.....	» 288
<hr/>	
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i> .....	» 327
<i>Biblioteca da «Lisboa Médica»</i> .....	» 349
<i>Noticias &amp; Informações</i> .....	» XVII

## A DOENÇA DO COLO NA MULHER (1)

POR

REYNALDO DOS SANTOS

Quando MARC PAPIN comunicou à *Soc. Fr. d'Urologie* (Sessão de 15 de Maio de 1933) uma observação de *doença do colo na mulher*, julgou ser êsse o primeiro caso publicado, por isso que nenhuma referência a caso idêntico conseguira encontrar.

A observação era, resumidamente, a seguinte:

Mulher de 20 anos de idade. Aos 15 1/2 anos, operada de apendicite. Retenção vesical. Sondagens. Infecção. Cistite purulenta e ficou *retencionista completa* durante quatro anos. Uma cistoscopia mostrou então: ao lado de pequenas lesões de cistite, um colo em aresta, saliente, congestionado. E nada mais. Nenhum divertículo. *O. U.* normais. Fêz dilatações da uretra e instilações na bexiga, sem resultado.

*Operação.* — Talha. Colo vesical estenosado. *Ressecção do colo* a canivete. Aos quinze dias, bexiga fechada. Urina bem. Resíduo nulo.

*Exame histológico.* — Lesões inflamatórias.

Nessa época, no seu excelente relatório sôbre *Patologia do colo vesical* (Congresso Hispano-Português de Urologia, Julho de 1932), já o Prof. ANGELO DA FONSECA publicara entre as suas observações de doença do colo, uma relativa a uma mulher. E um ano depois, no Congresso da *Soc. Intern. d'Urol.* (Londres,

(1) Comunicação à Associação Portuguesa de Urologia (Sessão de 3 de Março de 1936).



Junho de 1933) cita já duas observações, uma operada por via hipogástrica e a outra (a do relatório de Coimbra) por diatermo-coagulação endo-uretral. Ambas com retenção completa, saíram curadas, sem resíduo. E o exame histológico do colo revelara só lesões de cistite.

Nessa discussão do Congresso de Londres sôbre *cirurgia do colo da bexiga*, a maior parte das observações referem-se a doentes do sexo masculino. Mas, como A. DA FONSECA, RAVASINI conta, entre os treze casos ali comunicados, um de *doença do colo na mulher*. Ei-lo resumido:

Mulher de 27 anos de idade, entrada em Agosto de 1930. Nos antecedentes, dois partos. Há sete meses, urinas turvas, colibaciluria, por fim incontinência *Cistoscopia*: bexiga de colunas. Resíduo de 200 a 300 cc. *Radiografia lombo-sagrada*: deformação do sacro com *schisis* das vértebras sagradas. Aplasia do *coccyx*. Torsão da coluna lombar.

R. W. negativa. Exame neurológico negativo. Como não melhorasse com os tratamentos habituais, NICOLICH fêz uma talha, encontrou as paredes da bexiga espessadas e um *apêrto e rigidez do colo vesical*. Ressecou então o contôrno posterior do mesmo e, vinte e seis dias depois, a doente saía curada e sem resíduo.

RAVASINI classifica esta observação como de hipertonia, explicável pela malformação da coluna lombo-sagrada. Mas poderia notar-se que a malformação era congénita e os sintomas só datavam da aparição da cistite. A malformação, como veremos, pode ser apenas um factor predisponente.

Nesse mesmo Congresso, nem COLOMBINO nem LASIO, cuja comunicação resume o notável relatório de ALESIO e PISANI que êle inspirara, citam caso algum de doença do colo, na mulher.

Emfim, mais recentemente, H. FRIEDRICH, na Alemanha (*Z. f. Urol.*, Bd. 29, H. 9. 1935, pág. 601) publicou, por sua vez, uma observação de *Sphinctersklerose* na mulher, que resumo:

Mulher de 56 anos de idade. Perturbações pélvicas. Metrorragias em 1924. Raios X. Menopausa. Em 1928 começou com incômodos urinários. Cistite. Micções difíceis, dolorosas no fim, piúria, hematúria terminal.

Desde 1930 maior disúria, depois quasi só às gotas, por fim retenção. Sondagem, mas a doente conseguia, com um *truc*, urinar ainda às vezes, fazendo pressão com o dedo na parede vaginal anterior. Mesmo assim, *resíduo* de 150 a 250 cc. Micções espontâneas impossíveis.

*Cistoscopia*. — (300 cc.). Bexiga de colunas. Barra. Indigo carmim normal

dos dois lados. Nada do lado neurológico. O A. pensou, em face da *barra*, que fôsse uma *esclerose do esfincter*, como as do homem.

*Operação.* — Talha. Colo realmente duro e apertado, mal admitindo a cabeça do dedo. Ressecção em cunha do contôrno *anterior* do colo (por causa da delgada espessura que separava o colo da vagina).

Pôde-se depois introduzir facilmente o dedo na uretra.

Retoma a micção espontânea. Resíduo: primeiro 90 a 150 cc., depois 20 a 50 cc., por fim o.

Exame histológico da cunha extirpada: *esclerose do esfincter*, de natureza inflamatória.

FRIEDRICH julgava, como M. PAPIN, em França, ser essa a primeira observação, pelo menos na Alemanha, tanto mais que, consultando o Prof. PFLAUMER, êste lhe respondeu nunca ter observado caso algum e na última edição do livro de WOSSIDLO (1935) se escreve que estes obstáculos do colo, conhecidos no homem, excepcionais na criança, *nunca se encontram na mulher*. O que, como a sua própria observação lhe mostrara, não era bem assim.

FRIEDRICH, porém, foi o primeiro a reconhecer, após pesquisas na literatura urológica, que a sua observação, embora rara, não era isolada. E alude ao caso de MARC PAPIN (1933), cita outro de NERBIT REED (*Urologic Rev.* 37, 1933). Poderia já então ter citado mais os de FITE (1934) e de AMÉRICO VALÉRIO, três casos de JAMES HICKS (1934), cinco de VAN HONTUM (Congrès Urol., Paris, 1934) além dos de A. DA FONSECA (1932) e RAVASINI (1933).

Na realidade, se M. PAPIN, em França, FONSECA, em Portugal, RAVASINI, em Itália, e FRIEDRICH, na Alemanha, publicaram as primeiras observações nos seus respectivos países, *foi Caulk que em 1921 publicou, na América, a primeira observação*, de resto com o título bem claro: *Contracted of the vesical neck in the female*. E a êste caso precursor juntou CAULK, recentemente (*Jour. of Urology*, Maio de 1935) mais onze. Dêsses, à parte um de obstrução por papiloma viloso e outro por *lobulação* na parte anterior do trígono, os dez restantes são de «contractura» ou *esclerose do colo vesical*, isto é, da modalidade etiológica de que nos ocupamos.

Emfim, na discussão da comunicação de CAULK, novas observações foram citadas, algumas em crianças, e mais três de MERIDETH CAMPBELL, na mulher.

Temos assim, pelo menos, vinte e oito observações de *escle-*

*rose do colo da bexiga, na mulher*, às quais podemos juntar quatro novos casos, três meus e um do meu assistente A. LAMAS. Com estas trinta e duas observações pode-se já esboçar um primeiro quadro do aspecto clínico desta doença na mulher, diferente, sob alguns pontos de vista, da mesma doença no homem, sobretudo pelas condições etiológicas, diagnóstico e particularidades do tratamento.

A nossa observação mais recente, por isso mesmo a mais completa, é a seguinte :

P. L. Fr., mulher de 28 anos de idade, solteira, natural da Figueira da Foz. Pais saudáveis e nove irmãos também saudáveis. No seu passado uma pleurisia direita com derrame, há onze anos. Evolução rápida, mas, meses depois, ascite, de que se curou na Parede. Nova pleurisia, desta vez à esquerda, há dez anos. Já em convalescença, tem um abcesso apendicular que, operado, levou um ano a fechar. É então que, logo após a operação, se instala uma retenção vesical, *que dura um ano*, obrigando-a a algalias durante todo esse tempo. Retoma enfim as micções e, à parte uma colite, passa melhor uns três a quatro anos. Novas crises abdominais, atribuídas a aderências e anexite, levam a segunda operação, desta vez uma histerectomia com ablação dos anexos. Depois da operação, nova retenção completa, que durou um mês. Mas as micções ficam difíceis, a urina turva e, há um ano, um urologista que então a vê, após várias injeções e vacinas, decide fazer uma intervenção sob anestesia epidural. Mas, ao tentar a punção, reconhece uma *spina bifida* e desiste, não só da forma de anestesia, mas da própria intervenção.

A doente continuou com disúria, retenção vesical incompleta, urina muito turva e com péssimo cheiro, por fim, mais recentemente, hematúrias abundantes, totais. É então que vem consultar-me (23 de Outubro de 1935).

Doente emmagrecida, má côr, anemiada e profundamente infectada, com febre e arrepios quasi todos os dias, anorexia, extraordinariamente enfraquecida e já sem coragem nem esperança de melhorar.

Micções variáveis entre duas e quatro horas no dia, três a quatro vezes de noite. Grande disúria, sempre com esforço e às vezes com dores no rim direito, que persistiam após a micção. Resíduo de 150 a 200 cc., urina fortemente purulenta e amoniacal. O ventre mole. Dores no rim direito. Cedida a hematúria, a cistoscopia mostra uma bexiga de colunas, com grandes células, algumas bastante profundas, como divertículos. Cistite difusa. Colo boleadado, mas não tão fortemente levantado que só pelo exame citoscópico se pudesse afirmar o seu papel etiológico.

Uma uretoscopia porém, com MAC CARTHY, permite reconhecer melhor as lesões inflamatórias que o infiltram, a irregularidade do contorno e o limite, mais abrupto que normalmente, entre a bexiga e a uretra.

Emfim, tanto pelo exame clínico como pela radiografia, *spina bifida*, aliás sem sinais neurológicos dignos de nota.

LISBOA MÉDICA

# DRYCO

## Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

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

**DRYCO é o leite IDEAL**

Especialmente preparado para a

**alimentação  
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

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

Rua da Palma, 240-246

**L i s b o a**



LISBOA MÉCICA

*Nas crises cardiovasculares  
e respiratorias a*

# **Coramina „Ciba“**

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

*ocupa o primeiro lugar entre os*  
**ANALEPTICOS**

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

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

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

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

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

*Toxidez mínima e perfeita tolerancia.*



**E. BRUNNER & COMP., L<sup>DA</sup>**  
RUA SA DA BANDEIRA, 283 - 2.<sup>o</sup> - PORTO  
RUA DA MADALENA, 128 - 1.<sup>o</sup> - LISBOA

Diagnosticou-se uma *esclerose inflamatória do colo*, e uma *cistografia* permite surpreender uma bexiga fortemente deformada, de contornos irregulares, com numerosos divertículos e a partir de 350 cc. um *refluxo vesico-renal direito*, que aliás as condições da doença e a própria dor renal que a doente acusava, tinham feito suspeitar (fig. 1).

Durante cêrca de um mês o estado geral da doente e o aspecto das urinas melhoraram consideravelmente com a evacuação regular do resíduo e as lavagens vesicais que aliás, sob certa distensão, se tornavam vesico-renais. Desapareceram os sintomas essenciais de retencionista infectada — o mau gôsto na bôca, a anorexia, a febre, o cansaço — melhorou o *facies*. É então operada (29-XI-935) de *ressecção diatérmica do colo vesical* com o electrotomo de MAC CARTHY, sob evipan. Ressecção de três pedaços do contôrno posterior do colo, um mediano e dois laterais, que são enviados para exame histo-patológico.

Pezzer permanente quatro dias. Depois passa a urinar espontaneamente, sem a menor incontinência e um resíduo apenas de 30 cc. Quinze dias depois o *resíduo é nulo*, as micções duas a três no dia, três vezes de noite, mas às vezes em vários tempos (é o refluxo que actua como um divertículo). Emfim o uretroscópio de MAC CARTHY mostra o aspecto do colo muito melhorado, mais regular.

As últimas notícias da doente são boas. O resíduo é nulo. O exame histo-patológico da parte excisada, feito pelo Prof. PARREIRA, confirmou o diagnóstico de *esclerose inflamatória do colo*.

Eis o relatório: epitêlio de revestimento espessado e irregular, sem sinais de proliferação atípica; vacuolização do extracto mucoso de MALPIGHI, subjacente ao epitêlio, tecido conjuntivo fibroso e múltiplos vasos dilatados e injectados de sangue. Mais profundamente feixe de tecido muscular liso muito desenvolvido.

*Inflamação crónica produtiva.*

Em resumo: era uma esclerose do colo consecutiva à irritação e à infecção pelas algaliações freqüentes, determinadas duas vezes por retenções post-operatórias. Antes dessas algaliações a micção era regular e nada nos autoriza, na história aliás incidentada da doente, a invocar a congenitalidade. Tinha, é certo, uma *spina bifida*, mas a malformação, essa congénita, é que nunca determinara, antes da algaliação post-operatória, nenhuma perturbação miccional, quer retenção, quer incontinência; conseqüências que ambas se podem observar quando as respectivas raízes raquidianas são englobadas, gerando ora espasmo, ora paralisia.

Uma outra observação, ainda inédita, do nosso consócio A. LAMAS (que por estar ausente nos confiou umas notas para esta discussão) é novo exemplo de esclerose do colo na mulher,

coincidindo com uma *spina bifida*. Eis a observação, muito resumida:

M. L. Q., rapariga de 20 anos de idade, corista.

Há dois anos que tem polaquiúria diurna (tôdas as horas) com disúria; de noite apenas duas micções, disúricas também. Micções em dois tempos, com ardor e urinas turvas.

Foi operada há um ano (quando já sofria da bexiga) de sinfisiotomia por apêrto pélvico. Mas tem uma *spina bifida* com meningocelo.

O exame urológico mostra um resíduo de 110 cc. e à *cistoscopia*, colo irregular, boleadado, bexiga de colunas e numerosas células. *O. U. E.* aberto, mas com contracções. Cistite do baixo fundo com edema e inducto purulento. Eliminação tardia do *indigo carmin* de ambos os rins, só visível aos quinze minutos de qualquer dos lados. *Cistografia* (5-XI-935) contôrno vesical irregular, células. *Refluxo vesico-ureteral bilateral*, mais acentuado à esquerda; as dilatações atingem bacinete e cálices (fig. 2).

O diagnóstico é de esclerose inflamatória do colo, embora a *spina bifida* possa ter representado um papel etiológico inicial.

A doente, irregular no tratamento, faz lavagens vesicais e dilatações da uretra até 50 B. Melhorou muito, as urinas aclararam; micções mais espaçadas, sem ardor, mas mantem-se a micção em dois tempos (do refluxo) e o resíduo (200 cc.). Nova *cistografia* recente (15-II-936), três meses depois da primeira, mostra refluxo só à esquerda. À direita, e só sob forte distensão, é que a extremidade inferior do uretero se torna visível (fig. 3).

Nesta observação, como na minha, a esclerose inflamatória do colo estava ligada à *spina bifida*.

Adiante discutiremos o papel etiológico desta malformação.

Quanto ao resultado terapêutico, foi evidentemente insuficiente. A dilatação e as lavagens melhoraram a cistite e os seus sintomas, mas o resíduo persistiu, bem como o refluxo de um dos lados. E já se teria feito uma ressecção do colo se a doente se não tivesse recusado.

Emfim, possuo ainda duas observações de esclerose inflamatória do colo, na mulher, ou *cervicite crónica plástico-esclerosante*, como lhe chama LASIO (Milão), a que todavia falta o complemento terapêutico, porque as doentes se não submeteram a êle. Por isso as dou muito resumidamente e só a título de casuística.

I. B., de 37 anos de idade, antiga coxalgia esquerda, hoje curada em anquilose com claudicação acentuada. Operada por mim a 7 de Janeiro de 1928 de *abscesso perinefrético* esquerdo, colibacilar, de evolução subaguda. Persistiu uma fistula lombar durante muito tempo. Embora as micções fôsem



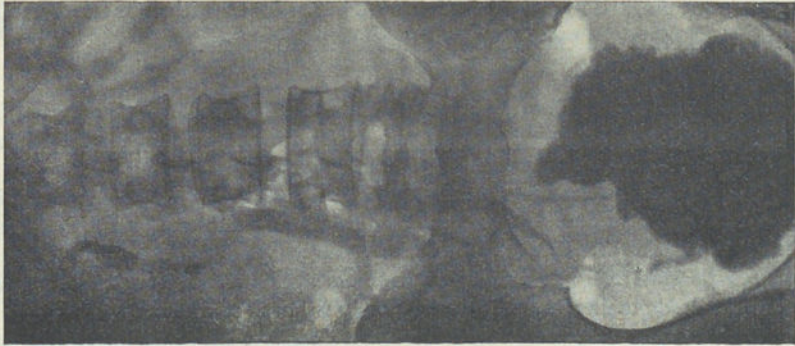


Fig. 1. — P. L. Fr., Esclerose do colo. Refluxo vesico-renal direito (antes de operada).



Fig. 2. — M. L. Q., Esclerose do colo. Refluxo vesico-renal bilateral. Múltiplos divertículos vesicais.

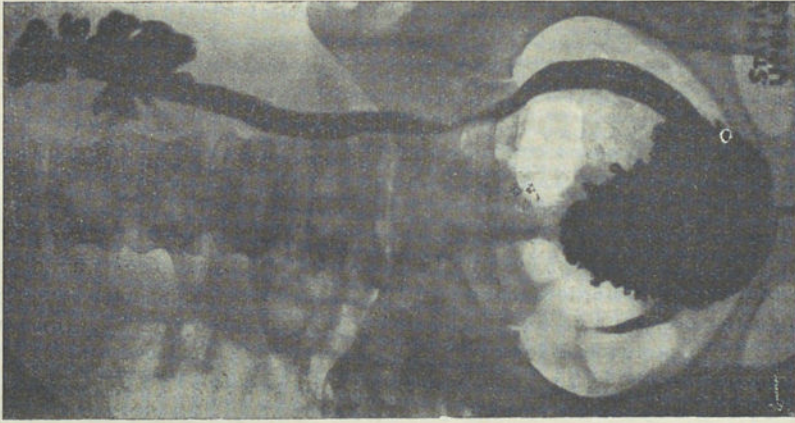


Fig. 3. — A mesma doente da fig. 2 depois da dilatação progressiva do colo. Melhoraria. Refluxo quasi nulo do lado direito.

afastadas (duas a três vezes de dia, uma só de noite) urinava com certa disúria, por vezes muito acentuada, piúria persistente e residuo oscilando entre 250 e 300 cc. Lavagens vesicais melhoraram um pouco a piúria.

Em Maio de 1928, a disúria é mais acentuada e o residuo vesical persiste (270 cc.).

A *cistoscopia* mostra então uma bexiga de colunas com baixo fundo fortemente distendido. Dos *O. U.* situados longe do colo, o direito, em fenda alongada e fechada, tem ejaculações intermitentes e elimina o carmim de indigo um pouco tardiamente (oito minutos) em fraca concentração.

O *O. U. E.* está aberto em fenda ovalar de lábios bambos como um opérculo átono, cujos bordos (sobretudo o superior) batem como uma bandeira ao vento e oscilam a cada pressão palpatória do rim esquerdo ou movimento respiratório profundo. Não se vê azul, só por vezes se entrevê a saída em remoinho, de líquido turvo. É o aspecto dos ureteros forçados nas retenções com cistite e *refluxo vesico-ureteral*. Com efeito uma pielografia mostra dilatação do uretero direito e a cistografia confirma o refluxo à esquerda. As lesões de cistite são acentuadas no vértice e sobretudo no trígono junto ao colo. No hipocôndrio esquerdo palpa-se o rim esquerdo grande e bosselado, duro, pouco doloroso, fixado. Pela fístula não reflue urina alguma. Embora a pesquisa de bacilos de Koch fôsse negativa, pensámos numa tuberculose renal bilateral (não esquecer a coxalgia), mais acentuada à esquerda, onde se originara o abcesso peri-nefrético e persistia o refluxo vesico-renal. Mas reconheço hoje que o residuo vesical estava ligado à esclerose inflamatória do colo, donde se originou o refluxo vesico-renal esquerdo e a infecção do respectivo rim, que acabou por se destruir.

A doente desapareceu. Só a tornei a ver cinco anos depois (Janeiro de 1933) com excelente estado geral, cicatriz lombar sempre fechada, micções afastadas, apenas as urinas um pouco turvas. Vinha só por causa de uma metrite ligeira com anexite esquerda.

Da quarta e última observação (do meu consultório, Maio de 1933) possuo algumas notas que têm interêsse por representarem uma etapa avançada, e já difícil de remediar, das conseqüências de uma doença do colo desconhecida e não tratada a seu tempo, antes do refluxo e das lesões bilaterais dos rins.

G. O., mulher de cêrca de 30 anos de idade, com longa história urinária *desde muito nova*, já vista e tratada por vários urologistas. Numerosas pielografias, exames de urina (bacilos de Koch sempre negativo), etc.

Queixa-se sobretudo de incontinência de urinas e por vezes crises febris de pielonefrite com dores, 39°, arrepios, vômitos, polaquiúria, piúria. De facto tem uma cistite intensa e tenaz, com micções às vezes todos os dez e quinze minutos dia e noite, o que a obriga a usar um aparelho. Só excepcionalmente, num período de melhoria, chegou a estar duas horas sem urinar.

A *cistoscopia*, extremamente difícil pela ausência de capacidade vesical,

só mostra uma bexiga de colunas com lesões de cistite predominantes em volta do *O. U. E.* com edema. Do lado direito, *O. U.* aberto.

A *cistografia* revela uma deformação diverticular à esquerda e um *refluxo do uretero direito*.

A *pielografia* (abrodil) mostra aos cinco minutos apenas algumas manchas de cálices do rim esquerdo. Aos vinte e aos quarenta e cinco minutos, *grande dilatação dos dois bacinetes e ureteros*, com melhor concentração à esquerda. Dilatações regulares (não moniliforme, como na tuberculose) quer do refluxo vesico-renal à direita, quer da ectasia acima do apêrto ureteral à esquerda.

A sua incontinência era só da cistite, não por insuficiência esfinteriana. E as lesões renais bilaterais, *não tuberculosas*, eram a consequência e a repercussão a montante, de uma cistite com retenção e tenesmo por lesão inflamatória do colo. Se quando a vi já não tinha resíduo vesical é porque, com o refluxo, a retenção passou da bexiga para o uretero, evolução que já tive ocasião de surpreender mais de uma vez e de que publiquei um exemplo no meu estudo sôbre patologia do rim único.

Deveria tentar-se ainda a ressecção do colo, associada ou não à do pre-sagrado; mas a doente recusa qualquer intervenção e não a torno a ver.

*Nota.* — Após esta comunicação tivemos ocasião de ver outro caso de doença do colo na mulher, cuja observação resumimos:

A. G, de 45 anos de idade. História de cistite rebelde há dois anos, com polaquiúria de uma hora de dia e meia hora de noite, piúria e ardor. Resíduo de 400 cc. Urina com muito mau cheiro. A-pesar da algaliação diária durante um ano e de lavagens vesicais, não melhora. É-me enviada em Dezembro de 1935. Todos os sinais de cistite de retencionista.

*Cistoscopia.* — Cistite difusa, aspecto granuloso, lesões mais acentuadas em tôrno do *O. U. E.* um pouco aberto (refluxo).

*Uretro-cistoscopia* (MAC CARTHY). — Colo grosso e infiltrado no contôrno posterior da vertente boleada.

*Operação.* — Sôb anestesia epidural: Ressecção do colo vesical com resectotomo de MAC CARTHY. O resíduo cai sucessivamente a 130, 120 cc. e depois a 80 cc. Sai para o Norte e só a voltamos a ver cinco meses depois. Micções de duas horas, urinas menos turvas, o resíduo caiu a 30 cc.

*Cistoscopia.* — Ambos os *O. U.* abertos. Cistite melhorada.

*Cistografia.* — Refluxo bilateral no têtço inferior dos dois ureteros, mas a função renal é boa (carmim: cinco a seis minutos), o estado geral muito melhorado e a doente já não é obrigada a algaliar-se desde que foi operada.

*Etiologia e patogenia.* — Quando se considera a múltipla etiologia do antigo sindroma de prostatismo e a que hoje melhor chamaríamos *sindroma de retenção de origem cervical* (ou para-cervical) vemos que há, de facto, duas variedades essenciais: a *congénita* e a *adquirida*.

À *congénita* pertencem: as *obstruções valvulares*, a *atrésia congénita da uretra*, a *hiperplasia do veru-montanu*, os *divertículos*, a *spina-bifida*, etc.

À *adquirida* pertencem, além dos tumores da próstata (adenomas e carcinomas) e lesões traumáticas da uretra, as seguintes modalidades:

Inflamatória ou esclerose do colo	}	Prostatite esclerosa. Apertos de uretra com esclerose da uretra posterior e do colo. Cistite cervical.
-----------------------------------	---	--

Neuro-muscular: Hipertonia do esfíncter (*spina bifida*).

Os chamados micro-adenomas (MARION, ZUCKERKANDL) são apenas um dos aspectos da hipertrofia da próstata, como BLATT ainda recentemente acentuava.

Na mulher, esta etiologia múltipla reduz-se naturalmente a duas hipóteses: uma congénita (*spina bifida*); outra adquirida (essencialmente inflamatória) tomando, ora a forma vegetante de cervicite poliposa, ora a de infiltração e esclerose.

As relações dos divertículos e da doença do colo, na mulher, estão mal estabelecidas (como, de resto, no homem). Se há doenças do colo susceptíveis de gerarem ou, pelo menos, de desenvolverem divertículos, também há divertículos (êsses congénitos) susceptíveis de, pela cistite, gerarem uma esclerose do colo, que, por sua vez, aumenta o divertículo ou forma outros.

As duas variedades de cervicite — *poliposa* e *indurativa* — não devem ser confundidas. A forma vegetante ou uretrite granulosa, cistite proliferante do colo, cistite papilar, etc., por que também é conhecida, abrange muitos casos de cistalgia.

JEAN DE SMETH (Bruxelas) chamou a atenção para a polipose do colo desde 1929 e voltou a insistir na sua frequência (quarenta casos) no Congresso de Londres (1933), citando os casos e publicações de RINALDO CASSANELLO (Pisa, 1908), HELLER (Berlim), NOGÜÉS (1923), HEITZ-BOYER (1932), etc.

DARGET (Bordéus) citou observações de retenção vesical na mulher por pólipos inflamatórios do colo (*Congr. da Ass. Fr. de Urol.*, Outubro de 1932) e sôbre o mesmo tema HORTOLOMEI e MIHALOVICI falaram no *Congr. Urol. de Paris* (Outubro de 1934). E ainda recentemente, na América, uma comunicação de JOHN

ORMOND (*Jour. of Urol.*, Maio de 1935) insistia na freqüência destas lesões cervicais, mais da vertente uretral que vesical, origem de polaquíúria, disúria, ardor, às vezes imperiosidade, emfim, hematúria. HUNNER, CAULK, BRANSFORD LEWIS, discutiram e acentuaram quanto eram freqüentes estas lesões de *uretro-trigone*, já conhecidas na Alemanha desde os trabalhos de EPSTEIN e OVTSCHINUOKOV (1931), MAEDA (1923), etc.

De resto, como já atrás deixámos dito, um dos doze casos de CAULK era de massas vilosas do colo.

São lesões de diagnóstico fácil, sobretudo com o uretro-cistoscópio, desde que se pense na sua possível existência e se conheça a patologia destes casos, tantas vezes etiquetados de cistite e cistalgia. Se chegam a gerar retenções (como nas observações de CAULK e DARGET, em que a retenção durava havia dois anos, obrigando a sondagens) impõem a cauterização. Assim, entramos nas *formas com retenção*, quasi sempre já com lesões infiltrativas.

A variedade mais interessante, por ser ainda pouco conhecida, pelos pontos obscuros da sua étio-patogenia, às vezes complexa, pela discussão das indicações terapêuticas, é a *esclerose do colo*, de que particularmente me ocupo hoje.

Que a sua natureza é *inflamatória*, mostram-no bem os exames histo-patológicos da maior parte dos casos publicados (o de PAPIN, o de FRIEDRICH, os de FONSECA, os de CAULK, o nosso, etc.). Assim, tudo o que possa gerar uma cistite persistente, é susceptível de determinar, pela infiltração indurativa do colo, uma rigidez que, ou por obstáculo mecânico ou pela disfunção, gera perturbações da sinergia entre a acção do *detrusor* e a do *esfincter*, levando à retenção. Esta mantém e agrava a cistite e assim se estabelece o círculo vicioso de que, por fim, os refluxos e a infecção ascendente, não são senão as conseqüências tão lógicas como desastrosas.

É por isso que estas escleroses do colo se vêem consecutivas às irritações repetidas a que o cateterismo post-operatório (e as infecções dêsse cateterismo) podem expor, como no caso de PAPIN e na minha observação I. Outras vezes estão ligadas a pielites, a infecções colibacilares, a divertículos e à própria tuberculose reno-vesical.

No homem, publiquei já uma observação de retenção vesical

seguida de refluxo, consecutiva a tuberculose vesical. Embora a etiologia seja especial, o mecanismo patogénico é o mesmo — infiltração e esclerose do colo.

É preciso, pois, em todos os casos de cistite prolongada e rebelde, na mulher, procurar a existência de residuo e, *com o uretro-cistoscópio* (o cistoscópio não basta), explorar o colo vesical, a sua forma, a sua contracção. É baseado no duplo aspecto, anatómico e funcional, que o diagnóstico de *disectasia* do colo se pode pôr precocemente.

O aspecto menos bem esclarecido da patogenia destas retenções é o papel da *spina bifida*.

Em primeiro lugar, êsse ponto de observação, mesmo negativo, nem sempre é referido. Assim, se nas quatro observações que hoje aqui demos, havia seguramente *spina bifida* em duas, nas vinte e oito observações que colhi na literatura, só encontro referência a essa malformação na observação de RAVASINI e outra de VAN HOUTUM. Já aludimos à primeira; vale a pena resumir também esta última.

Observação de VAN HOUTUM (de Haia), *Congr. Fr. Urol.* Outubro de 1934.

Mulher de 29 anos de idade. Disúria desde a infância. Micção difficil, lenta, freqüente e incontinência nocturna. Aos 24 anos retenção de 1,5 a 2 litros. *Spina bifida* sem lesões medulares. Em VI-933, mau estado geral. Azotemia, 1,70. Infectada. Ureteres dilatados, bem como bacinete e cálices. O tratamento é conduzido em três etapas:

1.ª algália permanente; 2.ª algaliações regulares; 3.ª *cautery-punch* à CAULK, no bordo posterior do esfincter do colo, em duas applicações.

Após a primeira, o residuo cai a 250 cc.; após a segunda, residuo 0. Mas o estado renal continua precário. Poliúria persistente e densidade das urinas 1010.

Que a *spina bifida*, porém, é freqüente e deve constituir um factor predisponente, mostram-no não só já estes quatro casos averiguados, como os que CAULK encontrou nas crianças. Assim, nos dezassete casos de *doença do colo nas crianças*, dos quais seis eram do sexo feminino, CAULK notou cinco *spina bifidas* e três divertículos. E não admira que estas lesões congénitas gemem logo na infância perturbações vesicais.

Mas a prova de que a *spina bifida*, nestes casos, não representa, só por si, tôda a etiologia, está no facto de que, ressecado o colo, desaparecem as retenções.

LISBOA MÉDICA



# Cardiazol «Knoll»

tónico da circulação e respiração

nas perturbações circulatorias  
com insuficiencia respiratoria,  
estados de esgotamento, etc.

Comprimidos — Empôlas — Liquido



KNOLL A.-G., Ludwigshafen s. o Rheno.

---

**AUROTHERAPIA  
DA  
TUBERCULOSE**

por via intravenosa

**CRISALBINE**

TIOSULFATO DUPLO DE OURO E DE SODIO

(titulando 37% de ouro metal)

AMPOLAS DOSEADAS A :

0 GR. 05 • 0 GR. 10 • 0 GR. 15

0 GR. 20 • 0 GR. 25 • 0 GR. 50

DE PRODUTO PURO CRISTALISADO

por via intramuscular  
ou sub-cutanea

**MYOCHRYSINE**

AUROTOMALATO DE SODIO

(titulando 50% de ouro metal)

SOLUÇÕES AQUOSAS - SUSPENSÕES OLEOSAS

PARA CADA APRESENTAÇÃO :

AMPOLAS DOSEADAS A : 0 GR. 01 • 0 GR. 05

0 GR. 10 • 0 GR. 20 • 0 GR. 30 • 0 GR. 50

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

**SPECIA**

MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE

21, RUE JEAN GOUJON • PARIS



Três crianças com *spina bifida* foram operadas por CAULK. Removido o obstáculo com o *punch*, curaram-se.

Três mulheres com síndrome do colo e *spina bifida*, uma doente de RAVASINI, outra de VAN HOUTUM, outra nossa, curaram-se com a ressecção do colo; uma por talha (NICOLICH), outra com *punch* (VAN HOUTUM), outra por ressecção diatérmica (R. SANTOS).

De resto, como era de esperar, no homem também se tem encontrado *spina bifida* associada à doença do colo.

Vários a têm assinalado. LASIO (Congr. de Londres, 1933) cita também um caso, reconhecendo aliás obscuridades no mecanismo da sua acção. Sendo, porém, notada nessa observação a coincidência duma miomatose do colo, explica-se esta como hipertrofia de compensação do aparelho muscular cervical, destinada a suprir as deficiências de *tonus* do sistema esfinteriano (êste de origem neurógena), o que é uma hipótese.

LANGWORTHY e JOHN DEES, que muito recentemente estudaram as perturbações vesicais na *spina bifida* (*Jour. of Urol.*, Fevereiro de 1936, pág. 213), insistem nos diferentes graus de repercussão neurológica que o envolvimento, tanto das raízes sagradas posteriores como das motrizes, pode gerar. O que se compreende é a maior susceptibilidade dêstes doentes, sujeitos a responderem com reflexas mais vivas e contracturas mais duradouras, a estímulos de ordem irritativa que outras bexigas teriam tolerado... e esquecido. Daí a frequência do síndrome retencionista na *spina bifida*: na criança, por contractura ou hipertonidade do esfíncter; nos adultos, por um mecanismo primeiro neuro-muscular, depois inflamatório, nos casos em que a maior irritabilidade do *tonus* transformou uma simples retenção ocasional numa contractura prolongada que, acompanhada de cistite, gera depois a infiltração e a esclerose do esfíncter. Emfim, instala-se a retenção com as suas várias modalidades clínicas: distensão, divertículos adquiridos, refluxo vésico-renal, uni ou bilateral.

Em resumo, a *spina bifida* pode, ou só por si, e então na infância, gerar contracturas ou espasmos (retenção) — são os casos de natureza neurogênea; ou ser apenas um factor predisponente que uma acção irritativa, podendo surgir na idade adulta com um cateterismo ou uma infecção, transforma numa retenção e, pela cistite, numa esclerose do colo.

Para terminar êste esboço etiológico da *doença do colo* na mulher, quero chamar a atenção dos urologistas e particularmente dos pediatras para a existência, e até, ao ver certas estatísticas, para a freqüência das *doenças do colo* na criança, cujas lesões estabelecem definitivamente a realidade da variedade congênita que a história de tantos doentes, desde a observação clássica de MERCIER (1834), já deixava entrever e em que MARION com razão insiste.

MERIDETH CAMPBELL (*Jour. of Urol.*, Maio de 1935) reüniu, só com a sua experiência, *cento e sessenta e quatro casos*, dos quais quarenta e oito por formações valvulares. Vinte e nove foram operados por ressecção transuretral. O mais novo, examinado aos três meses, foi operado de *punch* aos quatro meses. E já tinha um resíduo e bexiga de colunas!

Já aludi às dezassete observações de CAULK referidas na mesma sessão, seis raparigas e onze rapazes. Onze operados: nove por *punch* (modelo infantil) e dois por talha. E já disse como, entre os factores etiológicos, cinco vezes figurava a *spina bifida*.

O estudo destas *disectasias* na criança é susceptível de esclarecer o seu mecanismo nos adultos, como o chamar a atenção dos ginecologistas para a *doença do colo* na mulher, pode permitir reconhecê-la muito mais cedo, antes da cistite rebelde ou das complicações graves, como a pielite, ou mesmo irremediáveis, como será a maior parte das vezes o refluxo.

*Sobre a sintomatologia e diagnóstico*, não tenho que insistir. Nos casos avançados é o quadro do prostatismo, desta vez verdadeiramente sem próstata...

Disúria, polaquiúria, ardor final, urinas turvas, por vezes hemáticas, emfim, *tôdas as variedades de retenção*; completa ou incompleta, com ou sem distensão. Não esquecer que a incontinência, que muitos doentes acusam e é facilmente atribuída a causas ginecológicas (prolapsos, etc.), é muitas vezes falsa incontinência; são antes regurgitações de distendidas ou polaquiúria intensa de cistite. O que é fundamental é a exploração urológica e, como acentua CAULK, contar com aspectos cistoscópicos antes discretos. É, sobretudo, a uretro-cistoscopia, com o BUEGGER ou o MAC CARTHY, que melhor permite estudar o aspecto anatómico do colo, as irregularidades, a sua elevação angular, a

acentuação das duas vertentes uretral e vesical, que normalmente se continuam de maneira mais esbatida, menos abrupta. Emfim, o estudo da sua função, rigidez e falta de elasticidade quando, observando o colo, se convida o doente a contraí-lo para urinar.

A *cistografia*, se não é um meio directo de diagnóstico da própria lesão, permite, porém, ver os divertículos congénitos ou adquiridos e, sobretudo, os refluxos que a complicam.

O *tratamento* pode resumir-se em poucas palavras: *é a excisão total ou parcial do colo, por via hipogástrica ou endo-uretral.*

FONSECA, PAPIN e NICOLICH excisaram por talha *todo o colo* à maneira de MARION; FRIEDRICH fêz, também por talha, uma *ressecção em cunha* à RUBRITIUS, embora do contôrno anterior com receio da proximidade da vagina.

Na maior parte das restantes observações que coligi, a ressecção do colo (então parcial) foi feita *por via endo-uretral*, ora por *punch*, como nos casos de CAULK, VAN HOUTUM e M. CAMPBELL, ora por ressecção exclusivamente *diatérmica* (aparelho de MAC CARTKY) como na nossa observação.

De facto, é esta última técnica a que nos parece preferível, já pela sua maior precisão e benignidade, maior ainda na mulher que no homem, já pela tendência à fistulização prolongada que mostra a talha nas pielonefrites. E na esclerose do colo há que contar, enquanto o diagnóstico se fizer tardiamente, com a complicação dos refluxos e respectiva infecção renal.

No dia em que redigimos estas notas, após a comunicação, voltámos inesperadamente a ver a doente, objecto da primeira observação, com uma crise de retinite albuminúrica. Todavia, a bexiga *continua a esvaziar-se completamente*, como após a operação. É, porém, a pielonefrite e o refluxo que, embora possam melhorar, quasi nunca retrocedem de todo, com a excisão do colo. Assim, os elementos essenciais de prognóstico, como o sucesso duradouro da terapêutica, estão ligados à precocidade do diagnóstico.

Estas notas têm precisamente por fim chamar a atenção dos urologistas, ginecologistas e pediatras para um síndrome cujo conhecimento, na mulher como na criança, me parece pouco divulgado ainda.

O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL  
PELA  
IRRADIAÇÃO DOS SEIOS CAROTIDIANOS

POR

J. MONIZ DE BETTENCOURT

e

M. CÔRTE-REAL

Assistente da Faculdade de Medicina  
Interno dos Hospitais

Assistente de Radiologia dos Hospitais

A pressão sanguínea arterial (1), quando medida em circunstâncias análogas, apresenta normalmente um valor bastante constante. Deve-se êste facto ao funcionamento de um sistema regulador de grande precisão, que evita, dentro de certos limites, os desvios no sentido hipertensivo ou hipotensivo. Na aorta e nos seios carotidianos encontram-se receptores nervosos especiais, cuja acção é primacial nesta regulação.

O tono dos nervos de CYON e de HERING que, como é sabido, partem da aorta e dos seios carotidianos, é devido a estímulos de natureza mecânica e a estímulos de natureza humoral.

A zona reflexogénea carotidiana é constituída essencialmente por duas partes: o seio carotidiano, isto é, a região de bifurcação da carótida primitiva, em especial a porção inicial dilatada em ampola da carótida interna, e o glomo, glomérulo ou corpúsculo carotidiano, pequeno órgão globoso de situação juxta-vascular.

O estímulo mecânico da pressão sanguínea actua sôbre os grossos ramos arteriais da bifurcação da carótida primitiva. O aumento localizado da pressão sanguínea provoca reflexamente hipotensão generalizada; a diminuição local de pressão tem o efeito inverso.

---

(1) Empregamos indiferentemente as expressões «pressão sanguínea arterial» e «tensão arterial», como é de uso corrente, embora na realidade se trate de noções distintas sob o ponto de vista físico.

# NEO=PLASTINA

## SEIXAS=PALMA



*Emulsão aséptica de lecitina e luteínas em soro fisiológico*



*Este preparado não provoca reacção*

EM CÂIXAS DE  
 10 ampolas de 1,5 c.c.  
 6 " " 5 " "

# NEO-PLASTINA

## SEIXAS-PALMA

*Emulsão aseptica de lecitina e luteínas em soro fisiológico*

**Este preparado não provoca reacção**

**Receitae a**

## NEO-PLASTINA

## SEIXAS-PALMA

Em caixas de 10 ampolas de 1,5 c. c.

» » » 6 » » 5 » »

**Porque é**

DE ASEPSIA GARANTIDA  
DE FABRICAÇÃO SEMPRE RECENTE  
DE APLICAÇÃO INDOLOR  
PRODUCTO PORTUGUÊS  
O MAIS ECONOMICO DOS CONGÉNERES

---

---

TODOS OS EX<sup>mos</sup> CLINICOS PODEM REQUISITAR AMOSTRAS AOS NOSSOS DEPOSITARIOS:  
VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, L.<sup>da</sup> Rua da Prata, 237 — LISBOA  
LOURENÇO FERREIRA DIAS, L.<sup>da</sup> — Rua das Flores, 153 — PORTO

---

---

A compressão exterior dos seios carotidianos tem, na maioria dos casos, efeito semelhante ao do aumento de pressão endocarotidiana. A oclusão das carótidas primitivas produz o reflexo inverso, pela diminuição da pressão intrasinual que provoca. Compressão do bulbo da carótida e oclusão da carótida ou carótidas primitivas são processos que têm sido empregados com o fim de estudar clinicamente, no Homem, os reflexos de HERING.

Na realidade, não existe sempre paralelismo de acção entre a compressão dos seios carotidianos e a sua distensão por aumento de pressão interna. É facto verificado experimentalmente, nos animais, por vários autores, e que um de nós teve também ocasião de observar. Por isso recomenda-se como processo clínico mais fiel, e por assim dizer mais fisiológico, a compressão da carótida ou carótidas primitivas, de preferência à compressão da bifurcação do vaso. Mas neste processo há outra causa de erro. A tracção da carótida primitiva no sentido da sua origem determina prontamente um reflexo hipotensor (reflexo de SOLLMANN-BROWN). Pode ser difícil comprimir a artéria sem ao mesmo tempo exercer uma ligeira tracção, e assim o reflexo hipertensor produzido pela oclusão é falseado ou mesmo invertido, observando-se hipotensão.

Fazendo a compressão dos seios através dos tecidos superficiais, nota-se também às vezes inversão do reflexo, agora por hipertensão, o que alguns pretendem explicar admitindo que nesses casos não se comprime de facto o seio carotídeo, mas sim a carótida primitiva.

São estímulos humorais da zona reflexogénea, as variações da composição do sangue que circula no glomo carotídeo e nos *vasa-vasorum* das carótidas (DANIELOPOLU) e possivelmente ainda a secreção (adrenalínica ?) das células do glomo (ARA e SACCHI). A tendência para alcalose sanguínea, um excesso de oxigénio no sangue, a adrenalina, actuam no mesmo sentido que a hiperpressão carotidiana e provocam reflexos hipotensores. Pelo contrário, a tendência para a acidose, um excesso de CO<sub>2</sub> no sangue, actuam no sentido oposto.

A excitabilidade das terminações nervosas é ainda influenciada pelas condições térmicas. ZBYSEWSKI verificou que o aquecimento local tem um efeito depressor e que o arrefecimento produz a acção inversa.

O tono do nervo de HERING é exclusivamente para-simpático para HERING e HEYMANS, ao passo que para DANIELOPOLU é anfortópico de predomínio para-simpático.

A excitação dos nervos de HERING produz por um lado vasodilatação, por outro lado uma depressão da actividade cardíaca: bradicardia, diminuição da força de contracção (TOURNADE). Além disso, parece que diminue também o débito coronário (STELLA, etc.).

GAVAZENNI, estudando, no Homem, a acção da compressão dos seios carotidianos, observou uma diminuição da velocidade circulatória, paralela à diminuição de frequência do pulso. Encontrou também aumento moderado do volume sanguíneo circulante, ao passo que FREEMAN notou diminuição dèste por excitação dos nervos presso-receptores.

Segundo HEYMANS, BOUCKAERT, DAUTREBANDE, os reflexos determinados por oclusão das carótidas primitivas determinam hipertensão sobretudo por aumento do tono vascular no território do esplâncnico. Ao mesmo tempo há retardo circulatório a jusante dos vasos em hipertonia, ao passo que a montante, como consequência do estabelecimento de curtos circuitos, se verifica uma aceleração da circulação. Como resultado da estase capilar, diminue o volume do sangue circulante e por isso diminue também o volume cardíaco por minuto, a-pesar do aumento da velocidade circulatória (determinação directa no animal).

A supressão do tono para-simpático ou de predomínio para-simpático dos nervos de CYON e de HERING, realizada pela secção dos troncos nervosos, determina um predomínio do tono simpático, que se manifesta nos animais de experiência por hipertensão permanente (HERING, KOCK, HEYMANS e BOUCKAERT) (1). A secção de parte dos nervos presso-receptores é insuficiente para determinar hipertensão persistente, noção clássica recentemente confirmada por LERICHE. Portanto, é de admitir que a diminuição

---

(1) Recentemente tem sido contestada a permanência do estado hipertensivo. Alguns autores encontraram pressão normal em Cães, cujos nervos presso-receptores tinham sido seccionados bastantes meses antes. Não há unanimidade sôbre a significação dèstes factos. (KOCK, HEYMANS e BOUCHAERT, DE GROAT, GREEN e MC DONALD, GREEN e DE GROAT).



patológica do tono dos nervos presso-receptores deve produzir hipertensão, quando atinja simultaneamente os quatro nervos.

Lesões aórticas e sinocarotidianas simultâneas, ateromatosas ou de outra natureza, devem produzir uma diminuição do tono frenador de origem mecânica. A rigidez das tûnicas internas do vaso deve dificultar a distensão das paredes pelo sangue, impedindo a excitação das terminações nervosas, que se encontram na adventícia (F. DE CASTRO). SUNDER PLASSMANN e GOORMAGHTIGH observaram esclerose da aorta e dos seios carotidianos na autópsia de hipertensos, mas outros autores (HASSELBACH) contestam a freqüência destas lesões. É certo que nos doentes ateromatosos, em que há endurecimento das carótidas, os reflexos de compressão dos seios carotidianos não estão, em regra, diminuídos, mas sim freqüentemente exagerados, facto que nós próprios temos tido ocasião de observar algumas vezes. Mas SUNDER PLASSMANN explica êste facto, na aparência paradoxal, fazendo notar que as terminações nervosas da adventícia, intactas a-pesar da esclerose das tûnicas internas, são facilmente excitadas pela compressão de encontro a essas tûnicas internas endurecidas.

A diminuição do tono para-simpático pode também resultar de alterações da composição do sangue, generalizadas ou localizadas às zonas reflexogêneas. A esclerose dos vasos finos, das arteríolas, dos *vasa-vasorum* das próprias zonas reflexogêneas, pode desempenhar um papel importante, criando condições de deficiente irrigação, com as suas conseqüências sôbre a composição humoral. Uma obstrução mais ou menos completa dêstes vasos provocará acumulação local de CO<sub>2</sub> e tendência ao abaixamento do pH, donde hipertensão reflexa. O equilíbrio restabelecer-se-á, a um nível mais alto, pela acção da hipertensão agindo mecânicamente no bulbo da carótida e na aorta.

Além disso, há ainda a considerar, de acôrdo com a hipótese de ARA, a possibilidade de uma diminuição da secreção do glomo carotidiano e portanto da sua acção tónica sôbre as terminações nervosas.

Não queremos com isto dizer que, em todos os casos, a hipertensão arterial resulte de uma insuficiência primitiva das zonas reflexogêneas. O mecanismo regelador da pressão está porém, pelo menos, *débordé*, na expressão de BÉNARD e MERKLEN. ¿ Existirá, nos casos sem lesão anatômica demonstrável nas zonas

reflexogéneas, diminuição funcional da sua actividade frenadora? Quere dizer: ¿é condição constante, nos estados de hipertonía, o hipofuncionamento, primitivo ou não, dos nervos presso-receptores?

Se na hipertensão arterial houvesse sempre e exclusivamente a diminuição do tono reflexo aórtico-carotidiano, a doença devia acompanhar-se das modificações circulatórias que se produzem nos reflexos hipertensivos de origem carotidiana e a que atrás fizemos referência: taquicardia, estase periférica, diminuição do volume sanguíneo circulante, aceleração sanguínea central. De facto, na opinião corrente, a causa principal do aumento patológico da pressão arterial é um aumento do tono vascular em extensos territórios arteriolares; mas, além disso, nos estados patológicos de hipertensão arterial, o estado circulatório é influenciado por outros factores, dizendo respeito sobretudo ao estado renal e cardíaco.

Nalguns hipertensos existe taquicardia, mas noutros há, pelo contrário, bradicardia. HENRI BÉNARD e F. P. MERKLEN procuram explicar estes últimos casos, admitindo como possível uma lesão electiva das fibras hipotensoras das zonas reflexogéneas, com persistência de actividade das fibras cardio-moderadoras. Com efeito, comprovaram que é diversa a cronaxia dos reflexos hipotensores e cardiomoderadores de origem sinocarotidiana, o que, segundo LAPICQUE, significa que sequeem fibras nervosas de calibre diferente.

Nos hipertensos, o volume sanguíneo circulante pode ser normal, estar aumentado ou diminuído (WOLLHEIM, LAUTER, DOUGLAS e BORDOLI, ALVAREZ e BLASCO, etc.). Nos doentes em que mais seria de esperar que a origem do aumento de pressão residisse numa deficiência dos mecanismos frenadores (exagêro do reflexo pela compressão da bifurcação carotidiana, ausência do reflexo pela compressão da carótida primitiva, taquicardia), MIES (citado por DOUGLAS e BORDOLI), não encontrou modificação sensível do volume sanguíneo circulante.

A velocidade circulatória dos hipertensos pode ser normal, estar aumentada ou diminuída. Divergem as opiniões sôbre a influência do aumento das resistências periféricas na velocidade circulatória (WEISS, WINTERNITZ, LESCHKE, KAHLER, BLUMGART), mas todos concordam que a insuficiência cardíaca é o factor mais

importante da diminuição da velocidade circulatória nos hipertensos.

A jusante dos vasos em hipertonia produz-se insuficiente circulação, o que acarreta perturbações da nutrição dos tecidos. Por outro lado, o aumento da pressão sanguínea a montante vai repercutir-se na actividade cardíaca, e verosimilmente no estado das artérias de grande e médio calibre. Assim, NORDMANN, GOORMAGHTIGH, RÉGNIERS e outros, verificaram que a hipertonia arterial, produzida experimentalmente em Cães, por secção dos nervos de CYON e de HERING, se complica rapidamente de hipertrofia cardíaca, ateroma aórtico e de alterações dos glomérulos renais, conduzindo à esclerose renal.

Nos estados patológicos de hipertensão arterial tenta-se muitas vezes reduzir a pressão exageradamente alta. Com êste fim, recorre-se a medidas higieno-dietéticas, à administração de medicamentos de acção hipotensora e, mais raramente, a outros processos (radioterapia suprarrenal, etc.). Os fârmacos hipotensores actuam, provavelmente, facilitando os reflexos depressores aórtico-carotidianos, pois que perdem tôda a sua actividade depois da secção dos nervos presso-receptores (DAUTFEBANDE).

CARULLA, QUERALTO e GONZALEZ experimentaram combater a hipertonia pela excitação terapêutica dos seios carotidianos. Tendo ensaiado vários processos (fricção da pele, injecções locais) chegaram à conclusão de que o processo mais activo é o da aplicação local de raios X, e mostram-se entusiasmados com os resultados obtidos. THÉODORESCO, STOENESCO e VISINÉANU (cit. por BÉNARD e MERKLEN), pelo contrário, não obtiveram efeitos favoráveis. Mais tarde SORRENTINO experimentou a diatermia, tendo observado resultados animadores.

Empregámos o tratamento radioterápico em doze doentes hipertensos. A técnica de aplicação dos raios X, que utilizámos, aproxima-se daquela que vem indicada nos trabalhos de CARULLA, QUERALTO e GONZALEZ. Administrámos em cada sessão a dose de 50 r. internacionais, medidos com o dosimetro de HAMMER, indicada como dose óptima por aqueles autores. Segundo êles, doses superiores produziriam um aumento de pressão, quasi constantemente, ao passo que doses inferiores possuiriam uma acção hipotensiva menos duradoira do que aquela que era obtida após a aplicação de 50 r. O intervalo entre cada duas sessões foi sem-

pre de três a quatro dias. Em cada sessão foi irradiado um campo, sendo na sessão seguinte irradiado o campo do lado oposto. Em relação ao mesmo campo, os intervalos foram portanto de sete dias. Segundo CARULLA RIERA, QUERALTO e GONZALEZ, sessões próximas teriam o inconveniente da acumulação das doses, o que daria um resultado semelhante ao que se observa após a administração de doses superiores a 50 r. em uma sessão única.

A tensão empregada foi de 190 kv. e a intensidade de 4 mA., com uma filtração de 0,5 mm. de Cu e uma distância foco-pele de 30 cm.

As portas de entrada utilizadas correspondem à bifurcação da carótida primitiva, de modo a abrangerem o seio carotidiano. É fácil localizar, tomando como limite superior do campo o ângulo do mandibular. A dimensão dos campos irradiados foi de  $6 \times 8$  cm.

#### CASOS CLÍNICOS (1)

OBSERVAÇÃO I. — José R. P., de 50 anos de idade, casado, empregado comercial. Hemiparesia direita, vertigens, insónias. Nictúria. Endurecimento das artérias periféricas, aortite, hipertrofia do ventrículo esquerdo. Hipertensão resistente ao repouso, à dieta e à medicação.

Ureia no sangue: 0,45 grs.  $\frac{0}{100}$ ; indicanémia: 1,6 mgrs.  $\frac{0}{100}$ ; reacção xantoproteica fracamente positiva; creatinina: 4,2 mgrs.  $\frac{0}{100}$ ; WASSERMANN negativo, mesmo após reactivação. Urina: densidade 1015, vestígios de albumina.

OBSERVAÇÃO II. — Guilhermina R. S., de 61 anos de idade, casada, doméstica. Cefaleias. Colite crónica. Sífilis tratada. WASSERMANN actualmente negativo. Ureia no sangue: 0,34  $\frac{0}{100}$ ; na urina, vestígios de albumina.

OBSERVAÇÃO III. — Joaquina O. M., de 58 anos de idade, casada, doméstica. Vertigens, afrontamentos, diversas perturbações vasomotoras.

Por vezes crises de falta de ar. Endurecimento das artérias periféricas; aortite.

Ureia no sangue: 0,25 por  $\frac{0}{100}$ ; WASSERMANN negativo. Urinas normais.

OBSERVAÇÃO IV. — Copérnico S. S., de 20 anos de idade, solteiro, corticeiro. Sífilis. Esclerose intersticial generalizada em ambos os pulmões. Aortite

---

(1) Aos nossos colegas e amigos XAVIER MORATO e HENRIQUE NINY agradecemos os doentes que nos enviaram.

(sôpro sistólico sôbre o esterno, 2.º tom aórtico reforçado, opacidade exagerada e acentuação do arco aórtico na radioscopia).

Ureia no sangue: 0,25 grs.  $\frac{0}{100}$ ; WASSERMANN actualmente negativo. Urinas normais. Análise de expectoração para pesquisa do bacilo de KOCH, negativa.

OBSERVAÇÃO V. — Alfredo B., de 56 anos de idade, solteiro, desempregado. Há alguns meses, hemiplegia esquerda, que regressou. Cefaleias. Arteriosclerose periférica muito acentuada (radial em traqueia de pato). Hipertrofia e dilatação do ventrículo esquerdo. Tons cardíacos apagados. Bronquite crónica.

Ureia no sangue: 0,55 grs.  $\frac{0}{100}$ ; WASSERMANN negativo. Na urina há vestígios nítidos de albumina.

OBSERVAÇÃO VI. — Maria J. G., de 62 anos de idade, doméstica, casada. Cefaleias. Palpitações. Crises de taquicardia paroxística. Aortite. Hipertrofia do ventrículo esquerdo. Mediastinite. Esclerose pulmonar bilateral de predomínio no vértice esquerdo.

Ureia no sangue: 0,45 grs.  $\frac{0}{100}$ ; WASSERMANN negativo. Urina: vestígios de albumina. Análise de expectoração negativa para o bacilo de KOCH.

OBSERVAÇÃO VII. — Guilhermina N., de 58 anos de idade, doméstica, casada. Cefaleias, vertigens, perturbações visuais. Dispneia de esforço. Anemia de tipo secundário. Sífilis (?). Aortite. Hipertrofia do ventrículo esquerdo. Estase da pequena circulação. Hemoptises.

Ureia no sangue: 0,65 grs.  $\frac{0}{100}$ ; WASSERMANN negativo. Urina: densidade 1017, vestígios de albumina, cilindros hialinos.

Hipertensão resistente à dieta e à medicação.

OBSERVAÇÃO VIII. — Casimira A., de 33 anos de idade, doméstica, casada. Nefropatia pelo sublimado, há dezanove anos. Hipertrofia e dilatação do ventrículo esquerdo. Crises de edema pulmonar agudo. Hipertensão resistente à dieta e à medicação.

Ureia no sangue: 0,66 grs.  $\frac{0}{100}$ . Na urina há 0,90 grs. de albumina.

OBSERVAÇÃO IX. — Delfina C., de 37 anos de idade, solteira, doméstica. Cansaço. Diminuição de fôrça muscular no braço esquerdo. Nictúria. Emagrecimento. Falta de apetite. Segundo tom aórtico reforçado. Passado ginecológico acidentado, que não relacionamos com o acidente actual.

Ureia no sangue: 0,27 grs.  $\frac{0}{100}$ . Urina: densidade 1016, vestígios de albumina, algumas hematias.

OBSERVAÇÃO X. — Rafael L., de 45 anos de idade, solteiro, pintor. Vertigens, palpitações, cansaço, dispneia de esforço. Aorta dilatada e mais opaca que o normal. Hipertrofia e dilatação do ventrículo esquerdo.

Ureia no sangue: 0,35 grs.  $\frac{0}{100}$ ; WASSERMANN ++++. Urina: vestígios de albumina.

OBSERVAÇÃO XI. — Júlia R., de 57 anos de idade, casada, doméstica. Tem tido crises de uremia crónica, com sonolência acentuada. Actualmente refere cefaleias, insónias, perturbações visuais, nictúria. Aorta dilatada e mais opaca que o normal. Grande dilatação do ventrículo esquerdo. Hipertensão particularmente renitente.

Ureia no sangue: 0,60 grs.  $\frac{0}{100}$ . Urina: densidade 1010; albumina doseável, cilindros hialinos, algumas hemátias.

OBSERVAÇÃO XII. — José M., de 45 anos de idade, casado, fogueiro. Ausência de sintomas subjectivos. Nictúria. Alargamento da área cardíaca para a esquerda. Refôrço do segundo tom aórtico.

Ureia no sangue: 0,55 grs.  $\frac{0}{100}$ . Urina: densidade 1015, vestígios de albumina.

As determinações de pressão foram feitas com o oscilómetro de PACHON, estando os doentes deitados e em repouso. Para o mesmo doente, as pressões foram sempre medidas com o mesmo aparelho.

Para estudar as modificações do estado circulatório sob a influência das irradiações dos seios carotídeos e em particular as possíveis repercussões cardíacas, procurámos obter dados tanto quanto possível sensíveis e objectivos, recorrendo à determinação do tempo de circulação pela injeccção intravenosa de *Decholina* (1). Utilizámos 3 cc. do produto. Não observámos qualquer acção desagradável para o doente, excepto num caso em que a injeccção foi seguida de vómitos. Consideramos útil a recomendação de WINTERNITZ, que aconselha esperar algum tempo entre a punção venosa e a injeccção, para evitar influências psíquicas (2).

Na apreciação dos resultados obtidos, consideraremos as modificações observadas na pressão arterial e no estado circulatório, em relação a uma sessão isolada e no conjunto do tratamento.

*Dum modo geral*, imediatamente depois da irradiação notou-se (quadro I) abaixamento da pressão sanguínea, sobretudo da pressão máxima. Em alguns doentes, medimos a pressão de hora a

---

(1) A casa Riedel pôs ao nosso dispor, para estas determinações, um número elevado de ampolas, o que agradecemos.

(2) Na dose empregada não observámos qualquer acção da droga, prejudicial para a avaliação dos resultados. Não obstante, estabelecemos entre as determinações do tempo de circulação e a irradiação, um espaço de tempo suficiente para evitar qualquer êrro.

hora, nas cinco horas seguintes à irradiação, tendo observado que a pressão desceu imediatamente ou nas horas seguintes, para subir depois (quadro II). No intervalo das irradiações, a pressão subia, mas, em regra, não chegava a atingir o nível primitivo, e voltava a descer com a nova irradiação. Finalmente estabilizava-se (quadro III) a um nível em geral inferior ao inicial, mas superior àquele que se encontrou depois da última irradiação. Nos doentes que pudemos seguir depois de terminado o tratamento, observámos persistência, durante algum tempo, dos resultados obtidos, e mais tarde tendência progressiva para subida de pressão.

Nem sempre, porém, as coisas se passaram assim: num doente (obs. V) a pressão subiu depois da irradiação. Neste caso houve, porém, abaixamento de pressão considerando o conjunto do tratamento.

O efeito hipertensivo produzido pela irradiação pode aproximar-se da inversão dos reflexos carotidianos por compressão que muitos autores têm descrito, e parece indicar que a inversão do reflexo por compressão não se deve atribuir sempre a uma má localização do ponto comprimido. De acôrdo com os resultados de CARULLA, QUERALTO e GONZALEZ, pode admitir-se que, em determinadas circunstâncias, os seios carotidianos são hipersensíveis aos raios X e reagem à dose de 50 r. com o efeito que habitualmente só se obtém com doses superiores.

Ao contrário do que referem os autores espanhóis nas suas publicações mais recentes, contando o pulso antes e depois da irradiação, verificámos, na maioria dos casos, diminuição de frequência; mas outras vezes a frequência do pulso não se modificou e raras vezes houve aceleração.

Conservando uma certa relação com a bradicardia, notámos aumento do tempo de circulação imediatamente depois da acção dos raios X (quadro I), aumento que também não foi constante. No conjunto do tratamento, o estado circulatório, apreciado pelo exame clínico e pela medição da velocidade sanguínea (quadro III) não mostrou modificações sensíveis. Em alguns casos, o tempo de circulação encontrado no final do tratamento é menor que o do início. As pequenas variações encontradas não devem porém ter grande significação.

Alguns doentes acusaram acentuada sensação de bem-estar

QUADRO I

Observação N.º	Lado irradiado	Antes da irradiação					Imediatamente após a irradiação				
		Pressão arterial			Pulso	Tempo de circul.	Pressão arterial			Pulso	Tempo de circul.
		Mx.	Mn.	I. o			Mx.	Mn.	I. o.		
I	Direito	22	11	4	92	17	21	11	7	90	18
IV	Esquerdo	17	7,5	5,5	90	—	16	7,5	5	84	—
IV	Direito	16	7,5	4,5	66	—	16	7,5	4,5	82	—
V	Esquerdo	30	11	7,5	68	20	26,5	11	9	60	21
V	»	23	11	6,5	66	—	21,5	9	5	60	—
V	Direito	22	10	3,5	66	—	23	10	4	60	—
V	Esquerdo	20	9	4	67	20	22	9	4	60	23
V	»	22	9	4,5	68	21	21	9	3	61	23
VI	Direito	21	10	5,5	84	—	18,5	9	3	72	—
VI	Esquerdo	19	9	3,5	83	14	15	8	2	70	15
VII	»	19	8	3,5	84	13	16	8	3	78	15
VIII	Direito	29	13	6,5	76	18	29	13	6,5	76	18
VIII	Esquerdo	25	13	6	72	14	25	13	6	69	14
IX	Direito	21	13	2,5	78	15	19	10	2	70	15
IX	»	20	12	4	83	15	18,5	11	4	72	17
IX	Esquerdo	20	10	4	80	12	19	9	3	68	14
X	»	18,5	8	4,5	76	14	16	8	4	76	16
XI	Direito	30	14	3	100	14	28	13	5	88	15
XII	»	20	8	10	62	—	18	8	8	66	—
XII	Esquerdo	17	8	4	64	—	16	7	4,5	62	—

QUADRO II

Obs.			Antes da irrad.	Depois da irrad.	1.ª hora	2.ª hora	3.ª hora	4.ª hora	5.ª hora
XI	Pressão arterial	Mx.	33	33	32	31	31	30	31
		Mn.	18	17	16	16	16	15	16
		I. o.	6	6	7	7	6	7	7
	Pulso		94	88	92	90	89	84	86
XII	Pressão arterial	Mx.	20	18	18	19	19	19	19
		Mn.	8	9	8	7	7	7	7
		I. o.	10	8	7	6	8	7	7
	Pulso		62	66	64	68	67	66	70



QUADRO III

Obs.	No início do tratamento				Dose Total	N.º de sessões	No fim do tratamento				Observações
	Mx.	Mn.	I. o.	T. c.			Mx.	Mn.	I. o.	T. c.	
I	26	12	4	18	1000 r	20	10	4	18	Sensação de euforia depois de cada sessão. Terminou o tratamento em 3-VIII-935. Em 25-IX-935: Mx., 21; Mn., 11. Em 16-X-935: Mx., 23; Mn., 11. Após três sessões: Mx. 21; Mn., 11. Em 10-II-936: Mx., 21; Mn., 11; I. o., 5; T. c., 18 segundos.	
II	19	11	3	—	400 r	8	18	9	3	A doente não voltou à consulta.	
III	19	11	4	—	750 r	15	16	7	3	A doente não voltou à consulta.	
IV	19,5	7	5	—	500 r	10	15,5	7,5	5,5	Terminou o tratamento em 13-XI-935. Em 10-II-936: Mx., 16; Mn., 7,5.	
V	30	11	6,5	20	1000 r	20	21	10	4,5	Terminou o tratamento em 28-I-936. Em 28-II-936: Mx., 21; Mn., 10; I. o., 5; T. c., 22 s.	
VI	21	10	5,5	13	500 r	10	17	9	2,5	Melhoria dos sintomas subjectivos. A doente não voltou à consulta.	
VII	22,5	8	7,5	15	300 r	6	18	8	4	Terminou o tratamento em 30-XII-935. Em 10-II-936: Mx., 19; Mn., 9; I. o., 5,5; T. c., 13 s.	
VIII	29	17	6,5	18	250 r	5	23	14	3	Interrompeu o tratamento. No intervalo tomou digitalina. A pressão subiu a 25, o T. c. desceu a 14. Voltou a fazer irregularmente algumas sessões, mantendo-se a pressão a 25.	
IX	23	13	2	15	500 r	10	20	13	2	Terminou o tratamento em 24-I-936. Em 26-II-936: Mx., 21; Mn., 12. I. o., 4.	
X	21	8	8	14	400 r	8	18	8,5	9	Melhoria dos sintomas subjectivos. Terminou o tratamento em 21-I-36. Em 21-II-936: Mx., 18; Mn., 8; I. o., 6; T. c., 14 s. Em 20-III-936: Mx., 19; Mn., 8; I. o., 7.	
XI	33	18	6	—	400 r	8	24	12	3	Melhoria dos sintomas subjectivos. Continua em tratamento.	
XII	20	10	10	—	250 r	5	16	7	4,5	Terminou o tratamento em 18-III-936.	

depois da irradiação; em vários produziu-se, no decurso do tratamento, melhoria apreciável dos sintomas subjectivos que os apoquentavam.

A acção de uma irradiação sôbre os seios carotidianos parece assimilável a um reflexo carotidiano por hiperpressão sinusal, visto que produz, como ela, hipotensão, bradicardia e diminuição da velocidade circulatória. CARULLA RIERA, QUERALTO e GONZALEZ atribuem a acção terapêutica dos raios X a uma estimulação directa das terminações nervosas sinusais.

Os efeitos produzidos pelas excitações habituais dos nervos de HERING são transitórios e cessam com a causa que os produz, ou pouco tempo depois. A acção dos raios X acentua-se, pelo contrário, depois de terminada a irradiação. Este facto deve-se, possivelmente, à persistência local da acção dos raios X. Não cremos, porém, que essa persistência permita explicar a manutenção durante meses dos resultados obtidos, algumas vezes observada.

Como simples hipótese de trabalho, admitimos que, ao lado de um estímulo directo, pode existir uma acção indirecta. Na dose empregada, os raios X não têm apenas acção estimulante, mas também vasodilatadora. Assim, por exemplo, no Serviço de Radioterapia do *Institut du Radium* de Paris (Dr. COUTARD), um de nós teve ocasião de observar, pela capilaroscopia, dilatação dos capilares cutâneos após irradiações com doses relativamente pequenas. A irradiação deve produzir uma hiperemia da circulação local da zona reflexogénea. É possível que essa activação da circulação local modifique favoravelmente as condições do metabolismo dos tecidos do glomo e do próprio seio, sobretudo se antes estavam comprometidas, o que permitiria explicar não só a acção imediata, mas também a persistência relativa dos resultados terapêuticos.

Isto é applicável ainda à interpretação dos resultados favoráveis obtidos por SORRENTINO, no tratamento da hipertensão, com a diatermia dos seios carotídeos (independentemente do provável efeito térmico).

Para verificar se, como consequência da irradiação, aumenta a excitabilidade reflexogénea, e para estudar a existência de possíveis relações entre a maior ou menor eficácia do método e o

estado funcional dos seios carotidianos, procurámos comparar os reflexos carotidianos antes e depois do tratamento pelos raios X. Não conseguimos, porém, resultados concordantes e que permitam conclusões, embora algumas vezes tenhamos de facto observado que os seios carotidianos, primeiro insensíveis, passam a responder depois da irradiação. A nosso ver, deve-se relacionar a irregularidade dos efeitos observados com as condições grosseiras e, por assim dizer, «pouco fisiológicas», que são inevitáveis na determinação clínica dos reflexos de HERING.

### CONCLUSÕES

Experimentámos a aplicação de raios X sobre os seios carotidianos em doze doentes hipertensos, e julgamos poder concluir que em alguns doentes compensados, cuja hipertensão se manifeste resistente aos tratamentos habituais, a radioterapia sino-carotidiana pode produzir abaixamento apreciável de pressão.

Sem atribuir ao método um valor excessivo, parece-nos, no entanto, que pode ser aproveitado, quando exista uma indicação hipotensiva, no tratamento dum estado patológico por vezes tão renitente à terapêutica.

Continuaremos os nossos ensaios num maior número de doentes, com o fim de confirmar os resultados aqui expostos, e de precisar as indicações e o mecanismo da acção dos raios X sobre os seios carotidianos.

### RÉSUMÉ

Après quelques mots d'introduction sur la Physiologie des zones reflexogènes artérielles et sur la possibilité de leur intervention dans la pathogénie de l'Hypertension sanguine, les A. A. exposent la technique suivie et les résultats obtenus dans le traitement de douze malades hypertendus par l'application des rayons X sur les Sinus Carotidiens.

D'une façon générale, ils ont observé que, après chaque séance il y avait: chute de la pression artérielle, bradycardie et ralentissement de la vitesse circulatoire. Entre deux séances, on observait une augmentation de la pression, qui se maintenait cependant moins élevée qu'avant l'irradiation antérieure. À la fin du

traitement complet, la pression était souvent moins haute qu'au commencement, mais il n'y avait pas de modification frappante du temps de circulation.

Les AA. se proposent de continuer leurs essais sur un plus grand nombre de malades, dans le but de confirmer les premiers résultats, de préciser les indications et le mécanisme d'action de l'application des rayons X sur les Sinus Carotidiens.

## BIBLIOGRAFIA

- ARA (GIORGIO). — *Arch. di Fisiol.* Tômô XXXIII. Págs. 325 e 332. 1933-34.
- ARA e SACCHI. — *Bol. Soc. Ital. di Biol. Exp.* N.º 7. Pág. 351. 1932.
- BENARD (H.) e MERKLEN (F. P.). — *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris.* Tômô L. Págs. 15-17. 1934.
- BETTENCOURT (J. M. DE). — *A Med. Contemp.* N.º 41. 1934. *Comp. Rend. Soc. Biol.*, Tômô CXX. Pág. 541. 1935. *Imp. Méd.* N.º 13. 1935.
- CARULLA (V.), QUERALTO (J. G.) e GONZALEZ (P. M.). — *Journ. de Rad. et d'Élect.* N.º 16. Pág. 581. 1932.
- CASTRO (FERNANDO DE). — *Trav. Labor. Rech. Biol. Univ. Madrid.* 1926, 1927-28.
- DANIELOPOLU. — *Presse Médicale.* N.º 66. Pág. 1297. 1933.
- DANIELOPOLU, ASLAN e MARCOU. — *Comp. Rend. Soc. Biol.* T. CIX. Pág. 765. 1932.
- DANIELOPOLU e MARCOU. — *Comp. Rend. Soc. Biol.* Tômô CIX. Pág. 761. 1932.
- DANIELOPOLT, MARCOU e PROCA. — *Comp. Rend. Soc. Biol.* Tômô CIX. Pág. 767. 1932.
- DOUGLAS (S.) e BORDOLI. — *Policlinico (sez. med.)*. Pág. 507. 1933.
- GAVAZZENI. — *Minerva Médica.* Pág. 361. 1935.
- GOORMAGHTIGH. — *Comp. Rend. Soc. Biol.* Tômô CVI. Pág. 1254. 1921.
- GOORMAGHTIGH e ELAUT. — *Comp. Rend. Soc. Biol.* Tômô CI. Pág. 501. 1929.
- GREEN e DE GROAT. — *Am. J. Physiol.* Tômô CXII. Pág. 488. 1935.
- GREEN, DE GROAT, MC DONALD. — *Am. J. Physiol.* Tômô CX. Pág. 513. 1935.
- HEYMANS (C.). — *Presse Médicale.* 26 de Agosto. 1933.
- HEYMANS (C.) e BOUCKAERT (J.-J.). — *Comp. Rend. Soc. Biol.* Tômô CVI. Pág. 471. 1931. Tômô CXVII. Pág. 252. 1934. *Ann. de Physiol.* Tômô IX. Pág. 795. 1933.
- HEYMANS (C.), BOUCKAERT (J.-J.) e DAUTREBANDE. — *Comp. Rend. Soc. Biol.* Tômô CVI. Pág. 48. 1931.
- HEYMANS (C.), BOUCKAERT (J.-J.) e RÉGNIERS. — *Le Sinus Carotidien.* Paris. 1933.
- HERING. — *Der Blutdruckzüglertonus in seiner Bedeutung für den Parasympathikustonius und Sympathikustonius.* Leipzig. 1932.
- LERICHÉ (R.). — *Presse Médicale.* N.º 61. Pág. 1217. 1935.
- LESCHKE (E.). — *Münch. Med. Wochen.* Pág. 2119. 1931.
- LIAN e FACQUET. — *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris.* N.º 9. Pág. 393. 1935.

- MARMONSTEIN, KOULIK e LOUKATSCHER. — *Journ. Physiol. et Pat. Gen.* Tômoo XXXII. Pág. 1128. 1934.
- MONIZ (E.), MARTINS (A.) e COELHO (E.). — *Comp. Rend. Soc. Biol.* 1928-1. Pág. 1008.
- QUERALTO (S. G.), RIERA (V. C.) e GONZALEZ (P. M.) — *Cuore e circolazione.* Pág. 401. 1933.
- SIGLER (L. H.). — *Am. Journ. Med. Sciences.* Tômoo CLXXXVI. Págs. 110, 118 e 125. 1933.
- SORRENTINO (M.). — *La Rif. Med.* Pág. 284. 1935.
- STELLA. — *Journ. of Physiol.* Tômoo LXXIII. Pág. 45. 1931.
- TOURNADE. — *Comp. Rend. Soc. Biol.* Tômoo CXIX. N.º 26. Pág. 1173. 1935.
- TOURNADE e COURTILLET. — *Comp. Rend. Soc. Biol.* Tômoo CXVIII. Pág. 1580. 1935.
- WINTERNITZ, DEUTCH (J.) e BRULL (Z.). — *Med. Klin.* Pág. 986. 1931. Pág. 831. 1932.
- ZBYSEWSKI. — *Comp. Rend. Soc. Biol.* Tômoo XCIX. Pág. 1040. 1928.

## A GRAVIDEZ GEMELAR (CONTRIBUIÇÃO PARA O SEU ESTUDO)

POR

MANUEL VICENTE MOREIRA

Assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa

Dos casos de gravidez múltipla que estudámos, uns foram examinados em Lisboa (Enfermaria de Santa Bárbara), outros em Paris (Maternidade Baudelocque). Limitar-nos-emos, por agora, a resumir dez dêsses casos, que, para clareza de estudo e a-fim-de extrair mais facilmente as conclusões, descreveremos em dois grupos distintos: cinco mono-coriais, quatro bi-coriais e um caso de gravidez tri-gemelar (mono e bi-corial).

Por esta forma podem mais facilmente comparar-se as duas variedades de gémeos

Dos mono-coriais há dois mais raros, porque são mono-amnióticos.

### CASOS MONOCORIAIS

CASO I, n.º 2148 da Clínica Baudelocque, 1926. — Mulher de 30 anos de idade, de altura média, de constituição fraca, I gesta, tendo apresentado sinais de intoxicação (albuminúria e edemas), durante a evolução gravídica. Pariu espontaneamente no sexto mês (segundo a menstruação) dois gémeos de sexo masculino nado-mortos, não macerados: o primeiro de 250 grs., o segundo de 450 grs. A placenta pesava 350 grs., era única, monocorial, bi-amniótica, tendo hidrâmnios (4 litros) na segunda bôlsa de águas.

Cordões: inserção marginal para o primeiro feto, paracentral para o segundo.

Anastomoses entre vasos do mesmo nome.

Puerpério fisiológico nos órgãos genitais, mas alterado por uma bronquite. Reacção de HETCH negativa.

Antecedentes pessoais: escarlatina, rim flutuante; não há sinais de sífilis, nem de alcoolismo.

Os pais tiveram: um rapaz nado-morto e um abôrto, duas irmãs mortas, uma de congestão pulmonar, aos 26 anos, a outra de gripe pneumónica, aos 13 anos. A avó materna é gémea do mesmo sexo.

O procriador teve também bronquite e WASSERMANN negativa, tendo-se recusado a deixar examinar o esperma; o seu aspecto é franzino, e, nos seus antecedentes: sua mãe atreita a bronquites, seu irmão morreu aos 38 anos de idade, com meningite tuberculosa. Êste último era gêmeo de uma irmã.

Os fetos são bem constituídos, mas o primeiro é mais pequeno (comprimento total, 42 cm.; *vertex-coccyx*, 14,5 cm.), mais magro (perímetro torácico, 13,5 cm.; umbilical, 10 cm.), mais sêco, pálido, anêmico, ao passo que o segundo é maior (comprimento total, 47 cm.; *vertex coccyx*, 17 cm.), mais volumoso (perímetro torácico, 17 cm., umbilical, 15 cm.), edemaciado, apresentando hidrotorax e ascite: 15 cm. de líquido.

Diâmetros bi-parietais, respectivamente, de 4,5 e 6 1/4 cm.

O pêso de conjunto dos órgãos, no feto grande, é quasi duplo do pêso dos órgãos do feto pequeno.

Há duas excepções: o fígado de cada feto tem quasi o mesmo pêso; apenas existe uma ligeira diferença: no feto grande, 10,1 grs.; no pequeno, 10,65 grs.

O coração do feto grande, cheio de sangue, pesa 10,8 grs. e o do pequeno feto 2,07 grs., quer dizer, mais de cinco vezes; vazios pesam, respectivamente, 7,4 grs. e 2,01 grs.; portanto, mais de três vezes (ver fig.).

A espessura das paredes ventriculares é de 5 mm. no feto grande e 2,5 mm. no feto pequeno. Além disso, os *cortes histológicos* demonstram que existe um aumento do número e da espessura das fibrilhas somente nas paredes ventriculares do feto grande, emquanto que as do pequeno são normais.

As paredes auriculares, no feto grande, possuem uma espessura dupla (1 milímetro) das do feto pequeno (0,5 mm.).

Os buracos de Botal não parecem ser impermeáveis. Os cortes histológicos demonstram que as alterações são acentuadas sobretudo ao nível dos ventrículos.

As paredes ventriculares do feto grande apresentam uma miofibrillogénese com hipertrofia das fibrilhas (ver desenhos).

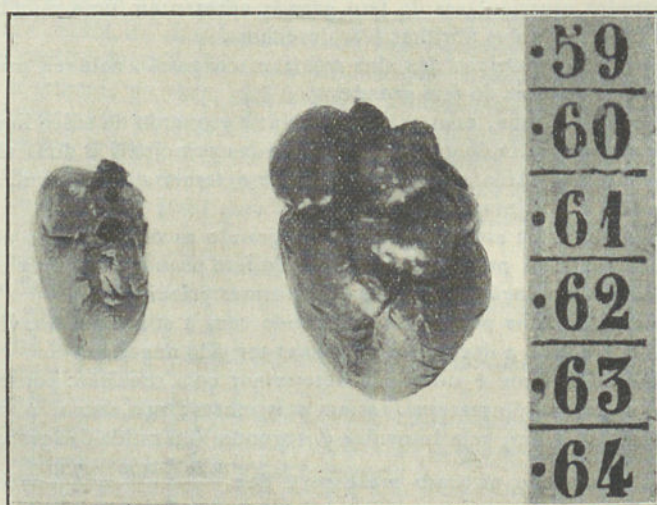
Os exames histológicos dos rins mostram congestão notável, principalmente ao nível dos rins do feto grande.

O exame da língua, com a lupa, revela: à esquerda do sulco lingual do feto pequeno e à direita do grande, cinco papilas principais e duas aberrantes. Estas últimas estão situadas uma entre a terceira e a quarta, a outra entre a quarta e a quinta.

A única diferença está em que no feto grande as duas papilas aberrantes são internas, ao passo que na língua do feto pequeno são uma externa, outra interna, em relação às papilas caliciformes principais.

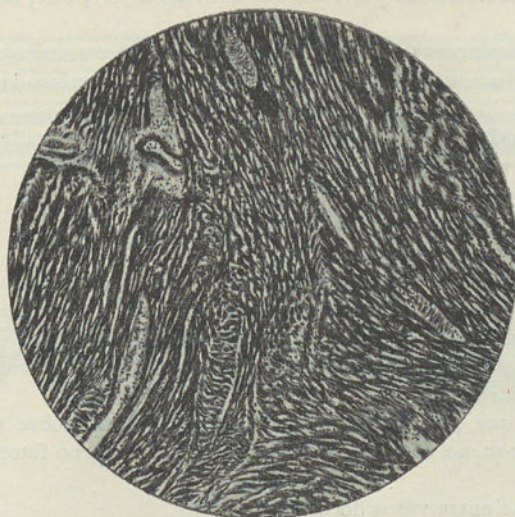
A morte dos fetos parece ter coincido com a sua expulsão, visto não estarem macerados e a docimasia pulmonar ter sido negativa.

A idade dos fetos é difícil de determinar com precisão: por um lado, segundo a menstruação materna, teriam seis meses; por outro, o pêso do gêmeo médio seja uni, seja bi-ovular é, segundo VIGNES, de 640 grs. aos seis meses, ao passo que no caso presente é de:  $\frac{250 + 450}{2} = \frac{700}{2} = 350$  grs.;

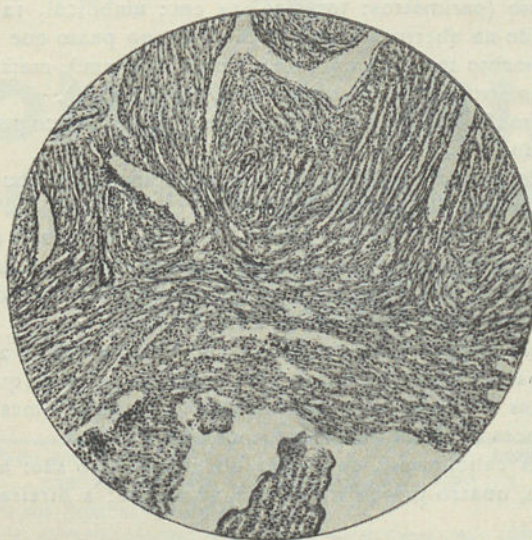


Caso I





Caso I. — Corte histológico da parede ventricular do coração do feto grande



Caso I. — Parede ventricular do coração do feto pequeno

mas ainda os diâmetros bi-parietais são aqui 4,5 e 6,1/4 cm., no fim do sexto mês.

O pêso da placenta é, nesta época da gravidez simples, de menos de 275 grs., ao passo que aqui é de 350 grs. Mas qual é o pêso da placenta gemelar?

Em conclusão, podemos aceitar, como idade aproximada da gravidez, cinco para seis meses.

Caso II, n.º 686 da Clínica Baudelocque, 1927. — Mulher de 24 anos de idade, baixa e de constituição fraca.

1 gesta que pariu espontaneamente no quinto mês (segundo a última menstruação), dois gêmeos do sexo feminino não macerados: o primeiro, nado-morto, pesa 475 grs.; o segundo, que viveu somente alguns segundos, 350 grs.

A placenta pesa 420 grs., é única, monocorial, bi-amniótica, não se acompanhando de hidrâmnios.

O cordão que pertencia ao grande feto insere-se sobre a grande zona placentar; o pequeno cordão correspondente ao pequeno feto, tem inserção velamentosa.

Anastomose entre vasos do mesmo nome.

Puerpério fisiológico: НЕТЧ negativo; bom estado geral na alta.

Nos antecedentes: o pai morreu aos 50 anos, com laringite suspeita; uma tia materna teve gêmeos de sexo diferente.

O procriador, saudável, teve também dois gêmeos de sexo diferente.

Não há sinais nem de sífilis, nem de alcoolismo, nos dois lados.

Os fetos são bem conformados, mas o segundo apresenta *naevus*, é mais pequeno (comprimento total, 26 cm., *vertex-coccyx*, 17,5 cm.), mais escuro, menos volumoso (perímetros: torácico, 14 cm.; umbilical, 12 cm.), tendo 2 cmc. de líquido na abertura toraco-abdominal, ao passo que o primeiro é maior (comprimento total, 29 cm.; *vertex-coccyx*, 20 cm.), mais pálido, mais volumoso (perímetros: torácico, 16 cm.; umbilical, 14 cm.).

Os diâmetros B. P. têm, respectivamente, 4,5 cm. no feto pequeno e 5 1/4 cm. no feto grande.

Os pêsos de conjunto dos órgãos do grande feto são um pouco superiores aos pêsos dos órgãos do pequeno feto.

O fígado e o coração fazem, porém, uma diferença mais considerável: o fígado do feto grande pesa 34,9 grs., e o do pequeno é de 13,72 grs.; o coração do grande feto pesa 6 grs. ou 5 grs., consoante está cheio de sangue, ou vazio; o do feto pequeno, mais escuro, 2,50 grs. ou 2 grs.

A espessura das paredes do coração: aurículas de 2 mm., ventrículos 7 mm., para o esquerdo, 5 mm. para o direito, ao passo que no pequeno coração as duas aurículas e os dois ventrículos possuem a mesma espessura de 2 mm. Buracos de Botal, permeáveis nos dois corações.

As papilas calciformes da língua do grande feto são: à esquerda do sulco mediano, quatro principais e uma aberrante; à direita, apenas três principais.

As do pequeno feto: à esquerda do sulco mediano, sete (sendo cinco numa fila e dois na outra); à direita, seis; em face do *foramen caecum*, quatro.

LISBOA MÉDICA



# PIPERAZINA MIDY

O ANTI-URICO 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

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

”  
**Ceregumil**  
Fernández

Alimento vegetariano completo á base  
de cereais e leguminosas

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

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

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

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

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

# SPASMOSÉDINE

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

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

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

Dêstes dois fetos só o segundo viveu algum tempo, porquanto os dois pulmões caem rapidamente dentro de água, ao passo que os do grande feto caem mais lentamente.

A idade dos fetos é, segundo a última menstruação, de cinco meses, o que corresponde à idade obtida pelo cálculo dos pêsos:  $\frac{350 + 475}{2} = \frac{825}{2} = 412$  grs., e aos diâmetros bi-parietais (4,5 e 5 1/4).

CASO III. — Peças muito antigas do Museu Varnier (Clínica Baudelocque), não acompanhadas de observação clínica. Peça 789.

Placenta única pesando 462 grs.

As membranas formam um único saco, compostas, portanto, por um *córion* único e por *âmnios* único.

Existem anastomoses superficiais inter-arteriais e inter-venosas.

As inserções dos cordões em *raquette* para o grande cordão, velamentosa no pequeno.

Parece que o grande cordão corresponde ao grande feto e o pequeno pertence ao pequeno feto.

Peça 789 bis: dois fetos do sexo masculino bem conservados, sem nenhum sinal de maceração, nem de mumificação. Ambos bem conformados, mas um, apoplético, apresenta *naevus* e é mais pesado (425 grs.), maior (comprimentos: total, 24 cm.; *vertex-coccy*, 19 cm.) e mais volumoso que o outro (perímetros: torácico, 17,5 cm.; umbilical, 14 cm.).

Êste é anêmico, menos pesado (330 grs.), mais pequeno (comprimentos: total, 22 cm.; *vertex-coccy*, 16 cm.) e de menor volume (perímetros: torácico, 15 cm.; umbilical, 13 cm.). Os diâmetros B. P. são, respectivamente, de 7,5 cm. e de 4 cm.

O pêso de cada órgão do grande feto é maior que o do órgão correspondente do outro feto. O coração do grande feto pesa 4,85 grs., ou 3 grs., conforme está cheio de coalhos ou vazio; o do pequeno: 3,2 grs., ou 1,52 grs.

A máxima espessura das paredes ventriculares do grande coração é de 5 mm., ao passo que a do pequeno é de 3 mm.

A espessura das paredes das aurículas é a mesma nos dois corações: 1 mm.

O buraco de Botal é permeável no grande coração, invisível no pequeno.

É idêntica a distribuição dos vasos sobre as faces diafragmática e esternal dos corações.

As circunvoluções cerebrais são, no grande feto, quatro, de cada lado, ao passo que no pequeno feto são também quatro do lado esquerdo, mas somente três do direito.

As papilas caliciformes da língua do feto grande são cinco à esquerda do sulco mediano e quatro à direita.

Aquelas que se encontram na língua do pequeno feto são quatro à esquerda e cinco à direita.

As papilas foliadas na língua do grande feto são quatro à esquerda e três à direita.

Na língua do feto pequeno contam-se: três à esquerda e quatro à direita.

Para êste par de fetos pode-se acreditar na ausência de vida extra-uterina, porque êles não tiveram docimasia pulmonar positiva.

Para estabelecer a sua idade faltam os esclarecimentos clínicos maternos.

Adoptando a regra precedentemente mencionada, relativa ao pêso do gêmeo médio, seria de :  $\frac{425 + 330}{2} = \frac{755}{2} = 377$  grs.

O que faz pensar numa gestação gemelar aproximadamente de cinco meses.

Caso IV, número de ordem de Santa Bárbara 1.765, de 1927. — Mulher de 20 anos de idade, II gesta, cujo parto anterior «foi normal».

Durante a actual gravidez não tem albumina, mas tem edemas nos membros inferiores. Partos de tempo, espontâneos, mas precipitados, logo a seguir à ruptura da bôlsa de águas.

Filhos, de sexo masculino, vivos à nascença, falecendo um 15' e outro 20' depois.

O primeiro pesava 380 grs., o segundo 280 grs.

Placenta : única, 450 grs., mono-corial, mono-amniótica (4 litros líquido amniótico).

Cordões: do primeiro feto, inserção velamentosa; do segundo feto, lateral.

Puerpério: reacção de WASSERMANN negativa.

Antecedentes pessoais: varíola. Antecedentes hereditários?

Os fetos são bem conformados, sendo o primeiro maior (comprimentos: total, 26 cm.; *vertex-coccy*, 19 cm.), mais volumoso (perímetros: torácico, 18 cm.; umbilical, 14,5 cm.), pletórico, escuro, infiltrado na cavidade torácica e abdominal, ao passo que o segundo é mais pequeno (comprimentos: total, 23 cm.; *vertex-coccy*, 16 cm.), menos volumoso (perímetros: torácico, 18 cm.; umbilical, 14,5), anemiado.

Diâmetro B. P., respectivamente, 6 cm. e 4,8 cm.

O pêso dos órgãos do grande feto é, em geral, triplo dos órgãos correspondentes do pequeno.

Há excepções: o coração do grande feto, 11,9 grs. e 9,8 grs., enquanto que o do pequeno feto, 2 grs. e 1,2 grs., consoante está cheio de sangue ou vazio, isto é, mais de oito vezes, na primeira hipótese.

Buraco de Botal permeável no grande feto (oval com 1 cm.) e não permeável no pequeno.

Fígado: 31,27 grs. o do grande feto; 18 grs. o do pequeno.

Os casos III e IV merecem ainda a nossa atenção sob dois aspectos: pela sua raridade e pela sua patogenia.

O dequite do caso III apresenta os caracteres habituais desta anomalia, mas outros são diferentes.

Nos primeiros assinalaremos:

1.º — A inserção velamentosa.

2.º — A abundância de anastomoses entre as duas circulações.

3.º — O abôrto.

Uma diferença merece menção: a inserção dos cordões faz-se à distância

de mais de 17 cm. um do outro, visto estarem situados na extremidade do diâmetro transversal da placenta.

Pelo contrário, nos casos de ALFIERI, BAR e ELEUTERESCO, JEANNIN e BRINDEAU, os cordões inserem-se em pontos muito aproximados.

Caso V, número de ordem de Santa Bárbara 1.755 de 1927. — Mulher de 23 anos de idade, I gesta, não tendo tido intoxicação (albumina e edemas) durante a gravidez. Pariu de têrmo, espontaneamente, dois gêmeos do sexo masculino, o primeiro dos quais nasceu vivo e bem conformado (pesa 2,900 grs.; comprimento, 50 cm.; diâmetro B. P., 8,5 cm.) e o outro morto e macerado (pêso 1,690 grs.; comprimento, 50 cm.) era hidrocefalo.

A placenta pesa 695 grs., é única, mono-corial e bi-amniótica, tendo 1,800 grs. na bolsa de águas do segundo feto. *Infarctus*.

Cordões: inserção lateral para o primeiro, velamentosa para o segundo. Anastomoses.

Puerpério apirético: reacção de WASSERMANN positiva.

Antecedentes pessoais: sarampo e varicela.

Antecedentes hereditários: pai faleceu com tuberculose; mãe doente? Irmãos tuberculosos.

Não há gêmeos.

Procriador?

Filho: no terceiro dia havia começado a aumentar de pêso, porém, no décimo segundo dia não tinha ainda readquirido o pêso perdido.

Este caso tem interêsse por só um dos fetos haver nascido morto e macerado e com hidrocefalia, emquanto o seu gêmeo foi nado-vivo e sem lesões.

## CASOS BICORIAIS

Os casos VI, VII, VIII e IX, menos curiosos e mais conhecidos que os anteriores, devem, todavia, ser resumidos, pois servem para estudar melhor as gestações monocoriais, precedentemente descritas, as quais terão assim um pontod e referência para comparar as duas variedades, mono e bicoriais.

Caso VI, n.º 568, da Clínica Baudelocque, de 1927. — Trata-se duma mulher de 29 anos de idade, pequena estatura (1m,48), I gesta, gravidez bem suportada até ao oitavo mês, em que teve dores lombares, dispnea, edemas e albumina, a qual aumentou progressivamente até ao parto (2,5 grs.). B. WASSERMANN negativo.

O parto de têrmo (segundo a menstruação), terminando por uma aplicação de *forceps* em cada feto, por causa do longo período de expulsão, depois da ruptura artificial de cada bolsa de águas.

Dois filhos nado-vivos: o primeiro, um rapaz de 2,820 grs.; o segundo, do sexo feminino, com 2,850 grs.

Lesões vulvo-perineais superficiais.

A placenta, de 1.070 grs., é formada por duas zonas placentares reunidas por uma ponte membranosa.

Circulações distintas verificadas pela injeção de minio.

Líquido amniótico: no primeiro saco, em excesso (1.500 grs.), no segundo saco quantidade normal.

A. P. — Pleurisia sêca aos 24 anos, sem sinais de sífilis, nem de alcoolismo.

Os pais e o procriador saudáveis, não tendo tido gémeos e não sendo alcoólicos.

CASO VII, n.º 569 da Clínica Baudelocque, de 1927. — Mulher de 34 anos de idade, de grande estatura, de forte constituição, I gesta, evoluindo a gestação sem acidentes.

Parto do primeiro filho em sacro-iliaca esquerda anterior, terminado por MOURICEAU: rapariga de 2.230 grs. nado-morta. Segundo parto: depois da ruptura artificial da segunda bolsa de águas, observa-se uma apresentação cefálica móvel.

Versão: fractura do humero, rapaz de 3.650 grs., vivo.

Dequitadura natural e completa.

Placenta com 1.180 grs., formada por uma única zona compreendendo dois territórios de circulações distintas: dois *córiões* e dois *âmnios*. Líquido amniótico normal.

Puerpério: sem acidentes e HETCH negativo.

Procriador saudável, não tendo tido gémeos nos seus antecedentes pessoais e hereditários. Não teve sífilis, nem é alcoólico, e igualmente nos antecedentes hereditários da mãe não há lues, nem alcoolismo.

CASO VIII, n.º 617 da Clínica Baudelocque, de 1927. — Mulher de 34 anos de idade, alta, de forte constituição, a qual teve quatro gestações e partos anteriores normais. No decorrer da quinta gravidez (a actual) manifestaram-se sinais de intoxicação (vômitos, vestígios de albumina e edemas) com HETCH negativo. Esta gravidez foi de termo, onze dias depois da época determinada pela menstruação.

Duração total do parto: 9 horas e 45 minutos.

Ruptura tempestiva e artificial dos dois sacos e desencravamento dos dois fetos vivos em pélvicas completas: o primeiro, do sexo feminino, de 2.930 grs. e o segundo, do sexo masculino, de 3.920 grs.

A placenta, de 1.770 grs., é formada por duas massas unidas por uma ponta membranosa sem conexões vasculares.

Inserções dos cordões: a do grande feto, central sobre a grande massa; a do pequeno, na pequena. Bi-corial, bi-amniótica. Líquido amniótico normal. Antecedentes: Avó materna gémea de uma irmã; a própria mulher é gémea de uma irmã e seu marido tem uma prima paterna que tem dois gémeos, não precisando o sexo.

CASO IX. — Ver MANUEL VICENTE MOREIRA, Á propos d'un cas de neurofibromatose et de gestation in *Gyn. et Obstétrique*. Revue mens. Paris. T. XXII. N.º 3. 1930.



## CASO X: TRI-GEMELAR

Número de ordem de Santa Bárbara 1.993, de 1927. — Mulher de 30 anos de idade, 1<sup>m</sup>,42 de altura, fraca constituição, II gesta, tendo a gravidez anterior sido bem suportada e o parto natural, no têrmo: filho morto e macerado.

Procriador: o mesmo nas duas gestações, 60 anos, alcoólico e sifilítico, sem antecedentes gemelares.

Gestação actual: bem suportada, parto de tempo, espontâneo.

P. dilatação doze horas, ruptura da bolsa de águas de tempo.

P. expulsão, longa: doze horas.

Três fetos do sexo feminino nado-vivos: primeiro em S. I. E.; segundo em O. P., vinte minutos após o primeiro; terceiro em O. P., quarenta e cinco minutos depois do primeiro. Dequitação espontânea vinte e cinco minutos após a expulsão do último feto.

Puerpério: sem antecedentes.

Primeiro feto: 1250 grs. de pêso; 40 cm. de comprimento total; B. P. 8 cm.

Segundo feto: 1350 grs. de pêso; 40 cm. de comprimento total; B. P. 8 cm.

Terceiro feto: 1200 grs. de pêso; 41 cm. de comprimento total; B. P. 7 cm.

Placenta única, bi e mono-corial, tri-amniótica, 755 grs.

Cordões: 48 cm., 42 cm., 52 cm.

Tratamento anti-luético. WASSERMANN positivo em Santa Marta, onde começou o tratamento anti-sifilítico com o 914: duas injeções, não tendo continuado.

No momento da alta (trigésimo dia do puerpério) bem.

Dois gémeos saíram vivos, um morreu.

Estes fetos e a sua placenta tri-gemelar serão analisados mais minuciosamente noutro trabalho, juntamente com outro caso tri-gemelar e vários exemplares de gemelidade.

## CONSIDERAÇÕES SÔBRE A GEMELIDADE

As considerações seguintes incidem sôbre aspectos diversos da gemelidade:

- A) Estatístico;
- B) médico-legal;
- C) terapêutico;
- D) evolução;
- E) etio-patogénico.

Para abordar êste estudo recorreremos muitas vezes aos casos descritos precedentemente.

## A) ESTATÍSTICA

Se na humanidade existe um parto gemelar em cem partos simples (APPERT), (dois gémeos para cem indivíduos), num bilião e meio de indivíduos, que se supõe compor a humanidade, deve

haver trinta milhões de gémeos. Nos seis milhões de portugueses devem existir um pouco mais de cento e vinte mil gémeos, ou sejam sessenta mil partos gemelares. Na realidade há menos, porque é preciso ter em linha de conta a mortalidade mais elevada dos gémeos, muitas vezes prematuros, não sendo, contudo, isto uma regra absoluta, como mostram os exemplos dos casos VII, VIII e IX.

Além disso, as percentagens de gémeos dependem de muitos factores, (raça, etc.), e a estatística dos diversos países é díspar, como adiante se evidencia.

O número total de nascimentos, na Clínica Baudelocque, durante vinte e seis anos, foi de sessenta e cinco mil quinhentos e um e as gravidezes gemelares setecentas e oitenta e cinco, o que corresponde a uma gravidez gemelar para oitenta e quatro gravidezes simples, cifra que se aproxima da de PINARD, que encontrou uma gestação gemelar para oitenta e duas simples.

As gravidezes gemelares foram, nessa maternidade, cento e sessenta, em cinco anos (desde o começo de 1921 ao fim de 1925). Compreendem cento e vinte e oito bi-coriais e trinta e duas mono-coriais, o que indica a percentagem de uma mono-corial para quatro bi-coriais sem nenhuma gestação mono-amniótica.

A título de documento reproduzimos as estatísticas seguintes:

PERCENTAGEM DAS G. GEMELARES  
POR MIL NASCIMENTOS

N.º total de nascimentos de g. gemelares	Países
13	Alemanha
14,3	Bulgária
14,2	Dinamarca
11	Estados-Unidos
10,1	Francesa antiga
11	Francesa recente
13,6	Holanda
10,3	Nova Zelândia
12,5	Sérvia
15	Suécia
12,5	Suíça
10,4	Uruguai



## MATERNIDADE BAUDELLOCQUE

Anos	N.º total de nascimentos	N.º total de g. gemelar	Bi-coriais	Mono coriais	Mono amniótica	Autores
Depois de 1899 até fim de 1910	51.690	625				PINARD
1921	3.447	35	32	3	0	JOB
1922	2.761	35	25	10	0	GEAUT
1923	2.631	34	26	8	0	RAYMOND DAMELIN
1924	2.445	35	30	5	0	BAUDRILLART
1925	2.127	21	15	6	0	
Total....	65.501	785	128	32	0	

Na Maternidade de Santa Bárbara (tese de NINY), durante vinte e cinco anos (de 1899 a 1924), foram registados:

21.605 .....	partos simples
354 .....	» gemelares
7 .....	» tri-gemelares
<u>21.966</u>	

Portanto, a percentagem é de sessenta e um partos simples por um parto gemelar, sendo 2,3 em múltiparas por uma primípara.

Desde a época em que foi publicada pelo italiano ALFIERI (1903) a sua excelente monografia, na qual, juntando um caso pessoal, pôde reunir apenas sessenta e oito casos na literatura obstétrica, as observações de placentas mono-amnióticas não são muito mais numerosas.

Na Clínica Baudelocque não pude eu reunir observações análogas nos anos indicados precedentemente na estatística, isto é, sobre êsses sessenta e cinco mil quinhentos e um nascimentos não há um único caso mono-amniótico.

Na estatística de Santa Bárbara conhecida até à data da publicação da tese do nosso colega NINY — vinte e um mil novecentos e sessenta e seis — não se mencionava também caso algum

mono-amniótico. É, por conseqüência, uma anomalia rara, razão que justifica a sua publicação.

### B) CONSIDERAÇÕES MÉDICO-LEGAIS

Preferível seria talvez dizer problemas médico-legais: efectivamente, se o filho mais velho é aquele que nasce primeiro, quando se pratica a cesareana pode-se extrair primeiro aquele que nasceria em último lugar se o parto fôsse espontâneo.

Preguntamos: ¿num caso semelhante qual dos filhos é o mais velho?

Esta questão tem importância nos países em que a herança cabe ao primeiro filho, e não a encontramos resolvida em vários livros que consultámos

### C) CONSIDERAÇÕES TERAPÊUTICAS

No caso excepcional da distócia devida ao enganchamento, isto é, quando se manifesta encravamento simultâneo de dois fetos, por exemplo, quando o encerramento da cabeça do segundo feto precede a expulsão completa do primeiro, propõe-se ainda a basiotripsia em pleno século xx, no ano de 1927.

Abram-se tratados de várias línguas, seja, por exemplo, o francês, de BRINDEAU, ou o alemão, de DÖDERLEIN: ambos afirmam ser necessário matar um dos fetos quando a tentativa de elevação de um dêles não se consegue.

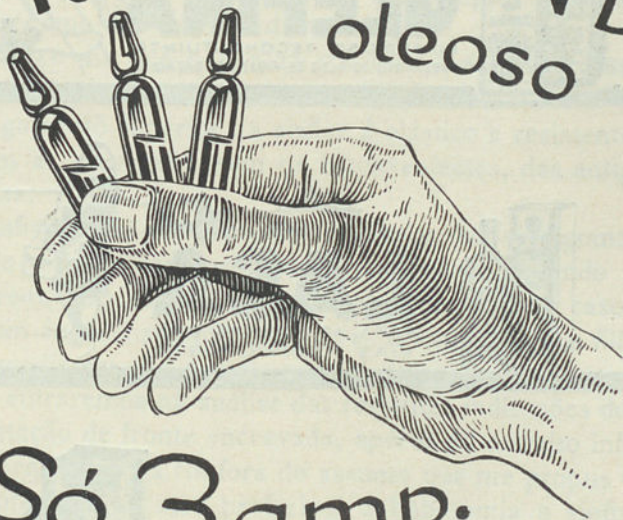
Cremos, bem opostamente, que esta eventualidade indica uma intervenção à ZARATE. Embora ainda a não víssemos citada, atrever-nos-emos a praticá-la nessa conjuntura, visto que permitirá salvar a vida da mãe e dos dois gémeos, missão mais alta do obstetricista, que não existe em nenhuma outra especialidade. Todavia isto parece evidente, pois já PINARD reprovava a basiotripsia no feto vivo, como nos recorda o aforismo inscrito no anfiteatro da Clínica de Baudelocque:

*La basiotripsie sur l'enfant vivant a vécu.*

A cesareana não se afigura realizável nestes casos, nem compatível com a vida dos dois fetos encravados simultaneamente, quando um sofre e já está parcialmente fora da vulva, em apresentação pélvica e o outro em cefálica.

# PROGYNON-B

oleoso



## Só 3 amp.

*de 10000 Unid. benzoicas Intern. por c.c.  
são suficientes para fazer desaparecer*

## **PERTURBAÇÕES CLIMATÉRICAS GRAVES**

**PROGYNON-B OLEOSO:**

Caixas com 3 amp. de 10000 U. b. l.

**PROGYNON-B OL. FORTE:**

Caixas com 1 amp. de 50000 U. b. l.

Caixas com 5 amp. de 50000 U. b. l.

**SCHERING S. A. PORTUGUESA  
DE RESPONSABILIDADE LIMITADA**

Largo da Anunciada, 9—2º, LISBOA.

LISBOA MÉDICA



# GLEFINA

PODEROSO RECONSTITUINTE  
SUBSTITUTO DO OLEO DE FIGADO DE BACALHAU



# LASA

PARA AS DOENÇAS DAS  
VIAS RESPIRATORIAS



# CLAVITAM

TONICO RICO EM VITAMINAS A'B'D'



LABORATÓRIOS ANDRÓMACO

RUA ARCO DO CEGO, 80

LISBOA

Tratamento específico completo das **AFECCÕES VENOSAS**

# *Veinosine*

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

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

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

Ela é já discutível quando há encravamento dum único feto, quanto mais de dois, e, por outro lado, não é tão rapidamente executável, o que naquela hipótese de urgência tem importância para a vida dum feto.

Pelo contrário, o ZARATE exige um simples escapêlo e três minutos, como tive ocasião de ver.

BRINDEAU diz que o ZARATE constitue a abertura óssea do futuro.

O ligamento superior da sínfise é elástico e resistente. O ZARATE tem as vantagens, sem os inconvenientes, das antigas sinfisiotomias.

A sinfisiotomia do professor argentino faz-se algumas vezes, deixando o parto realizar-se espontaneamente, quando os fetos não sofrem, mas essa maneira de proceder para o caso dos gémeos com enganchamento não serve: a extracção dos filhos deve seguir imediatamente o corte parcial da sínfise.

Não entraremos na análise das restantes indicações do ZARATE (apresentação de frente encravada, apêrto do estreito inferior da bacia) porque isso sairia fora do assunto que me propus ventilar, nem explanarei se será preferível a hebotomia à sinfisiotomia pelo processo argentino, tanto mais que já expusemos o assunto em «Notas de viagem».

#### D) EVOLUÇÃO DAS GRAVIDEZES GEMELARES UNI E BI-CORIAIS

Para maior clareza será examinada separadamente: *a)* a gravidez; *b)* o óvo.

*a)* VERMELIN observou a evolução sensivelmente nas mesmas circunstâncias, nas duas variedades de gravidez gemelar mono e bi-corial. Nos nossos casos pessoais nota-se uma nítida diferença na sua *duração*.

Das cinco gestações mono-coriais, quatro abortaram entre o quinto e o sexto mês e um de têrmo, ao passo que as gestações bi-coriais terminaram por partos de têrmo, mesmo prolongáveis, sendo esta última circunstância devida possivelmente ao repouso, influência outrora bem demonstrada por PINARD e os seus alunos.

Todavia, não devemos incriminar com segurança a variedade da gemelidade como a causa única dos abortos: por um lado os casos aqui referidos não são ainda numerosos; por outro, é quási

sempre difícil, senão impossível, obter a certeza sôbre as condições determinantes dos abortos, visto que as confissões das doentes são duvidosas.

As alterações ovulares podem localizar-se nos fetos ou nos anexos.

*Em regra, os fetos provenientes de ovos bi-coriais não se assemelham fisicamente duma maneira tão notável como os da outra variedade.*

Aquela semelhança é sòmente a de irmãos de gravidezes successivas. Pelo contrário, nos uni-ovulares a identidade dos gémeos pode ser muito impressionante no que respeita, quer à sua conformação normal, quer mesmo anormal.

A conformação normal pode ser idêntica: estatura, *facies* e fisionomia, côr dos cabelos e dos olhos, voz e até pelas preocupações mentais.

Sob certos aspectos, a colecção de fotografias do autor sueco DAHLERG é de-veras instrutiva.

Outros autores têm apresentado monstruosidades semelhantes nos pares de gémeos monocoriais e também se têm observado doenças cuja evolução é análoga nos gémeos mono-coriais.

Tais são hoje as noções clássicas.

Contudo, nas observações de VERMELIN, como nas nossas, a semelhança não é tão acusada, nem tão geral: pelo contrário, até existem diferenças acentuadas nos pesos, o que era observado já pelo autor de Nancy. As diferenças de pêso entre fetos de cada par bi-corial são acentuadas, exceptuando o caso VI:

CASO VI	}	Rapaz.....	2.820 grs.
		Rapariga ..	2.850 »
CASO VII	}	Rapaz.....	3.650 »
		Rapariga ..	2.230 »
CASO VIII	}	Rapaz.....	3.920 »
		Rapariga ..	2.930 »
CASO IX	}	Rapaz.....	3.020 »
		Rapariga ..	2.400 »

O pêso total dos fetos de cada par mono-corial é sensivelmente diferente:



CASO I	{	A	250	grs.
		A'	450	»
CASO II	{	B	330	»
		B'	475	»
CASO III	{	C	425	»
		C'	330	»
CASO IV	{	D	380	»
		D'	280	»
CASO V	{	E	2.900	»
		E'	1.650	»

É sobretudo nos casos I e V que o pêso de um feto é quasi duplo do seu gêmeo.

Conseqüentemente, as diferenças do pêso total são, em regra, mais acentuadas nos gêmeos dêste último grupo que no precedente. Estudados assim os pesos totais, como fêz VERMELIN, supomos dever juntar os documentos referentes à diferença do pêso de cada órgão separadamente. O pêso de cada órgão é, quasi sempre, duplo para o grande feto no caso I.

Nos casos II e III é apenas um pouco superior o pêso dos órgãos do grande feto sôbre o pequeno, havendo, nos três casos, diferença do pêso correspondente à diferença entre os pesos totais dos fetos.

No caso IV o pêso dos órgãos do grande feto é, em geral, o triplo dos órgãos correspondentes do pequeno, não havendo, portanto, aqui a diferença do pêso correspondente à diferença do pêso total dos fetos.

Alguns órgãos fazem excepção, que é preciso assinalar: o coração e o fígado. Os corações serão estudados ulteriormente.

Diremos neste momento apenas que o seu pêso, mesmo depois de serem lavados e esvaziados do sangue, é, pelo menos, duplo no coração do grande feto em relação ao coração do pequeno feto, exceptuando o caso IV, onde a diferença do pêso, depois de esvaziado, é de 2 grs. e 1,2 grs. o pequeno.

*Entre os fígados:*

CASO I	{	grande feto,	10,75	grs.
		pequeno feto,	10	grs.
CASO II	{	grande feto,	34,9	grs.
		pequeno feto,	13,72	grs.

CASO III	}	grande feto, 18,26 grs.
		pequeno feto, 11,9 grs.
CASO IV	}	grande feto, 31,27 grs.
		pequeno feto, 18 grs.

Portanto, entre os pesos dos figados não há sempre a mesma relação que entre os pesos dos fetos correspondentes; somente o caso III acusa uma diferença de pêso correspondente à diferença total do pêso dos gémeos.

Nos fetos bi-coriais não pude verificar os pesos dos órgãos porque os fetos vivem.

O tamanho de cada par de fetos mono-coriais é igualmente diverso:

CASO I	}	A 42 cm.
		A' 47 »
CASO II	}	B 26 »
		B' 29 »
CASO III	}	C 24 »
		C' 28 »
CASO IV	}	D 26 »
		D' 23 »
CASO V	}	E 50 »
		E' 50 »

O volume é notavelmente diferente nos gémeos mono-coriais, o que é bem pôsto em realce nas fotografias.

O sexo dos pares de fetos mono-coriais é: masculino nos casos I, III, IV e V; feminino no caso II.

Nos pares bi-coriais o sexo é diverso em todos os casos examinados, como acontece em 50 0/0 dos casos.

Quanto aos fetos mono-coriais, a maior parte dos clínicos acredita na constante identidade dos sexos, mas discutiremos este ponto mais adiante.

Até aqui examinámos a conformação habitual dos gémeos. Pelo que diz respeito às *alterações patológicas*, apenas observámos *naevus* num gémeo do caso III e hidrocefalia num dos gémeos do caso V.

Os *anexos* merecem também estudo, mas uma observação prévia e geral é indispensável.

# DEVEGAN

Marca registrada

Hidrocarbonatos desintegrados por processo especial + 0 gr. 25 de ácido 4 - oxi - 3 - acetil - amino - fenilarsinico

**Em casos de leucorreia, sobretudo de leucorreia provocada por tricomonas bem como na debilidade funcional das mucosas vaginais**

Para o tratamento causal por estímulo biológico dando as melhores condições para a propagação dos bacilos lacticos / De efeito seguro. Corresponde ás exigencias da higiene



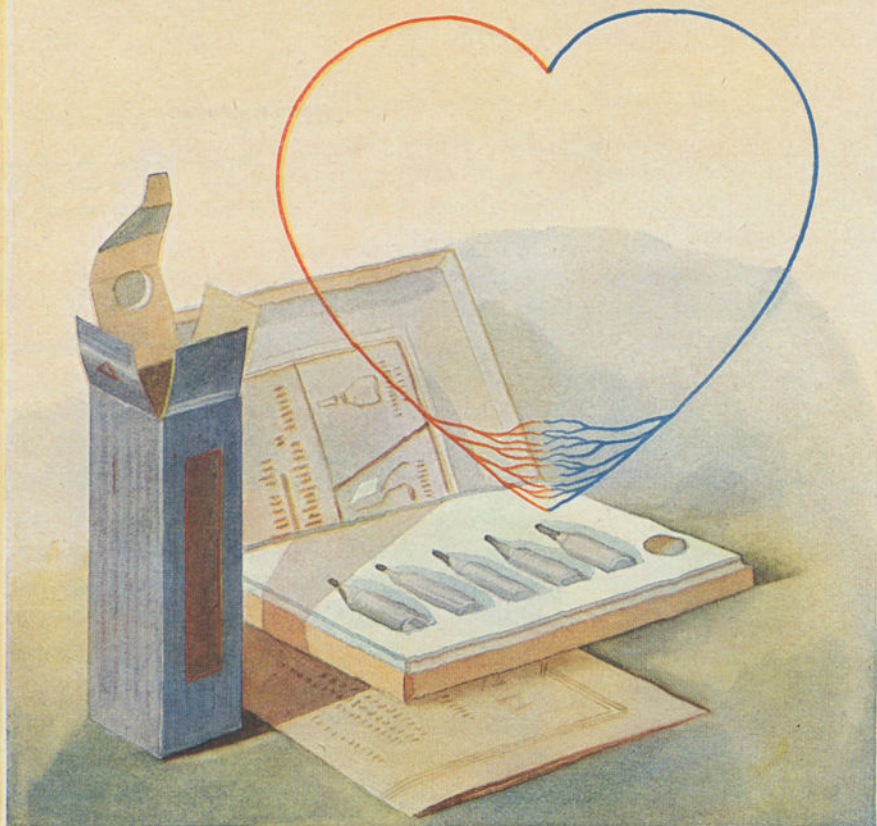
Marca registrada

EMBALAGEM ORIGINAL: Caixinhas de alumínio com 15 e 30 comprimidos

---

BAYER, LIMITADA, Rua dos Douradores 150, 3º, LISBOA

---



# PADUTINA

Marca registrada

Hormonio circulatorio com ação antiespasmódica específica sobre os vasos da periferia e com efeito regulador sobre a circulação e sobre a pressão sanguínea

**Para o tratamento dos espasmos vasculares e das perturbações nutritivas dos tecidos causadas por insuficiente irrigação sanguínea, hipertensão, claudicação intermitente, sensação de frio nos pés e nas mãos, perturbações do climaterio, feridas de cicatrização difícil e ulcerações troficas**



Marca registrada

Embalagens originais: Caixa com 5 ampolas de 1 c.c. (1 c.c. = 4 unidades biológicas) para administração parentérica. Frasco com 10 c.c. (1 c.c. = 7 unidades biológicas) para administração por via oral

O paralelo entre estes casos de bi e mono-coriais não é completamente concludente por causa da idade diferente dos fetos: cinco mono-coriais, quatro têm cinco a seis meses e apenas o quinto par é de termo, ao passo que os bi-coriais são todos de termo.

Vejamos todavia quais são os factos. Entre as gestações bi-coriais, apenas o caso VI acusa um ligeiro excesso de líquido amniótico num dos sacos (1.500 gramas), mas nem este, nem os outros bi-coriais apresentam hidrâmnios verdadeiros no momento do parto.

Não é precisamente o observado nos casos mono-coriais.

Efectivamente se no caso II o líquido era normal e desconhecido no caso III (caso do Museu), no caso I há 4 litros de líquido num saco e no caso IV mono-amniótico, existem também 4 litros.

No caso V, 1.800 grs. no saco ovular do feto hidrocefalo.

¿Qual será a causa, ou causas, destas diferenças entre as variedades de gestação gemelar? Eis o assunto do capítulo seguinte.

#### E) ETIOPATOGENIA DA DESIGUALDADE DOS GÊMEOS

Como fizemos para os factos, estudaremos agora separadamente as causas concernentes aos pares bi-coriais e mono-coriais.

#### GÊMEOS BI-CORIAIS

A origem da diversidade entre os gémeos bi-coriais, pode ser: 1.º) fisiológica; 2.º) patológica.

1.º) As *causas fisiológicas* são mais frequentes e dependem: a) dos coitos; b) da placenta; c) do cordão.

a) Os *coitos separados* podem ser causa de gemelidade, quando são fecundados dois óvulos pertencentes ao mesmo período ou a períodos diferentes da ovulação.

Na primeira hipótese (super-impregnação ou super-fecundação) os dois fetos têm um desenvolvimento pouco diferente.

Na segunda hipótese (super-fetação) a diferença de desenvolvimento fetal é mais acentuada.

Isto é admissível à *priori* e à *posteriori*.

À *priori* é até ao fim do terceiro mês da gestação que a fecundação é possível, visto ser somente nesta época que a caduca

ovular obtura por completo os orifícios das trompas e, por outro lado, laparotomias feitas em grávidas acusam óvulos maduros.

À *posteriori* a questão é discutida por CATHALA e outros, mas admitida por muitos autores, porque se observou uma negra que tendo tido relações sexuais com um negro e com um branco, gerou dois filhos: um negro e um mulato. Cita-se também o caso de uma mulher de raça branca que pariu dois filhos: um branco e outro mulato.

Na mesma ordem de ideas pode invocar-se a existência de úteros didelfos nos quais cada útero contenha o seu feto.

b) Nos casos pessoais de gemelidade bi-corial os pesos fetais variam no mesmo sentido que o pêso da *placenta*.

¿ Porque são diferentes os pesos das placentas? Talvez porque a vascularização do útero não é idêntica nos diferentes pontos de inserção das superficies placentares.

c) As características dos *cordões* umbilicais podem ter influência sôbre a diferença de pêso dos gémeos: com efeito a inserção e comprimento, as circulares muito apertadas, ou os seus nós explicam, parcialmente pelo menos, a desigualdade dos gémeos, pois estas últimas disposições determinam obstáculo à circulação feto-placentar e, quando existem sôbre um único cordão, originam um feto menos desenvolvido.

A sede de inserção dos cordões, em pontos de desigual vascularização, determina uma diferente irrigação sanguínea: eis aí outra origem da diversidade fetal.

Nas observações dos fetos mais pesados notamos que os cordões se inserem na maior zona placentar; parece, portanto, haver relação entre o pêso fetal e o modo de inserção do cordão.

2.º As *causas patológicas* são, freqüentemente, origem da desigualdade dos gémeos de pares bi-coriais.

Entretanto pode-se admitir que a albuminúria materna (caso de VERMELIN), a hemorragia retro-placentar, a sífilis (pelos *infartus*) e os tumores sejam mais destrutivos na placenta dum feto.

#### GÉMEOS MONO-CORIAIS

Neste grupo, como no precedente, é necessário encarar as causas fisiológicas e as causas patológicas.

*Causas fisiológicas* As três causas fisiológicas há pouco estu-

dadas devem-no ser também aqui: a) coitos separados; b) placentas; c) cordão.

a) Pensamos, com efeito, ser erradamente que se consideram sempre sinónimos os termos de mono-corial e mono-ovular.

Tal é, contudo, a opinião generalizada entre os obstetricistas. Assim, entre vários autores, o Prof. JEANNIN pensa que o diagnóstico de gestação uni-vitelina e bi-vitelina faz-se clinicamente pela existência de anastomoses ao nível da placenta, entre os vasos dos dois fetos, as quais se encontram só na uni-vitelina.

Entretanto, esta maneira de encarar a questão é talvez duvidosa e simplista, porque podem existir anastomoses à nascença e os fetos serem bi-vitelinos, isto é, provenientes de dois óvulos.

Basta para isso que as comunicações tenham aparecido posteriormente às formações ovulares, como supõem certos anatómicos, por exemplo, o Prof WEBER, de Genebra.

Teóricamente, pode admitir-se e objectivamente foi verificado em certas espécies animais.

Entre estes dois fetos de sexo diferente (*free martin*, dos autores ingleses), como a vitela e o vitelo macho, produz-se uma influência interessante, assinalada, entre outros, pelo professor belga ZWANOEEL.

Este autor supõe que «nas espécies cavalina e bovina, os indivíduos provenientes de gestações gemelares poli-vitelinas são, anatómica e fisiologicamente, semelhantes aos das gestações simples, mas que não é sempre o caso na espécie bovina. Os nossos conhecimentos a êsse propósito podem ser resumidos assim (segundo pensa o A.): quando dois gémeos têm o mesmo sexo, macho ou fêmea, são fecundos; quando o sexo dos dois gémeos é diferente, o macho é fecundo, a fêmea é habitualmente estéril. •Esta... é como castrada congénita, porque os seus ovários faltam quasi sempre e todos os outros órgãos sexuais estão atrofiados... «Hoje possuímos uma explicação... FONDLINI, KELLER emitiram então a hipótese de que a secreção interna dos órgãos sexuais machos dificulta o desenvolvimento embrionário do sexo fêmea... graças à comunicação vascular entre as duas placentas.

«O sexo macho teria, por qualquer processo, a primeira acção, seja porque se desenvolve primeiro, seja porque a sua secreção interna é mais intensa e mais activa... LILLIE e CHOPIN emitiram a teoria das hormonas sexuais antagonicas... MAGUISSEN e

ZIETZSCHMANN concluíram das suas observações que o vitelo fêmea é, na realidade, hermafrodita.»

Se no género humano não foi ainda demonstrada a existência dum facto semelhante ao observado nos animais, êle não é, todavia, para excluir das hipóteses a encarar.

Em regra, limitam-se os clínicos a estudar macroscòpicamente ou, quando muito, radiograficamente, as placentas de fetos do mesmo sexo.

Nós supomos, contudo, que são precisamente as placentas únicas, mas que pertencem a fetos de sexos diferentes, quere dizer, que provêm de dois óvulos (bi-vitelinas) e que são forçosamente bi-coriais para os tocologos, que podem talvez decifrar êste curioso problema.

Poder-se-á afirmar a impossibilidade de, no género humano, se realizarem as anastomoses entre as circulações dos dois fetos e a soldadura de dois *corions*, de forma a dar, no têrmo da gravidez, o aspecto duma placenta mono-corial: não conhecemos factos suficientemente numerosos em que se possam apoiar os obstetricistas para negarem esta hipótese, já verificada nos animais.

Confessamos que, nos casos de bi-coriais estudados, e em que existia uma só massa placentar ou duas unidas, as circulações eram distintas. Entretanto, a investigação de mono-coriais bi-sexuais merece prosseguir porque, segundo o Prof. WEBER, os gémeos humanos, como na maior parte dos mamíferos, podem classificar-se em três categorias:

- 1.<sup>a</sup> — Gémeos fraternos bi-vitelinos;
- 2.<sup>a</sup> — Gémeos fraternos uni-vitelinos;
- 3.<sup>a</sup> — Gémeos monozigóticos, sempre uni-vitelinos.

Os gémeos fraternos das duas primeiras categorias derivam de dois óvulos fecundados e são bi-vitelinos ou uni-vitelinos, segundo as placentas possuem as suas circulações sanguíneas separadas, ou anastomosadas.

Por conseqüência, a significação dos termos é diversa da usualmente adoptada. Podem ser do mesmo sexo, ou de sexo diferente, e o grau de semelhança entre êles é o do irmão, ou de irmã, da mesma idade.

Os monozigóticos são sempre uni-vitelinos. Sendo comum a circulação sanguínea, idêntico o sexo e a sua semelhança geral



é, em regra, impressionante. Podem ter tamanho e pêso variáveis e apresentarem ainda outras diferenças, mas, nesta hipótese o critério mais seguro, segundo o mestre de Genebra, para presumir a origem dos gémeos na dependência de um só ôvo fecundado, é a presença de *simetrias inversas*.

O ponto de partida desta doutrina foi a anatomia comparada.

A formação de mais dum embrião dependente dum único zigoto é um fenómeno de poli-embrionia conhecido em certos mamíferos, por exemplo, nas diferentes espécies de armadillos.

NEWMAN fez as seguintes verificações: as condições variáveis do meio, a pressão das paredes, a circulação desigualmente abundante, não têm nenhuma influência sôbre os caracteres de estrutura morfológica dos gémeos monozigóticos; o tamanho, o pêso dos filhos da mesma ninhada podem variar, mas os detalhes da carapaça, por exemplo, não são nunca influenciados: estão unicamente dependentes de factores internos.

A presença de anomalias hereditárias mostra-se frequentemente invertida nos gémeos.

A simetria inversa nas formações derivadas da ectoderme observa-se nos gémeos monozigóticos dos tateus.

No homem é provável que a poli-embrionia exista, mas precocemente, e a sua demonstração é impossível, podendo apenas presumir-se a sua existência por numerosos caracteres de identidade.

A fusão de duas circulações placentares será um sinal insuficiente.

É-se conduzido a procurar os caracteres de semelhança para se presumir serem os gémeos humanos monozigóticos.

Alguns autores estudaram-nos:

1.º — Nas cristas papilares das palmas das mãos, ou da planta dos pés.

2.º — Na implantação dos pêlos.

3.º — Nas papilas caliciformes da língua e nos órgãos foliaes desta.

4.º — Nos vasos do coração e nas cordas tendinosas deste órgão.

5.º — No sistema nervoso central, circunvoluções cerebrais.

6.º — No número de artérias renais (Prof. HERNANI MONTEIRO).

A interessante teoria de WEBER, que teve por ponto de par-

tida; como dissemos, a anatomia comparada, foi estudada pelo autor em dois exemplares humanos.

O Prof. HERNANI MONTEIRO estudou dois outros casos, tendo, num dêles, encontrado simetria inversa das artérias renais; duas artérias à direita, num, e à esquerda, no outro.

Nos primeiros casos que examinámos na Clínica Baudelocque, em Paris, sob a direcção do então — 1927 — chefe do laboratório e agregado de histologia VERNE, encontrámos *semelhança inversa* nas papilas caliciformes e nos órgãos foliados da língua, no primeiro par de gémeos.

No segundo par de gémeos não existia simetria, nem directa, nem inversa, das papilas da língua.

No terceiro par de fetos havia *simetria inversa*, não só nas papilas caliciformes da língua, mas também das papilas foliadas e até das circunvoluções cerebrais.

No quarto par de fetos (de Santa Bárbara) não encontrámos *simetria inversa*.

No quinto par apenas um dos fetos nasceu morto e hidrocéfalo, não tendo, por isso, feito investigações neste sentido, a não ser as das papilas das palmas das mãos e das plantas dos pés, cujo resultado não foi concludente, visto o grau de maceração do hidrocéfalo nada permitir.

Por conseqüência teríamos nos cinco casos estudados, pelo menos, dois monozigóticos.

Todavia afigura-se-nos necessário, para que esta curiosa concepção da gestação gemelar seja admissível, verificar a não existência dessa mesma simetria inversa, anteriormente mencionada, em par de gémeos fraternos bi-vitelinos.

b) A assimetria do sistema circulatório placentar apresenta duas modalidades de interpretação: uma baseada na transfusão de sangue dum feto ao outro, sustentada por CAZEAU, SCHATZ, etc.; a outra fundada sobre a desigualdade da inserção dos cordões.

A estas diferenças anatómicas correspondem diferenças fisiológicas: um feto recebe mais sangue, porque a extensão da sua superfície nutritiva é maior, e daí a sua pletora.

A primeira hipótese parece-nos inverosímil.

Com efeito, os corações dos fetos grandes (verificámo-lo sempre) são consideravelmente mais pesados e mais desenvolvidos,

sobretudo ao nível das paredes ventriculares, onde verificámos fibrilhas musculares hipertrofiadas e mais numerosas.

CASO I	}	coração do feto grande . . . . .	10,8	grs.	7,4	vazio
		» » » pequeno . . . . .	2,07	»	2,01	»
CASO II	}	coração do feto grande . . . . .	6	»	5	»
		» » » pequeno . . . . .	2,50	»	2	»
CASO III	}	coração do feto grande . . . . .	4,85	»	3	»
		» » » pequeno . . . . .	3,2	»	1,52	»
CASO IV	}	coração do feto grande . . . . .	11,9	»	9,8	»
		» » » pequeno . . . . .	2	»	1,2	»

¿ Como poderemos admitir que os grandes corações sejam pertencentes aos fetos transfusados e que os pequenos sejam aqueles que possuem sístoles mais fortes para ser os transfusores, isto é, para impor a sua corrente circulatória ao outro feto?

A não ser que se aceite a circulação inversa, ou, por outras palavras, que os fetos sejam simultaneamente transfusores e transfusados.

Para que esta concepção seja admissível, necessário será encontrar anastomoses artério-venosas, porque a pressão venosa é mais fraca que a pressão arterial.

Em nenhum dos casos estudados encontrámos comunicações superficiais artério-venosas. Entretanto não ousamos afirmar a sua ausência, visto ignorarmos se existem anastomoses profundas artério-venosas.

c) A hipótese das desigualdades circulatórias, devidas à inserção dos cordões, parece mais admissível.

Confrontando o pêso do feto e a extensão da zona placentar correspondente, nota-se paralelismo.

No caso I verificámos que o cordão do feto grande tinha um calibre maior e a sua inserção era central, ao passo que a do feto pequeno era mais delgada e marginal; por consequência, êste último recebe uma quantidade de sangue menor.

O mesmo foi verificado nos casos II, III, IV e V, onde os cordões se inserem sôbre a grande zona, ao passo que as inserções dos cordões dos pequenos fetos são velamentosas, recebendo, por conseguinte, o sangue proveniente das pequenas zonas. É esta a explicação parcial da morte dum dos fetos do caso V, em-

quanto o seu gêmeo nasceu vivo. Outra causa é a existência de *infartus*.

A inserção dos cordões é também quasi constantemente mais central nas observações dos outros autores; todavia, existe uma excepção de VERMELIN, o que prova, pois, que esta doutrina não é sufficiente.

Foi-se, por isso, conduzido a adoptar um ponto de vista eclético: a causa da diferença de pesos, de comprimento e de volume fetal não deve ser procurada apenas nas anastomoses, nem nos cordões, mas sim na implantação dêstes últimos, agravada pelas anastomoses.

BAR supõe que a inserção velamentosa de um, ou dois cordões, prova uma orientação primitivamente alterada.

Êste autor, como APPERT e outros, acredita na desigualdade original dos dois fetos humanos.

Estão registadas observações nos peixes, nos batráquios e nas aves, nas quais os dois embriões, desenvolvidos num ovo único, são desiguais desde o início.

A desigualdade de origem dos germes permite compreender o desenvolvimento desigual dos fetos, mas não explica as *anomalias dos anexos*.

A etiologia do hidrâmnios foi pesquisada na desigual repartição das superficies placentares de cada par de gêmeos.

A inserção do cordão, quando é velamentosa, dificulta a circulação e pode contribuir para aumentar o líquido amniótico.

Segundo KUSTNER (1), o coração do feto, cujo cordão tem uma inserção central, hipertrofia-se em vista do trabalho pouco considerável que deve fornecer; a hipertrofia cardíaca produz uma excreção mais considerável de urina e, por consequência, hidrâmnios.

É a macrocardia que determina a poliúria, seguno o autor.

Esta macrocardia é especial e incide principalmente sôbre os ventrículos.

Os fetos de sacos hidramnióticos não são forçosamente edemaciados. Quando o são, como no caso I, explica-se facilmente êste edema por uma transfusão muito activa e uma insuficiêcia

---

(1) *in* VERMELIN.

relativa da excreção renal. Os rins do grande feto apresentaram congestão.

MUTEL e VERMELIN supõem que há estase no território do feto transfusado, e que esta produz a hipertrofia cardíaca e depois a excreção mais abundante de urina, a hipertrofia hepática e a esplênica.

Não encontramos hipertrofia esplênica em nenhum dos casos autopsiados.

Quanto ao fígado, que, efectivamente, está consideravelmente aumentado nos casos II e IV, é, pelo contrário, quasi igual ao do outro feto no caso I.

Nos factos observados por VERMELIN uma vez a inserção foi marginal, outra vez velamentosa no ôvo hidramniótico. Contudo, no caso I, observou-se inserção paracentral no ôvo, que teve 4 litros de líquido amniótico, ao passo que a inserção marginal fazia-se no outro ôvo, o qual não teve poliâmnios.

No caso V houve excesso de líquido amniótico (1.800 gramas) na bolsa de águas do segundo feto (o hidrocéfalo), cuja inserção do cordão era velamentosa, ao passo que o outro feto (normal) tinha uma inserção lateral, sendo neste saco o líquido amniótico em quantidade normal.

O autor de Nancy admite a intervenção de disposições anatómicas particulares dos vasos placentares para explicar a gênese do hidrâmnios na gemelidade mono-corial.

Para SCHATZ (1) a anomalia do desenvolvimento dos gémeos, como toda a anomalia ovular, depende da assimetria do que êle chama a *terceira circulação*, quer dizer, a circulação comum aos dois fetos.

Quanto maior fôr a assimetria, mais consideráveis serão as diferenças do desenvolvimento fetal.

O hidrâmnios, sendo a consequência da vascularização intensa dum dos gémeos, acompanha, portanto, sempre, o gémeo favorecido, quer dizer, o maior. VERMELIN encontrou, contudo, um caso no qual o hidrâmnios correspondia ao gémeo mais pequeno, sem que nenhuma anastomose profunda tivesse sido encontrada. Por outro lado, existem quatro casos do mesmo agregado nos quais

---

(1) in VERMELIN.

nenhuma alteração ovular interveio, emquanto as anastomoses existiam entre as duas circulações.

Nas nossas observações de mono-coriais, em que foram conhecidos os antecedentes clínicos, houve apenas no primeiro caso hidrâmnios abundante (4 litros de líquido) no saco correspondente ao grande gémeo, ao passo que no caso V o gémeo mais pequeno (hidrocéfalo) é que tinha um saco amniótico com excesso de líquido (1.800 gramas), emquanto o outro, que nasceu vivo e era o maior, tinha uma quantidade de líquido amniótico normal.

\*

\*            \*

*Causas patológicas.* As causas patológicas descritas anteriormente, ao estudarmos a desigualdade dos gémeos bi-coriais, devem, com mais razão, ser estudadas nos gémeos mono-coriais. Duas, pelo menos, é mister lembrar: *a)* a sífilis; *b)* a anomalia do buraco de Botal.

*a)* A sífilis, tão freqüentemente observada nas gestações mono-coriais, não se encontra, porém, sempre.

No caso I não há sinais de *lues*, quer clínicos, quer serológicos.

No caso II o HETCH foi negativo, acusando apenas um dos fetos hepatomegalia.

No caso IV a R. de WASSERMANN deu resultado negativo, mas encontrou-se hepatomegalia de um dos fetos.

No caso V, WASSERMANN negativo.

*b)* Foi NIEBERDING (1) quem apresentou a hipótese de que o desigual desenvolvimento dos fetos mono-coriais se explicava pela obliteração do buraco de Botal.

Esta hipótese não encontra confirmação nos nossos casos I e II, onde verificámos permeabilidade em ambos os fetos.

Pelo contrário, no caso III e no caso IV, ambos mono-amnióticos, o buraco de Botal era permeável no coração do feto grande, mas impermeável no pequeno. Portanto, a hipótese de NIEBERDING não deve ser generalizada, pelo menos aos gémeos mono-

---

(1) in CANNAC.

-amnióticos. Além disso, mesmo que existisse sempre esta obliteração uni-lateral do buraco de Botal, era necessário ainda saber como e por que se tinha produzido.

### RESUMO

Abstemo-nos de fazer generalizações precipitadas, erro já notado por TAINE em outras ciências.

Ora, se as generalizações são nocivas em história, não o são menos em biologia; portanto, as apreciações presentes são relativas aos casos estudados, pouco numerosos até agora para permitirem deduções definitivas.

Lançando um golpe de vista sôbre os factos e as considerações anteriores, notamos:

### SÔBRE ESTATÍSTICA

1) Nos sessenta e seis mil quinhentos e três nascimentos da estatística BAUDELLOCQUE houve uma gravidez gemelar para oitenta e quatro gravidezes simples, enquanto que na da Maternidade de Santa Bárbara encontrou-se uma gravidez gemelar para sessenta e uma gravidezes simples.

2) A freqüência das gravidezes mono-coriais, em relação às bi-coriais, é de um para quatro.

3) As mono-coriais da estatística da Maternidade Baudelocque foram sempre bi-amnióticas, não havendo também menção de mono-amnióticas na tese de NINY, referente à estatística de Santa Bárbara até 1924, o que prova a raridade dos casos III e IV, mono-amnióticos.

### SÔBRE ANATOMIA DA GESTAÇÃO MONO-CORIAL

1) As diferenças de pêso total entre os fetos de cada par são acentuadas.

2) A diferença de pêso de cada órgão nem sempre é correspondente à diferença entre os pesos totais dos fetos.

Os órgãos em que a excepção se revelou mais acentuada foram o coração e o fígado.

3) Os corações, mesmo esvaziados, têm um pêso muito diferente um do outro.

4) Os cortes histológicos do coração do grande feto mostraram a hipertrofia do e miofibrilogénese ventriculares, ao passo que no feto pequeno as paredes ventriculares não as acusaram.

5) Os cortes histológicos das aurículas não apresentaram alterações nos dois corações.

6) Os figados podem ser hipertrofiados no grande feto, apresentar uma diferença de pêso correspondente à diferença do pêso total dos fetos, ou também ser um pouco menos pesado no grande feto.

7) O tamanho dos gémeos é diferente.

8) O volume é notavelmente diferente nos gémeos: um é edemaciado, o outro sêco.

9) Há correspondência entre o pêso dos fetos e a extensão da zona placentar.

10) A inserção do cordão do pequeno feto é, muitas vezes, velamentosa ou, pelo menos, marginal sôbre a pequena zona, ao passo que no grande feto mostrou-se sempre uma inserção mais central na grande zona.

11) Encontrámos uma vez um feto hidrocéfalo morto e macerado, ao passo que o seu gémeo nasceu vivo, de pêso quási normal e sem lesões aparentes.

#### SÔBRE ANATOMIA NA GESTAÇÃO BI-CORIAL

12) As diferenças do pêso total entre os gémeos de cada par são menos acentuadas proporcionalmente, e como regra geral, que nos fetos mono-coriais.

13) Os pesos dos filhos variam no mesmo sentido que o pêso da sua placenta.

14) Os cordões dos fetos mais pesados inserem-se na maior zona placentar, parecendo, portanto, haver relação entre o pêso fetal e a inserção do cordão.

#### SÔBRE PATOGENIA

15) Os termos mono-coriais e mono-ovulares não são sempre sinónimo nalguns animais e talvez também no género humano.



16) A existência de comunicações entre as circulações placentares dos dois fetos, depois das formações ovulares separadas no início, foi verificada nalguns animais, mas não está provada, nem infirmada no género humano.

17) e 18) A investigação dos mono coriais humanos bi-sexuais deve prosseguir por dois processos: pela estereo-radiografia placentar de gémeos de sexo diferente para pesquisar anastomoses e também investigando se nos dois gémeos mono-coriais de sexo diferente o macho é fecundo e a fêmea é estéril, facto conhecido na espécie bovina e outras.

19) A poli-embrionia existe em certos animais.

20) No homem a base desta teoria é a simetria inversa, que encontrámos em dois pares de fetos mono-coriais e não encontrámos no III parto.

21) A teoria que poderia explicar a desigualdade dos gémeos mono-coriais, pela transfusão de sangue dum feto para outro, é inverosímil, visto os pequenos corações pertencerem aos pequenos fetos, os quais não se afiguram bastante fortes para actuarem como transfusores, a não ser que se admita a 3.<sup>a</sup> circulação de SCHATZ.

22) A obliteração do buraco de Botal foi encontrada em dois casos (fetos pequenos dos casos 3.<sup>o</sup> e 4.<sup>o</sup>) mono-amnióticos e não o foi nos outros dois bi-amnióticos; portanto, a teoria de WIEBERDING não pode generalizar-se a todos os mono-coriais.

#### SÔBRE CLÍNICA

23) A gravidez gemelar bi-corial parece mais susceptível de evolucionar até ao termo que a mono-corial.

24) As gestações gemelares mono-coriais parecem mais sujeitas a produzir excesso do líquido amniótico que as bi-coriais.

25) A sífilis nem sempre se encontrou, mesmo nos gémeos mono-coriais.

26) O alcoolismo também não se revelou sempre.

27) A tuberculose nem sempre foi encontrada nos ascendentes.

28) A hereditariedade gemelar existiu, em regra, nos casos examinados.

29) Na hipótese de distocia devida ao enganchamento de dois fetos, está indicada a sinfisiotomia parcial pela técnica do argentino ZARATE.

## SÔBRE MEDICINA LEGAL

3o) Seria interessante definir qual dos gémeos, quando haja operação cesareana, se deve considerar o mais velho.

\*  
\*   \*  
\*

Não devo encerrar êste artigo sem testemunhar o meu reconhecimento: ao Prof. COUVELAIRE, pela cedência amável das peças do Museu Varnier e de casos clínicos da Maternidade Baudelocque, durante o tempo em que fui assistente da Faculdade de Paris; ao Prof. VERNE, a quem se devem os cortes histológicos e fotografias com que se dignou valorizar êste trabalho; ao Prof. WEBER, de Genebra, que me elucidou sôbre dados bibliográficos, e, finalmente, ao Prof. PARREIRA, pelas microfotografias e desenhos executados pelo Sr. MARQUES, no Instituto de Anatomia Patológica.

## BIBLIOGRAFIA

A bibliografia compreende os trabalhos consultados para a elaboração da conferência que, sôbre os gémeos, pronunciamos em 1928 e os estudos de que posteriormente tivemos conhecimento (1929-35).

- 1) ALFIERI. — La gravidanza bigemina monocoriale. *Annali di Ostetricia*. N.ºs 4, 5, 7, 8. 1903.
- 2) APERT. — Les Jumeaux.
- 3) ARANJO (Dr. Lincoln). — Um caso de prenhez extra-uterina com uma intra-uterina. *Rev. de Gyn. e d'Obst.* Rio de Janeiro. Pág. 223.
- 4) AYNIERICH. — Gravidanza contemporanea, intra e extra-uterina con usura di unansa intestinal aderente, per azioue dei villi coriali; enterorragie. *Riv. italiana di gince*. Vol. III. Pág. 739. 1924-25.
- 5) BALARD. — Les naissances gémellaires à Bordeaux de 1913 à 1923. *Gaz. Hebd. de Sc. Méd. de Bordeaux*. 24 Juillet. Pág. 457. 1924. *Analyses Gyn. et Obst.* Tômô X. Pág. 291. 1925.
- 6) BALLAIRE. — Fonctionnement de la cl. Baudelocque (année 1925). Paris.
- 7) BALTHAZARD. — Empreintes digitales. *Académie des Sciences*.
- 8) BAR. — Recherches pour servir à l'histoire de l'hydramnios — Pathogénie. *Thèse de Paris*. Vol. 91, col. Varnier. Chapitre 4. 1881.
- 9) BAR et ELEUTERESCO. — Le placenta et le fœtus dans la grossesse g. univitelline. *Soc. Obst. de France*. 23 Avril 1879 in *Obstetrique*. Pág. 270. 1879.
- 10) BARBARO. — La superfétation existe-t-elle? *Rev. d'Anthrop.* Pág. 26. 1925.
- 11) BAUDRILLART. — Fonctionnement de la mat. Beaud (année 1924). Págs. 30-32. *Thèse* 1926.

- 12) BLECHMAN. — Difficulté de l'élevage des jumeaux. *Rev. Anthropol.* Pág. 30. 1925.
- 13) BORRIUS. — Osservazione sull'acrescimento o sulla patologia dei gemelli. *Riv. di clinica pediatrica.* Sep. et oct. 1918.
- 14) BOUCHACOURT. — Sur la très grande maléabilité de la glande mammaire. *Rev. d'hygiène et de médecine inf.* Tômô VI. N.º 4. 1907.
- 15) BOUSSIN. — *Thèse de Paris.* N.º 439. 1920.
- 16) BRINDEAU et REGLADE. — Radiographie stéréoscopique dans l'étude du placenta gémellaire. *Bull. de la Soc. d'Obst.* Pág. 468. 1923.
- 17) BRINDEAU. — La radiographie dans l'étude de la circulation placentaire. *Gyn. et Obst.* Tômô III, Pág. 7. 1921.
- 18) BRIQUET (Dr. Raúl). — Algumas notas de observação. *Revista de Ginecologia e de Obstetricia.* Pág. 265. Rio de Janeiro. 1925.
- 19) CAMARGO (Dr. João). — Um caso de prenhez tripla. *Rev. de Gyn. e de Obst.* Pág. 252. Rio de Janeiro. 1925.
- 20) — Prenhez múltiplas. *Rev. de Gyn. e de Obst.* Pág. 287. Rio de Janeiro. 1925.
- 21) CANNAC. — Étude sur la trigémellité. *Thèse de Paris.* 1927.
- 22) CATHALA et BARBARO. — La superfétation existe-t-elle? *Rev. Française de Gyn. et d'Obs.* Pág. 97. 10 Février 1925.
- 23) CAZEAUX. — *Traité de l'art des accouchements.* 1856.
- 24) CLÉMENT MARCEL. — Des rapports de la grossesse gémellaire avec l'éclampsie puérpérale. *Thèse de la clinique Beaudelocque.* 1893-94.
- 25) CORRÊA DA COSTA. — Estudo de clínica obstétrica. Pág. 148. Capítulo X: Gravidez gemelar. Livre docente de cl. Obst. Rio de Janeiro.
- 26) CORUIL et BERTILLON. — Remarques anatomiques et physiologiques sur un cas d'anencéphalie observée chez des jumeaux. *Rev. Anthropologique.* Pág. 34. 1925.
- 27) COSME CARDOSO DO CARMO. — Prenhez ectópica. *Tese do Pôrto.* 1908.
- 28) COUVELAIRE. — Dystocie au cours de l'accouchement gémellaire. *Rev. pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie.* Pág. 79. 1905.
- 29) — Avortement thérapeutique par grossesse gém. de 5 mois, compliqué d'hyd. d'un des 2 œufs. *Rev. d'Obst. et de Pédiatrie.* Pág. 264. Sept. 1906.
- 30) DALLA VOLTA. — La morfologia del padiglioni dell'orecelvio nei jemelli. *Archivio italiano di anatomia e embriologia.* Fasc. 1. 1924.
- 31) DARESTE. — Production des monstruosités. 2.<sup>a</sup> ed. Pág. 432.
- 32) DELUCA et WIDACOVITCH. — Recherches sur l'origine des gestations gémellaires uni-ovulaires. *Ann. de Gyn. et d'Obst.* N.º 12. Pág. 722. 1919. (de Buenos-Aires).
- 33) DEMELIN. — Fonctionnement de la Maternité Beaudelocque (année 1923). Págs. 27-29. 1924.
- 34) DERANCOURT. — Le pronostic des g. gémellaires, d'après 50 cas et 100 courbes de poids d'enfants jumeaux. *Thèse de Paris.* 1926.
- 35) DESOUBRY. — Fœtus monstrueux avec œdeme généralisé dans une grossesse gémellaire mi-vitelline. *Bull. Soc. d'Obst.* Pág. 560. 1926.
- 36) DUHAIL et VIGNES. — Poids des enfants nés de gestations trigémellaires. *Revue Anthropol.* Pág. 21. 1925.

- 37) ELETERESCU. — *Thèse de Paris*. N.º 244. 1895-96.
- 38) EUSTACHE. — Du mode d'allaitement des jumeaux *Ann. de médecine et de chirurgie inf.* Mars 1904.
- 39) FAVREAU. — Augmentation du nombre de jumeaux depuis la guerre. *Rev. Anthropol.* Pág. 8. 1925
- 40) FRANCONI. — Sullo estudio dei gemelli. *Riv. di clinica pediatrica*. Oct. 1919.
- 41) FRATER (John). — *Amer. Journ. of Obst. and Gynec.* 1923.
- 42) GABASTOU (Jean). — Embarazo simultaneo intra y extra-uterino. *Boletin de la Soc. de Obst. y Gin. de Buenos-Aires*. Pág. 146. 1924.
- 43) GALLO. — Sifilide e gravidanza gemellare. *La Pediatria*. N.º 11. 1923. Resumen nocturno de ost. egin. de 1923. Pág. 570. (Consulta externe di Napoli) 690 casi di parti gemellari y fu riscontrate la lue in 148 (21,4 %).
- 44) GAUTRET. — Grossesse gémellaire bivitelline, l'un des fœtus étant vivant, l'autre mort et macéré. *Bull. de la Soc. d'Obst.* 1921.
- 45) GEAUT. — Fonctionnement de la maternité Beaud (année 1922) seulement de págs. 25-26.
- 46) HAUTECHAUD. — Grossesse gémellaire. Expulsion à deux mois d'un fœtus et à terme d'un enfant bien constitué. *Bull. de la Soc. d'Obst.* (Rue de Bordeaux) Pág. 570. 1925.
- 47) HERVE. — Les jumeaux. Étude morphologique fonctionnelle, statistique et psycho-sociologique. *Revue Anthropologique*. Pág. 1. 1925.
- 48) JAIS. — Contribution à l'étude de l'hydramnios aigüe dans la grossesse gémellaire. *Thèse de Paris*. 1911.
- 49) JAY. — Grossesse gémellaire. *Thèse de Paris*. 1921.
- 50) JEANNIN. — Les œufs gémellaires. *Presse*. Pág. 613. 1906.
- 51) — Grossesse gémellaire mono-amniotique. *Presse*. Pág. 645. 1906.
- 52) JOB. — Fonctionnement de la clinique Beaud (année 1921), págs. 28-29. *Thèse*. 1923.
- 53) JULLIEN. — Documents statistiques concernant l'étude des grossesses gémellaires. *Thèse de Paris*. 1896-97.
- 54) LAFFOUT et GAUJOUR. — Eclampsie gémellaire et fœtale. *Bull. de la Soc. d'Obst.* (Rue d'Alger). Pág. 224.
- 55) — Hydramnios aigüe precoce et grossesse gémellaire. *Journal de médecine et de chirurgie de l'Afrique du Nord*, du 5 Mai 1924.
- 56) LEBRETON. — De l'inégalité de développement des deux jumeaux. *Thèse de Paris*. 1903.
- 57) LEVY SOLAL et JEAN ALSACE. — Étude radiographique des anastomoses veineuses dans un placenta trigémellaire. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*. N.º 7. Pág. 424. Juillet 1926.
- 58) LAUZARD. — Contributo clinico-statistico allo studio della gravidanza multipla. *Analì di ostetricia e Gin.* Luglio 1924.
- 59) MARCEL (Clément). — Des rapports de la grossesse gém. avec l'éclampsie puerperale. *Thèse de la clinique Beaudelocque*. Paris, 1893-94.
- 60) MARFAN. — Traité d'allaitement. Pág. 329.
- 61) MAYGRIER et DEMELIN. — Étude clinique sur l'avortement multiple et en particulier sur l'avortement gémellaire. *Archives de Tocologie et de Gyn* 1891.

- 62) MAYGRIER. — Grossesse gémellaire uni-vitelline. *L'Obstétrique*. Pág. 301. 1897.
- 63) MESTROU. — Un caso di distocia di origine fetale in parto gémellaire. Contrasto delle due teste. *Rivista Italiana di Ginec.* Vol. II. Pág. 59. 1923.
- 64) MONTEIRO (Miguel de Sacramento). — Contribution à l'étude clinique de l'accouchement gémellaire. *Thèse de Paris*. 1893.
- 65) MUTEL et VERMELIN. — Contribution à l'étude de la circulation fœto-placentaire dans les gémellaires uni-ovulaires. *Gyn. et Obst.* Vol. I. Pág. 294. 1922.
- 66) NIEBERDING. — Teonia gemes truraco Botal.
- 67) NINY. — Contribuição para o estudo da gravidez gemelar. *Tese de Lisboa*. 1925.
- 68) OTTO HASLUND (de Copenhague). — Sur la participation inégale des jumeaux dans la syphilis congénitale. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*. Paris. N.º 6. Pág. 322. Juin 1924. *Gyn. et Obst.* Analyses p. 293. Tõmo X. 1924.
- 69) PAPILLAUT. — Aperçu psycho-sociologique sur les jumeaux. *Rev. Anthropol.* Pág. 49. 1925.
- 70) PASTELLANI. — La disgenia gemellare. Primo congresso italiano di Eugenetica sociale. *Folia Medica*. Nov. 1924. In *Riv. Italiana di Ginec.* Vol. III.
- 71) PANCOT. — Grossesse gémellaire; syphilis d'un seul œuf avec mort d'un fœtus; césarienne bossée. *Bull. de la Soc. d'Obst.* Pág. 54. 1927.
- 72) PEREZ (Manuel Luis) y JAKOB (Alfredo). — *Boletín de la Soc. de Obst. y Gin. de Buenos Aires*. Pág. 74. 1925.
- 73) PINARD. — Contribution à l'histoire des grossesses triples. Clinique obstétricale. Pág. 99. 1899.
- 74) — 1911 — de la gestation gémellaire. *Bull. Médical*. 25 Mars 1911.
- 75) POLLASTRONI. — Sepimento transversale della vagina e gravidanza gemellare. *Gazzetta italiana delle levatrici*. Giugno 1924.
- 76) MELLE POPOFF. — Du rôle de la syphilis dans les g. gémellaires. *Thèse de Genève*. 1908.
- 77) POTOCKI et BRANCA. — L'œuf humain et les premiers stades de son développement. Pág. 132.
- 78) REEB. — Grossesse gémellaire intra et extra-utérine. *Bull. de la Soc. d'Obst.* (Rue de Strasbourg); Pág. 217. 1924.
- 79) REGLADE. — Grossesse gémellaire uni-vitelline Hydramnios aigüe. *Thèse de Paris*. 1919-20.
- 80) SAINTYVES. — Les jumeaux dans l'ethnographie et la mythologie. *Rev. Anthropol.* Pág. 54. 1925.
- 81) SANTOS (professor Marques dos). — Histerorexis espontânea por anomalia congénita. *Arquivos do Instituto de Anatomia patológica de Coimbra*. Vol. XII. Págs. 5, 6, 7 e 45. 1923-24.
- 82) SCHATZ. — *Archiv. für Gynœk.* Tõmo XXIV. 1873.
- 83) SIFFRE. — La denture des jumeaux. *Rev. Anthropologique*. Pág. 43. 1925.
- 84) SPIRITO (ass. dal prof. Miranda di Napoli). — Placenta previa e gravidanza gemellare. *Archivio ostetricia e gin.* Vol. IX. Pág. 289. 1921-22.
- 85) SUZOR. — Trigémellaire. *Bull. de la Soc. d'Obst.* Paris. 1926.

- 86) TILMAN. — De la mort d'un fœtus dans la grossesse gém. *Thèse de Paris*. 1895
- 87) TRISTANY. — Monstruosità in gravidanza gemellare. *Alfieri della Levatrice*. N.º 1. 1925. In *Riv. Italiana digui*. Vol. III.
- 88) VERMELIN (Henri). — Contribution à l'étude de la grossesse gémellaire uni-ovulaire. Maney. *Thèse d'agrégation*. 1926.
- 89) VIGNES. — Durée des gestations gémellaires. *Rev. Anthropol.* Pág. 15. 1925.
- 90) — Poids de naissance de jumeaux. *Idem*. Pág. 15.
- 91) — A propos des gestations multiples dans l'espèce humaine. *C. R. S. B.* Pág. 854. 1925.
- 92) WEBER (A.) (Prof. d'Anatomie à Genève). — Mécanisme et résultats de la polyembryonie chez l'homme. *C. R. S. Biol.* Tõmo 88. Pág. 25 du volume jubilaire. 1923.
- 93) — Recherches anatomiques sur les jumeaux humains uni-vitellius (monozygotiques). *C. R. de l'Association des Anatomistes*. 18<sup>ème</sup> réunion. Lyon. 1923.
- 94) ZWAENEPOEL (Prof. à Areghem — Belgique). Les gestations gémellaires envisagées plus spécialement dans l'espèce bovine. *Ann. de méd. vét.* Pág. 469. 1921.

## BIBLIOGRAFIA REUNIDA DE 1928 A 1935

- 95) ALLARD (Marcel). — Placenta gémellaire unichorial mono-amniotique. *Bull. de la Soc. d'Obstetrique et de Gyn. de Paris*. Pág. 238. 1930.
- 96) ALMEIDA (Prof. Tiago d') — Superposition de l'électrocardiogramme chez deux jumelles uni-vitellines. *Arquivos de Clínica Médica* da F. do Põrto. Tõmo III. Pág. 189.
- 97) ANAIS DA FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO. Separação de irmãos unidos. 1923.
- 98) AUDEBERT et ESTIERMY. — Grossesse quadrigémellaire. *Bull. de la Soc. d'Obstetrique de Toulouse*. Pág. 693. 1930.
- 99) BAR (Paul). — Un œuf à deux jaunes peut-il donner naissance à deux jumeaux adhérents? Étude critique d'un document inédit de Saint-Hilaire. *Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*. Pág. 154. 1903.
- 100) — Remarques sur quelques cas de gémellité.
- 101) BARDY (Dr. Jeanne). — De la variabilité des points d'ossification du fœtus. Son importance en médecine légale et pour l'étude de la superfétation. 1928.
- 102) BARTEHOKA. — Um caso de gravidez quádrupla. *Cliniki*. 1 de Janeiro de 1927. Resumo pág. 291 *Rev. française de gyn. et obst.* 1927.
- 103) BAUDOIN. — *Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*. 1907. Pág. 130. Discussion de la com. de Bar. *Bull. de la Soc. d'Obst.* Pág. 478. 1903.
- 104) BERARDINELLI (Dr. Valdemar). — Prenhez sextupla. *Fõlha Médica*. Rio de Janeiro. 16 de Novembro de 1925.
- 105) BEUROIS. — Contribution à l'étude de la grossesse gémellaire. *Thèse de Bordeaux*. 1925.

- 106) BLANC. — *C. R. de la Soc. de Biologie*. Págs. 967-971. 1892.
- 107) BRINDEAU et JEANIN. — G. Gémellaire mono-amniotique et hydramnios aigu. *L'Obstetrique*. Pág. 605. 1908.
- 108) CATHALA. — Disposition de la Caduque réfléchie dans un cas de grossesse bi-vitelline terminée par avortement. *Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*. Pág. 250. 1903.
- 109) CATHALA et Melle BARDY. — L'âge d'un fœtus peut-il être fixé par le degré de développement de son ossification? Étude basée sur la recherche des points d'ossification chez les jumeaux uni-vitellins. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*. Pág. 601. 1928.
- 110) CHABONNIER. — Étude des grossesses triples et plus que triples. *Thèse de Toulouse*. 1895.
- 111) CHEVAL. — Un cas de grossesse extra-utérine simultanée des deux trompes avec avortement tubaire bilatéral et formation d'hématocèles bilatérales. *Bull. de la Soc. Belge de Gyn.* N.º 5. 1913-14.
- 112) CHIARUGI. — I Gemelli. Torino. 1926.
- 113) CHILDE (Charles). — Grossesse tubaire gémellaire. *The journal of the American méd. ass.* Pág. 2134. 1907.
- 114) COSTA (Vergílio). — Algumas considerações sobre gémeos. *Rev. Gyn. e d'Obstetricia brasileira*. Pág. 114. 1933.
- 115) CROISIER (de Blois). — Coexistence d'une grossesse ectopique avec une grossesse intra-utérine. Rupture de la grossesse tubaire. Avortement consécutif de la grossesse intra-utérine. *Bull. et Mémoires de la Soc. des chirurgiens de Paris*. Pág. 800. 1927.
- 116) CROISIER. — Coexistence d'une grossesse ectopique avec une grossesse intra-utérine, rupture de la grossesse tubaire, avortement consécutif de la grossesse intra-utérine. *Soc. des Chirurgiens de Paris*. 2 déc. 1927. In *Presse Médicale*. Pág. 1510. 1927.
- 117) DAHLBERG. — Twin births and twins from a hereditary point of view. Stockholm. 1926.
- 118) DAHLBERG et AKESSON. — Théorie du mécanisme uni-ovulaire et recherches expérimentales sur le liquide folliculaire. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. Vol. X. Fasc. 1. Pág. 63. 1930. Resumo em *Gyn. et Obst.* Tõmo XXVI. Pág. 163. 1932.
- 119) DESNOYERS. — Hémorragie rétro-placentaire dans une gestation gémellaire. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.* Pág. 401. Juin 1930.
- 120) DOUA. — Avortement gémellaire. *Thèse de Paris*. 1925-26.
- 121) DUBREUIL-CHAMBARDEL. — Société d'Anthropologie de Paris. 5 Mai 1927.
- 122) — Anatomie du vivant. La dextrocardie chez les jumeaux. *Presse Médicale*. Pág. 1157. 1927.
- 123) — La symétrie en miroir des malformations chez les monstres doubles et les jumeaux. *Presse Médicale*. Pág. 877. 1927.
- 124) DEVÉ. — Nœuds complexes des cordons dans une grossesse uni-vitelline. *Bull. de la Soc. d'Obstetrique de Paris*. Pág. 619. 1930.
- 125) EERLAND. — Mola hidatidosa big tweelingszwangerschap met esen levem voldragen kind — *Ned Tijdschrift v. Verl. en Gyn.* Tõmo XXX.

- 126) EUSTACHE. — Du mode d'allaitement des jumeaux. *Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*. Pág. 492. 1903.
- 127) FERE. — *C. R. de la Soc. de Biologie*. Pág. 221. 1894.
- 128) FONTES. — Como se formam os gémeos.
- 129) FOURNIER. — Grossesse trigémellaire. *Soc. d'Obst. et de Gyn.* Pág. 212. 1930.
- 130) FRANKL. — Ueber zweieige Follikel. *Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*. Tômó LXXXVII. N.º 4-5. 1931. Resumo in *Gyn. et Obst.* Tômó XXVI. Pág. 163. 1932.
- 131) GARCIA (Haro). — Contra-rectificação acêrca de «Un caso de hidramnios agudo unilateral en embarazo gemelar». *Rev. Española de Obstetricia y Gyn.* Pág. 349. 1932. Un caso de hidramnios agudo unilateral en embarazo gemelar. *Revista Española de Obstetricia y Gyn.* Pág. 193. 1932.
- 132) GAY. — Mort d'un fœtus au cours d'une grossesse gémellaire. *Bull. de la Soc. d'Obst.* Pág. 441. 1931.
- 133) GERTRUD PETZOLD. — Mongolismus bei einem von zwillingen (mongolismo em dois gémeos). *Monatsschrift für Kinderheilkunde*. Tômó XLVII. Junho de 1930. Resumo in *Gyn. et Obst.* Pág. 451. 1931.
- 134) GODLEWSKY. — Un cas de thoracopage. *Bull. de la Soc. d'Obstetrique et de Gyn. de Paris*. Pág. 281. 1930.
- 135) GAZETA MÉDICA DO PÔRTO. 1848-49.
- 136) HOULTON. — Gravidez múltipla de têrmo num útero «bicornis bicollis». *The british medical journal*. 21 Nov. 1925.
- 137) LANDEIRO (Fausto). — Esplenogramas de gémeos. *Lisboa Médica*. Pág. 544. 1934.
- 138) LAUNAY et SÉGUINOT. — Étude sur les grossesses tubaires bilatérales simultanées. A propos d'un cas de grossesse tubaire à trois fœtus. *Revue de Chir.* Tômó XLIII. Avril 1911.
- 139) LAURENTIE et NINI. — Grossesse quadrigémellaire. *Bull. de la Soc. d'Obst.* Pág. 606. 1927.
- 140) LE LORIER. — Le signe d'Arnoux dans la grossesse gémellaire. *Ann de la Soc. d'Obst. de France*. Pág. 32. 1911.
- 141) LEREBoulLET. — *C. R. de l'Acad. des Sciences de Paris*. Págs. 854, 1028, 1063 e 1065. *C. R. de l'Acad. des Sciences de Paris*. Pág. 761. 1862.
- 142) LÉVY (Georges). — Bec de lièvre chez des jumeaux uni-vitellins. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*. Pág. 661. 1928.
- 143) LOPES (Álvaro Peão). — Parto triplo. *Gazeta dos Hospitais do Pôrto*. Pág. 313. 1909.
- 144) MADRUZZA. — Un caso di gravidanza trigemellare complicata da monstrosità fetale, polidramnios e placenta previa centrale. *La Clinica Ostetrica*. Fasc. X. Pág. 713. 1928.
- 145) MAGALHÃIS (Prof. Fernando de). — A obstetricia no Brasil. 1922. A página 272 e seguintes cita-se a bibliografia brasileira sôbre prenhez múltipla.
- 146) — Monstro Dicéfalo Tetrabráquico. *Clinica Obstétrica*. N.º 17.
- 147) MARCUS (Herbert). — Grossesse triple. Diagnostic par les rayons de Röntgen. *Gyn. et Obst.* Tômó XVII. Pág. 312. 1928.
- 148) MATERA. — Fibroma complicante il parto o gravidanza gemellare? *La Clinica Ostetrica*. Fasc. IV. Pág. 205. 1928.



- 149) MAYGRIER. — Présentation d'un placenta de g. gémellaire uni-vetelline à poche amniotique unique. *L'Obstétrique*. Pág. 372. 1908.
- 150) MEYER. — Grossesse gémellaire; syphilis des deux placenta; mort d'un seul fœtus. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*. Pág. 311. 1928.
- 151) MONTEIRO (Prof. Hernani). — Dois casos de gravidez múltipla. Pôrto. 1928.
- 152) — Crossa aórtica à direita em dois fetos gêmeos (uni-vitelinos). *Arquivo de Anatomia e Antropologia* do Prof. Vilhena. Vol. XIII. Pág. 245. 1929-30.
- 153) MUTEL et VERMELIN. — Étude des anastomoses vasculaires et de l'hydramnios dans la grossesse gémellaire uni-ovulaire. *Gyn. et Obst.* Pág. 216. 1928.
- 154) NEWMAN. — The biology of twins 1917; the physiology of twinning 1923. The University of Chicago Press.
- 155) NOVAK. — Gravidezes intra-uterinas e extra-uterinas associadas; 276 casos, sendo 2 pessoais. *Surgery, Gynecology and Obst.* Análise in *Rev. Fr. de Gyn. et Obst.* Pág. 303. 1927.
- 156) — Beitrag zur Zwillingspathologie. *Zentralblatt für Gynäkologie*. Tômoo LV. N.º 2. 1931. Resumo em *Gyn. et Obst.* Tômoo XXVI. Pág. 160. 1932.
- 157) NUBIOLA. — Rectificación al artículo de Haro Garcia «Un caso de hidramnios agudo unilateral en embarazo gemelar». *Rev. Española de Obstetricia y Gin.* Pág. 257. 1932.
- 158) NATIONAL GEOGRAPHIC MAGAZINE. — February 1935. Pág. 166. Afrench canadian mother and herfive babies shortly after their birth.
- 159) PEREZ et JACOB. — A proposito de un embarazo trigemelar. *La semana medica*. N.º 23. 1925.
- 160) PLAGGEMEYER. — A Urologic and radiographic study of the Samar twins with a view to surgical separation of the bodies. *Surgery, Gyn. and Obst.* Pág. 269. 1920.
- 161) PORTES et BLANCHE. — Radio-diagnostic des gestations multiples. *Gyn. et Obst.* (Rev. mensuelle). Tômoo X. Pág. 338. 1924.
- 162) RANGEL (Dr. Azevedo). — Um caso teratológico. *Rev. de Gyn. e d'Obst.* Rio de Janeiro. Pág. 139. 1930.
- 163) RAVARA. — Soc. das Ciências Médicas de Lisboa. Tômoo LIII. 1889.
- 164) RHENTER et LEVET. — Un cas d'hydramnios à marche rapide dans une grossesse gémellaire. *Bull. de la Soc. d'Obst.* Pág. 401. 1928.
- 165) ROSSIER. — Un cas de jumeaux mono-amniotiques avec entrelacements compliqués des deux cordons. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*. 1926.
- 166) RUIZ (Carlos). — Los gêmeos. *Rev. Med. Latino-Americana*. N.º 176 de Maio de 1930. Resumo na *Rev. de Gyn. e d'Obst.* Rio de Janeiro. Pág. 400. 1930.
- 167) — Les jumeaux. *Rev. Med. Latino-Americana*. Buenos-Aires. N.º 176. 1930. *Rev. Gyn. et Obst.* Tômoo XXVI. Pág. 162. 1932.
- 168) SAINT-HILAIRE. — Traité de tératologie. Tômoo III. Pág. 502 in Bar 1907.
- 169) SAUVÉ. — Contribution à l'étude des grossesses tubaires, bilatérales et simultanées. *Thèse de Paris*. 1905-1906.

- 170) SERVE. — Pathogénie de la g. gémellaire. Strasbourg. 1902.
- 171) SIGLER. — El lóbulo anterior de la hipófisis como factor condicionador de las gestaciones multiples. *Rev. Española de Obst. y Gyn.* Pág. 65. 1932.
- 172) STRANSKY. — Beiträge zur Zwillingspathologie. *Monatschrift für Kinderheilkunde*. Tômolo XLVIII. N.º 5. 1930. *Rev. Gyn. et Obst.* Tômolo XXVI. Pág. 161. 1932.
- 173) STREETER. — Single ovum twins in the pig (gêmeos uni-vitelino) no porco). *Journal of the Amer. Med. Assoc.* N.º 1. 1915.
- 174) THIERRY. — Présentation d'un appareil permettant le diagnostic certain des g. gémellaires.
- 175) THOVER-ROZAT. — Sur deux cas de g. triple (présentation des placentas). *Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris.* Págs. 140-284. 1903.
- 176) TRILLAT. — Grossesse trigémellaire diagnostiquée pendant la gestation. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris.* Pág. 266. 1930.
- 177) UFFENORDE. — Beitrag zur Frage ungleicher Fruchtentwicklung bei Mehrlingsschwangerschaft. *Zentralblatt für Gyn.* Tômolo LIV. N.º 50. 1930. *Resumo em Gyn. et Obst.* Tômolo XXVI. Pág. 161. 1932.
- 178) VARNIER. — Diagnostic de la g. gémellaire. *Revue pratique d'obst. et d'hygiène de l'enfance.* Pág. 353. 1888.
- 179) — De l'accouchement gémellaire. *Revue pratique d'obst. et pediatrie de Paris.* Págs. 129-161. 1893.
- 180) VAUTRIN. — Les grossesses tubaires bilatérales simultanées. *La Gynécologie.* Págs. 435-448. 1911.
- 181) VERMELIN et FRANÇOIS. — Grossesse gémellaire uni-ovulaire; hémorragie de Benkiser; mort de deux fœtus. *Bull. de la Soc. d'Obst.* Pág. 500. 1927.
- 182) VILLA (Prof. Isidoro de la). — Descripción de un parto quintuple. *Rev. Española de Obst. y Gyn.* Pág. 619. 1931.
- 183) WEIBERG. — Nouvelles recherches sur les jumeaux. *Zeitsch. für Get. u. Gynaek.* Pág. 94. 1902.
- 184) WEIL. — Grossesse trigémellaire. *Gyn. et Obst.* Tômolo XXXII. Pág. 289. 1935.
- 185) ZARAT e WIDAKOWICH. — A propos de deux monstres semblables frères non jumeaux. *Rev. Fr. de Gyn. et Obst.* Pág. 161. 1925.

## Revista dos Jornais de Medicina

Revista e interpretação do estado actual dos nossos conhecimentos das doenças do sistema nervoso provocadas por vírus filtráveis. (*The Newer Knowledge of Virus Diseases of the Nervous System — A review and an interpretation*), por WERTOU HURST. — *Brain*. Vol. LIX. Part I. Março de 1936.

Após uma breve crítica da terminologia usada para designar as doenças por vírus neurotípos ou afins, o A. faz uma larga revisão dos nossos conhecimentos sobre os aspectos histológicos destas afecções, concluindo que no campo histológico se podem actualmente considerar os vírus melhor conhecidos que atacam o sistema nervoso, divididos em duas classes, conforme atingem primariamente os elementos especificamente nervosos ou exercem a sua acção patológica principalmente na mesoderme. Os primeiros podem ainda ser subdivididos conforme a sua capacidade ou incapacidade para parasitar elementos não nervosos. Se estas distinções são justificáveis, devem também corresponder a tipos diferentes de disseminação dos vírus, o que parece confirmado pela experiência actual, embora esta seja, por enquanto, bastante dispersa.

Em seguida estuda o A. as vias de infecção do sistema nervoso: a disseminação pelos nervos e a presença dos vírus no sangue circulante. Análise muito clara dos mais importantes trabalhos sobre o assunto.

Embora os nossos conhecimentos estejam ainda longe de ser completos, julga o A. poder propor uma classificação das doenças do sistema nervoso provocadas por vírus, devendo porém termos bem presente que se trata de uma construção possivelmente temporária. Assim, a classificação seguinte é apenas uma tentativa para agrupar os vírus cujas características foram estudadas:

Grupo 1. *Estritos neurotípos*. — Atacam directamente e destroem as células nervosas centrais e periféricas, mas não têm uma acção directa evidente sobre outras células, sendo a reacção inflamatória dos tecidos nervosos puramente secundária e reactiva. Multiplicam-se apenas no tecido nervoso. Introduzidos numa zona periférica, passam através dos nervos locais até ao sistema nervoso central; inoculados numa área desennervada, não provocam doença. Raramente se encontram no sangue ou no líquido céfalo-raquidiano, e nunca nos primeiros períodos da doença; a inoculação de doses pequenas ou médias por via intravenosa é, em regra, inefectiva.

Exemplos: poliomielite, raiva, pseudo-raiva (do macaco) e doença de Borna.

Grupo 2. *Virus pantrópicos tipo I.* — A-pesar-de nitidamente neurotropos, atacam também directamente e produzem lesões específicas em células derivadas de todos os folhetos embrionários. No sistema nervoso atacam portanto as estruturas tanto ectodérmicas como mesodérmicas, e, nas vísceras, produzem focos necróticos múltiplos. Multiplicam-se com maior ou menor facilidade fora do sistema nervoso, do mesmo modo que no cérebro e na medula. Podem ou não ser encontrados no sangue circulante; quando não se encontram, conseguem-se, em geral, provas indirectas de disseminação pelo sangue, mas a invasão do sistema nervoso central é sempre feita através dos nervos periféricos. A inoculação numa área desennervada provoca, freqüentemente, a doença nervosa; nestes casos o desenvolvimento local do vírus permite a contaminação por via sanguínea de várias vísceras, e destes novos focos faz-se, através dos nervos viscerais, a infecção do sistema nervoso central. A inoculação intravenosa de pequenas doses é freqüentemente efectiva.

Exemplos: vírus do herpes febril, pseudo raiva (no coelho), vírus B.

Grupo 3. *Virus pantrópicos tipo II.* — Se bem que pantrópicos, os vírus deste grupo têm afinidades mais restritas do que os do tipo I, atingindo fora do sistema nervoso particularmente as estruturas epiteliaes e vasculares sanguíneas. Nos casos característicos a fase de infecção sanguínea é seguida de imunidade; num grande número de casos a encefalite manifesta-se só após o desaparecimento do vírus do sangue, e quando presumivelmente começam os fenómenos de imunidade. A inoculação intravenosa é freqüentemente positiva com pequenas doses. A maior parte das doenças que provocam são transmitidas por insectos sugadores de sangue. Numa doença desta categoria, a encefalomielite do cavalo, não há evidência alguma de transmissão pelos nervos; durante a sua circulação no sangue o vírus aparece na mucosa nasal, atingindo o cérebro, muito provavelmente pelos linfáticos perineurais dos nervos olfactivos. São necessárias mais observações para determinar se este mecanismo da disseminação do vírus é ou não típico deste grupo. No sistema nervoso há um ataque primário e directo das células nervosas.

Exemplos: encefalomielite equina (mormo), febre amarela, estomatite vesicular.

Grupo 4. *Virus viscerotrópicos.* — A falta de melhor, este termo servirá, por enquanto, para designar os vírus que nas condições naturais de infecção não produzem encefalite. As lesões que provocam, quando inoculadas directamente no cérebro, são primariamente meníngeas, não havendo sinais mais intensos de lesões das células nervosas de que os que acompanham qualquer meningite de intensidade semelhante.

Exemplos: vírus vacinal, linfogranuloma inguinal, doença das glândulas salivares da cobaia.

O A. termina o seu trabalho com uma nota sobre a distribuição selectiva das lesões nervosas provocadas pelas doenças acima consideradas e critica as teorias de Vogt (patoclise) e de Spielmeier, mostrando o grande interesse, fundamental em neuropatologia, deste problema, as suas dificuldades e a impossibilidade actual de o resolver.

Feridas penetrantes do cérebro. (*Penetrating wounds of the Brain*), por COBB PILCHER. — *Annals of Surgery*. N.º 518. Fevereiro de 1936.

O A. estudou, em cinqüenta e quatro cães, os resultados de feridas do cérebro produzidas por corpos estranhos completamente incluídos na cavidade craniana ou em comunicação com as partes moles pericranianas e com o exterior.

Os corpos estranhos usados nas experiências não foram esterilizados, tendo sido inseridos a várias profundidades, através do crânio, no cérebro, e deixados permanecer por espaços variáveis de tempo.

Os corpos estranhos (pregos de aço) que, chegando a penetrar nos ventrículos, ficavam exteriormente fora da pele, produziram, invariavelmente, uma infecção mortal, fulminante, das meninges, do cérebro e do endodidimo.

A remoção, nas primeiras doze horas, dos corpos estranhos que comunicavam com o exterior, reduz muito a infecção letal. Também quando o corpo estranho não chega a penetrar o ventrículo, a mortalidade reduz-se consideravelmente.

O encerramento dos tecidos pericranianos sobre o corpo estranho reduz a percentagem das infecções mortais e prolonga o tempo de sobrevivência do animal, se a infecção se produz.

Os corpos estranhos profundamente embebidos na substância cerebral, mas não comunicando nem com a pele nem com os espaços subaracnóides, não provocam infecções mortais, a não ser que o ventrículo tenha sido atingido.

Em presença de uma infecção cerebral superficial provocada por um corpo estranho que comunica com o exterior, o estabelecimento de uma drenagem precoce reduz consideravelmente o número de casos fatais.

Dos resultados obtidos nestas experiências entende o A. poder formular as seguintes sugestões terapêuticas:

1) Os corpos estranhos intracerebrais que comuniquem com o exterior, com os espaços subaracnóides ou com os ventrículos, devem ser removidos o mais precocemente possível.

2) Os corpos estranhos, embebidos profundamente na substância cerebral, mas sem as complicações acima mencionadas, só deverão ser removidos se se manifestarem sintomas de irritação focal ou de destruição cerebral progressiva.

3) Se se estiver em presença de uma infecção já estabelecida, após a penetração de um corpo estranho, e se este for superficial ou comunicante com o exterior, deve ser imediatamente removido e estabelecida uma drenagem aberta adequada.

O A. adiciona ao seu trabalho uma bibliografia muito vasta, referente ao tratamento das feridas penetrantes crânio-cerebrais, ou tratamento tardio dos projecteis de guerra retidos na cavidade craniana, aos abscessos latentes após feridas penetrantes do cérebro, aos corpos estranhos crânio-cerebrais, que não entram na categoria de projecteis de guerra (lâminas, punções, agulhas de *crochet*, machadas, etc.), à técnica radiológica da localização dos corpos estranhos, e, finalmente, aos estudos experimentais.

**Neuralgia do trigémio bilateral, suas relações com a hereditariedade e com a esclerose em placas.** (*Bilateral trigeminal tic, its association with heredity and disseminated sclerosis*), por W. HARRIS. — *Annals of Surgery*. N.º 518. Fevereiro de 1936.

O A. apresenta várias considerações sobre as características clínicas, a patogenia e a terapêutica da neuralgia do trigémio, que lhe permite a sua larga experiência de mais de mil casos.

Insiste, como quasi todos os autores, na necessidade de distinguir, por uma designação particular, a neuralgia do trigémio idiopática (tic doloroso da face), cujo quadro clínico é tão típico e inconfundível, mas cuja patogenia está longe de achar-se esclarecida, das neuralgias do trigémio sintomáticas e de outras dores que se podem encontrar nas áreas enervadas pelo trigémio, mas em que entram em acção certamente elementos simpáticos. O A. propõe a designação «trigeminal tic» (tic do trigémio).

Dos casos observados, 4,5 % são bilaterais.

O A. encontrou vários casos de tic doloroso da face, típico em doentes com esclerose em placas bem caracterizadas, que tinham precedido a neuralgia de muito tempo; noutros casos, os sintomas de afecção medular do tipo da esclerose em placas eram pouco marcados e, por vezes, posteriores ao aparecimento da neuralgia.

Apresenta também a história clínica de uma família em que a neuralgia se apresenta como hereditária: oito membros, em três gerações, apresentaram neuralgias do trigémio bem caracterizadas.

Outros elementos estatísticos interessantes, e concordantes com as estatísticas apresentadas por vários autores, são a predominância da neuralgia na mulher (66 %) e a maior frequência da neuralgia do lado direito.

---

ALMEIDA LIMA.

**Localização anatómica do centro hypothalâmico da regulação da temperatura.** (*The anatomical localisation of the hypothalamic centre for the regulation of temperature*), por C. FRAZIER, B. ALPERS e F. H. LEWY. — *Brain*. Vol. L1V. Part I. Março de 1936.

Lesões experimentais bilaterais da porção média do pavimento do terceiro ventrículo, executadas com o aparelho de Horsley-Clark, produzem a perda completa da possibilidade de regular a temperatura do corpo.

Lesões localizadas lateralmente, quer uni, quer bilaterais, determinam apenas perturbações fugazes da regulação térmica.

A área vital para a regulação térmica no hipotálamo está, pois, situada no pavimento do III ventrículo, numa zona que corresponde ao núcleo hypothalâmico anterior, no gato, e à substância cinzenta mediana do pavimento do III ventrículo, no homem.

ALMEIDA LIMA.

**O mecanismo hipotalâmico-hipofisário : oclusão experimental da haste da hipófise.** (*The pituitary-hypothalamic mechanism : experimental occlusion of the pituitary stalk*), por WILLIAM MAHONEY e DONATO SHEEHAN. — *Brain*. Vol. LIX. Part I. Março de 1936.

Pela aplicação de um *clip* de prata na haste da hipófise de cães e macacos, os AA. interromperam a passagem de elementos secretórios e de impulsos nervosos entre a hipófise e o hipotálamo.

Observaram uma grande diferença no modo como estas duas espécies reagiam a essa intervenção experimental.

Ao passo que no cão se manifestava um estado de diabetes insípida, que desaparecia pela tiroidectomia e era restabelecido pela administração oral de glândula tiroideia, o macaco não apresentava nem poliúria nem polidipsia. A hipótese de Fisher, Ingram e Rausan (de que a lesão do tuber, determinando uma destruição bilateral das vias supra-ópticas-hipofisárias, provoca atrofia dos núcleos supra-ópticos, atrofia do lobo posterior e, por isso, alteração permanente do metabolismo da água) não é, portanto, aplicável a esta última espécie.

O metabolismo basal, o nível do açúcar no sangue e os compostos azotados e alcalinos da urina mantêm-se, no macaco, sem alteração.

Nos cachorros observaram-se, pelo contrário, notáveis alterações metabólicas : atraso do crescimento, lentidão e flacidez exagerada no comportamento dos animais operados.

A hipófise dos cães apresenta notáveis alterações degenerativas, devidas a grave alteração da sua irrigação sanguínea, que a compressão da haste determina. Na hipófise dos primatas não se encontram lesões nem vasculares nem da cito-arquitectura.

Existem diferenças importantes na constituição anatómica da haste hipofisária e no prolongamento infundibular do III ventrículo, nas duas espécies consideradas.

Destas constatações experimentais conclue-se que, no macaco, a obstrução da haste da hipófise nem interfere na nutrição desse órgão, nem impede que êle lance na circulação geral os produtos da sua secreção.

As alterações metabólicas observadas nos cães têm sido atribuídas ora a lesões da hipófise, ora a lesões hipotalâmicas, mas, segundo o A., o arranjo anatómico íntimo hipofiso-hipotalâmico não permite, no campo experimental, uma distinção desta natureza. Nos macacos, segundo a evidência experimental, o síndrome diabetes insípida é de origem hipotalâmica.

ALMEIDA LIMA.

**Efeito da lobectomia occipital na visão (estudo experimental no chimpanzé).** (*The effects of occipital lobectomy on vision in chimpanzee*), por K. W. SPRENCE e G. F. FULTON. — *Brain*. Vol. LIX. Part I. Março de 1936.

As experiências dos AA. procuram estabelecer quais as relações das áreas visuais corticais com a acuidade visual.

Um chimpanzé adolescente, cuja acuidade visual fôra previamente determinada para vários graus de luminosidade, foi sujeito às seguintes intervenções:

1.<sup>a</sup> — Extirpação completa do lobo occipital esquerdo.

2.<sup>a</sup> — Extirpação das porções lateral e posterior da área estriada do hemisfério direito.

Após cada uma destas operações, foi medida a acuidade visual, obtendo-se os seguintes resultados:

1.<sup>o</sup> — A remoção de tôda a área estriada esquerda determinou uma ligeira, mas permanente diminuição da acuidade visual de, aproximadamente, 5 a 15 % em quatro graus diferentes de luminosidade.

2.<sup>o</sup> — A seguir à segunda operação, após a qual o animal ficou apenas com a porção anterior da área estriada direita intacta, notou-se a impossibilidade do animal discriminar um *test* dezasseis vezes maior do que aquele que nas mesmas condições discriminava correctamente antes da intervenção.

O exame dos campos visuais, até quanto se pode afirmar no animal, sugeria a existência de uma hemianopsia homónima direita após a primeira intervenção; após a segunda, apenas existia visão na porção mais periférica dos campos esquerdos.

Estes resultados vêm em apoio da opinião de que o polo occipital da área estriada representa a área de projecção macular e que a porção anterior da área estriada em volta da fenda calcarina é o *terminus* cortical dos elementos retinianos mais periféricos.

ALMEIDA LIMA.

**Indicações e contra-indicações dos banhos de sol nos processos tuberculosos ósteo-articulares.** (*Indications et contre-indications des bains de soleil dans les procès tuberculeux ostéo-articulaires*), pelo Prof. S. TREGOUBOFF (Kharkow, U. R. S. S.). — *VII Congresso da Associação Internacional de Talassoterapia*. San Sebastián. Julho de 1935. (Separata).

As indicações e contra-indicações do tratamento da tuberculose óssea pela helioterapia ainda não estão inteiramente definidas.

Esta comunicação do Prof. Tregouboff, a figura mais marcante da actual ortopedia russa, é uma contribuição para êsse problema.

As indicações e contra-indicações da helioterapia estão intimamente ligadas ao método que se empregue. Segundo o A., a máxima influência benéfica da insolação não corresponde à insolação máxima, mas a um determinado mínimo que varia entre limites bastante amplos; daí se infere a necessidade duma dosagem exacta.

As sessões de banhos de sol não devem ser feitas a seguir. Cada banho não deve exceder vinte minutos e será seguido dum banho de ar e de repouso absoluto.

As indicações deduzem-se do estado geral do doente e dos vários órgãos (pulmões, peritónio, gânglios) que podem também estar affectados.

A helioterapia está contra-indicada nos seguintes casos: mau estado ge-



ral, temperatura elevada, agravação do processo ósseo, tuberculose intestinal, peritonite tuberculosa, degenerescência amilóide dos órgãos, etc.

Todos os casos de tuberculose óssea de fraca ou de média intensidade devem tratar-se pela helioterapia. Os casos graves podem ser submetidos a êsse tratamento com a condição de que êle seja exactamente doseado.

É necessário ter prudência na insolação local do foco doente e sobretudo nos casos de processo tuberculoso dos testículos e nos de adenites graves.

O A. não admite a insolação do foco doente senão nas fistulizações da tuberculose ósteo-articular e ganglionar.

As variações da fórmula sanguínea e sobretudo a aparição de sintomas de intoxicação (diminuição do número de linfócitos e aumento dos neutrófilos) devem guiar-nos nas indicações da helioterapia.

A pigmentação de intensidade média parece corresponder aos melhores resultados terapêuticos.

#### MENESES.

**Artrodese da anca por coxalgia em evolução. Resultado favorável do enxerto em foco supurado fechado.** (*Arthrodèse de la hanche pour coxalgie en évolution. Résultat favorable de la greffe en foyer suppuré fermé*), por PIERRE INGELRANS (Lille). — *Bulletin de la Société Belge d'Orthopédie*. — Tômô VIII. N. 2. Págs. 43-46. Fevereiro-Março de 1936.

O A. apenas refere uma observação isolada de artrodese extra-articular da anca em foco supurado fechado, porque lhe pareceram interessantes as modificações benéficas e rápidas que se produziram após o enxerto e porque confirma a opinião de autores como Le Fort e Maffei sobre o tratamento cirúrgico das tuberculosas ósteo-articulares fechadas.

Na doente de que o A. apresenta a observação, não foi propositadamente que se colocou um enxerto em pleno abcesso frio; a descoberta dêste foi uma surpresa no acto operatório. Mas, em presença da lesão, não hesitou, fêz o enxerto: o abcesso era profundo e fechado, virgem de tôda a infecção secundária e a doente esteve sempre apirética. As condições eram boas e o resultado foi um sucesso. Tratava-se duma rapariga de 17 anos de idade, com uma coxite esquerda típica, e a intervenção cirúrgica foi feita sob anestesia geral pelo balsofórmio. A intervenção passou-se assim:

Preparação dum enxerto ósseo da tibia direita. Incisão de Smith-Petersen em L. invertido. Atravessou uma camada adiposa, incisão da aponevrose do fascia lata; neste momento, um abcesso, sob tensão, abriu-se e deixou escoar abundantemente pus muito líquido, mal ligado. A-pesar dêste abcesso, coloca o enxerto tibial no trocânter fendido verticalmente e no rebordo cotiloideu, no qual fêz uma brecha por cima da inserção capsular. Sendo fácil a dissecação da bôlsa do abcesso frio, extirpou-a na sua maior parte. Sutura apertada músculo-aponevrótica. Sutura da pele com crinas, sem drenagem. Gêssô pelvi-crural em abdução de 40 graus, cõxa em ligeira rotação interna e em flexão de alguns graus.

Post-operatório normal. Três meses depois, uma radiografia mostra melhora notável na articulação: recalcificação do colo, da cabeça do fêmur e do

cótilo, todos os contornos estão nítidos, entrelinha articular desenhando-se. A doente não sofre, o abscesso não se reproduziu. A palpação não mostra pontos dolorosos. Mantém-se num gesso durante um ano. Nesta época, uma radiografia mostra que o colo e o cótilo estão bem recalcificados e pode esperar-se uma boa anquilose, e a doente levanta-se com um calção gessado.

O A. acha que a doente tirou um benefício incontestável do tratamento cirúrgico, a-pesar da falta duma cura marítima, que ela recusou; em três meses, o enxêrto modificou completamente a evolução da lesão e permitiu retomar mais rapidamente o andar.

MENESES.

**As micoses ósseas e ósteo-articulares.** (*Les mycoses osseuses et ostéo-articulaires*), por MARCEL MAYER (Estrasburgo). — *Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil Moteur*. Tômoo XXII. N.º 5. Págs. 485-586.

É o relatório apresentado à Sociedade Francesa de Ortopedia, na sua reunião anual de Outubro de 1935, no qual utiliza a opinião de vários cirurgiões internacionais sobre o assunto. O A. segue a classificação clínica das micoses em aspergiloses, blastomicoses, actinomicoses ou oosporoses, esporotricoses e hemisporoses. Reconhece que só o laboratório pode fazer a sua diferenciação, pois sob o ponto de vista clínico as lesões provocadas por estas micoses são quasi idénticas. Segundo o A., a via mais frequente da inoculação é a digestiva, seguindo-se-lhe a respiratória e a cutânea. Descreve a anatomia patológica, as periostites supuradas e hipertróficas e as osteítes difusas e circunscritas. Na parte histopatológica descreve os caracteres dos folículos nas diferentes micoses.

Passa em revista a sintomatologia dos casos agudos e crónicos, terminando por reconhecer que o diagnóstico clínico é difícil pelo facto das lesões micósicas ósseas não apresentarem caracteres patognomónicos. O estudo radiológico das micoses mostra que as lesões têm um aspecto radiográfico típico, capaz de orientar as investigações até à sua verdadeira origem, que dão a certeza do diagnóstico. Depois de descrever os métodos no exame de laboratório, passa em revista as principais localizações e termina com um capítulo destinado ao tratamento das micoses.

MENESES.

**A doença de Volkmann.** Retracção isquémica dos músculos flexores dos dedos. **Patogenia, Tratamento.** (*La Maladie de Volkmann. Rétraction ischémique des muscles fléchisseurs des doigts. Pathogénie. Traitement*, por RAPHAEL MASSART (Paris). — *Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil Moteur*. Tômoo XXII. N.º 5. Págs. 385-483.

Trata-se dum magnífico relatório apresentado à Soc. Francesa de Ortopedia, na sua XVII reunião anual, em Bruxelas, no mês de Outubro de 1935.

O A. faz um estudo completo da patogenia e da terapêutica, limitando a doença às retracções dos músculos flexores, isolados ou associados aos produtores, que sobrevêm frequentemente após um traumatismo fechado que fracturou a extremidade inferior do úmero ou dos ossos do antebraço.

A origem da doença de Volkmann deve-se a três factores que frequentemente estão associados: manobras desordenadas e tentativas de redução pouco felizes executadas por mãos pouco habituadas a tratar fracturas; aparelhos de gesso muito apertados; importância da infiltração intratissual subaponevrótica descrita por Jorge.

Depois de descrever os factos experimentais mais importantes e de relatar os dados verificados pelos cirurgiões durante as intervenções, o A chega às seguintes conclusões patogenéticas de Leriche: a lesão primitiva é arterial no foco da fractura, secundariamente produz-se a lesão isquémica dos músculos flexores e a seu tempo aparecem as importantes reacções vasomotoras no território isquemizado, que produzem o sero-hematoma.

Em seguida passa em revista os vários tratamentos cirúrgicos que têm sido propostos na doença de Volkmann e examina as indicações e técnicas das intervenções precoces, retardadas e tardias; entre as primeiras a aponevrotomia antibrachial, a arteriectomia; a simpatectomia perivascular entre as segundas e as ressecções ósseas, operações tendinosas e vasculares entre as últimas. Acrescenta-lhe um estudo da cronaxia na doença de Volkmann, de Bourguignon, e as conclusões do mesmo sobre o tratamento pela dielectrólise iodada.

MENESES.

Sobre a associação da escoliose e da espondilite tuberculosa. (*Ueber das gemeinsame Vorkommen von Skoliose und Spondylitis tuberculosa*), por EGOLD e H. STERNBERG. — *Archiv für orthopädische-und Unfall-Chirurgie*. Vol. XXXV. N.º 3. Págs. 292-299.

A opinião de Pitzen sobre a existência, em determinadas afecções ósseas e articulares, de uma disposição local contra a infecção tuberculosa «até ao ponto de poder decidir um diagnóstico duvidoso», não pode ser sustentada com um carácter tão geral. A presunção de que a artrite deformante e a artrite tuberculosa se excluem reciprocamente, é refutada pela presença, nas articulações com modificações artrósicas, de tecido fungoso antigo. A associação de escoliose e espondilite tuberculosa não é, como se prova com dois casos, de modo algum muito rara. É possível que se enxerte uma infecção tuberculosa sobre uma escoliose prévia. Nos casos leves é possível estabelecer o diagnóstico duma tal associação mediante a clínica e os raios X.

Pode ser de muita importância a combinação de escoliose pronunciada e de espondilite tuberculosa, quando se apresenta uma paralisia, pois esta, segundo Jarosety, pode ser uma complicação tardia do acentuado desvio da coluna vertebral e dar motivo a uma conduta terapêutica. Em um dos casos o diagnóstico não pôde estabelecer-se antes da operação, devido ao alto grau da deformidade escoliótica. Nem mesmo a abertura do canal vertebral e do saco dural permitiu estabelecer a verdadeira causa da compressão da medula; a autópsia mostrou a associação de uma escoliose de alto grau com uma espondilite tuberculosa.

MENESES

Três novos métodos radiológicos de importância para a neurologia.

1.ª Parte — Planigrafia. (*Drei neue für die Neurologie wichtige Röntgenographische Methode. I Teil — Planigraphie*), por B. ZIECHES DES PLANTES. — *Nervenarzt*. 9 J. H. 3. 15 de Março de 1936.

Se durante a execução de uma radiografia deslocarmos simultaneamente a ampola e a chapa fotográfica, obtem-se, em determinadas condições, uma imagem extremamente nítida e não deformada de tôdas as formações opacas situadas num dado plano, com exclusão de tôdas as situadas aquém e além; estas ficam esfumadas, difusas e quasi imperceptíveis. Êste novo método, de que o A. expõe a técnica e a aparelhagem, visa especialmente o estudo do crânio, e permite focar com tôda a precisão uma dada formação situada a qualquer profundidade, eliminando assim as imagens sobrepostas e deformadas das outras partes simultaneamente atravessadas pelos raios X, que, no geral, tanto dificultam a interpretação dos filmes.

O método está especialmente indicado no estudo rigoroso de formações profundas, como, por exemplo, sela turca, boraco auditivo interno, seios, etc. e tanto para a sua morfologia como para a sua exacta mensuração.

BARAHONA FERNANDES.

O tratamento dos esquizofrênicos, pelo sono prolongado com a mistura narcótica de Cloetta, na clinica psiquiátrica Burghölzli-Zurique. (*Die Dauerschlafbehandlung der Schizophrenien mit der Narkosenmischung von Cloetta an der Psychiatrischen Klinik Burghölzli-Zürich*), por M. MONNIER. — *Nervenarzt*. 9 J. 1 H. Janeiro de 1936.

O preparado *Cloettal* (Hoffmann-La-Roche) é composto de narcóticos do grupo do alcool (paraaldeído, hidrato de amilena e hidrato de cloral) e do grupo dos barbitúricos (ácido isopropilalilbarbitúrico); actua, pois, simultaneamente, sobre o córtex e sobre os núcleos centrais; fornece um sono semelhante ao sono fisiológico, não perturba o aparelho circulatório e não desencadeia sintomas de excitação cortical depois de cessar o seu efeito narcótico.

É considerado, na clinica de Zurique, como o melhor hipnótico, tanto para administração eventual como para casos de sono prolongado (Técnica: V. Referatas, 1935). A escolha ajustada dos doentes, a consideração das contra-indicações de ordem somática (doenças do coração, fígado, rins, etc.), a vigilância constante do aparelho circulatório durante a cura, bem como das funções respiratória e excretora, a alimentação exclusivamente rectal, os cuidados higiênicos e de enfermagem geral (lavagens, mobilização passiva diária, etc.), são condições necessárias para um bom êxito.

Temperaturas acima de 37°,5, durante a cura, devem ser consideradas como uma indicação absoluta para a interrupção do tratamento; a sua não observância faz perigar a vida do doente e imputar injustamente graves inconvenientes a êste valioso método terapêutico.

De 1930 a 1934 foram feitas centô e vinte e cinco curas pelo *Cloettal*; cinqüenta e oito casos de melhoras, dos quais quarenta com alta; cinqüenta

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

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

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

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

*Solução colloidal phagogenia polyvalente.*

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

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

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

## TARTROL

Indolôr

Soluto aquoso de tartaro bismutato de sódio contendo 2,5 miligramas de Bismuto por cm.<sup>3</sup> em injeções intramusculares no tratamento da sífilis.

## LABORATORIOS "SICLA"

Campo Grande, 298 — Lisbôa

Fornecedores da clinica de Sífilis do Hospital Escolar de Lisbôa  
Preparado por: J. Pedro de Moraes e J. Pinto Fonseca

FARMACEUTICOS

Depositário: Raul Gama — R. dos Douradores, 31  
LISBOA

# LABORATORIOS CLIN

## COLLOIDES

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

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

## SULFO-TREPARSENAN

ARSENOBENZENE INJECTAVEL

Pela via hipodermica

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

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

## NEO-TREPARSENAN

Syphille — Plan — Impaludismo — Trypanosomiasas.

## ENESOL

Sallycylarsinato de Hg (As e Hg) dissimulados)

Empôlas de 2 e de 5 c.c. a 0 gr. 03 par c.c.  
Injecções intramusculares e intravenosas.

## ADRÉNALINE CLIN

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

## CINNOZYL

(Cinnamato de benzylo-Cholesterina e Camphora)

Immunisação artificial do organismo tuberculoso.

Empôlas de 5 c.c.

## SOLUÇÃO de Salicylato de Soda do D<sup>r</sup> CLIN

Dosagem rigorosa - Pureza absoluta  
2 gr. de Salicylato de Soda por colher de sopa.

## SALICERAL

(Mono-salicyl-glycerina)

Linimento antirreumatismal

## LICOR E PILULAS DO D<sup>r</sup> LAVILLE

Anti-gottosas

1/2 a 3 colheres das de chá por dia.

## SOLUROL

(Acido thymnico)

Eliminador physiologico do acido urico.

Comprimidos doseados a 0 gr. 25.

## SYNCAINE

Ether paraaminobenzoico do diethylaminoethanol.

Syncaine pura em sal. — Soluções adranestheticsas.

Tubos esterilizados para todas as anestheticsas.

Collyrios.

## ISOBROMYL

(Monobromisovalerylurada)

Hypnotico e sedativo

Comprimidos doseados a 0 gr. 30 :

1 a 3 antes de deitar-se.

## VALIMYL

(Diethylisovaleriamide)

Antiespasmodico

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

## TANACETYL

(Acetylitanin)

Antidiarrhelco

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

3 vezes por dia.

## INJECCÃO CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINADA

Empôlas de 1 c. c. (N<sup>o</sup> 596 e 796).

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

## CACODYLATO DE SODA CLIN

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

Tubos esterilizados em todas as dosagens usuas.

## METHARSINATO CLIN

(Syn. : ARRHENAL)

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

Tubos esterilizados de 5 cgr. por c. c.

## VINHO E XAROPE NOURRY

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

Lymphatismo, Anemia, Molestias de Peito.

## ÉLIXIR DERET

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

De um a duas colheres de sopa por dia.

## XAROPE de AUBERGIER

de Lactueario

2 a 4 colheres das de sopa por dia.

1631

e oito sem resultados favoráveis; em catorze teve de ser interrompido o tratamento ao quarto dia. Os melhores resultados obtêm-se nas formas depressivas crônicas, em acesso de colorido maniforme, em estadios hebefreno-catatônicos subagudos e em agitações psicogénias dos hebefrênicos e psicópatas esquizóides. Nestes casos actua a cura como meio psicoterápico, bastando quatro dias de sono. Nos outros casos (formas processivas) há, na opinião do A., uma acção sedativa curativa sôbre os centros corticais e subcorticais (diencefálicos?), pelo que a cura deve ser prolongada pelo menos até dez dias.

Os catatônicos agitados em que há um desvio da actividade do sistema nervoso vegetativo no sentido da simpaticotonia (ergotropia), e em que a acção da cura de sono prolongado se acompanha do desaparecimento dos sintomas hipersimpaticotônicos (midríase espástica, taquicardia, hipertensão arterial, retenção de urinas, etc.), acordam a seguir também muito melhorados do seu estado mental.

A comutação geral de todos os processos organo-vegetativos, provocada pela cura, faz desaparecer a acção somática simpaticotônica do processo mórbido catatônico, substituindo-a por um estado de predomínio parasimpaticotônico (restituidor, trofotrópico), ao mesmo tempo que, segundo o A., se obtém uma atenuação dos seus efeitos psíquicos «ergotrópicos» (destruidores), desaparecendo a rigidez catatônica, mental e psicomotora.

---

BARAHONA FERNANDES.

Quatro casos autopsiados de distrofia muscular progressiva. (*Vier Sektionsfälle von Dystrophia musculorum progressiva*), por K. KURÉ, S. OKINAKA, K. OHSIMA. — *Zeitschrift f. d. g. Neurologie u. Psychiatrie*. 155 B. 1 H. 23 de Março de 1936.

Achados anátomo-patológicos em quatro casos desta doença, um dos quais combinado com degenerescência da via piramidal. Além das lesões musculares (degenerescência dos feixes, alguns feixes hipertrofiados, esclerose substitutiva, etc.), havia degenerescência das células dos cornos laterais da medula consideradas como pertencentes ao sistema simpático, dos feixes nervosos amielínicos contidos no próprio músculo e, em alguns casos, também das fibras delgadas mielínicas dos músculos, o que leva a pensar que o sistema parasimpático também participa no processo; as fibras amielínicas dos nervos periféricos e dos cordões laterais da medula também estão, por vezes, lesadas. Estas e outras observações dos AA. pleiteiam no sentido da sua opinião, de que o sistema nervoso autónomo, pela sua acção trófico-reguladora, tem uma importância primordial na génese da forma muscular das atrofia musculares progressivas. Um dos casos apresentava, além disso, em vida, um relaxamento do diafragma e, à autópsia, degenerescência parcial das suas fibras musculares; parece provado que estas lesões são também dependentes de perturbações de innervação simpática e de lesões dos nervos do sistema autónomo; os músculos viscerais, como, por exemplo, os do esôfago, podem também oferecer lesões semelhantes.

Os AA. comparam as lesões nervosas encontradas, como as da esclero-

dermia, na qual se encontram igualmente degenerescências dos nervos vegetativos da pele e, por vezes, mesmo dos músculos.

---

BARAHONA FERNANDES.

**A distinção serológica de partes constitutivas do sistema nervoso central.** (*Die serologische Unterscheidung von Bestandteilen des Zentralnervensystems*), por H. REICHNER. — *Zeitschrift f. d. g. Neurologie u. Psychiatrie*. 155 B. H. 1. 23 de Março de 1936.

A substância branca e a substância cinzenta do sistema nervoso central têm propriedades imunológicas diferentes. É possível obter diversos anticorpos, solúveis no álcool e termo-estáveis, que reagem muito mais intensamente com os extractos da substância cerebral idêntica do que com a heteróloga. Os anticorpos para a substância branca possuem uma capacidade de reacção progressivamente crescente em relação com o grau de mielinização dos cérebros com cujos extractos os fazemos reagir (a fixação corpo-anticorpo é tanto maior quanto mais adiantado está o desenvolvimento embriológico do sistema nervoso); pode-se pois desta maneira estabelecer uma medida do desenvolvimento ontogenético da substância branca (mielina).

Os anticorpos para a substância cinzenta reagem tanto mais intensamente com os extractos cerebrais respectivos quanto mais elevada é a posição do animal na escala zoológica; máxima no homem, decresce nos outros mamíferos, aves e répteis e é quasi nula nos batráquios e peixes, com excepção dos dipnóicos (peixes com respiração aérea); estas diferenças estão em relação com o diverso grau de desenvolvimento das estruturas corticais; os dipnóicos têm já formações cinzentas corticais esboçadas, que se aproximam e estabelecem uma transição para as dos répteis. O desenvolvimento do córtex cerebral é, como se sabe, máximo nos mamíferos e em especial no homem. É pois possível, por métodos serológicos, apreciar também de certa maneira o grau de desenvolvimento filogenético do cérebro de um vertebrado.

---

BARAHONA FERNANDES.

**Investigações clínicas sobre os receptores dos reflexos tendinosos e periósticos e sobre a natureza dos reflexos paradoxais e do reflexo contralateral dos adutores.** (*Klinische Untersuchungen über die Rezeptoren der Sehnen- und Periostreflexen und über die Art der paradoxalen Reflexe und des kontralateralen Adduktorenreflexes*), por G. W. KASTEIN. — *Nervenarzt*. 9 J. H. 3. 15 de Março de 1936.

Pelo estudo destes reflexos em variadas condições de extensão, etc., e com variados estímulos, crê o A. poder confirmar a opinião de Hoffmann de que os chamados reflexos tendinosos e periosteos são, na verdade, «reflexos próprios dos músculos», desencadeados pela curta distensão muscular provocada pelas manobras de exploração. Já era aliás há muito conhecido que 30 a 50% dos feixes nervosos dos nervos motores conduzem centripetamente



estímulos próprio-ceptivos para a medula. O reflexo dos adutores obtido, por exemplo, pela percussão da face interna do joelho, varia conforme o grau de distensão dos músculos adutores, só se obtém quando o estímulo os distende directamente ou indirectamente e não quando se percute tangencialmente ou estimula por outros processos o tendão ou as superfícies ósseas sem que haja, simultâneamente, distensão muscular. O mesmo se dá em relação ao reflexo contralateral dos adutores e possivelmente também nos reflexos paradoxais (flexão do joelho no reflexo patelar, fenómeno paradoxal de Mendel-Bechterew), etc.

BARAHONA FERNANDES.

Sobre a acinésia álgera. (*Ueber Akinesia algera*), por H. CURSCHMANN. — *Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde*. B 140. H 1, 2. 1936.

Descrição de uma neurose pouco freqüente, conhecida pelo nome de «acinésia álgera ou doença de Moebius», e caracterizada principalmente por muito intensas dores, com sensação de queimadura, estendendo-se difusamente a todo corpo, sem pontos dolorosos localizáveis; ausência total de sintomas objectivos e de quaisquer sinais de lesão orgânica do sistema nervoso ou dos órgãos internos. Estas algias generalizadas são, por vezes, acompanhadas de dores oculares e auditivas e de uma extraordinária hipersensibilidade sensorial destes órgãos, e por vezes também de sensações gustativas e olfactivas anormais; além disso, há perturbações vegetativas como poliúria, suores, eritema, taquicardia, etc., e ainda por vezes sintomas funcionais dos órgãos internos, principalmente dolorosos, e também de um estado de imobilidade considerável (acinésia) não totalmente explicável pelas dores.

Trata-se de uma doença funcional nitidamente psicógena, desacompanhada de desvios notáveis do estado afectivo e de uma atitude psíquica muito diferente da dos estados hipocondríacos. É porém necessário excluir com segurança a encefalite epidémica (em períodos de reconvalescença), adiposidade dolorosa, doença de Dercun, e as polineurites, que podem originar síndromas algícos semelhantes.

A psicogenia destas algias é, na maior parte dos casos, facilmente compreensível como um «refúgio na doença» de certos indivíduos de carácter psicopático, ante situações difíceis ou moralmente traumatizantes. O único tratamento indicado — a psicoterapia — resolve, ao que parece, todos os casos favoravelmente.

BARAHONA FERNANDES.

Diagnóstico diferencial da esquizofrenia e das psicoses luéticas. (*Zur Differentialdiagnose in Schizophrenie und Luespsychosen*), por E. MÜLLER. — *Nervenarzt*. 9 J. H. 3. 15 de Março de 1936.

Os quadros esquizofrénicos das psicoses orgânicas têm um grande interesse teórico e prático, principalmente pelo que diz respeito à apreciação dos factores endógenos co-determinantes do processo. Exposição de um caso, sobrevivendo numa jovem sem herança esquizofrénica nem quaisquer

feições esquizóides do carácter; eclosão com desorientação, alucinações auditivas e visuais, seguidas de sintomas suspeitos de esquizofrenia, como neologismos, euforia bufonesca desagregada, etc.; Wasserman positivo no sangue; leve contaminação do *liquor*; melhoras clínicas e serológicas com tratamento específico. Depois de oito anos de normalidade, recidiva, sob a forma de um quadro paranóide, com alternativas de agitação e apatia, desagregação, maneirismos, perda do pudor, falsos reconhecimentos, etc.; novamente sangue e *liquor*, com sinais de *lues*; leves perturbações pupilares. Cura clínica total vinte meses depois de um tratamento piroterápico (*Pyrisfer*) e específico; regressão dos sintomas serológicos.

Dada a existência segura da infecção, de sinais de contaminação luética do sistema nervoso, a relação cronológica entre o aparecimento dos sintomas psíquicos e somáticos, o relativo paralelismo entre o processo mental e os sinais de actividade do processo luético e a acção da terapêutica sobre a psicose—não há dúvida que a sífilis desempenha aqui um papel patogénico preponderante e a aptidão constitucional para as formas de reacção psicótico-esquizofrénicas tem somente uma mera acção topoplástica. A importância relativa dos factores exógenos e constitucionais é muito diferente nos vários casos, como, por exemplo, nas alucinoses alcoólicas de colorido esquizofrénico e em psicoses semelhantes descritas na *lues cerebri*, intoxicações pelo gás iluminante, pelo  $S_2C_2$ , etc. Só quando os factores de predisposição hereditária prevaleçam e o processo mental siga a sua evolução própria, independentemente da doença somática, é que estariam justificadas medidas eugénicas tendentes a evitar a transmissão da doença aos descendentes.

BARAHONA FERNANDES.

Sobre o «*rapport*» afectivo com os esquizofrénicos. (*Ueber den affektiven Rapport mit Schizophrenen*), por J. WYRSCH.—*Schweizer Archiv. f. Neur. u. Psychiatrie*. B. XXXVII. H. 1. 1936.

A expressão «falta de *rapport* afectivo» tornou-se de tal maneira corrente, na linguagem psiquiátrica, que é mester precisar bem o seu significado, para evitar erros grosseiros, concluindo de uma primeira dificuldade de contacto e compreensão entre o médico e o doente anomalias dos afectos que realmente não existem. As relações e a compenetração entre os vários indivíduos entre si são já na vida normal muito complexas e variadas, conforme o seu carácter, temperamento, situação relativa e muitas outras circunstâncias de momento. A harmonização afectiva e a compreensão recíproca entre dois indivíduos depende principalmente do seu grau de «sintonia», isto é, da capacidade de contacto e da identificação com o semelhante. Pondo de banda a falsa sintonia das atitudes convencionais, diplomáticas, de sociedade, etc., por um lado, e da sugestão, por outro, vemos que para que haja um contacto verdadeiro com outrem é necessária a existência dos chamados sentimentos de simpatia (Scheller) ou dos sentimentos de apreciação dos outros (Fremdwertgefühle de K. Schneider), cuja análise pormenorizada não pode ter aqui lugar. Para que se dê um *rapport* perfeito é necessário não só que haja a

«compreensão» e o «sentir» da situação do interlocutor, mas também o «viver» e «sofrer» com êle. O *rappor*t não é, pois, um acto exclusivamente afectivo, porque pressupõe uma parte intelectual — a compreensão da situação do interlocutor — e uma parte voluntária — o desejo de se identificar e viver o seu caso, a sua atitude e situação. Ao estabelecermos *rappor*t com alguém interrompemos, pois, aquele «vogar descuidado e despreocupado entre tudo e todos», que caracteriza a «existência vulgar» no mundo civilizado actual (Heidegger) por uma interpenetração realmente sentida do Ser, Querer e Viver de outrem. O clássico «bom *rappor*t» dos doentes com afecções orgânicas do sistema nervoso não preenche todos estes requisitos, e deve ser antes considerado como uma contaminação afectiva mais ou menos sugerida.

Na esquizofrenia há inúmeras anomalias dos afectos: inibição, excitação, ambivalência, etc., e Mayer-Gross considera modernamente a perda dos sentimentos de simpatia como um dos sintomas primordiais. A perda do *rappor*t dos esquizofrénicos não depende, porém, somente — principalmente nos estadios iniciais, onde a sua apreciação tem um certo valor diagnóstico — destas anomalias dos afectos (que podem mesmo faltar nesse período), mas sim das perturbações dos actos intelectual e volitivo, que condicionam a possibilidade do contacto com um outro individuo. Ao contrário dos psicopatas amorais (loucos morais), em que há um óptimo *rappor*t, a-pesar da falta de muitos dos sentimentos de simpatia, há nos esquizofrénicos uma perturbação da compreensão e da vontade de identificação com os outros, resultante de uma particular atitude ante a vida, totalmente incompreensível para os individuos normais. Desta maneira, e não simplesmente por intermédio das anomalias dos afectos, se deve compreender a particular «falta de *rappor*t» destes doentes.

BARAHONA FERNANDES.

Os fenóis sanguíneos nas hipertónias malignas. (*Los fenoles sanguíneos en las hipertónias malignas*), por M. CASTEX e A. ARNAUDO. — *La Prensa Médica Argentina*. N.º 10. Ano XXIII. 1936.

As numerosas teorias que têm sido apontadas para explicar a patogenia da uremia (papel da ureia, da creatinina, etc.), veio juntar-se a de Becher, que fornece alguns elementos como contribuição para o estudo dêsse complexo capítulo da patologia médica.

Becher, ainda que não despreze por completo o papel da ureia, coloca-o contudo num plano secundário, attribuindo especial importância, senão predominante, a determinados produtos originados pela putrefacção intestinal.

No presente trabalho resume-se a evolução das doutrinas de Becher e seus colaboradores, terminando os AA. por expor as conclusões a que chegaram ao estudar a fenolemia nas hipertónias malignas e nos casos de nefrite crónica que evolucionaram para a insuficiência renal, não se limitando ao doseamento dos compostos fenólicos no sangue, pois também nalguns casos o fizeram no líquido céfalo-raquidiano.

Os AA., neste trabalho, sentem a imperiosa necessidade de fazer breves considerações acerca da técnica laboratorial, discordando da que foi utili-

zada pela escola de Becher, visto que esta se limita a dosear os fenóis voláteis, que se obtêm com a destilação de abundantes quantidades de sangue e, por consequência, quando se refere ao nível da fenolemia, limita-se a indicar a taxa de fenol pròpriamente dito e de para-cresol no meio sanguíneo, que são os únicos voláteis.

Os AA., por esta razão, além doutras (como a extracção de abundante quantidade de sangue, a série de manipulações, como a destilação e extracção etérea), consideram impraticável o método de Becher e seguem a técnica de Theis e Benedict, que acham mais exacta, além de não exigir quantidades de sangue superiores a 200 cc., conseguindo-se assim a determinação directa a partir do filtrado sanguíneo, utilizando para a reacção a paranitroanilina biazotada, que é extremamente sensível, obtendo-se uma cifra que abrange todos os fenóis, não só o fenol pròpriamente dito e o para-cresol, como também os difenóis e os oxiácidos aromáticos.

Os valores que os AA. consideram normais são :

- a) fenóis livres : 1 a 1,30 mgrs. 0/0 ; b) fenóis totais : 1,1 a 1,4 mgrs. 0/0 ;  
c) fenóis conjugados : 0 a 0,30 mgrs. 0/0.

Fizeram na mesma amostra de sangue o estudo da fenolemia, num elevado número de casos, determinando simultâneamente a taxa de ureia para assim obterem uma estatística sôbre a qual pudessem tirar algumas conclusões, não se esquecendo tampouco do estudo da eliminação dos fenóis pela urina.

Neste trabalho são resumidas inúmeras observações, preciosamente documentadas por elementos de ordem clínica e laboratorial, e da sua análise verificamos que em todos os casos de hipertonia maligna, com grave insuficiência renal e sintomas de uremia, havia uma acentuada alteração de fenóis no meio sanguíneo.

Afirmar que os fenóis foram os únicos responsáveis da uremia é excessivo, visto que juntamente com a hiperfenolemia havia aumento da taxa de ureia, encontrando-se no material apontado alguns casos em que a retenção de fenóis no sangue foi elevada sem haver manifestações urémicas e vice-versa, o que leva os AA. a afirmarem que «entre o nível de fenolemia e os sintomas urémicos não há uma relação constante» e consequentemente o papel que alguns autores procuram atribuir àquelas substâncias na patogenia da uremia está muito longe de ser absoluto.

Do exame dos casos apontados pelos AA. podemos tirar as conclusões que resumimos :

1) Nas hipertônias malignas pode a taxa de fenolemia ir de valores consideravelmente elevados até ao nível normal.

2) As hiperfenolemias acentuadas são quasi sempre acompanhadas de notável retenção de ureia no meio sanguíneo.

3) Não existe estreita relação entre o nível da fenolemia e a uremia, havendo alguns casos desta em que chegou a cifra de fenóis a ultrapassar valores normais.

4) A retenção de fenóis no sangue deve ser encarada como índice duma perda da faculdade de concentração renal.

5) Há casos de fenolemias normais acompanhadas de taxa de ureia ele-

vada, possivelmente por intervenção de mecanismos extra-renais, mas o contrário é que se não observa ou seja taxas normais de ureia com valores elevados de fenolemia, visto que o aumento desta última implica sempre a existência dum *deficit* funcional do rim, com aumento simultâneo da retenção de produtos intermediários da desintegração albuminóide.

6) A retenção de produtos fenólicos no líquido céfalo-raquidiano só se dá em pequena quantidade e unicamente no período precomatoso, pouco tempo antes da morte.

7) O poder de conjugação dos fenóis por parte do organismo nos casos de hipertonia maligna está intacto, visto que nestes casos a taxa de fenóis conjugados da urina oscilou em redor de 25 a 40%, valor idêntico ao obtido nos indivíduos normais.

BARREIROS SANTOS.

**A importância do estreptococo na etiopatogenia do reumatismo articular agudo, segundo os resultados obtidos pelas mais recentes investigações.** (*L'importanza dello streptococo nell'eziopatogenesi del reumatismo articolare acuto secondo i risultati delle più recente ricerche*), por P. RAVENNA. — *Minerva Médica*. Ano XXVII. Vol. I. N.º 9. 1936.

Os estudos mais recentes acêrca da etiopatogenia do reumatismo articular agudo, realizados, sobretudo, na América do Norte e na Inglaterra, levam a conclusões de relativo interêsse, visto que consideram a infecção estreptocócica como um elemento de capital importância na patogenia dessa infecção.

O A., neste trabalho, começa por recordar as noções apontadas ainda há pouco por Mc Even na literatura médica americana, que afirma ter encontrado hemoculturas positivas em 24% dos casos de reumatismo articular agudo, tendo sido isoladas algumas variedades de estreptococos, especialmente o *viridans*, ao passo que nos doentes que utilizou como *contrôle* nunca a frequência de hemoculturas positivas ultrapassou 5% dos casos. São também apontados os estudos de alguns investigadores russos, como Kaminskaja e Tiplov, que publicaram, no final do passado ano, na *Klinicheskaya Meditsina*, os resultados observados pela intradermo-reacção com toxina estreptocócica de Dick nos doentes com reumatismo articular agudo, que foram positivos com elevada frequência em relação aos casos utilizados como *contrôle*. Estes patologistas não aceitam a intervenção directa dos estreptococos como agente responsável do reumatismo articular agudo, mas admitem que a existência dum foco séptico pode difundir no organismo determinadas substâncias capazes de criarem um estado de sensibilização, por parte do organismo, que poderá, em determinados momentos, dar manifestações articulares, sendo esta a doutrina que serve de alicerce à noção da alergia como base patogénica do reumatismo articular agudo.

O A., após ter analisado os numerosos trabalhos de investigação realizados no sentido de conhecer a etiologia do reumatismo articular agudo, afirma que ainda nada se apurou de definitivo, visto que, a-pesar-de ser inegável a existência duma estreita relação entre o estreptococo hemolítico e o

reumatismo articular agudo, não poderemos atribuir a êste agente o papel etiológico que para muitos é capital, visto que o A., seguindo as ideas preconizadas por Schlesinger, Gordon e Signy, só admite o reumatismo articular agudo após a infecção estreptocócica, quando haja da parte do organismo determinadas condições de sensibilidade, criadas por um vírus ainda hoje desconhecido e cuja reactivação ou penetração no organismo seria favorecida pela infecção estreptocócica, que assim ficaria num plano secundário.

As tentativas para pôr em evidência, directa ou indirectamente, a presença do vírus, ainda não foram coroadas de êxito; contudo, é provável que os corpúsculos que foram microscópicamente descritos por Sindoni representem os germes filtrantes responsáveis da doença, havendo neste momento investigadores que já observaram um facto curioso e de relativa importância, que é a possibilidade dos referidos corpúsculos serem aglutinados pelo sôro de doentes com acessos de reumatismo articular agudo, ao contrário do que se passa com o dos indivíduos normais.

O A. termina por afirmar que «a etiopatogenia do reumatismo articular agudo é mistério, mas no seu espírito mantém-se a impressão da existência dum vírus específico», cuja entrada no organismo, ou a sua reactivação, é favorecida pela infecção estreptocócica, idea que se coaduna com numerosos factos da sua observação clínica, documentados por elementos de laboratório e experimentais.

BARREIROS SANTOS.

O artrotopismo dos estreptococos isolados das amígdalas de indivíduos curados de reumatismo articular agudo. (*L'artrotopismo degli streptococchi isolati dalle tonsiele di individui guariti del reumatismo articolare acuto*), por M. PIETRO. — *Minerva Medica*. N.º 8. 1936.

A tese da etiologia estreptocócica do reumatismo articular agudo recebeu novos reforços com as experiências de alguns autores americanos, de Rosenow principalmente, que demonstrou o acentuado artrotopismo dos estreptococos colhidos nas amígdalas de reumáticos, quando injectados na circulação sanguínea de coelhos. Contra a exclusiva especificidade que êste facto parecia demonstrar se objectou, de várias partes, com a afirmação das seguintes provas: as artrites provocadas por êste processo não correspondiam, anátomo-patologicamente, às artrites específicas, e, por outro lado, mesmo que os estreptococos não sejam isolados de reumáticos, provocam o mesmo quadro, embora em percentagem menor. Últimamente porém alguns autores puseram em evidência uma relação entre a frequência e a intensidade do artrotopismo e a melhora do estado clínico, factos que levaram Pietro a investigar se com a passagem da doença à cura existe ainda artrotopismo; se existe, é menor do que o existente nas fases da remissão; há relação entre o número dos ataques de reumatismo, intensidade e duração da doença e artrotopismo. O A. praticou a injecção intravenosa de estreptococos isolados mediante a espremedura das amígdalas de indivíduos curados de reumatismo articular agudo, e cultivados com o método de Rosenow, injectados a seguir em coelhos. Os resultados obtidos são os seguintes: obteve artrites purulen-

tas banais em 70 % dos animais; em 20 % destes, tratava-se de artropismo intenso e com uma localização de pelo menos quatro articulações; nos outros tratava-se de uma articulação única. Confrontando os seus resultados com os obtidos por outros autores, verifica uma diferença nítida entre si, caracterizada por uma percentagem menor das articulações atingidas. Limita-se o A. a constatar o facto, sem procurar tirar ilações.

J. ROCHETA.

**O metabolismo nas doenças musculares.** (*Le métabolisme dans les maladies musculaires*), por C. JIMENEZ DIAZ. — *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*. N.º 9. 1936.

Dá o A., neste artigo, uma síntese dos seus numerosos trabalhos sobre o metabolismo das doenças musculares, que se referem especialmente às distrofias musculares e miastenias.

Nas primeiras procedeu ao estudo da glicemia e das suas diferenças arteriovenosas, à lactocidemia e ao efeito da injeção de adrenalina que permite calcular o valor do glicogénio muscular. Desta primeira série de experiências conclue que o metabolismo hidrocarbonado, nestas doenças, não revela nenhuma alteração que possa considerar-se primária, no sentido de factor patogénico, mas sim secundária, por diminuição da massa muscular.

Porque um dos sinais característicos das distrofias musculares é a existência da creatinúria, estudou também o A. o metabolismo creatina-creatina, e tendo verificado um aumento da creatina urinária depois da ingestão *per os* desta substância e da glicocola, procurou saber se este resultado se devia a uma alteração primária que arrastasse secundariamente a atrofia do músculo ou se não seria, pelo contrário, uma perturbação secundária, expressiva do metabolismo anormal do músculo atrofiado, e para isso chegou até à análise do metabolismo do fósforo, realizada no próprio músculo por biopsia. De todos os estudos feitos conclue ser possível que a distrofia muscular progressiva seja a expressão duma anomalia de carácter constitucional na innervação trófica do nervo e que no músculo já afectado apareça uma diminuição de substâncias activas com dificuldade para a fixação da creatina e a sua utilização sob a forma de fosfogénio.

Nas miastenias a análise química revela uma má utilização do ácido láctico, uma hipereliminação do fósforo orgânico e uma falta de fixação da creatina. Das doenças endocrínicas há sobretudo duas—o hipertiroidismo e a doença de Addison—cuja sensação subjectiva de astenia se traduz objectivamente por alterações de natureza química semelhantes às encontradas nas miastenias graves: utilização deficiente do ácido láctico e da fixação da creatina. Nestes casos não há dúvida que a doença não é primitivamente muscular, mas que é a doença glandular que, alternando a função do músculo, perturba as transformações químicas inerentes à actividade e a recuperação depois do esforço. Nestas circunstâncias a miastenia é apenas um sintoma duma doença bem caracterizada, mas algumas vezes acontece constituir só por si, clinicamente, um sintoma único revelador desta distunção. Nestas condições propõe Jimenez Diaz que este estado se denomine miastenia

menor e que serve para designar os estados orgânicos de astenia de menor intensidade.

Termina pela seguinte interrogação: ¿pode considerar-se a miastenia grave como puramente funcional? Embora de resolução difícil, é de opinião que assim deve ser de início, mas o seu prolongamento pode arrastar alterações anatómicas do músculo. Em concordância com esta idea, as miastenias são doenças do aparelho regulador da função química dos músculos e talvez que a miastenia grave se deva considerar como causada por uma lesão mais importante é definitiva, por exemplo, sobre a placa neuro-muscular.

---

J. ROCHETA.

**Granulias crónicas na infância.** (*Granulias crónicas en la infancia*), por J. TAPIA SAUZ. — *Revista Española de Tuberculosis*. N.º 54. 1936.

Apresenta o A. três casos de granulía crónica infantil, sobre os quais borda longas considerações em relação com as últimas hipóteses apresentadas, para explicar a sua patogenia e evolução clínica.

Apresenta a tese de Pagel, com a qual concorda e que afirma não bastar só a virulência e a bacilemia para produzir em certos casos de disseminação hematogena uma cronicidade de evolução, mas deve juntar-se a estes dois elementos a capacidade reactiva tecidual e o estado disposicional geral.

Considera a granulía fria, sob o ponto de vista clínico, como uma entidade separável de todos os outros tipos de tuberculose miliar, em virtude das suas características evolutivas e sintomáticas particulares e independentes. Mas termina aqui a diferença.

Anatómica, patogénica e radiológicamente, não se vê que possa estabelecer-se distinção convincente em relação às restantes generalizações. Tal qual como nestas, a granulía crónica pulmonar é acompanhada de generalizações a outros órgãos ou sistemas e que do mesmo modo podem regressar ou progredir; e ainda, como acontece com a miliar aguda, pode aparecer em todas as etapas cronológicas do processo tuberculoso: imediatamente após o complexo primário até às fases finais da evolução da doença.

---

J. ROCHETA.

**A posição actual do cirurgião na luta contra a tuberculose.** (*Die hentige Stellung des Chirurgen im Kampfe gegen die Lungentuberculose*), por A. BRUNNER. — *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*. N.º 10. 1936.

De entre as intervenções cirúrgicas que actualmente possui a terapêutica na luta contra a tuberculose, continua o pneumotorax a ter o primado, não só pela facilidade da sua realização, como pelo número cada vez maior dos bons resultados obtidos. Exactamente por isso se torna cada vez mais urgente a diagnose precoce, para diminuir o número daqueles casos cujo pneumotorax não pode ser eficiente pelas aderências já formadas ou é de impossível realização por sínfise pleural. No primeiro caso, a generalização da



operação de Jacobeus aumentará a percentagem de curabilidade pelo pneumotorax, desde que os casos para o corte de aderências sejam cuidadosa e rigorosamente seleccionados. É sabido que o entusiasmo exagerado por esta intervenção conduz muitas vezes a resultados contraproducentes e de difícil solução: hemorragias graves, pleurisias purulentas com ou sem fístula pleuro-pulmonar.

Quando não é possível introduzir-se na pleura, por sínfise já constituída, tem o cirurgião à sua disposição, especialmente, três modos de proceder: frénico-exerése, plumbagem e toracoplastia. A frénico-exerése, como operação isolada, perde terreno dia a dia. Partindo da idea justa de que devem poupar-se, sempre que possível, da compressão, todos aqueles territórios pulmonares que se não encontram lesados, salta imediatamente à vista a indicação da paralisia do diafragma: lesões dos lobos inferiores. Acontece, por vezes, serem beneficiadas lesões cavitárias dos lobos superiores, mas, no entender do A., só aquelas cavernas de paredes delgadas, com a elasticidade suficiente que permita o seu achatamento. A plumbagem, por sua vez, que de início despertou imenso interêsse pela simplicidade de técnica e até pela lógica das suas indicações (caverna isolada apical, de paredes mais ou menos rígidas) veio a demonstrar na prática, sobretudo pelo que se refere aos resultados secundários tardios, que é um processo que tende a ser abandonado. De facto, nem mesmo depois dum período de dez anos, e com expectoração negativa, está livre o doente duma perfuração pulmonar provocada pela compressão da parafina, com a consequente infecção, que nem sempre é de prognóstico benigno.

Resta, como última indicação, a toracoplastia total à Sauerbruch ou parcial. A primeira, embora ainda fortemente defendida pelo seu autor, tem cada dia menos defensores e menor número de indicações. O ideal, que se espera possa ser atingido de futuro, é de praticar uma ressecção costal em correspondência exacta com a zona lesada. Sob êste aspecto, tende a predominar a ressecção mais ampla no sentido horizontal do que no vertical, especialmente depois que é fácil localizar com bastante precisão, por meio da estereoradiografia, qual a costela inferior que concorre para manter aberta uma determinada caverna.

J. ROCHETA.

O tratamento pela Larostidin na úlcera gástrica. (*Die Larostidin. Behandlung der Geschwürskrankheit des Magens*), por R. KOSINER. — *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*. N.º 10. 1936.

Na opinião do A., apoiado numa série de casos cujas histórias clínicas apresenta, o tratamento pela Larostidin representa um progresso na terapêutica da úlcera gástrica. Sem discutir as bases experimentais e patogénicas que levaram os autores dêste método a propor o seu uso clínico, Kosiner refere o protocolo que deve seguir-se na aplicação e número de injecções; não obriga os seus doentes a uma dieta muito rigorosa, nem julga indicado o repouso absoluto senão nas formas hemorrágicas. Notou, em todos os casos, o desaparecimento das dores, em geral depois de meia dúzia de injecções,

assim como um aumento de apetite e melhoria do estado da depressão psíquica. Apresenta algumas radiografias que demonstram a desapareição do nicho gástrico depois do tratamento; não observou recidivas, facto de pouca importância em relação ao pouco tempo de observação em que se encontram os doentes apresentados.

J. ROCHETA.

A doença tuberculosa hepato-esplénica no homem. (*La malattia tubercolare epato-splenica dell'uomo*), por C. MANZINI. — *Rivista di Patologia e Clinica della Tuberculosis*. Fevereiro de 1936.

A tuberculose hepática, como localização secundária, já por si pouco frequente, aumenta o interesse daqueles casos nos quais o fígado é, só por si, ou juntamente com o baço, o único órgão atingido. O A. apresenta um caso desta natureza e, depois de descrever resumidamente as sete observações clínicas até hoje escritas na literatura, refere a sintomatologia clínica e a étio-patogénese do quadro mórbido da doença tuberculosa hepato-esplénica.

J. ROCHETA.

Confronto clinico-radiológico das cavernas do lobo inferior. (*Confronto clinico radiologico delle caverne del lobo inferiore*), por R. LENTI. — *Lotta contro la Tuberculosis*. — N.º 2. 1936.

O A. resume assim o seu artigo:

A grande maioria das cavernas do lobo inferior estão situadas ao nível do vértice do mesmo, como se verifica pelos exames clínico-radiológicos e necrópsicos. Á auscultação, os sinais próprios de cavidade são audíveis quasi exclusivamente na metade inferior do espaço inter-escápulo vertebral; radiograficamente, em projecção ântero-posterior, a cavidade apresenta-se como hilar ou justa-hilar, mas, em projecção lateral, pelo contrário, a imagem anular é nitidamente posterior e para-vertebral.

Estas cavernas originam-se habitualmente por ulceração de lesões infiltrativas, que se estabelecem com muita probabilidade por via hematogena (doutrina da origem exógena indirecta de Redeker e Ubrici). Dada a superficialidade das lesões, compreende-se bem como sejam precoces as aderências, e de aí a sua pouca influenciabilidade pelo pneumotorax. Por estas razões, o tratamento de tais cavernas exige, em linha geral, uma terapêutica associada (pneumotorax e frénico-exerése) e que nem sempre é suficiente. De onde pode concluir-se que, pelo simples facto da sua localização, se tornou mais grave o respectivo prognóstico.

J. ROCHETA.

## Biblioteca da «Lisboa Médica»

**Como se produce y como se cura el cancer**, por CIRIACÒ DE IRIGOYEN.  
— Instituto de cultura professional. Barcelona, 1935.

---

**Contribuição para o diagnóstico e tratamento das sinusites maxilares crónicas**, por CARLOS LARROUDÉ.— *Imprensa Médica*. Lisboa, 1934.

---

**Ao lado da medicina (o imposto professional por capitação, aspectos sociais e económicos)**, por A. VELOSO DE PINHO.— Separata de *Medicina*. Lisboa, Outubro de 1935.

---

**Notas de viagem**, por MANUEL VICENTE MOREIRA.— Lisboa, 1935.

---

**Arquivos das Clínicas cirúrgicas**. Universidade de Coimbra. Faculdade de Medicina. Tòmo IV. Coimbra, 1935.

---

**Ação bactericida do vinho Madeira (Verdelho) sôbre o bacillo de Eberth (estudo experimental)**, por VICENTE HENRIQUE DE GOUVEIA.— Funchal, 1936.

---

**Nuova teoria e pratica di ringiovanimento generale con speciale riguardo alle funzioni sessuali**, por CASIMIRO FRANK.— Roma, 1936. XIV.

---

**Tuberculose** (Órgão da Sociedade Brasileira de Tuberculose). Rio de Janeiro. Tòmo III. Número único. Fevereiro de 1936.

---

**A luta anti-cancerosa em S. Paulo**, por OSWALDO PORTUGAL.— S. Paulo, 1936.

---

**Plantas medicinais populares da ilha da Madeira**, por VICENTE DE GOUVEIA.— Coimbra, 1936.

**Essais d'anthropologie anatomique et de zoo-morphologie**, por CONSTANCIO MASCARENHAS. — Bastorá, Índia Portuguesa, 1935.

---

**Contribuição para o estudo da abóbada palatina nos portugueses**, por JOÃO FELIPE FERREIRA. — Separata dos *Trabalhos da Sociedade Portuguesa de Antropologia e Etnologia*. Pôrto, 1936.

---

**A-propósito de alterações das figuras papilares digitais. Ainda a-propósito de alterações das figuras papilares digitais**, por LUÍS DE PINA. — Separata do *Arquivo da Repartição de Antropologia criminal, Psicologia experimental e Identificação civil do Pôrto*. Pôrto, 1935.

---

**Blotipologia e Medicina**, por LUÍS DE PINA. — Separata do *Portugal Médico*. Pôrto, 1935.

---

**Folclore entomológico: a «Louva-a-Deus»**, por ARMANDO LEÃO. — Separata dos *Trabalhos da Sociedade Portuguesa de Antropologia e Etnologia*. Pôrto, 1935.

---

**A contribuição portuguesa para o estudo das mutilações congénitas**, por J. A. PIRES DE LIMA. — Separata de *A Medicina Contemporânea*. Lisboa, 1935.

# NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

## Faculdades de Medicina

### De Coimbra

Na última reunião do Conselho da Faculdade de Medicina de Coimbra resolveu-se exarar na acta um voto de pesar pela morte do Prof. Henri Vaquez, da Universidade de Paris.

## Jornadas Médicas de Paris

A Comissão Permanente das Jornadas Médicas de Paris resolveu organizar, por ocasião da Exposição Internacional de 1937, novas Jornadas, que serão presididas pelo Prof. Carnot.

As reuniões da manhã serão consagradas, conforme a tradição, a demonstrações práticas, organizadas nos hospitais civis e militares, assim como nas Escolas e Institutos de Biologia.

As sessões da tarde serão dedicadas ao estudo prático dos assuntos seguintes: «Hormonas e terapêutica endocrínica»; 1.º dia: a hipófise; 2.º dia: as glândulas genitais; 3.º dia: a tiroideia, paratiroideias e suprarenais; 4.º dia: o fígado, o pâncreas e o timo.

Para informações, dirigir-se ao Service des Journées Médicales: *Revue Médicale Française*, 18, rue de Verneuil, Paris 7<sup>ème</sup>.

## Instituto Rocha Cabral

No Instituto de Investigação Científica Bento da Rocha Cabral vai realizar-se a seguinte série de conferências:

Maio, 7: «A genovariabilidade e a evolução», pelo Dr. António de Sousa da Câmara.

Maio, 14: «A glicólise no músculo e nos tumores», pelo Dr. Kurt Jacobsohn.

Maio, 21: «As flavinas», pelo Dr. Ferreira de Mira.

Maio, 28: «Histofisiologia dos rins», pelo Dr. Pedro Roberto Chaves.

Junho, 4: «Poeiras industriais e tuberculose», pelo Dr. Alberto de Carvalho.

Junho, 11: «A contracção uterina», pelo Dr. Joaquim Fontes.

As conferências são às 21 horas.

### Fundação oftalmológica A. F. de Castilho

No Asilo-Escola de Cegos António Feliciano de Castilho abriu um serviço de oftalmologia intitulado «Fundação Oftalmológica A. F. de Castilho», destinado não só a tratar dos seus internados, como a manter uma consulta para indigentes, com internamento dos casos de cirurgia que dêle necessitem, e ocupar-se especialmente da profilaxia da cegueira. O serviço é dirigido pelos Drs. Mário Moutinho e Henrique Moutinho.

### Luta contra a tuberculose

Á semelhança do que sucedeu nos anos anteriores, realizou-se de 3 a 10 de Maio a Semana da Tuberculose, destinada a angariar donativos para a realização do plano de luta contra a tuberculose empreendido pela Assistência Nacional aos Tuberculosos.

### Conferências

O Prof. Egas Moniz pronunciou, na Universidade de Coimbra, uma conferência acêrca da «Angiografia cerebral no domínio da clínica».

— Na Faculdade de Medicina, o Dr. Carlos Cabrita realizou uma conferência intitulada: «Comentários aos estudos de Gustav Maurer acêrca da operação de Jacobaeus».

— No Hospital Militar Principal efectuaram-se as seguintes conferências: «Metabolismo basal», pelo Dr. Nicolau J. Bettencourt, e «Electrocardiografia e a sua importância clínica», pelo Dr. Diogo Furtado.

### Viagens de estudo.

O Dr. João Crespo de Lacerda, assistente de serviço clínico dos Hospitais Cívicos de Lisboa, foi encarregado de ir a França, em comissão gratuita de serviço público, durante 30 dias, estudar os progressos da clínica médica.

— O Dr. Mário Moutinho foi a Paris assistir à assembleia da Association International de Prophylaxie de la Cécité, como delegado da Liga Portuguesa de Profilaxia da Cegueira.

— Ao Congresso de Fisiologistas realizado em França assistiu o Prof. Ferreira de Mira.

\* \* \*

### Saúde Pública

O Dr. Isac Jaime Anahory foi contratado para o inquérito da lepra, relações etiológicas com a emigração, cohabitação, conglomeração e estudo das bases práticas necessárias para a profilaxia, combate e tratamento da referida enfermidade.

— Inaugurou-se um pôsto médico em Romão de Vila Viçosa.

— Abriu-se concurso para o lugar de médico do 2.º partido municipal de Mortágua, com sede na freguesia de Espinho.

\* \* \*

### Saúde das colónias

O Dr. Santos Júnior, chefe dos serviços de saúde de S. Tomé, deixou este cargo, para retomar o seu lugar no quadro de saúde de Angola.

\* \* \*

### Bólsas de estudo

Concedeu-se uma bôlsa de estudo, fora do País, pelo prazo de cinco meses, ao Dr. Óscar Teixeira Basto, chefe de Serviço do Instituto de Medicina Legal.

\* \* \*

### Medicina Tropical

Considera-se obrigatório, para todos os médicos que pretendam exercer clínica nas colónias, o diploma do curso de Medicina Tropical.



## Dadores de sangue

O Ministro da Guerra determinou que se organizem, nas guarnições de Lisboa, Pôrto e Coimbra, listas dos militares que se prestem à transfusão. — No Banco do Hospital de S. José também o respectivo director, Dr. Damas Mora, organizou um serviço de dadores de sangue.

## Homenagens

Prestou-se homenagem ao provedor da Misericórdia de Lisboa, Dr. Silva Ramos. Assistiu o pessoal clínico.

— As alunas do Curso de Parteiras e Enfermagem realizaram uma sessão de homenagem ao Prof. Costa Sacadura.

## Necrologia

Faleceu, em Vila Nova de Cerveira, o Dr. António José Duro, médico municipal.







# PANBILINE

nas DOENÇAS DO FIGADO

são  
os  
aneis  
de uma  
mesma cadeia:

# RECTOPANBILINE

na PRISÃO DE VENTRE

A OPOTERAPIA  
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA

TOTAL

LITERATURA AMOSTRAS

# HÉMOPANBILINE

nas ANEMIAS

LABORATOIRE **J. D. PLANTIER** ANNONAY (Ardeche)  
FRANCE

ou Gimenez-Salinas & C.<sup>a</sup> — 240-Rua da Palma-246 — LISBOA

# ADRENALINA BYLA

Solução a  $\frac{1}{1.000}$

NATURAL

QUIMICAMENTE PURA

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

Agentes para Portugal:

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

# Maltosan

*Enquanto uma criança goza boa saúde  
pode-se obter, pelo menos por um certo  
tempo, por todos os meios possíveis,  
uma alimentação eficaz. Keller 1898*

MALTOSAN é o alimento especialmente destinado ás creanças atacadas de perturbações digestivas, gastro-interites etc.; contribue para restabelecer a alimentação normal em todos os casos em que os meios possíveis e impossíveis não deram resultado.

O MALTOSAN é conforme as prescripções do Dr. Keller, relativas á composição da alimentação das creanças de mama atacadas de perturbações digestivas: pouca albumina, pouca gordura, mas aumento do valor nutritivo pela junção de hidratos de carbono sob a forma de Maltose, que possui, de todos os assucares, o limite de assimilação mais elevado.

O MALTOSAN impede o desperdício de albumina no organismo e por conseguinte economia de albumina.

Com o emprego do MALTOSAN a putrefação das matérias intestinais desaparece rapidamente.

Na clinica particular o MALTOSAN simplifica a preparação da sopa de Malte do Dr. Keller tornando possível a sua preparação em casa.

*«Tenho a convicção de ter conservado a vida, graças ao MALTOSAN a varias creanças que não podiam ter uma ama e caminhavam para uma morte certa».* Dr. Comte, Fribourg

DR. A. WANDER S. A., BERNE

*Unicos concessionarios para Portugal*

ALVES & C.<sup>a</sup> (Irmãos)

Rua dos Correiros, 41-2.<sup>o</sup>—LISBOA

*amostras e literatura gratis*



Sal

Est

Ta

N.<sup>o</sup>