

Ano XIII

N.º 3

Março de 1936



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

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

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

A. Almeida Dias

SECRETÁRIO ADJUNTO

Morais David

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

KALOGEN

Solução de Compostos Halogenados de Calcio
Preparada por Dr. TAYA e Dr. BOFILL

TONICO RECONSTITUINTE REGALGIFICANTE

Depositaríof para Portugal e Colonias

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

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina Paris 1889. Prova que a 4 por dia produzem diurese prompta, reatimam o coração debilitado, dissipam ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA, Lesões MI RAES, GARDIOPATHIAS da INFANCIA e dos VELHOS, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

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

S. Boulevard St-Martin Paris — * PHARMATIAS.

DOCTOR:

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



Phosphorrendal
ROBERT
NA/UA/ TRES/ FORMAS:
GRANULADO-ELIXIR
INJECTAVEL
LABORATORIO
ROBERT

Sala 3

Est 9

Tab. 2

N.º 39

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

240. Rua da Palma, 246

Anemias
fraqueza geral
Convalescença



Tónico
hematogénico
liquido
Opotónico
Merck
Aplicação
interna

E - MERCK

FABRICA DE
PRODUCTOS QUIMICOS

DARMSTADT

Representantes para Portugal: **QUIMICO-FARMACEUTICA, LIMITADA**

LISBOA

PORTO

Rua da Palma, 165

Rua do Almada, 59

COMBINAÇÃO IODO-PEPTONADA
GOTTAS, INJECTAVEL

IODOINE

"ROBIN"

Arteriosclerose, Affecções cardiacas,
Obesidade, Rheumatismo, Syphilis

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo. D. N. S. P. N.º 832
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

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

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 Blenorrágia, Metrite, Salpingite, etc.

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVII^e)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

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

INSULINA 'A.B.'

MARCA DE  FÁBRICA

a 1.^a apresentada na Europa

PUREZA GARANTIDA

De ALLEN & HANBURY, Ltd. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSES, Ltd.

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

Folhetos e amostras aos Ex.mos Clinicos

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

SENHOR DOUTOR!

Sirva-se receitar em fumigação

o PÕ EXIBARD

Sem Opio nem Morphina

o qual allivia sem demora.

a **ASTHMA.**

Para evitar as contrafacções
exija-se a assignatura

Exibard

M. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C^{ie}, 6, Rue Dombasle, Paris, e boas Pharmacias.

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.

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

Amigdalites Laringites Faringites

As afecções agudas da faringe e da laringe respondem ao tratamento com ANTIPHLOGISTINE.

Quando aplicada de uma à outra orelha, tão quente quanto o paciente a possa suportar com conforto, a sua acção analgésica e anodina serve para aliviar a congestão e incómodo locais.

É a medida terapêutica mais satisfatória para o tratamento desses estados, para os quais o emprego e a longa permanência do calor húmido estão indicados.

Amostra e literatura sob pedido

ANTIPHLOGISTINE

*The Denver Chemical Mfg. Co.,
183, Varick Street*

Nova York, E. U. A. N.

Robinson, Bardsley & Co., Lda.

Cais do Sodré, S. 1.

L I S B O A

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

LYXANTHINE ASTIER

Medicação dos artríticos
sem tóxico nem analgésico

33% de princípios activos

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

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

AFECÇÕES REUMATISMAIS

Gota — Litiase renal — Artrismo

Literatura e amostras

LABORATOIRES ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche — PARIS
ou nos representantes

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





SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Les possibilités de la chirurgie dans le traitement de certaines psychoses</i> , par Egas Moniz.....	Pág.	141
<i>Premiers essais de psycho-chirurgie</i> , par Egas Moniz et Almeida Lima.....	"	152
<i>Les indications de la chirurgie du sympathique dans les arérites</i> , par Reynaldo dos Santos.....	"	162
<i>O tratamento do entrópico espasmódico senil incoercível</i> , por A. Borges de Souza.....	"	169
<hr/>		
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	"	178
<i>Noticias & Informaçoes</i>	"	IX

LES POSSIBILITÉS DE LA CHIRURGIE DANS LE TRAITEMENT DE CERTAINES PSYCHOSES

PAR

EGAS MONIZ

L'investigation scientifique dans le champ clinique est souvent très difficile, parce qu'elle met en jeu la vie des malades. C'est à cause de cela que nous avons beaucoup réfléchi avant d'arriver à faire des tentatives opératoires pour obtenir la guérison ou, au moins, des améliorations de l'état mental de certains aliénés. Nous voulions exécuter nos essais sans courir le risque, en cas d'insuccès, de nuire à nos malades.

Dans ces tentatives opératoires, au contraire du programme que nous avons suivi pour nos travaux sur l'angiographie cérébrale, nous n'avons pu nous servir de l'expérience sur des animaux. Il nous manquait la matière première.

Quand on veut même faire des études comparatives de l'activité psychique normale chez l'homme et chez les animaux, on ne peut jamais arriver à des conclusions sûres. Il y a une si grande différence entre la vie psychique de l'homme et des animaux, même chez ceux qui sont les plus élevés dans l'échelle zoologique, que les éléments de comparaison ne se rencontrent que dans une sphère très limitée et pour les manifestations les plus élémentaires.

La vie psychique est une fonction du système nerveux dans son ensemble. Elle ne résulte pas, comme on a pu penser, seulement du cortex cérébral. Son action est certainement très im-

portante; mais la vie psychique est le résultat de l'activité des cellules nerveuses du cortex cérébral, des noyaux de la base, du metencéphale, de la moelle, des nerfs périphériques et du système neuro-végétatif. Les produits des glandes de sécrétion internes et des intoxications exogènes et endogènes, conduits par le sang, sont des facteurs très importants qui influencent la vie psychique.

Ce sont les liaisons directes et indirectes des cellules corticales avec tous les éléments du névraxe qui jouent le rôle le plus important dans la production des phénomènes psychiques. Ces connexions entre les divers secteurs cellulaires du névraxe sont d'une grande complexité et encore mal connues. Elles passent dans le centre ovale pour aller aux aires corticales.

Nous ne connaissons pas le mécanisme du fonctionnement des cellules nerveuses; on sait seulement que les cylindraxes constituent dans la cellule nerveuse l'appareil de transmission et les prolongements protoplasmiques l'appareil de réception. Le corps de la cellule nerveuse doit être le centre de l'activité fonctionnelle. Ce sont, par conséquent, les corps des cellules nerveuses et leurs multiples connexions qui constituent la base de la vie psychique.

La psychiatrie est rentrée dans la phase organiciste ou neurologique, bien qu'un certain nombre de psychiatres s'oppose à cette orientation. Quelques-uns émettent même l'opinion que cette tendance neurologique, insuffisante pour expliquer les complexes fonctions psychiques, conduira à de grandes erreurs interprétatives. Bien au contraire, c'est l'orientation neurologique qui a apporté les plus remarquables progrès à la psychopathologie, non seulement dans les questions cliniques, mais aussi dans l'étude et interprétation de certains syndromes psychiques.

Nos tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses représentent une nouvelle et, semble-t-il, une assez importante contribution pour démontrer les relations qui existent entre certains symptômes psychiques et déterminées lésions cérébrales.

Tous les groupes cellulaires du névraxe sont en liaison, par des connexions, directes ou indirectes, avec les régions du cortex et celles-ci entre elles. C'est la réunion des stimuli provenant de ces divers secteurs du névraxe qui constitue la base de

la vie psychique; mais il y a certainement des zones de l'encéphale qui sont particulièrement en relation avec elle.

Il y a longtemps qu'on attribue aux lobes frontaux, exception faite des localisations motrices et de l'aphasie, une grande importance dans la vie psychique. En effet, le lobe frontal n'apparaît que dans les mammifères supérieurs et il prend un remarquable développement chez l'homme. Cela est une indication sur sa valeur dans la vie psychique. D'un autre côté, le lobe frontal présente la masse la plus importante du cerveau sans qu'on y puisse découvrir des localisations comparables à celles que nous connaissons dans les lobes occipital, pariétal ou temporal. Les fonctions des lobes frontaux doivent être d'une différente catégorie.

HENRI CLAUDE dit: «Il est, en effet, assez remarquable que la plupart des fonctions isolées des lobes frontaux s'orientent vers une coordination des actes psychiques et moteurs de telle sorte que, sans qu'on puisse dire que la région frontale puisse être considérée comme le centre de l'activité intellectuelle proprement dite, laquelle met en jeu toutes sortes d'associations, expression des fonctions des diverses parties de l'encéphale, il n'en est pas moins vrai que la plupart des activités que nos a révélé l'examen des centres frontaux comporte une certaine part d'activité psychique.»

En appréciant le problème dans le champ anatomique, on sait que la cyto-architecture du lobe frontal présente certaines caractéristiques communes. Elles sont assez différentes des aires motrices. Les couches granulaires sont plus développées dans le lobe frontal et les couches pyramidales y sont plus réduites que dans la zone motrice.

ECONOMO écrit: «Cette région frontale a été divisée, suivant ses types de structure, en une série de champs de F A à F N. Il est erroné de s'imaginer qu'une pareille répartition topographique comprend toutes les variétés architecturales de ce territoire, surtout en ce qui concerne les champs qui couvrent l'étendue de plusieurs sillons, de plusieurs circonvolutions ou des segments entiers de la convexité encéphalique. Les variations locales ont déjà été mises en évidence; les zones proches de la scissure interhémisphérique du cerveau ont de plus grandes éléments que les territoires plus ventraux, les zones plus caudales de plus grosses cellules que les territoires les plus antérieurs,

tous les champs de F 3 sont caractérisés par la présence des grandes cellules pyramidales, etc.»

Cette complexe structure n'est, cependant pas, constante chez tous les individus. SARRBOFF affirme même que la structure architectonique de la région préfrontale passe les limites des mappes du cortex cérébral de BRODMANN, C. et O. VOGT et ECONOMO. Ces variations sont notées même dans les corrélations quantitatives. Cet auteur a étudié le problème dans l'orientation phylo et ontogénétique du cerveau et il a noté que ces variations sont surtout appréciables dans les espèces les plus élevées des singes, et très particulièrement chez l'homme. Il est impossible, dit SARRBOFF, d'arranger une carte cyto-architectonique du cerveau qui puisse couvrir exactement tous les cas individuels.

Ces variations de l'architecture cellulaire pourront-elles, de quelque manière, expliquer les différences individuelles dans l'activité mentale? Il n'est pas possible répondre dans ce moment à cette question.

*

* *

Les fibres d'association des cellules de ces différentes couches cyto-architectoniques doivent être bien plus compliquées et moins schématiques que celles des descriptions anatomiques. On pourrait en dire autant des fibres commissurales ou interhémisphériques qui font, d'après la plupart des auteurs, la liaison des régions homologues des deux hémisphères cérébraux qui fonctionneraient ainsi synergiquement. D'après TESTUT, ces liaisons permettraient de comprendre comment ces régions homologues peuvent se suppléer mutuellement dans le cas de lésions localisées à un seul hémisphère. Elles présentent un trajet variable horizontal ou arciforme de concavité supérieure ou inférieure. Les connexions commissurales des diverses régions hémisphériques doivent cependant être très complexes et dirigées, à notre point de vue, non seulement vers les régions homologues, mais vers d'autres.

Ce qui paraît se déduire des descriptions anatomiques c'est que le lobe frontal est une espèce de station centrale où la presque totalité des fibres de liaison des cellules du système nerveux vont directement ou indirectement aboutir; c'est un centre de

LISBOA MÉDICA

DRYCO

Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

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

DRYCO é o leite IDEAL

Especialmente preparado para a

**alimentação
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

Simenez-Salinas & C.^a

Rua da Palma, 240-246

L i s b o a



o tratamento arsenical

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

pelo

Acétylarsan

*rigorosamente indolor
discreto, facil
neurotonico e eutrófico*

●

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

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

— **Specia** —

Marques POULENC Frères et USINES DU RHONE

21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8^e)

grande activité cérébrale, où les voies afférentes et éfférentes ont un remarquable rôle à remplir.

Les différences individuelles des connexions doivent être encore plus importantes que celles trouvées dans la cyto-architecture du lobe frontal. Toutes ces complications anatomiques doivent être en relation avec une fonction très importante dans la vie et on n'en connaît que l'activité psychique.

Il est probable que les lobes temporal et pariétal aient de l'importance dans le mécanisme de la vie mentale; mais les particularités anatomiques donnent une grande prédominance, comme dit VON MONAKOW, aux lobes frontaux, à cause des associations cellulaires. Du reste, il n'y a pas dans le cerveau une zone si vaste comme celle des lobes frontaux dont on ne connaît pas les fonctions. Il ne s'agit pas d'un vrai centre, mais le lobe frontal a certainement de nouvelles fonctions chez l'homme, où il se présente bien développé, en contraste avec celui des mammifères et même des primates, où le lobe frontal commence à être plus considérable. Mais tous ces arguments ne suffisent pas pour pouvoir arriver à une conclusion bien documentée.

Il faut étudier la question dans les domaines de l'expérimentation et de la clinique.

Les conclusions de ceux qui ont trouvé de certaines altérations psychiques par l'expérimentation chez les animaux, ne sont pas, en général, d'accord avec celles que d'autres auteurs et nous même avons rencontré chez l'homme. Il vaut cependant la peine d'enregistrer les résultats obtenus par JACOBSEN qui, opérant dernièrement sur des chimpanzés, élevés préalablement par lui, a constaté que les excisions unilatérales des aires frontales ne produisent pas de modifications importantes; au contraire, les extirpations des aires bilatérales donnent toujours des altérations sur la conduite et les actes de l'animal. Après des lésions étendues, la rééducation ne se rétablit pas; les chimpanzés ne font pas ce qu'ils faisaient auparavant. JACOBSEN a aussi vérifié que l'extirpation bilatérale des aires frontales entraîne aussi des altérations affectives.

Les mêmes mutilations faites dans les lobes pariétal et temporal ne produisent pas les mêmes phénomènes, ce qui conduit

l'auteur à considérer les lobes frontaux liés à des fonctions supérieures, spécialement à la mémoire des faits récents.

Deux catégories de faits d'ordre clinique peuvent être utilisées dans cette étude: les lésions de toute sorte des lobes frontaux et les résultats des opérations mutilatrices de ces lobes.

Sur l'appréciation des états mentaux des malades de lésions frontales, il y a une grande littérature, surtout en ce qui se rapporte aux tumeurs des lobes frontaux.

La guerre a fourni, d'autre part, des éléments d'étude assez intéressants.

Les travaux de cet ordre sont, d'une part, liés à des troubles d'équilibre, coordination de mouvements, apraxie, mimique, etc., et, d'autre part, aux fonctions psychiques proprement dites. Tous ces troubles sont plus ou moins en relation avec la vie mentale; ils sont comme l'expression mouvementée d'altérations plus profondes. Ainsi PIERRE MARIE a noté que les lésions frontales ne produisent pas seulement un trouble d'équilibre, mais elles déterminent aussi un trouble d'orientation spatiale qui est certainement d'ordre plus élevé. Peut-on se demander, comme dit BUMKE, si cette désorientation n'est pas due surtout à un trouble d'association, à un défaut de synthèse entre les impressions multiples émanant du labyrinthe et de la sphère visuelle.

On a noté chez les blessés du lobe frontal des troubles des fonctions d'attention volontaire et de synthèse mentale. Ils ne peuvent réaliser, en effet, un travail intellectuel, parfois même simple; ils sont incapables de grouper et d'orienter les divers éléments d'un problème donné. Le manque de l'attention volontaire, des fonctions d'association, les troubles de personnalité et du caractère, en résumé, les manifestations les plus élevées de la vie psychique sont plus ou moins altérées.

La littérature médicale est bien plus abondante sur l'appréciation de la vie psychique dans les cas de tumeurs des lobes frontaux. «De toutes les tumeurs de l'encéphale, écrit H. BARUK, les tumeurs du lobe frontal sont celles qui, avec les tumeurs du corps calleux, s'accompagnent le plus souvent de troubles psychiques.» Nous ferons la remarque que, d'après nos observations, les tumeurs du corps calleux présentent presque toujours de graves troubles mentaux.

Les tumeurs d'autres régions, surtout celles qui provoquent

de grandes hypertensions intracrâniennes, peuvent aussi être accompagnées de troubles mentaux. On note des troubles mentaux qui présentent des caractéristiques spéciales, dans les cas de tumeurs du III^e ventricule, surtout quand les tubercules mammillaires (GAMPER et KLEIST) sont atteints.

Il y a un fait qui semble, cependant, avoir de l'importance: la précocité de la symptomatologie psychique dans les tumeurs des lobes frontaux, ce que OPPENHEIM a mis en valeur et qui a été confirmé par plusieurs auteurs. En outre les tumeurs des lobes frontaux produisent un pourcentage de troubles mentaux plus élevé que la plupart des tumeurs d'autres régions. Ces tumeurs, ainsi que les lésions des lobes frontaux, ne présentent pas un type constant et limité de troubles psychiques. Ceux-ci présentent un certain polymorphisme, bien qu'avec une certaine prédominance d'altérations du côté de la mémoire.

*

* — *

Il y a encore d'autres observations d'ordre chirurgical qui ont une grande valeur. Elles correspondent à de vraies expériences chez l'homme. Ce sont les ablations opératoires des lobes frontaux. On sait qu'on peut faire l'excision d'un des lobes frontaux, chez l'homme, sans conséquences désagréables pour sa vie psychique. Les neuro-chirurgiens connaissent particulièrement ces faits. ALMEIDA LIMA l'a vérifié et nous avons suivi un de ses cas, avec ablation d'une partie assez importante du lobe frontal gauche, sans qu'on puisse reconnaître aucun trouble dans la vie psychique du malade.

CLOVIS VINCENT a écrit: «la résection partielle ou totale du lobe frontal ne donne pas lieu à des troubles psychiques ou moteurs bien nets.»

Il s'agit dans tous ces cas de l'ablation de l'un des lobes frontaux. L'autre lobe fait la suppléance du premier et l'activité mentale reste apparemment la même.

RICHARD BRICKNER a relaté une observation d'une particulière importance. Il a étudié, avec un grand développement, un malade à qui DANDY avait fait l'ablation des deux lobes frontaux chez l'homme, dû à un cas de méningiome. En comparant l'état psy-

chique du malade avant et après l'ablation des deux lobes frontaux, l'on a noté que le malade a eu, du côté psychique, difficulté d'association et de synthèse que BRICKNER considère comme le phénomène primaire dont dérivent tous les autres symptômes: puérilité, changement de caractère, perte du sens social et moral, labilité, etc. Mais tous ces troubles ne sont pas complets; il faut un examen assez long pour les montrer nettement.

Le malade a eu une rééducation très limitée en vue d'améliorer les complexes associations des faits. Il peut encore comprendre les simples éléments du matériel intellectuel, mais il n'arrive pas à faire des synthèses mentales.

BRICKNER considère les fonctions psychiques de ce malade plus altérées en quantité qu'en qualité. Il y a cependant un fait évident: les fonctions supérieures de la vie mentale du malade sont altérées.

D'après KLEIST et FEUCHTWANGER, ce sont les lésions doubles des lobes frontaux qui déterminent le manque de spontanéité et d'activité. Ils se sont fondamentés sur l'observation des cas de guerre. Particulièrement pour ce qui se rapporte à la vie mentale, il paraît que le champ 9 (seconde et première frontale) a une importance prépondérante. Ces auteurs pensent qu'il y a dans le cortex frontal une des zones d'incitation qui a sous sa dépendance les vrais centres fonctionnels. Ils disent qu'on peut considérer un peu comme syndrome frontal le trouble de l'activité réalisatrice, l'incapacité de pouvoir bien apprécier les éléments des problèmes à résoudre et l'impossibilité de connaître les situations. Les malades frontaux ont un déficit de volonté et d'attention qui les rendent incapables de réalisations, surtout par manque d'initiative.

STRAUSS et KESCHNER émettent l'opinion que les lobes frontaux ont des connexions avec toutes les parties du cerveau. Nous sommes du même avis. C'est pour cela que l'atteinte grave des lobes frontaux affectera ces associations cellulaires, donnant origine à diverses formes d'altération des états mentaux.

D'après notre opinion, les manifestations psychiques, même les plus simples, dérivent des groupements cellulaires liés par un nombre considérable de connexions. Les groupements cellulaires n'arrivent pas à produire leur travail sans avoir les stimuli de toute sorte apportés par le sang et l'ensemble de ceux qui proviennent de tous les secteurs du système nerveux mis en relation, pour aboutir à une finalité.

L'étude exacte des connexions cellulaires du cerveau est très loin d'être faite, surtout chez l'homme. Très nombreuses et enchevêtrées, il sera difficile de les décrire complètement, même quand on sera plus avancé dans ces travaux. Leur complexité embarrassera leur systématisation parfaite. Mais quel que soit leur enchevêtrement, les stimuli arrivent par ces voies de liaison aux cellules des lobes frontaux qui sont, à ce qu'il semble, des éléments très importants en relation avec les manifestations psychiques. Ces stimuli sont très variés et doivent arriver aux cellules avec diverses intensités.

Le chemin que les stimuli nerveux font, partant des corps cellulaires en divers sens, à travers les fibres nerveuses qui les mettent en contact, sera plus ou moins facile. Ces arrangements cellulo-connectifs pourront, dans certains cas, se rendre plus ou moins fixes et les stimuli les passeront alors avec une grande facilité.

Quand les stimuli suivent une route plus accidentée, avec des liaisons plus difficiles; quand plusieurs de ces stimuli arrivent en même temps et avec des variations constantes, provenant de divers secteurs de l'encéphale, le travail des groupes cellulaires doit être plus difficile. Les actes plus élevés du psychisme doivent dériver d'une combinaison associative plus compliquée et d'un travail cellulaire plus intense, non seulement des groupes cellulaires du lobe frontal, mais aussi de ceux d'autres lobes, des noyaux de la base, etc.

*

*

*

En passant maintenant à l'appréciation de la vie psychique des aliénés, nous séparerons les maladies appelées cérébro-psychopathies de celles psycho-fonctionnelles où les cellules cérébrales ne sont pas, paraît-il, atteintes. Dans ces maladies, les troubles psychiques n'affectent pas les fonctions intellectuelles. Ce sont les idées délirantes, mélancoliques, hypocondriaques, paranoïques, l'anxiété, etc., qui dominent l'activité mentale de ces malades. Ces troubles psychiques doivent être, à notre avis, en relation avec la formation des agroupements cellulo-connectifs qui se sont rendus plus ou moins fixes. Nous les appelons *agroupements établis*.

Les corps cellulaires pourront rester tout à fait normaux, leurs cylindraxes ne présenteront pas des altérations anatomiques; mais leurs multiples liaisons, très variables dans les personnes normales, pourront constituer des arrangements plus ou moins fixes qui seront en relation avec les idées persistantes et les délires de certains états psychiques morbides.

Comment se fixeront les connexions de ces agroupements de manière à dominer, par leur fonctionnement, la vie psychique du malade?

La neurobiotaxis de KAPPERS pourrait expliquer, au moins dans certains cas, la relative fixité de ces agroupements cellulo-connectifs. Les altérations constitutionnelles des éléments en action, l'intervention des toxiques exogènes ou endogènes, ou d'autres causes encore inconnues provoquant de très légères altérations dans les éléments en action, pourraient expliquer aussi cette prédominance et fixation de certaines liaisons cellulo-connectives.

Pour nous les cellules du cortex frontal doivent être en action par elles même et surtout par leurs nombreuses connexions avec les autres secteurs du nevraxe; elles doivent être en relation intime avec la production des manifestations psychiques élevées.

Les agroupements cellulo-connectifs établis rendront plus faciles les routes de certains stimuli et ils seront en relation avec des manifestations psychiques morbides permanentes: des idées mélancoliques, hypocondriaques, paranoïques, etc.

Les individus normaux peuvent avoir des idées semblables, mais elles ne se fixent pas. Les agroupements avec lesquelles elles sont en relation, changent facilement sous l'action d'autres liaisons et activités cellulaires. Chez les aliénés, il y a des idées dominantes qui absorbent toutes les autres activités psychiques. Elles proviennent, d'après notre opinion, du fonctionnement d'agroupements cellulo connectifs établis. Les stimuli nerveux traversent toujours la même route de connexions, presque constamment en exercice. Ces malades ne présentent pas, en effet, des variations appréciables de leur activité psychique.

Nous ne voulons pas insister plus sur ces idées théoriques. Ce sont elles que nous ont amené à nos tentatives opératoires.

De ce que nous venons d'exposer, et en acceptant notre théorie, une conclusion s'impose: pour guérir ces malades, il faut dé-

truire les arrangements de connexions cellulaires, plus ou moins fixes, qui doivent exister dans le cerveau et, particulièrement, celles qui sont liées aux lobes frontaux.

Comment obtenir ce résultat ?

Entrer dans le centre ovale à la hauteur du lobe frontal et détruire une partie de ce centre. C'est à cet endroit que doivent passer les fibres des connexions des cellules du cortex de ce lobe.

Cela pourra être fait par des injections d'un liquide destructeur du tissu nerveux, par coupe directe, par électropuncture ou électrocoagulation. Nous avons préféré, d'abord, les deux premiers procédés. Nous optons aujourd'hui pour les coupes de diverses régions du centre ovale des lobes préfrontaux.

Dans un autre article nous nous occuperons de la technique opératoire et des résultats obtenus.

PREMIERS ESSAIS DE PSYCHO-CHIRURGIE

TECHNIQUE ET RÉSULTATS

PAR

EGAS MONIZ et ALMEIDA LIMA

Dans un autre travail, nous avons exposé les bases qui nous ont conduit aux tentatives opératoires pour le traitement de certaines psychoses. Dans cet article nous donnerons un résumé de la technique que nous préférons et des résultats obtenus.

La technique que nous avons d'abord choisie a été l'alcoolisation de certaines parties du centre ovale du lobe préfrontal. Après avoir acquis la conviction de l'innocuité des injections d'alcool dans le centre ovale des lobes préfrontaux, nous avons pensé à une nouvelle méthode, plus précise, faisant une destruction limitée de la substance blanche du lobe préfrontal. Pour cela, nous avons fait construire un petit instrument, le *leucotome cérébral*, dont nous nous occuperons d'ici peu.

Pour simplifier, nous décrivons premièrement le leucotome cérébral, l'unique instrument nouveau dont on a besoin dans l'opération; ensuite, on donnera la technique que nous préférons dans ce moment.

Leucotome cérébral. — C'est essentiellement une canule de métal de 11 centimètres de longueur et 2 millimètres de diamètre externe (figs. 1 et 2). Une de ces extrémités (2) est fermée et arrondie, l'autre ouverte (3) s'élargie de manière à former un manchon où s'adapte la tête ou pièce à commande du leucotome (4).

A 5 millimètres de l'extrémité il y a une ouverture en fente longitudinale (5) avec 1 centimètre de longueur et à peu près 1 millimètre de largeur.

En dedans de la canule existe un fil en acier de 1 millimètre de diamètre. Il est attaché à l'extrémité arrondie de la sonde et

Novo! Octinum

$C_8 H_{15} \cdot NH \cdot CH_3$

«Knoll»

**Espasmolítico e antialgico
nas dores devidas a espasmos.**

Não é alcaloide,
age mais forte e mais duradouramente do
que a papaverina,
não provoca sensação de secura na gar-
ganta, como a atropina.

Indicações principais:

Espasmos gastro-intestinais.
Úlcera gástrica e duodenal.
Dores gástricas devidas a secreção excessiva.
Espasmos da biliar, dos rins, da bexiga.
Obstipação espasmodica.
Dismenorrea espasmodica.

Embalagens originais: Comprimidos de 0,15 g (de bitartrato de Octinum), tubos com 10 comprimidos. — Líquido (de cloridrato de Octinum a 10%), vidros com 10 c.c. — Empôlas de 1,1 c.c. (1 c.c. contem 0,1 g de cloridrato de Octinum), caixas com 5 emp.

Posologia: Comprimidos e líquido: 1 comprimido ou 15 a 20 gotas, 3 vezes ao dia. — Empôlas: por via subcutanea 2 a 3 vezes ao dia 1/2—1 empôla, por via intramuscular ou intravenosa 2 ou 3 vezes ao dia 1/2 empôla. Em caso de necessidade, a dose oral pode ser duplicada.



KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN S/O RHENO

LISBOA MÉDICA

FITINA

"CIBA"



RECONSTITUINTE TONICO DO SISTEMA NERVOSO REMINERALIZADOR

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

22% de fósforo e 11% de calcio e magnésio

Granulos

Comprimidos

Obreias

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

il est de 1 centimètre plus long que la canule. L'autre extrémité du fil qui, étant plus long (6), sort de la canule, est liée à une pièce indépendante de la canule (4), pièce qui peut s'adapter au manchon terminal de la sonde (3).

Quand on veut faire la coupe de la substance blanche du lobe préfrontal, on force le fil en dedans de la sonde jusqu'à adapter la pièce au manchon. L'excédent du fil sort alors par la fente longitudinale (5) formant l'anse (7) qu'on voit dans la figure 2, de 0,5 cc. dans la plus grande largeur.

C'est cette anse qui, en tournant l'appareil, fait les coupes dans les centres ovales des lobes préfrontaux.

Les centimètres doivent être comptés du milieu de la fente longitudinale.

La numération doit être bien visible; sans cela, il est impossible de bien calculer le point où la coupe devra être faite.

Technique opératoire. — Pour faire la leu-cotomie, ou pour faire les injections d'alcool dans le lobe préfrontal, on a besoin de faire deux trous de trépan, à droite et à gauche. Les trépanations doivent être réalisées dans la région frontale des deux côtés à 3 centimètres de la ligne médiane et dans une autre ligne perpendiculaire à la ligne médiane fronto-occipitale et qui passe 3 centimètres en avant le tragus.

Anesthésie. — On fait systématiquement l'anesthésie générale par l'avertine. Même ayant employé cette anesthésie il est de bonne pratique de faire une infiltration par novocaïne-adré-naline de la région où on va faire l'incision.

Préparé le malade (coupe de cheveux, etc.), on fait la désinfection de la peau par lavages alternés d'alcool et de sublimé. Cela fait, on marque avec la pointe du bistouri des incisions, qui doivent avoir 3,5 centimètres et doivent être inclinés sur la ligne médiane, d'en avant en arrière et de dedans en dehors de manière que leurs extrémités antérieures restent à la distance de 2 centimètres et les postérieures à 4 centimètres.

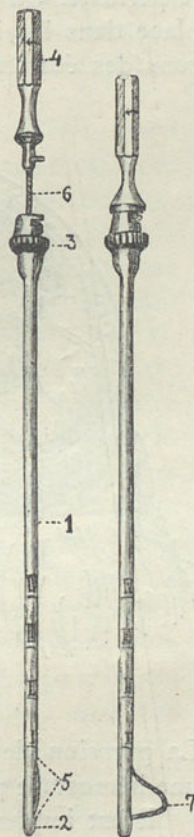


Fig. 1

Fig. 2

Le centre de cette ligne d'incision est le point sur lequel on doit faire le trou de trépan. L'inclinaison des incisions a l'avantage de faciliter la collocation des écarteurs mécaniques

Les champs aseptiques étant établis, on coupe ensuite les parties molles d'une seule incision profonde et totale, atteignant le périoste. On décolle le périoste de l'un et de l'autre côté et on place dans les incisions des écarteurs mécaniques. Nous préférons des écarteurs simples du type «de ceux de la mastoïde».

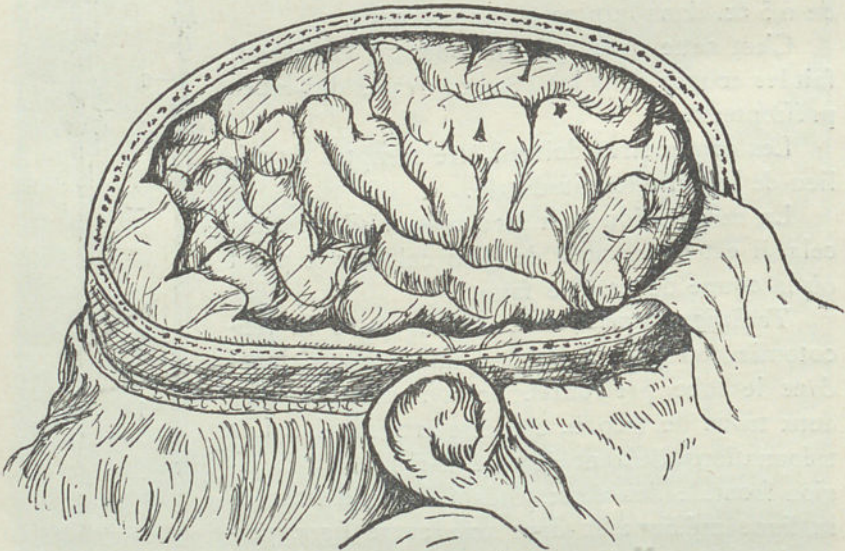


Fig. 3

La pression de l'écarteur est en règle suffisante pour garantir une hémostase parfaite des parties molles.

Il est important que l'incision initiale aille jusqu'au périoste parce qu'une incision partielle peut, par glissement des parties molles, rendre difficile de localiser, avec précision, la place de la trépanation. La figure 3, dessin fait d'une de nos expériences sur le cadavre, indique, d'un point noir, l'entrée du leucotome ou de l'aiguille dans le cerveau.

Trépanation. — Après la seconde incision et une fois les écarteurs placés, on a deux petites surfaces de l'os de, à peu près, 2 centimètres de diamètre. On fait ensuite les deux trous de trépan, soit par le trépan manuel de DOYEN ou par un petit trépan

électrique (modèle de NORMANN DOTT). Quel que soit le trépan préféré, il convient d'employer une fraise qui puisse donner un trou, d'au moins 1 centimètre de diamètre. Hemostase de l'os, si besoin est, par la cire de HORSLEY.

La dure-mère exposée, on l'excise dans une extension de 5 millimètres, en évitant les vaisseaux. A cet endroit il n'y a pas de gros rameaux de la méningée; mais même une petite hémorragie par lésion d'un petit vaisseau est préjudiciable parce qu'elle empêche la vision parfaite du cortex.

Incision du cortex. — On tire avec un petit crochet le bord de la dure-mère pour qu'on puisse voir bien le cortex, et avec un couteau de GRAEFFE on fait une petite coupe dans la piearacnoïdée et dans le cortex à fin d'éviter les vaisseaux visibles. Dans la plupart des cas, en ayant les soins indiqués et en opérant toujours avec une bonne visibilité, le sang n'apparaît pas. On introduit ensuite à travers les incisions indiquées le leucotome cérébral.

Le leucotome du modèle décrit est introduit fermé, c'est-à-dire, avec l'anse recueillie, jusqu'à atteindre la profondeur nécessaire dans la direction désirée, comme par la suite sera indiqué. On ouvre alors le leucotome, c'est-à-dire, on fait sortir en dehors l'anse de l'instrument, ce qu'on obtient en descendant et fixant la petite pièce terminale qui commande le fil coupant.

On fait alors tourner doucement le leucotome, de manière à faire décrire à l'anse un peu plus d'un tour. On sent une résistance typique pendant que le fil de l'anse coupe la substance cérébrale. Ensuite on ferme l'anse et, si on fait deux coupes, ce qui est l'opération qui paraît être, en général, préférable, on retire l'appareil 1 centimètre en dehors pour faire une nouvelle coupe. On ferme l'anse de nouveau et on retire le leucotome. En général, on peut voir dans l'anse une parcelle de la substance blanche qu'on a coupée. Cela est le signe que la coupe a été bien exécutée.

Fermeture. — Après que toutes les coupes ont été faites, on nettoie le trou avec du serum physiologique chaud et on ferme les parties molles dans deux plans séparés, avec des fils de soie cirée. Trois points profonds et trois superficiels sont suffisants. Pansement imperméable avec feuille d'argent et collodion. Ligature protectrice.

Direction des coupes. — L'opération par le leucotome qui nous

parait la préférable, est celle qui est faite de chaque côté par quatre coupes, deux antéro-internes et deux antéro-externes dans le centre ovale du lobe préfrontal.

Pour obtenir la bonne direction au moment de l'introduction du leucotome dans le cerveau, il faut que le leucotome suive pour les coupes antéro-internes, une direction frontale interne. Comme le malade est dans le décubitus dorsal, on doit diriger le leucotome en direction au pôle

frontal, ce qu'on obtient en baissant son extrémité extérieure vers la base du crâne et vers le dehors.

L'aide placera la main en couteau suivant la ligne médiane fronto-occipitale pendant l'introduction du leucotome pour bien orienter le chirurgien.

Sur les profondeurs auxquelles on doit faire les coupes, on peut choisir, comme moyenne, 4 et 3 centimètres dans la direction antéro-interne. Faites les coupes premièrement à 4 et ensuite à 3 centimètres de profondeur, à partir du cortex du cerveau, on re-

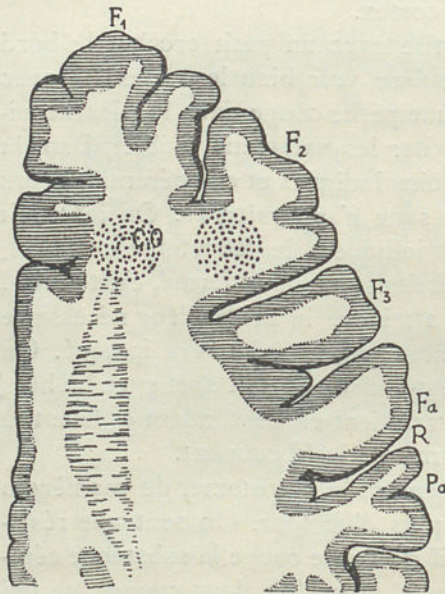


Fig. 4

tire le leucotome, on le nettoie et on l'introduit de nouveau par le même orifice, mais cette fois-ci dans la direction antéro-externe. Il faut noter que l'angle du leucotome avec le plan vertical doit être dans cette orientation antéro-externe, un peu plus grand que celui qu'on a fait dans l'orientation antéro-interne. Avec les mêmes soins on réussit facilement à faire dans le centre ovale du lobe préfrontal deux coupes à différentes profondeurs du côté externe. On préfère, en général, les profondeurs 4,5 et 3,5 centimètres.

Les figs. 4 et 5 montrent l'aspect du cerveau (à 3,5 et à 4,5 centimètres de profondeurs) dans lesquelles nous indiquons les coupes à faire par le leucotome (côté interne et externe).

Pour exécuter l'opération que nous avons faite au début de nos tentatives chirurgicales par les injections de l'alcool, la technique est tout à fait semblable. Il ne faut que substituer le leucotome par une aiguille de la série de celles de «De Martel» pour la ponction ventriculaire. A chaque place nous avons injecté 0,2 de centimètre cube d'alcool absolu.

Nous avons fait trois types de distribution d'injections sclérosantes de l'alcool. En angle, c'est-à-dire, dans les positions des coupes faites par le leucotome (figs. 4 et 5). En triangle, c'est-à-dire, quatre injections aux endroits où nous faisons maintenant les quatre coupes (internes et externes) et encore deux autres injections faites en deux places perpendiculaires à la base du crâne. Un total de six injections dans chaque lobe préfrontal. Finalement, nous avons fait une autre série d'injections, six en triangle et encore deux autres obliques dans le plan perpendiculaire qui passe par le point d'entrée de l'aiguille. A cette alcoolisation nous avons appelé la *barrière* du lobe préfrontal.

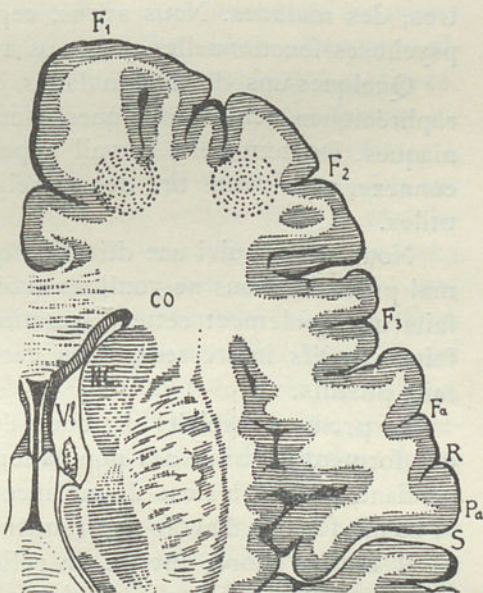


Fig. 5

Nous n'avons pas abandonné entièrement cette opération. Nous pratiquons toujours comme première intervention les coupes indiquées par le leucotome, mais dans les cas au cours desquels nous avons eu besoin de réopérer, nous faisons les injections de l'alcool plus faciles à exécuter dans ces cas, à travers la peau à l'hauteur des trous du trépan.

Résultats. — Le matériel clinique dont nous avons profité a été assez hétérogène; mais cette circonstance n'a pas été en complet désaccord avec nos intentions et même avec le programme que nous nous sommes tracé.

En harmonie avec notre théorie, nous avons pensé qu'en coupant certaines liaisons cellulo-connectives du lobe frontal nous devions faire changer l'activité mentale de certains aliénés. La formule était vague, n'était pas dirigée dans le sens d'une ou d'autre entité morbide; elle était plutôt orientée dans le sens symptomatique: inutiliser les groupements cellulo-connectifs du lobe préfrontal qui, toujours d'après notre théorie, devaient être en relation avec la production d'idées fixes, délirantes et d'autres, des malades. Nous avons, cependant, préféré les cas des psychoses fonctionnelles que nous avons pu obtenir.

Quelques-uns de nos malades ont été de grands agités paraphréniques, schizophréniques. Nous avons aussi opéré des maniaques. De tout cela, travail apparemment discordant et desconnexe, nous avons tiré des renseignements qui nous ont parus utiles.

Nous avons suivi une direction qui semblera, à première vue, mal précisée. Nous ne voulions avoir qu'une certaine quantité de faits que seulement cette orientation pouvait nous fournir. Les faits négatifs intéressent, dans ces cas, presque autant que les faits positifs.

Le premier matériel clinique a été tiré des aliénés chroniques, qui forment la base des populations asilaires. Nous avons, cependant, préféré les cas de mélancolie anxieuse et nous avons eu la bonne fortune d'avoir un premier cas assez heureux.

Il faut, d'abord, mettre en relief que, dans la série de nos tentatives chirurgicales, nous n'avons eu *aucun cas de décès*. Plus que cela, aucun de nos malades n'est devenu pire après le traitement.

Trois malades ont eu d'importants désordres sphinctériens. Tous les trois se sont guéris de ces troubles dans deux à quatre semaines.

En plus, nous n'avons jamais noté des déficits intellectuels ou de la mémoire, après les traitements. Les observations de nos premiers cas nous ont tout de suite renseigné sur ce sujet de manière à ne pas nous laisser des doutes.

On a pratiqué deux espèces d'opérations, assez différentes, bien que l'objectif ait été le même.

Les injections d'alcool ont produit les résultats sclérosants que nous avons prévus; mais on ne pouvait savoir, à cause de

l'expansion de l'alcool dans la masse cérébrale, l'extension que cette action sclérosante pouvait atteindre. Par des expériences sur le cadavre, nous avons vérifié que, quand on injecte un liquide coloré dans le centre ovale, une partie reflue entre l'aiguille et la masse cérébrale. On doit, cependant, noter que le cerveau vivant est différent de celui du cadavre. Les choses pourront se passer d'une autre manière chez les malades. Nous avons, cependant, noté, au cours des opérations, que l'alcool reflue aussi après les infiltrations intra-cérébrales, sans que nous puissions savoir, au juste, quelle en était la quantité utilisée. La coupe directe de la substance blanche doit être, par conséquent, préférée.

Seulement, si la coupe n'a pas été suffisante, nous faisons un traitement complémentaire par l'alcool, plus facile à exécuter à travers la peau et le trou du trépan comme nous l'avons fait sur deux malades, qui n'avaient subi qu'une coupe dans le côté interne et une autre dans le côté externe du centre ovale des deux lobes préfrontaux. Cela ne nous a pas donné les résultats que nous attendions et des injections d'alcool ont été faites quelques jours après les coupes. Nous n'emploierons, cependant, l'alcool que dans les cas où nous aurions déjà trouvé, après les coupes, des améliorations évidentes. Aujourd'hui, nous faisons, en général, deux coupes internes et deux externes dans les deux lobes préfrontaux.

Les résultats obtenus ne sont pas immédiats. Parfois les malades se sentent bien après les coupes, surtout le jour suivant; mais quelquefois cet état ne se maintient pas, l'amélioration définitive ne se produisant qu'après quelques jours.

Le coupe des cilindraxes du centre ovale doit déterminer, à quelques jours de distance, des troubles des corps cellulaires et, par conséquent, des altérations d'autres groupements cellulocconnectifs, cette fois-ci à partir du corps des cellules. Non seulement les cilindraxes, mais aussi les dendrites doivent intervenir dans ces perturbations connectives.

Nous ne savons pas exactement l'extension des altérations qui ont été faites par le leucotome. C'est une des objections à faire à la méthode: l'imprécision des zones attaquées. Mais il faut noter que l'objectif que nous avons eu était d'altérer les connexions atteintes et voir si, par ce milieu, on avait réussi à troubler les complexes des symptômes psychiques qui prédominent. Il est

probable que plus tard on pourra préciser avec plus d'exactitude les zones à couper.

Les résultats obtenus justifient, cependant, nos premières tentatives qui, nous voulons le répéter, n'ont nui à aucun malade.

On a opéré 20 cas. Dans ces 20 cas, on a eu :

Guérisons cliniques.....	7
Améliorations considérables, surtout de l'agitation psycho-motrice	7
Même état.....	6

C'est-à-dire, dans ces 20 cas on a obtenu :

Guérisons cliniques.....	35 0/0
Améliorations	35 »
Sans résultat	30 »

Nous avons opéré des cas presque tous chroniques du Manicomie Bombarda et d'autres cas qui sont venus à notre consultation. Le pourcentage de l'origine des malades a été :

De l'Asile.....	14	70 0/0
De la consultation.....	6	30 »

Nous pouvons séparer les 20 cas d'après les diagnostics :

Psychose anxieuse d'involution (Syn- drome de COTTARD).....	}	2
Mélancolie d'involution.....		
Mélancolies anxieuses.....		5
Neuroses d'angoisse		3
Manie.....		3
Paraphrénie.....	}	7
Schizophrénie		

Dans chacun de ces groupes on a obtenu les résultats suivants :

Syndrome de COTTARD, 1: amélioration, 1. Mélancolie involutive, 1: guérison clinique, 1. Mélancolie anxieuse, 5: guérison clinique, 4; amélioration, 1. Neuroses d'angoisse, 3: guérison

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.* - 240, Rua de Palma, 246 - LISBOA



VIGANTOL^{M.R.}

(preparado com vitamina D cristalizada, 1 mgr. de vitamina D cristalizada = 50000 unidades internacionais

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

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

VIDALON^{M.R.}

(Oleo de figado de bacalhau estandardizado com Vigantol) de contendo constante e elevado em vitaminas A e D

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

EMBALAGEM ORIGINAL: Frasco de 125 c.c.

»Bayer«

Leverkusen (Alemanha)

Representante:

BAYER, LIMITADA

Rua dos Douradores, 150, 3.º
LISBOA

E. MERCK

Darmstadt (Alemanha)

Representante:

Quimico-Farmaceutica,

Limitada

Rua da Palma, 165
LISBOA

clinique, 1; améliorations, 2. Manie, 3: guérison clinique, 1; amélioration, 1 (1); sans résultat, 1 (1). Schizophrénie et paraphrénie, 7: améliorations, 2; sans résultat, 5.

On pourrait dire que tous ces résultats ne sont que des coïncidences; mais nous répondrions qu'un de ces malades était à l'Asile il y avait plus de deux ans et qu'une autre malade y était depuis le mois de juillet 1932, c'est-à-dire, il y a trois ans et demi, leur état étant resté toujours stationnaire. Dans ces conditions, les guérisons de ces deux malades ne peuvent évidemment pas être attribuées à des coïncidences.

Dans les autres cas, nous pourrions aussi démontrer qu'une coïncidence n'est pas du tout acceptable. Dans le volume que nous sommes en train de publier (2), on pourra lire les observations de tous nos cas et leurs suites opératoires. Elles montrent la raison de ce que nous venons d'affirmer.

Les guérisons cliniques et les améliorations obtenues sont certainement la conséquence des interventions chirurgicales.

(1) Ces deux cas ce sont guéris à distance de 20 jours et un mois. Dans un de ces cas la manie aiguë a été le premier symptôme d'une schizophrénie

(2) Masson & C^e, Paris.

LES INDICATIONS
DE LA CHIRURGIE DU SYMPATHIQUE
DANS LES ARTÉRITES

(À propos de la discussion de la «Gangliectomie lombaire»
au Congrès du Caire)

PAR

Prof. REYNALDO DOS SANTOS (Lisbonne)

Je n'envisagerai les résultats de la gangliectomie lombaire et le problème de la chirurgie du sympathique que dans *les artérites*. L'expérience de notre service comporte une cinquantaine de sympathectomies périarterielles, artériectomies et gangliectomies, outre deux surrénalectomies et quelques irradiations des surrénales.

Comme vous tous, nous avons eu des succès, des résultats incomplets et des échecs. Quelle leçon puis-je tirer de cette expérience?

Malgré l'énoncé du thème, il nous semble que ce n'est pas autant la modalité opératoire d'une méthode générale, encore moins sa technique, qui doit constituer le fond d'une fructueuse discussion. Pour nous, le problème essentiel est celui des indications de la méthode, c'est-à-dire, de la chirurgie du sympathique dans les artérites.

Pourquoi tantôt ces succès, tantôt ces échecs? Cette incertitude nous semble due à une conception trop exclusive du rôle du sympathique dans la pathogénie des troubles circulatoires des artérites.

Après une période — pré-Lerichienne — où seul le facteur mécanique était envisagé et tout l'effort thérapeutique visait le développement de la circulation collatérale, nous sommes arrivés à l'étape, certes beaucoup plus féconde, où les reflexes neurosympathiques dominent l'interprétation pathogénique et la thé-

rapeutique. Tellement que, de l'aveu même des rapporteurs, ce composant sympathique est considéré l'essentiel.

Au point de vue de l'orientation actuelle du traitement — *oui*; au point de vue de la pathogénie et des horizons thérapeutiques d'avenir — *non*. En vérité, tantôt les symptômes vaso-moteurs dominent les troubles mécaniques et c'est le triomphe de la chirurgie du sympathique; tantôt le facteur hémodynamique domine la situation, et la marge exigée par l'insuffisance circulatoire est trop large pour être remplie par la vaso-dilatation, toujours limitée, de la sympathectomie. Ce sera alors l'échec de celle-ci.

Si on veut donc faire une chirurgie plus rationnelle des artérites et éviter les échecs prévisibles, il faut poser les indications d'après la double pathogénie des troubles circulatoires. Il faut explorer chaque cas, non seulement au point de vue des réactions vaso-motrices spontanées ou provoquées (test d'ADSON, réactions thermiques après inhibition ou anesthésie du sympathique, etc.), *mais l'étudier aussi au point de vue artériographique*, moyen sans danger et précis, riche d'enseignements si on sait l'interpréter.

C'est l'artériographie qui nous a appris, à moi comme à LERICHE, la gravité des occlusions de la poplitée et des tibiales, même isolées, par rapport à la tolérance relative de la thrombose des iliaques ou de la fémorale haute.

Une bonne circulation collatérale peut, renforcée par la vaso-dilatation périphérique, faire la gloire de la sympathectomie. Mais une circulation collatérale pauvre (et plus l'oblitération est périphérique moins il y a de chances pour qu'elle soit suffisante) ne réussira pas, même après une vaso-dilatation opératoire, à compenser le déficit de la circulation tronculaire.

C'est encore l'artériographie qui nous a appris l'importance de cette *circulation tronculaire*. Et mon ami LERICHE, malgré ses chiens sans artères, me semble avoir évolué aussi dans le sens de donner à l'interruption de la circulation, à certains niveaux, une importance tellement et si justement essentielle que, pour lui-même, elle ôte l'espoir à tout essai de sympathectomie.

Certes, toute oblitération segmentaire détermine le développement d'un réseau collatéral, mais cette dérivation ne veut pas dire compensation (la claudication intermittente en est une preuve) et cette déficience se traduit par deux faits, l'un d'ordre anatomique, l'autre fonctionnel:

1.° — Réduction de calibre du bout périphérique, en aval de l'artère oblitérée, c'est-à-dire, *diminution de l'afflux de sang à la périphérie.*

2.° — *Chute de la tension artérielle* (PACHON 0 ou à peine quelques oscillations) au-dessous de l'oblitération.

L'importance de ce déficit est différente selon le siège, l'extension, ou la multiplicité des oblitérations. Pour augmenter l'apport sanguin et rétablir une pression qui assure un bon renouvellement du sang dans les tissus, l'artériographie nous suggère qu'il faut refaire la continuité des gros troncs, soit la fonction essentielle de ces cœurs périphériques. En effet, si ce sont les vaso-moteurs qui règlent la circulation régionale, c'est aux artères à parois élastiques qui échoit le rôle de restituer, par le jeu de leur élasticité, la force propulsive qu'elles reçoivent du cœur.

Ainsi nous avons été amenés à envisager de nouveau le problème de l'amélioration de la circulation par une opération angioplastique.

C'est en regardant les artériographies des oblitérations segmentaires que nous avons songé au rétablissement de la continuité tronculaire, en résequant d'abord toute l'artère oblitérée (c'est-à-dire, en faisant une sympathectomie) et greffant entre les bouts perméables, soit un tronçon de la saphène, soit de la veine fémorale elle-même. La réussite de ces greffes est, depuis les travaux de CARREL, confirmés par STICH, MAKKAS, etc., un fait acquis de chirurgie expérimentale. Mais si nous connaissons l'avenir anatomique de ces greffes (perméabilité, ectasie limitée et artérialisation des veines) nous connaissons assez mal le développement fonctionnel de ces anastomoses, les détails physiopathologiques de l'évolution de la nouvelle circulation. Donc, le problème des greffes et anastomoses vasculaires devrait être repris et étudié de nouveau à la lumière de l'artériographie. C'est ce que nous sommes en train de faire. Nous pourrions vous montrer des aspects expérimentaux obtenus par un de mes assistants CID DOS SANTOS: greffes des veines saphène, jugulaire ou fémorale entre les deux bouts de l'artère fémorale d'un chien (artériographies faites en série après la suture). Le sang s'arrête d'abord aux valvules veineuses, mais finit par les forcer et des artériographies successives permettent de suivre la progression du sang jusqu'au bout artériel périphérique.



IMPRESSO

ESTABELECIMENTOS

HEROLD LDA.



Rua dos Douradores, 7

LISBOA

Queiram enviar-me uma amostra de:

.....

Doutor em med. :

Rua:

Localidade :

(A letra bem legível facilitará a expedição)



SPIROBISMOL

Homburg

O único antisifilítico à base de bismuto *solúvel* e *insolúvel*. Suspensão bem tolerada inclusive por doentes debilitados e crianças.

Tartarato de potássio, sódio e bismuto (solúvel) combinado com o iodo-bismutato de quinina (insolúvel.)

Dosagem individual

Ação espiroquetíca segura com um mínimo de bismuto

Caixas de 6 e 12 ampôlas de 2 cc.

SPIROBISMOL

Catamburg

O Spirobismol é o único preparado que reúne um sal bismútico solúvel e um insolúvel, garantindo por isso tanto um efeito rápido como um efeito remanescente a partir dos depósitos que forma.

Com a terapêutica pelo Spirobismol a reacção de Wassermann torna-se geralmente negativa também nas fases precoces da sífilis, mas o tratamento não precisa ser prosseguido até à sua negatividade, pois a experiência ensina que isto sucede ainda semanas ou meses depois de terminada a medicação.

Por portencição do efeito dos compostos bismúticos e do iodo e quinina nele contidos, o Spirobismol permite aplicar menores quantidades de Bi metálico, que outros preparados bismúticos.

Com dosagem correcta, são, por assim dizer, impossíveis efeitos secundários nocivos.

O estado geral levanta-se rapidamente com notória melhoria do apetite e notável aumento de peso, cobhecendo-se casos em que este aumento tem atingido 15 Kilos (*Grunenberg, Grissach e Meyerhoff*). O mesmo refere *Nikolaj* na Sessão da Associação de Pediatría de S. Petersburgo, (30-1-1924).

A boa *tolerabilidade*, a par do efeito seguro, é salientada também por outras insignes entidades estrangeiras, entre elas o Dr. Rufio de Alcanzar Junior, do Hospital da Marinha, Rio de Janeiro, o Prof. Dr. Pinnerus, da Clinica Médica da Universidade de Madrid, o Prof. Dr. de Montande, Director do Sanatório de Montserrat, o Dr. Hilário S. Brenano, do Instituto Rubio, o Prof. Umetsu do Hospital Ferrovário de Tóquio, etc., etc..

Só com superdosagem se manifesta a transposição do limite tóxico (tanto em animais de experiência, como no homem) com a aparição de diminuição do peso. Não é então necessário suspender o tratamento por completo, recomendando-se de preferência para estes casos segundo as publicações dimanadas da Clinica de Unna, aplicar meias doses com os mesmos intervalos. Ha portanto que observar sempre atenta e exactamente o gráfico do peso do paciente.

FABRICANTES:

Chemisch - Pharmazeutische A. G.

Bad Homburg, Frankfurt a. M.

REPRESENTANTES:

Estabelecimentos Herold, L. da

Rua dos Douadores, 7

L I S B O A

Fig. 1. — Double anastomose avec greffe de la veine jugulaire entre deux bouts de la fémorale d'un chien (les valvules dans le sens du courant artériel). Artériographie faite après l'opération: bonne perméabilité, excellente circulation périphérique, sans besoin de circulation collatérale.

Nos recherches sont trop récentes pour vous montrer déjà des applications à la clinique. Mais il nous semble qu'elles seront surtout praticables dans les oblitérations segmentaires de la fémorale (en réalité les plus fréquentes) soit en utilisant la saphène en greffe libre et renversée (à cause des valvules), soit la veine fémorale avec ou sans ligature des collatérales, lorsque l'étendue de l'oblitération rend risquée une greffe libre trop étendue.

Nous pouvons en tout cas vous montrer déjà le résultat, chez l'homme, d'une simple anastomose artério-veineuse (opération de SAN MARTIN) dans un cas où l'oblitération de la fémorale s'étendait trop loin (jusqu'aux tibiales) pour permettre une double anastomose (fig. 2). On aurait plutôt pensé que cette fistule artério-veineuse aggraverait les troubles circulatoires. En réalité, si le résultat immédiat de l'anastomose montre le sang revenant vite vers la saphène (fig. 3), déjà le fonctionnement, deux mois après, est changé (fig. 4). Outre la bonne perméabilité, l'artériographie laisse surprendre le sang artériel suivant, dans le sens périphérique, beaucoup plus loin qu'auparavant. D'ailleurs la circulation s'est cliniquement améliorée.

Les limites de cette discussion m'obligent à m'arrêter, mais je veux surtout, et en résumé, vous dire que pour moi les indications de la gangliectomie lombaire, et d'une façon plus générale celles de la *chirurgie du sympathique dans les artérites*, doivent être subordonnées au double examen: 1) de la modalité des troubles hémodynamiques (artériographie) et 2) de l'étude des réactions vaso-motrices. Le premier facteur, que les rapporteurs croient de second plan, reste pourtant l'essentiel. Et ce n'est que dans le cas où l'oblitération est haute (iliaques), la circulation collatérale assez développée et où les réactions vaso-motrices laissent entrevoir une marge utile à la vaso-dilatation périphérique que la résection du sympathique donne des succès durables.

Si l'oblitération tronculaire par son siège périphérique (popli-tée et tibiales), son étendue ou multiplicité, se révèle à l'examen artériographique mal compensée — la chirurgie du sympathique

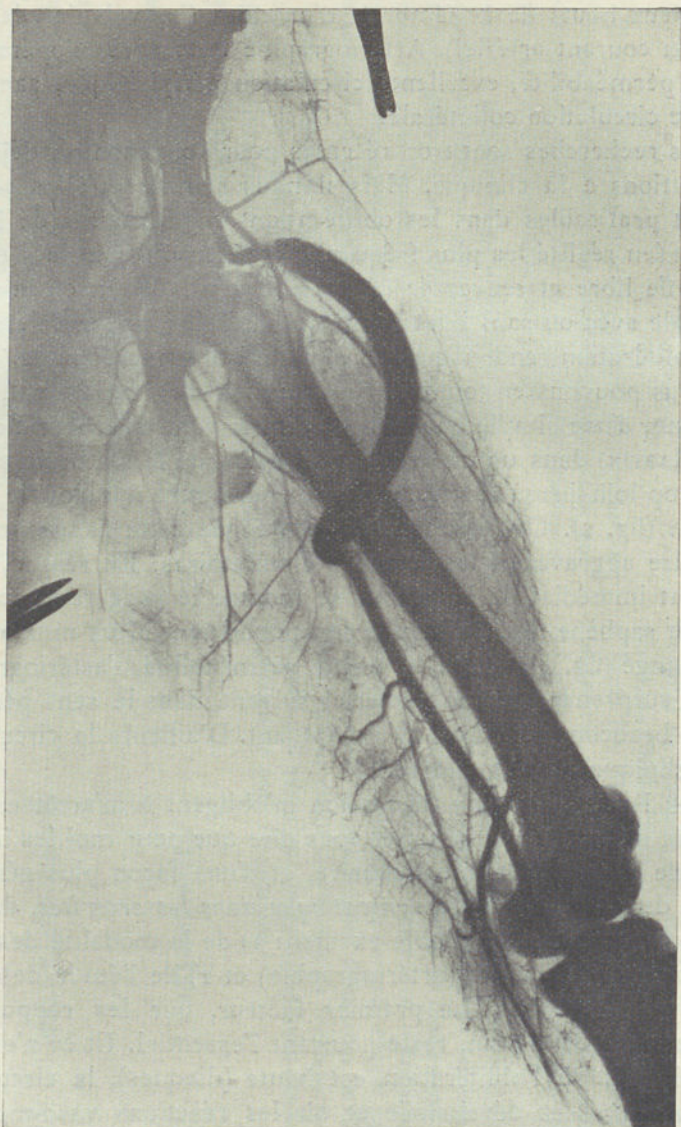


Fig. 1. — Greffe de la veine jugulaire par double anastomose entre les deux bouts de la fémorale (chien n.° 6 de la série expérimentale de J. Cil dos Santos). Artériographie après l'opération.

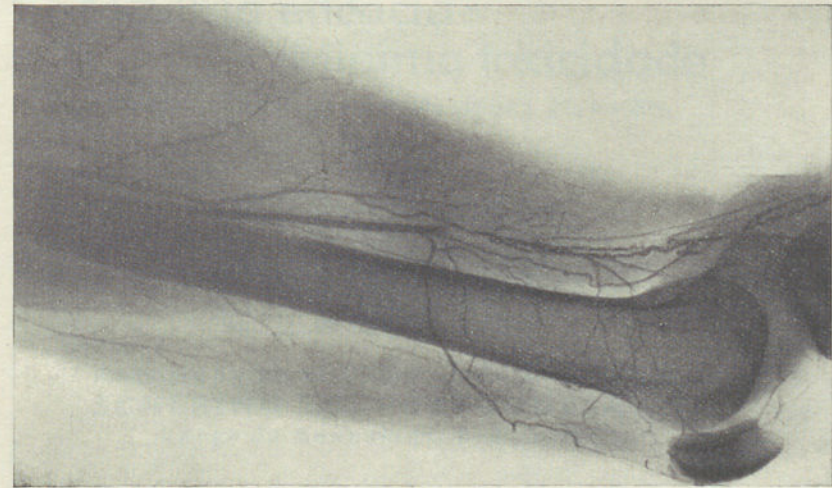


Fig. 2. — Maladie de Buerger. Arteriographie (thorotrast). Oblitération de la fémorale à l'entrée du canal de Hunter. La trombose s'étend au delà de la poplitée.

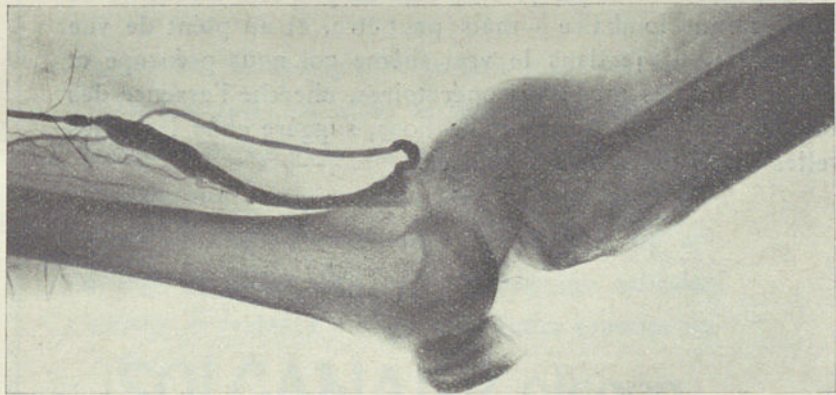


Fig. 3. — Même malade, Anastomose artérioveineuse (opération de San Martin). Arteriographie faite aussitôt après l'opération.



Fig. 4. — Arteriographie faite un mois et demie après l'antérieure.

ne donnera que des améliorations insuffisantes ou des échecs. Dans ce cas, c'est dans la possibilité des anastomoses indiquées par l'artériographie qu'il faut chercher l'amélioration essentielle. D'ailleurs, les anastomoses sont naturellement accompagnées de résection de l'artère oblitérée; ainsi la double indication se trouve remplie—amélioration de la circulation par l'anastomose et vasodilatation complémentaire par l'artériectomie (sympathectomie). Ces indications pourraient s'appliquer non seulement aux artérites, mais aux embolies où l'embolectomie ne serait plus de mise, aux anévrismes, tumeurs englobant les gros vaisseaux, etc.

Je m'aperçois bien que je suis déjà un peu loin du thème de la gangliectomie lombaire — mais peut-être, et au point de vue des artérites, suis-je dans le vrai thème qui nous préoccupe et domine les simples modalités opératoires, cherche l'essence des troubles à corriger, pose les indications, suggère enfin les voies nouvelles susceptibles de les réaliser.



*"O valor
da auroterapia
depende
do preparado"*

Dr. Schröder-Schömberg

O termo "auroterapia" é tão impreciso como o de "arsenoterapia". A acção terapêutica de ambos os metais depende da forma como estão quimicamente combinados. Assim como na sífilis se mostraram eficazes só muito determinadas combinações do arsenico, na tuberculose e no reumatismo articular crónico é evidente a acção terapêutica superior do

SOLGANAL-B oleoso

**Máxima eficácia -
Mínima toxicidade**

Frascos com 5 c. c. da suspensão oleosa a 2% e a 20%



Amostras e literatura à disposição dos Exmos. Snrs. Médicos.
SCHERING S. A. PORTUGUESA R. L.
Largo da Anunciada, 9-2º, Lisbôa.

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

Clinica Oftalmológica Universitária (Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto)
(Director: A. Borges de Souza)

Serviço de Oftalmologia do Hospital dos Capuchos
(Director: A. Borges de Souza)

O TRATAMENTO DO ENTRÓPIO ESPASMÓDICO SENIL INCOERCÍVEL

POR

A. BORGES DE SOUZA

No entrópico espasmódico a pálpebra inferior enrola-se para dentro e os sessenta ou setenta cílios que franjam seu bordo, invertendo-se para o lado do globo ocular, determinam fenómenos irritativos e lesões traumáticas que assumem gravidade considerável.

Quando entrópios destes atingem completo desenvolvimento, a pálpebra inverte-se toda ela para traz, tomando sua face cutânea contacto com o globo, os cílios insinuam-se no fórnice e o novo bordo palpebral passa a ser constituído por uma dobra de pele.

Ocorre frisar e lastimar a confusão que muitos autores fazem do entrópico com a triquíase; são situações diferentes e os processos cirúrgicos reclamados para a cura duma e doutra estão longe de se identificarem. Não cabe aqui fazer a destrição, mas quem queira estudar com proveito a literatura do entrópico tem que estabelecer a distinção necessária.

O entrópico espasmódico é causado pela contracção do músculo orbicular das pálpebras, exercendo-se em determinadas condições locais e manifesta-se quasi exclusivamente na pálpebra inferior. O entrópico espasmódico da pálpebra superior é um achado clínico de raridade tão excessiva que nem merece deter a atenção do operador no estudo dos métodos cirúrgicos a empregar contra a afecção.

Para que a cirurgia do entrópico espasmódico seja inteligente e eficazmente praticada é necessário entender a patogenia desta classe de entrópios, a qual, por sua vez, pressupõe o conhecimento do mecanismo fisiológico que determina e mantém a posição correcta das pálpebras.

A forma, bem como a firmeza, que as pálpebras normalmente revelam deriva sobretudo da existência do esqueleto palpebral constituído pelos tarsos, placas de denso tecido fibroso presas ao bordo ósseo da órbita pelos ligamentos palpebrais interno e externo. O bordo livre da pálpebra adere intimamente ao bordo livre do tarso. Cada tarso continua-se pelo seu bordo aderente convexo com a fascia tarso-orbitária que se insere no periósteeo orbitário. A superfície anterior, convexa, do tarso está separada do músculo orbicular por tecido lamelar frouxo, deslocando-se o músculo facilmente sobre o tarso.

A superfície posterior do tarso, à qual adere intimamente a conjuntiva, é côncava e ajeita-se exactamente à superfície convexa do globo ocular.

Os tarsos das duas pálpebras possuem dimensões bem diferentes, sendo o da pálpebra inferior muito mais estreito do que aquele que a pálpebra superior encerra (5 mm. contra 10-12), facto de importância considerável na génese do entrópico espasmódico.

Logo por debaixo da pele da pálpebra — a pele mais fina que no corpo existe — separado dela apenas por tecido conjuntivo laxo, encontra-se o músculo orbicular das pálpebras que, à maneira dum esfincter, envolve a fenda palpebral e vizinhanças. Dos seus dois anéis — palpebral e orbitário — é o primeiro aquele que para o caso maior importância tem. É a parte palpebral que se contrai no pestanejo e na oclusão reflexa ou voluntária ordinária, entrando em acção o anel orbitário na oclusão forçada. São duas porções de músculo de diferenciação anatómica um tanto imprecisa, mas de reacções fisiológicas diferentes, como mostra a cronaxia do anel palpebral, músculo presidindo a movimentos rápidos, andando por meio valor (0,2-0,36 sigma) da cronaxia do anel orbitário (BOURGUIGNON, citado por ADLER).

As fibras do orbicular palpebral, inserindo-se no ligamento palpebral interno e osso vizinho, descrevem arcadas semi-elípticas em redor da fenda palpebral, encontrando-se os feixes da

pálpebra superior com aqueles que guarnecem a pálpebra inferior na comissura palpebral externa, onde as fibras umas com as outras se entrelaçam.

Para a gênese do entrópio espasmódico tem particular importância o músculo de RIOLAN, cujos feixes constituem a parte ciliar do orbicular; suas fibras finas, correndo no tecido denso do bordo palpebral, espalham-se em parte na conjuntiva por detrás do tarso, em parte entre as glândulas de MEIBOMIO e as raízes dos cílios. Convém notar que este músculo de RIOLAN é mais fortemente desenvolvido na pálpebra inferior que no bordo correspondente da pálpebra superior.

Ora os feixes do anel palpebral do orbicular descrevem arcos de dupla curvatura: côncava para o lado da fenda palpebral, côncava também para o lado do globo ocular, visto que as pálpebras se ajeitam à superfície convexa do globo.

Quando o orbicular se contrai estes arcos tendem a rectificar-se fechando a fenda palpebral e exercendo pressão sobre o globo (FUCHS, SLELLWAG, CZERMAK). Normalmente os dois bordos palpebrais entram em contacto íntimo e, dada a aplicação exacta de toda a face posterior da pálpebra sobre a superfície do globo, a contracção do músculo subtarsal de RIOLAN não pode inverter o bordo da pálpebra. Mas se à pálpebra vier a faltar o apoio indispensável, fornecido pelo globo de dimensões normais e em posição correcta, ou se o encosto da pálpebra ao globo deixar de ser perfeito e uniforme, a contracção do orbicular poderá determinar a inversão da pálpebra; assim sucede na atrofia ou ausência do globo ocular, assim sucede em inflamações conjuntivais intensas que deslocam para a frente o bordo convexo do tarso ao qual a conjuntiva tumefacta adere intimamente.

Em condições normais, por muito intensa que seja a contracção do orbicular, por forte que seja um blefarospasmo, o entrópio não se manifesta. Condições adjuvantes para a sua aparição efectivam-se quando o tarso é estreito, como sucede na pálpebra inferior, quando a fascia tarso-orbitária, atrofiada ou fraca, mal sustenta o tarso, ou quando a pele da pálpebra é frouxa e privada de elasticidade, como ocorre na velhice. DIMMER insiste na importância de frouxidão de ligações da pele palpebral com os tecidos subjacentes somando-se à exagerada mobilidade do músculo orbicular sobre o tarso dos velhos para explicar a patogenia

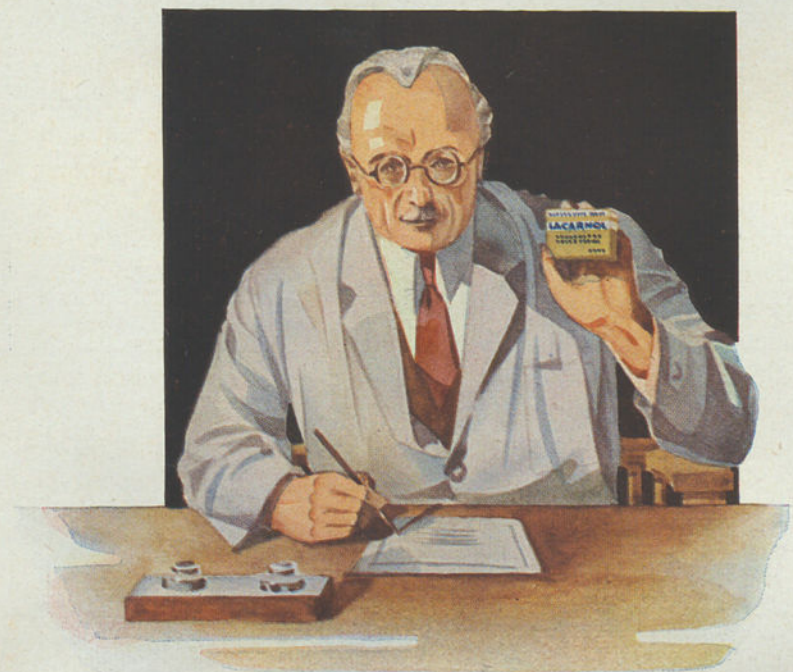
do entrópico muscular: a contracção da parte palpebral do orbicular levanta uma prega de pele acima do bordo palpebral inferior e da comissura externa, prega que inclina o bordo palpebral e os cílios para o lado do globo ocular. Realizado êste primeiro desvio, leve que êle seja, do bordo, a contracção espasmódica do orbicular palpebral e do músculo de RIOLAN completará o entrópico, invertendo mais e mais a pálpebra.

Ainda v. BLASKOWIC atribue certa importância à diminuição de tonicidade do músculo liso de MÜLLER que toma inserção no bordo inferior do tarso da pálpebra inferior. Sob o espasmo do orbicular o olho é comprimido e empurrado para dentro da órbita e, como consequência, a gordura orbitária vem apoiar-se contra o bordo inferior do tarso, deslocando-o para a frente e afastando-o do globo. Nestas condições de fraqueza tónica da fascia tarso-orbitária, a contracção do orbicular determinará facilmente o entrópico. v. BLASKOWIC julga que o facto observado da cessação do entrópico após instilação de cocaína, droga que, como é sabido, excita o simpático e tonifica as fibras lisas do músculo de MÜLLER, corrobora a sua interpretação.

No sénio encontram-se reunidas as condições mencionadas que predispõem para o entrópico da pálpebra inferior: pele sem elasticidade, bamba, formando as pregas clássicas da velhice, mobilidade exagerada do orbicular palpebral sobre o tarso, atonia ou atrofia da fascia tarso-orbitária, apoio palpebral deficiente por atrofia dos tecidos retrobulbares com relativo enoftalmo nos velhos magros.

A extrema rareza do entrópico espasmódico da pálpebra superior explica-se pelas maiores dimensões de seu tarso e, sobretudo, pelo refôrço que as fibras do levantador e do músculo de MÜLLER prestam à fascia tarso-orbitária, mantendo tarso e fascia sob tensão, perfeitamente applicados contra a superfície do globo do olho.

Antes que contemple qualquer intervenção operatória contra o entrópico espasmódico tem o cirurgião que estudar cada caso com cuidado. O blefarospasmo reflexo pode cessar, curada que seja a causa que lhe deu origem. Numa órbita vazia a prótese fará desaparecer o entrópico. O entrópico, relativamente freqüente, consecutivo a operações intra-oculares (catarata, glaucoma, etc.), provocado pela pressão da ligadura e pela hipotensão ocular, cessa, em geral, com a supressão do penso oclusivo. Exis-



LACARNOL

Marca registrada

Preparado nucleosídico com ação sobre a circulação

Para o tratamento da

angina do peito

e para o aumento da capacidade funcional do coração enfraquecido pela idade. — Dilatação electiva dos vasos coronarios, melhor irrigação do coração e, assim, de todos os outros orgãos, regulação do pulso. Administração por via oral e enteral



Marca registrada

EMBALAGENS ORIGINAIS

Caixa de 5 ampolas de 1 c. c.

Frasco conta-gotas de 20 c. c.

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



E' difícil encontrar outro hipnotico tão inofensivo e, apesar disso, de ação tão segura como o

PHANODORMIO

Marca registrada

Depois de um sono reparador o individuo desperta fresco e bem disposto, com a sensação de ter repousado por completo. — Não ha fadiga consecutiva nem ações accessorias e secundarias. O Phanolormio é por consequencia indispensavel, tanto para o individuo doente como para aquele que exerce a sua atividade profissional.



Marca registrada

EMBALAGEM ORIGINAL: Tubo de 10 comprimidos de 0 gr. 20

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

tem entrópios ocasionais, outros pouco intensos, que uma tira vertical de adesivo, mantendo uma prega horizontal na pele da pálpebra, faz desaparecer. Há quem substitua o adesivo por agrafes de MICHEL (LEDERER, citado por LÖHLEIN). As injeções de alcool, visando a paralisação das fibras do facial, têm como inconveniente a dificuldade de dosear seus efeitos. Mas entrópios existem, permanentes e rebeldes a todos os tratamentos suaves, contra os quais numerosos processos foram inventados.

As mais simples intervenções dirigidas contra o entrópio espasmódico pertencem as conhecidas suturas de GAILLARD, applicadas geralmente em número de duas verticais, compreendendo pele e fibras do orbicular, de maneira a produzirem uma prega horizontal que, encurtando em altura a pele da pálpebra, oponha resistência à inversão desta para o lado do globo. O efeito destas suturas, obviamente transitório, faz que possam apenas ser empregadas para entrópios também transitórios. As suturas de SNELLEN, atravessando a base da pálpebra, do fórnice para a pele, caminhando depois por debaixo desta até perto do bordo palpebral, são de efeito um pouco mais durável, em virtude do apoio que tomam na fáschia tarso-orbitária, não conseguindo contudo corrigir permanentemente o entrópio.

A excisão dum pedaço oval horizontal de pele, seguida de sutura (CELSE), ou excisão dum paralelogramo de pele, ou a cauterização ígnea da pele e orbicular, apregoada por TERRIEN, têm eficácia longe de constante e permanente, como é de prever, dada a flacidez e falta de elasticidade da pele destes doentes, devendo ainda atentar-se nos perigos que sacrificios extensos da pele podem ocasionar transformando um entrópio espasmódico em entrópio cicatricial. Várias vezes vi entrópios espasmódicos senis, que correctamente operara, servindo-me destes processos, recidivarem teimosamente ao cabo de meses de resultados perfectos.

O processo de v. GRAEFE é mais eficaz; o encurtamento da pele faz-se aqui no sentido horizontal, de maneira que a pressão vem a ser exercida sobre o bordo inferior do tarso. Combatendo mais inteligentemente o mecanismo patológico do entrópio, os resultados operatórios melhoram, prejudicando-lhes contudo a permanência a mobilidade anormal e extensibilidade exagerada da pele, pecha comum de todos estes processos exclusivamente cutâneos. Outro tanto se pode dizer do processo de KÖSTER.

Da falibilidade de todos estes processos pude fazer juízo directo, por os ter empregado na minha prática cirúrgica; outro tanto não posso dizer do método de PICCALUGA, do de TRANTAS, que se me afigura perigoso, nem da secção subcutânea do orbicular (LOEWENSTEIN), por nunca dêles me ter servido.

Dada a frouxidão da pele dos velhos, creio que nos devemos abster de contar com a sua resistência para fazer opposição ao enrolamento da pálpebra provocado pelas contracções do orbicular. Por outro lado, as secções e excisões do músculo orbicular não me seduzem como cirurgião que cuida do resultado final e futuro da sua intervenção. O músculo orbicular longe está de ser estrutura inútil e bem sabemos quanto a sua paralisia prejudica as funções da pálpebra inferior; melhor é não destruir os seus feixes para não bulir com as suas funções.

Se recordarmos a patogenia do entrópico senil espasmódico, veremos que uma das principais condições para a sua produção é realizada pela fraca e incompleta applicação do tarso e fáschia tarso-orbitária contra a superfície do olho. Esta falta de tonicidade permite que o bordo convexo do tarso se desloque para diante, perdendo contacto com a superfície do globo; nesta situação, se a pele ceder suficientemente, a contracção do orbicular, sobretudo da sua parte ciliar (RIOLAN), determinará a inversão da pálpebra em entrópico.

Parece, pois, racional recorrer a métodos que realizem adaptação forte e firme do tarso e da fáschia à superfície anterior do globo, sem sacrificar pele nem inutilizar músculo. Quanto sabemos da patologia desta classe de entrópicos deve orientar a nossa acção nesse sentido.

L. MÜLLER, oftalmologista de Viena, bem conhecido, num curto artigo, de duas páginas, no *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 1922, vol. LXIX, pág. 288, frisou as difficuldades que encontra o cirurgião experimentado para obter resultados seguros e permanentes servindo-se dos processos em uso corrente, excisando pele da pálpebra, e insiste na necessidade de modificar a forma do próprio tarso. Aconselha a excisão dum triângulo de tarso para a correcção do entrópico senil espasmódico. Curiosamente, esta operação, tão útil e eficaz que a reputo a melhor contra o entrópico senil incoercível, não a vejo descrita nem citada nos tratados correntes de cirurgia ocular. Apenas a

encontro apontada no livro de FUCHS, sem que a técnica tenha merecido exposição detalhada. Por outro lado, no citado artigo, MÜLLER descreve o seu processo de maneira tão simples e sumária que me não parece obedecer às regras justas de exactidão e precisão que devem regular tôdas as operações oculares. Tudo isto me leva a descrever a técnica própria, que se tem sempre mostrado infalível na permanência de seus resultados.

1.º — Anestesia local obtida por instilação de cocaína a 4%, associada a duas gotas de suprarenina. Injecção de 1 cc. de novocaína-suprarenina a 2%. Esta injecção deve ser feita ao longo da pálpebra, profundamente, de maneira que a agulha penetre no tecido lamelar submuscular entreposto ao músculo orbicular e tarso, espaço êste onde se encontram os principais nervos das pálpebras.

2.º — Passagem de dois fios junto ao bordo da pálpebra, cada um dêles dum e doutro lado do meio da pálpebra e separados dêste ponto por uma distância de 5 mm. Estas linhas, servindo apenas para por elas fazer tracção, estendendo a pálpebra, não devem ser em demasia finas, para não haver risco de laceração de tecidos.

3.º — Por meio dos dois fios puxa-se a pálpebra para cima, de maneira que fique bem estirada. Introduce-se então a ponta duma fina faca de GRAEFE no meio do bordo palpebral, entre as duas suturas. A penetração da faca deve realizar-se no espaço intermarginal do bordo palpebral para, na extensão necessária, dividir a pálpebra em dois folhetos: músculo — cutâneo e tarso-conjuntival. O bordo livre da pálpebra possui dois ângulos: um cortante e bem definido, voltado para o globo, correspondendo ao encontro da conjuntiva com o bordo palpebral; outro mais obtuso e indeciso, guarnecido de cílios e voltado para a frente, onde o mesmo bordo se reúne à pele da pálpebra. Entre os dois bordos, no espaço intermarginal, corre uma linha acinzentada, logo por detrás do bordo anterior. É precisamente nesta linha que a faca devê penetrar para executar a separação correcta dos dois folhetos palpebrais. Introduzida a ponta no local preciso e mantendo a pálpebra bem esticada, faz-se que a faca mergulhe verticalmente para baixo, o que se consegue com extrema facilidade, dada a condescendência oferecida pelo tecido lamelar frouxo submuscular. Resistência à penetração só existe no espaço intermarginal, onde a aderência dos folhetos é firme.

Quando a ponta da faca penetrou até além do bordo inferior do tarso, há que imprimir-lhe movimentos angulares, fazendo fulcro no bordo palpebral, primeiro para um lado, depois, retirando e reintroduzindo a faca, mudada a direcção do seu gume, para o outro lado. Desta maneira, realizou-se uma separação entre os dois folhetos palpebrais numa área triangular com base em baixo, perto do fórnice conjuntival, e vértice em cima, no meio do bordo da pálpebra. Há apenas que atentar em nunca apoiar no gume cortante da faca, mas apenas em seu dorso rombo, para não alargar a ferida de entrada no espaço intermarginal quando da execução dos movimentos pendulares da faca. O orifício de entrada corresponderá assim apenas à largura da lâmina empregada.

4.º — Feito isto, costumo passar um ponto em U, com sêda muito fina, junto ao bordo palpebral, entrando pela pele, saindo pela conjuntiva, mergulhando nela de novo e saindo finalmente pela pele, onde faço o nó. Fecho assim o orifício de entrada da faca.

5.º — Servindo-me dos fios de tracção, inverte agora a pálpebra inferior sôbre uma placa palpebral de JAEGER, de modo que a superficie conjuntival da pálpebra fica agora voltada para o exterior e bem estendida sôbre a placa.

Com o bisturi faço duas incisões divergentes, começando a 1 mm. do meio do bordo da pálpebra, portanto logo por baixo da sutura descrita no n.º 4, e terminando um pouco por baixo do bordo aderente do tarso. Uma terceira incisão horizontal reúne as extremidades das duas primeiras. Desenhamos assim um triângulo com vértice perto do bordo palpebral e base perto do bordo aderente do tarso. Esta base deve ter 5 mm. de extensão.

Como a separação dos dois folhetos palpebrais foi feita no terceiro tempo, é agora obra fácil excisar o triângulo tarso-conjuntival.

6.º — Sutures a sêda fina são passadas, em número de três, começando pelo lado do fórnice, unindo primeiro os lábios da ferida da fascia tarso orbitária, afrontando depois os bordos da ferida tarso-conjuntival.

Os resultados desta técnica, tão simples e fácil, são extremamente bons. Esteticamente não podem ser melhores, não restando a menor cicatriz ou deformidade que demonstre ter a pál-

STAPHYLASE do D^r DOYEN

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

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

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

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

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

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

TARTROL

Indolór

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

LABORATORIOS "SICLA"

Campo Grande, 298 — Lisbôa

Fornecedores da clinica da Sífilis do Hospital Escolar de Lisbôa

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

FARMACEUTICOS

Depositário: Raul Gama — R. dos Douradores, 31

LISBOA

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

SPASMOSÈDINE

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

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

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

pebra sofrido qualquer mutilação. No que respeita a infalibilidade de resultados imediatos e a permanência dos efeitos, posso afirmar que nunca vi a operação falhar, nem o entrópio reproduzir-se.

Como operação raciocinada, baseada na patogenia do entrópio espasmódico, julgo-a correcta e bem mais lógica do que aquelas que visam o encurtamento da pele como remédio contra a doença da cartilagem e da fáschia tarso-orbitária.

O entrópio espasmódico incoercível dos velhos não é, certamente, assunto de importância avassaladora, mas é uma afecção extremamente incómoda e muitas vezes grave, que reclama remédio urgente; convém dispor de meios simples e eficazes para o combater e convém, ainda, que estes meios estejam livres das incertezas e defeitos que oferecem os processos correntemente aconselhados.

RÉSUMÉ

L'A. étudie la pathogénie de l'entropion sénil spasmodique et arrive à la conclusion qu'il est déterminé par un certain nombre de causes, dont la principale réside dans le manque d'application parfaite et uniforme de la face postérieure de la paupière inférieure contre la surface du globe oculaire, dû surtout à la faiblesse du tarse et du fascia tarso-orbitaire.

Il rejete tous les procédés opératoires qui s'adressent à la peau (sutures, excisions, cautérisations au PAQUELIN, etc.) et adopte la méthode indiquée par L. MÜLLER: excision d'un triangle de tarse et fascia à base dans le cul-de-sac, suivi de sutures.

Il décrit la technique personnelle, qui lui a rendue les meilleurs services sans jamais avoir à se plaindre des rechutes si fréquentes dans les méthodes ordinairement employées.

Revista dos Jornais de Medicina

Hipertermia devida a lesões no «hypotalamo». (*Hyperthermia due to lesions in the hypothalamus*), por BERNARD ALPERS. — *Archives of Neurology and Psychiatry*. Vol. XXXV. N.º 1. Janeiro de 1936.

O A. apresenta as histórias de dois doentes mortos em hipertermia.

Ambos tinham lesões da substância cinzenta do terceiro ventrículo, localizadas em áreas que correspondem às que, lesadas experimentalmente nos gatos, causam a perda da possibilidade de regular a temperatura do corpo.

ALMEIDA LIMA.

Patologia cirúrgica do hematoma subdural. (*Surgical pathology of subdural hematoma*), por DONAL MUNRO e H. MERRITT. — *Archives of Neurology and Psychiatry*. Vol. XXXV. N.º 1. Janeiro de 1936.

Os AA. apresentam os resultados do estudo histológico e químico de cento e cinco casos de hematoma subdural.

Os hematomas subdurais podem dividir-se em três grupos.

O primeiro grupo compreende os hematomas sólidos; com raras exceções, são lesões estacionárias não expansivas, podendo passar desapercibidas durante muitos anos.

O segundo grupo compreende os hematomas mixtos, sólidos e líquidos; aumentam de volume durante os primeiros três meses e, passado êste período, mantêm-se estacionários. O aumento de volume é paralelo à diminuição das proteínas contidas no hematoma, por adição de líquido proveniente do líquido céfalo-raquidiano dialisado através da aracnoidea. Podem também passar desapercibidos durante anos, provocando sintomas de hipertensão e quadros clínicos em tudo sobreponíveis ao da «neurose post-traumática».

O terceiro grupo é o dos hematomas fluidos. Estes são, numa primeira fase até um mês, lesões lentamente expansivas. Os sintomas são análogos aos das fases mais avançadas dos hematomas do segundo tipo (hematomas mixtos). O diagnóstico é possível depois de atenta consideração da história clínica, mas, muitas vezes, são encontrados inesperadamente ao praticar uma craniectomia exploradora.

A antiga concepção de hematomas subdurais crônicos sólidos, como uma entidade anátomo-clínica independente, deve ser posta de parte, pois trata-se sempre de uma fase tardia da evolução de um processo agudo que não foi diagnosticado.

ALMEIDA LIMA.

Síndrome de Raynaud e fenómenos vaso-motores. (*Vasomotor phenomena allied of the Raynaud's syntome*), por MAX PUT e EDGARD KAHN. — *Arch. of Neurology and Psychiatry*. — Vol. XXXV. N.º 1. Janeiro de 1935.

Sem fazer qualquer hipótese sobre a etiologia, já Raynaud tinha notado que o síndrome por êle descrito era mais freqüente nas mulheres «nervosas», facto hoje confirmado e que sugere uma influência cortical ou subcortical.

Os AA. propõem-se mostrar que a asfixia local e as vaso-constricções anormais, que produzem síndromas análogos ao de Raynaud, podem ser provocados por «estímulos» partindo de qualquer nível do sistema nervoso ou mesmo dos próprios vasos.

Mostram uma série de casos que apresentavam fenómenos vaso-motores anormais. No primeiro, a lesão (tumor) que os AA. consideram como produtora dos estímulos anormais determinantes das reacções vaso-motoras patológicas (excitór área) estava situada no hipotálamo, em outros casos na medula e nos gânglios simpáticos, ao passo que no último a localização era provávelmente nos vasos periféricos.

Pensam que alguns casos da chamada doença de Raynaud podem ser determinados pelos mesmos factores que provávelmente constituem o «fundo» patológico da histeria.

Em conclusão, os AA. crêem que a doença de Raynaud é, apenas, um síndrome, pois pode ser provocada por lesões localizadas no córtex cerebral, em diferentes vias nervosas ou mesmo nos próprios vasos periféricos.

ALMEIDA LIMA.

Insuflação de ar por via lombar, para tratamento das epilepsias, por RUDOLF FRIEDMANN e J. SCHEINKER. — *Deutsche Ztschr. f. Nervenh.* Vol. CXXXIII. N.º 35. (Novembro de 1935). Ref. de *Arch. of Neur. and Psych.* Vol. XXXV. N.º 1. Janeiro de 1936.

Os AA. estudam as possibilidades terapêuticas na epilepsia da insuflação de ar, introduzido por via lombar. Meia hora antes da punção lombar do doente recebe uma injeção de morfina escopolamina e cafeína; nas crianças foi usada anestesia pelo éter. Retirados 10 cc. de líquido céfalo-raquidiano, injectam-se 5 cc. de ar, mantendo-se a diferença de 5 cc. até se terem retirado 50 a 60 cc. de líquido. Passada esta quantidade, a diferença entre a quantidade de líquido extraído e ar injectado deve elevar-se para 10 ou 15 cc. O volume de *liquor* extraído variou entre 50 e 100 cc.

Quarenta a cinqüenta centímetros cúbicos de ar são, segundo os AA., as doses mínimas necessárias tanto para a encefalografia como para efeitos terapêuticos. O método executa-se mais facilmente com o doente sentado.

Quando se tenha extraído e substituído por ar 30 ou 40 cc. de líquido, o doente começa, em regra, a queixar-se de cefaleias frontais, náuseas ou mesmo vômitos, palidez da face, pulso lento ou, pelo contrário, rápido e arítmico. São muito raros os ataques epilépticos durante a insuflação. A idade

do doente não importa para a aplicação d'êste método. As crianças suportam a insuflação de ar ainda melhor do que os adultos. A gravidade das crises epilépticas também não constitue contra-indicação, contanto que o estado geral do doente se mantenha satisfatório. A medicação anti-epiléptica foi continuada ou parcialmente modificada após as insuflações.

Os AA. apresentam quarenta e três casos (vinte e oito mulheres e quinze homens); em vinte e seis o diagnóstico era de epilepsia essencial, em cinco de epilepsia tardia, em dez de epilepsia sintomática e em dois de epilepsia post-traumática. As observações reportam-se a um período de quatro anos. Os AA. consideram casos de epilepsia essencial aqueles em que os ataques se manifestaram logo na primeira infância, sem sintomas neurológicos observáveis e sem história de traumatismo craniano ou doença inflamatória cerebral. A gravidade dos síndromas epilépticos variava nos casos apresentados entre doentes com ataques de «pequeno mal» até às mais graves formas de epilepsia.

Os vinte e seis doentes com epilepsia considerada como essencial receberam trinta e seis insuflações. Obtiveram-se bons resultados em sete casos, melhorias em dez, e não houve qualquer modificação em quinze. Em seguida à insuflação a medicação foi mantida nas mesmas doses, nuns casos, em menores doses, em outros. Nos doentes que melhoraram com a insuflação a melhora não se manifestou apenas pela cessação dos ataques; o estado psíquico melhorou também, os doentes mostraram-se menos irritáveis, menos deprimidos, mais faladores e activos, com notável melhoria de memória. As cefaleias melhoraram igualmente. Nos casos considerados como melhorados notaram os AA. diminuição da freqüência e da gravidade dos ataques. Nos dez casos d'êste grupo houve também melhoria do estado psíquico. Foi principalmente notável a melhoria das cefaleias por crises que quási todos os doentes apresentavam.

Na maioria dos quinze doentes que não obtiveram alívio algum com a insuflação pelo ar também o tratamento anti-epiléptico vulgar foi completamente ineficaz.

A quantidade de ar necessário para se obter uma boa encefalografia é de 40 cc., mas é conveniente empregar, sempre que fôr possível, quantidades maiores de ar. Quando possível, a insuflação deve-se repetir pelo menos uma vez, mas mesmo com a técnica mais cuidada os aspectos encefalográficos no mesmo doente em geral diferem.

Os AA. encontraram, em doentes com epilepsia essencial, encefalografias que mostravam alterações evidentes, não podendo portanto concordar com a opinião corrente de que a encefalografia apresenta imagens normais na chamada epilepsia essencial. No que respeita à relação entre as alterações encefalográficas e os resultados terapêuticos, os AA. julgam poder afirmar que há maior percentagem de bons resultados nos casos com encefalografias normais do que naqueles em que foram encontradas alterações acentuadas da imagem encefalográfica, o que parece indicar ser necessário, para o êxito terapêutico, que haja livre comunicação dos espaços subaracnoideos.

No grupo dos casos de epilepsia tardia (cinco doentes) os resultados terapêuticos foram ainda melhores. Apenas um doente não melhorou com o

tratamento, e nos outros quatro os ataques cessaram durante períodos que variaram entre cinco semanas e cinco meses.

No grupo de casos classificados como epilepsia sintomática, seis eram casos de paralisias cerebrais infantis, um de imbecilidade microcefálica, um de hidrocefalia com hemiplegia, e um outro não foi diagnosticado. Foram executadas dezasseis insuflações, cinco com bom resultado, seis sem resultado algum e cinco com sucesso parcial.

Dos dois doentes com epilepsia post-traumática, um mostrou algumas melhorias. Este doente foi acometido, tempo depois da insuflação, por uma doença infecciosa febril de longa duração, após a qual não mais se manifestaram crises epilépticas. No segundo doente, que sofria de ataques de epilepsia Jacksoniana, sensitivos e motores, após um traumatismo craniano, os ataques motores cessaram depois da insuflação, mas os sensitivos não tiveram alteração alguma.

Os AA. julgam que os resultados terapêuticos obtidos nos casos de epilepsia essencial e nos de epilepsia tardia devem ser devidos à libertação de aderências meníngeas pela pressão exercida pelo ar, restabelecendo assim a normalidade da circulação do líquido céfalo-raquidiano. Nos casos de epilepsia sintomática, dada a presença de lesões cerebrais, já esta hipótese não é tão satisfatória; é possível porém que mesmo nestes casos seja o restabelecimento de uma circulação normal do *liquor* que beneficie os doentes. Os AA. admitem também que a drenagem de substâncias (?) tóxicas possa ter uma influência favorável.

De acôrdo com outros os AA., julgam que na epilepsia post-paralisias cerebrais infantis é notável a influência benéfica das insuflações, principalmente se estas são executadas ainda na infância.

A repetição das insuflações nunca teve quaisquer conseqüências desagradáveis ou prejudiciais.

ALMEIDA LIMA.

Atrofia olivo-ponto-cerebelosa. (*Olivopontocerebellar atrophy*), por GEORGE HASSIN e TITUS HARRIS.—*Arch. of Neurology and Psychiatry*. Vol. XXXV N.º 1. Janeiro de 1936.

A atrofia olivo-ponto-cerebelosa, de Déjerine e Thomas, é uma entidade patológica bem definida, diferente da atrofia esclerótica (atrofia lamelar) do cerebello.

Clinicamente, é similar à heredo-ataxia cerebelosa de Pierre Marie.

É uma doença dos chamados grupos celulares de Essick, homólogos da substância cinzenta das olivas bulbares e dos núcleos da protuberância.

A atrofia e esclerose da substância branca do cerebello determinam a degenerescência retrógrada (transinápica) das células de Purkinge e de outras células do córtex cerebeloso.

Ao lado de formas típicas da atrofia olivo-ponto-cerebelosa encontram-se também formas incompletas, ou mesmo rudimentares, onde somente os núcleos da protuberância, ou apenas as olivas, são atingidas.

ALMEIDA LIMA.

Resultados do tratamento da brucelose pela vacina antimelitocócica, administrada por via endovenosa. (*Osservazioni sulla terapia dell'infezione brucellare col vaccino antimelitense per via endovenosa*), por L. CIGOGNANI. — *Minerva Médica*. Ano XXVI. Vol. II. 1936.

Para a cura da infecção melitocócica têm sido apontadas inúmeras drogas, das quais se destacam os metais pesados, a proteinoterapia, a flavina, etc.

A seroterapia foi indicada como benéfica na melitococcia, aconselhando uns a preparação de sôro com germens mortos, enquanto que Eyre vê vantagem em o obter com germens vivos, mas, passado pouco tempo, foi êsse processo de terapêutica tenazmente combatido e quasi abandonado, sendo-lhe negada acção especifica e atribuído um escasso valor terapêutico, resultante unicamente da introdução de albumina estranha no organismo. Sorte análoga teve a auto-hemoterapia, que, na verdade, pouco êxito obteve.

O A., entusiasmado com algumas comunicações relativamente recentes, teve, neste trabalho, o objectivo de pôr em destaque o valor terapêutico da vacina antimelitense, administrada por via endovenosa, em contraste com os minguidos resultados obtidos com os processos anteriormente mencionados.

O A. apresenta vinte e cinco casos de infecção pelo melitensis, a cinco dos quais foi feita previamente a colóide e proteinoterapia, e só mais tarde tratados com a vacina especifica, injectada por via endovenosa, enquanto que os restantes vinte doentes foram tratados unicamente a vacina. Nestes últimos houve dezanove casos de cura e somente um insucesso, tendo sido êsses doentes acompanhados durante um largo período de tempo, de molde a considerarem-se clinicamente curados.

O A. seguiu, neste tratamento, o esquema indicado por Guglielmo, fazendo a «injecção de prova», introduzindo dois a cinco milhões de germens, com o fim de conhecer a sensibilidade do doente, para em seguida aumentar progressivamente a dose até obter reacções febris à volta de 38°, repetindo as injecções com dois a três dias de intervalo.

Na maioria dos casos apontados foi de dez o mínimo de injecções de vacina que foi necessário fazer para se conseguir o beneficio desejado, aconselhando o A. que, uma vez atingida a fase de apirexia, se devem fazer duas a três injecções, desta vez mais distanciadas, com o fim de evitar a recidiva e consolidar a cura.

O A. põe em relêvo o contraste existente entre os inegáveis beneficios da vacinoterapia endovenosa e os obtidos com a introdução, por via intramuscular, explicando tal facto por uma acção especifica que, no fundo, é responsável pelo êxito terapêutico.

Essa acção especifica explica também, na sua opinião, o facto da vacina injectada em indivíduos não portadores de brucelose não determinar reacção térmica, ao contrário do que se passa nos infectados pelo agente, em que a reacção febril pode atingir um nível elevado.

Contudo, talvez seja levemente exagerado êsse conceito do A., visto que se deverão executar novas pesquisas no sentido de determinar claramente a existência dessa acção especifica, pois pode dar-se o caso de toda a dinâ-

mica farmacológica do produto se resumir à proteínoterapia, em geral não específica, produzindo o *shock* albuminóide, que provém da introdução duma albumina estranha no organismo.

BARREIROS SANTOS.

O tratamento cirúrgico do cardioespasmo. A operação de Heller e a de Heyrovsky. (*El tratamiento quirúrgico del cardioespasmo. Operaciones del Heller y de Heyrovsky*), por J. DIEZ.—*La Prensa Médica Argentina*. N.º 3. 1936.

Durante cêrca de meio século têm sido apontadas as mais opostas e contraditórias teorias acêrca da etiopatogenia do cardioespasmo, tôdas elas objecto de crítica, resultando como consequência lógica a anarquia absoluta acêrca do tratamento cirúrgico a que deve ser submetido o doente, vendo-se embaraçado o cirurgião com os numerosos processos operatórios, sendo difícil a sua selecção, tanto mais que até hoje não foi unanimemente apontada a inferioridade dum determinado método.

O A. afirma que a sua preocupação consiste em tentar conhecer a conduta mais correcta e feliz que o cirurgião deve seguir, conclusão a que procura chegar aliando aos dados da sua experiência individual os ensinamentos colhidos através da literatura que aborda êste assunto, mencionando o facto de terem surgido opiniões discordantes acêrca da existência real do cardioespasmo, a qual foi confirmada pelos trabalhos experimentais de Herzberg e Rickel, publicados no passado ano na *Deutsche Ztschr.*, declarando que em muitos casos nada de anormal se tem observado no decorrer do acto cirúrgico, o que não é de admirar, visto que a narcose profunda provoca, na maioria dos casos, o relaxamento das fibras musculares em contractura.

Aceite, assim, a existência real do cardioespasmo, fica, em parte, por conhecer a sua etiopatogenia, ainda que sejamos levados a admitir a intervenção do sistema neuro-vegetativo como um factor de destaque no mecanismo íntimo do espasmo, e ainda recentemente Fulde, numa série de minuciosas investigações, demonstrou tal facto, recordando o A. que quasi sistemáticamente se encontra o espasmo do cardia em doentes com alterações funcionais do seu sistema nervoso, tais como taras psíquicas, atrasos mentais, etc., e que *inclusivè* um violento choque emotivo pode dar início ao quadro, como bem foi demonstrado durante a última conflagração europeia. Não é pois exagerada a idea de comparar êste quadro às contracturas reflexas periféricas, magistralmente descritas por Babinski, diferindo delas unicamente pela localização.

O A. dedica uma grande parte do seu trabalho à crítica dos múltiplos processos cirúrgicos que são apontados, mas, antes disso, diz que somente num ponto se chegou a um acôrdo, que é o de se submeter previamente os doentes à dilatação instrumental do cardia, utilizando as vias naturais, tendo-se obtido apreciáveis resultados, como bem mostrou a recente estatística publicada por Moersch, com menor êxito que o apontado por Judd. Mas a verdade é que os doentes já portadores de fissuras ou de processos ulcerati-

vos ao nível do cardia nada poderão lucrar com as dilatações e só podermos, como recurso, lançar mão da intervenção cirúrgica.

O A. considera a operação de Heyrovsky (a esófago-gastrostomia por via abdominal) como a que deve ser preferida, visto dar resultados mais constantes e duradouros no tratamento do cardioespaço, descrevendo minuciosamente um caso pessoal em que obteve a cura clínica, confirmada pelo *contrôle* radiológico, que mostrou redução parcial do calibre do esófago.

No que diz respeito à via de acesso, mostram as estatísticas que há uma notável superioridade nos resultados, quando se recorre à via abdominal, visto que nos casos operados por via transpleural houve uma maior mortalidade, ainda mesmo com a modificação técnica de Frey, que consiste em fazer previamente uma sutura do esófago com o estômago, executando em seguida a gastrostomia ao nível da região do *fundus*, para, num segundo tempo, fazer a esófago-gastrostomia, variante que tem o grande inconveniente de limitar extraordinariamente o campo operatório.

Resumindo: o estudo dos casos pessoais e o exame dos que têm sido apontados na literatura levam o A. a ser um defensor intransigente da intervenção por via abdominal, perante o argumento de maior número de resultados benéficos e de escassa mortalidade. Se alguns insucessos se têm dado são, na opinião do A., resultantes da imperfeição de técnica, ou da bôca anastomótica ser muito pequena (considera ideal a dimensão de 4 cm.) ou, pelo contrário, extensa, permitindo o refluxo do conteúdo gástrico para o esófago, sobretudo quando o doente se coloca na posição horizontal, como sucedeu num caso que Finsterer apontou.

O A. termina por declarar que os cirurgiões que têm executado cuidadosamente a operação preconizada por Heyrovsky continuam entusiasmados e defensores de tal procedimento, discordando da opinião de Zaaijer, que propõe previamente a operação de Heller (a cardioplastia extra-mucosa) e, se esta falhar, recorrer então ao método de Heyrovsky; mas a verdade é que uma sutura feita num esófago cuja camada muscular foi primeiramente dissociada poucas garantias nos poderá dar, tanto mais que esse cirurgião holandês não prova o seu ponto de vista com experiência pessoal alguma.

BARREIROS SANTOS.

As imagens bronco-gráficas do cancro do pulmão e a atelectasia. (*Aspectos bronco-gráficos en le cancer pulmonar y en atelectasia*), por M. CASTEX, J. PALACIO e E. MAZZEI. — *La Prensa Médica Argentina*. Ano XXIII. N.º 1. 1936.

O estudo do cancro do pulmão, sob o ponto de vista clínico, tem sido altamente coadjuvado pelos elementos que a radiologia vem fornecendo no capítulo das afecções pulmonares, devendo a sua participação assentar, sobretudo, em dois objectivos, sendo o primeiro o de precisar o diagnóstico clínico e o segundo alcançar a possibilidade de se fazer um diagnóstico precoce

Foi, principalmente, o emprêgo de óleos iodados como substância de

ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

Solução com a concentração de 26,13%
de "3 acetylámino 4 oxyphenylarsinato de diethylaminoethanol"
Um centimetro cubico corresponde a 0 gr. 05 de arsenico.

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

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

SIPHILIS -:- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilização terapeutica)

PIAN — TRYPANOSOMIASES — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

Modo de usar : em "doses fortes", injectar 5 cc. duas vezes por semana (apòz verifica-
ção da ausencia de intolerancia arsenical).
em "doses fraccionadas repetidas", injectar 3 cc. todos os dias por
series de 12 a 16 injeccões.

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

LABORATORIOS CLIN COMAR & C^{ie} — PARIS

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

D. P. 158

PREPARAÇÕES COLLOIDAES

(Metaes colloidaes electricos de pequenos grãos.
Colloides electricos e chimicos de metalloides ou derivados metallicos).

ELECTRARGOL

(Prata)

Ampollas de 5 c.c. (Caixa de 6 ampollas)
Ampollas de 10 c.c. (Caixa de 3 ampollas)
Ampollas de 25 c.c. (Caixa de 2 ampollas)
Frascos de 50 c.c. e de 100 c.c.
Collyrio em amp. conta-gott. de 10 c.c.
Pomada (Tubo de 30 gr.)
Ovulos (Caixa de 6).

Todas as doenças infecciosas sem especificidade para o agente pathogenio.

N. B. — O ELECTRARGOL é igualmente empregado no tratamento local de numerosas affecções septicæ (Anthrax, Oites, Epididymites, Abscessos do Seio, Pleuresia, Cystites, etc.)

ELECTRAUROL (Ouro)

Ampollas de 1 c.c. (Caixa de 12 ampollas)
Ampollas de 2 c.c. (Caixa de 6 ampollas)
Ampollas de 5 c.c. (Caixa de 3 ampollas)
Ampollas de 10 c.c. (Caixa de 2 ampollas)

ELECTROPLATINOL (Platina)

ELECTROPALLADIOL (Pó)

Ampollas de 5 c.c. (Caixa de 6 ampollas)
Ampollas de 10 c.c. (Caixa de 3 ampollas)

ELECTRORHODIOL (Rhodio)

Ampollas de 5 c.c. (Caixa de 3 e 6 ampollas).

ELECTR = Hg (Mercurio)

Ampollas de 5 c.c. (6 por caixa).

Todas as formas da Syphilis.

ELECTROCUPROL

(Cobre)

Ampollas de 5 c.c. (6 por caixa)
Ampollas de 10 c.c. (3 por caixa)

Cancro, Tuberculosos, Doenças infecciosas.

ELECTROSELENIO

(Selenio)

Ampollas de 5 c.c. (3 por caixa)

Tratamento do Cancro.

ELECTROMARTIOL

(Ferro)

Ampollas de 2 c.c. (12 por caixa)
Ampollas de 5 c.c. (6 por caixa)

Tratamento do Syndroma anemico.

ARRHENOMARTIOL

(Complexo ferro colloidal + Arsenico organico)

Ampollas de 1 c.c. (12 por caixa)

COLLOTHIOL (Exofre)

Elixir — Ampollas de 2 c.c. (6 por caixa) — Pomada.

Todas as indicações da Medicação sulfurada.

IOGLYSOL (Complexo iodo-glycojenio)

Ampollas de 2 c.c. (12 por caixa)

Curas iodada e iodurada.

ELECTROMANGANOL (Manganez)

Ampollas de 2 c.c. (6 por caixa).

Affecções estaphylo. coccicas.

LABORATORIOS CLIN. COMAR & C^{ia} - PARIS

1507

LISBOA MÉDICA

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PÁGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes :

Colónias e estrangeiro :

Ano, 60\$00

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO : 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

contraste que veio dar uma importante contribuição para o estudo radiológico dos tumores malignos do pulmão.

A anátomo-patologia apontou-nos a notável frequência com que surge a atelectasia pulmonar, como complicação evolutiva das neoplasias do pulmão, sobretudo nos processos com ponto de partida brônquico, e é pela broncografia que, ao demonstrar a existência da atelectasia, se pode, em parte, evidenciar o processo bronco-pulmonar, e, ainda mesmo que não se encontrem zonas de atelectasia, podem as imagens broncográficas constituir um sólido fundamento para se fazer o diagnóstico da malignidade das lesões.

Os AA. fazem, neste trabalho, longas considerações sobre a técnica a seguir, defendendo o critério de Sicard, no que diz respeito às suas contra-indicações, como sejam o mau estado geral, a tuberculose pulmonar evolutiva e a existência duma hemoptise recente.

Na verdade, a broncografia com óleos iodados atingiu tão elevado nível, como elemento precioso de diagnóstico, que ultrapassou o valor da broncoscopia, que tem dificuldades técnicas bem maiores e, além disso, é impossível observar o estado dos brônquios de menor calibre.

As broncografias para o estudo das neoplasias pulmonares devem ser executadas com chapas na posição frontal, oblíquas e transversas, sendo indicação preferível a incidência frontal, quando se deseja estudar o lobo superior do pulmão direito, e a posição transversal, quando se trata do pulmão esquerdo, visto que só assim se podem seguir com nitidez os ramos do brônquio esquerdo.

Os AA. atribuem um notável valor à presença da atelectasia para o diagnóstico dos tumores malignos do pulmão, visto ser uma complicação frequente e precoce, que surge na evolução de processos neoplásicos, sobretudo nos de origem brônquica, ainda que este aspecto não tenha sido devidamente valorizado pelos investigadores que se têm dedicado a este assunto, limitando-se a encará-lo simplesmente sob o ponto de vista anátomo-patológico.

A imagem broncográfica na neoplasia pulmonar (sobretudo quando é de origem brônquica, que é muito frequente), mostra a paragem brusca da substância de contraste, a um nível variável, consoante a altura a que está instalada a obstrução brônquica, que tanto pode ser na origem do brônquio primário, como nas suas ramificações.

O obstáculo à marcha do óleo iodado é tão brusco que os autores uruguaios descrevem a imagem «tampão de lipiodol», que corresponde ao segmento de brônquio visualizado, cuja projecção é rectangular.

Os AA. recordam os elementos que Lenk apontou para o diagnóstico diferencial com outros tipos de obstrução brônquica, como seja a que resulta da presença de exsudados intrabrônquicos, que dá uma imagem irregular, visto que uma parte do óleo iodado passa além do obstáculo do brônquio, aderindo irregularmente á sua parede e daí um perfil com bordos irregulares. Nos casos de compressão extrínseca do brônquio por um aneurisma, gânglios ou tumores, aparece, a maioria das vezes, uma imagem achatada, podendo chegar, nalguns casos, à oclusão completa pelo mecanismo de compressão extrínseca, apresentando então uma sombra infundibular.

Os AA. documentam o seu trabalho com casos clínicos em que fizeram as broncografias, enaltecendo o valor da atelectasia, que pode traduzir a existência dum pequeno nódulo neoplásico de origem brônquica que actue como um corpo estranho.

A atelectasia que tenha essa génese pode ser clinicamente despistada, através de várias chapas, repetidas com certo intervalo, pela idade do doente, pelo início gradual e insidioso do quadro pulmonar e pela marcha apirética, ao contrário do que se observa na atelectasia resultante duma obstrução brônquica pela presença dum corpo estranho, que é brusca e transitória.

BARREIROS SANTOS.

O valor das intradermo-reacções da tricofitina no diagnóstico das micoses. (*La valeur des intradermo-réactions de trichophytine dans le diagnostic des mycoses*), por M. ROCKS. — *Revue Belge des Sciences Médicales*. N.º 10. 1935.

O A. fêz, num elevado número de portadores de micoses, a intradermo-reacção com tricofitina pura ou diluída a $\frac{1}{50}$, tendo obtido reacções francamente visíveis, mais intensas nas micoses profundas do que nas superficiais e atingindo o máximo de violência nas tricofitíases.

Fêz, ao mesmo tempo, nesses doentes, a intradermo-reacção com leite, obtendo reacções de intensidade variável, mas, dum modo geral, menos intensas que nas dermatoses de base alérgica. Utilizou em seguida a tricofitina nas dermatoses não micóticas, tendo observado reacção pela injecção intra-dérmica, acabando por fazer o estudo comparativo da intensidade das diferentes reacções, para chegar às seguintes conclusões:

a) Que nas dermatoses micóticas, a tricofitina, mesmo diluída a $\frac{1}{50}$, dá intradermo-reacções francamente mais intensas do que com o leite;

b) Ao contrário do que se dá nas dermatoses não micóticas, em que esta última substância dá intradermo-reacções sensíveis.

BARREIROS SANTOS.

O tratamento funcional das fracturas por compressão da coluna vertebral. (*Le traitement fonctionnel des fractures par compression de la colonne vertébrale*), por V. GORINEVSKAJA e E. DREWING (MOSCOVO, U. R. S. S.). — *Lyon Chirurgical*. Tòmo XXXIII. N.º 1. Págs. 44-61. Janeiro-Fevereiro de 1936.

A imobilização dos fracturados por compressão da coluna vertebral parece, segundo os AA., ser contraproducente. Baseando-se sôbre um material de trezentos e dez casos colhidos em perto de quatro anos, os AA. afirmam que o método de escolha para o tratamento das fracturas por compressão da coluna vertebral, sob o ponto de vista fisiológico e social, é o método gimnástico. Os movimentos devem fazer-se sistematicamente, segundo a natureza da fractura, a idade e o estado geral do doente. Todo o tratamento é feito, de início, na posição deitada, o primeiro tempo em extensão num plano incli-

nado. O carácter dos movimentos é o dos exercícios físicos que fortificam diferentes grupos musculares e melhoram a respiração e a circulação sanguínea. A estes movimentos físicos juntam-se, pouco a pouco, os exercícios terapêuticos especiais que fortificam e desenvolvem os músculos do dorso, os extensores em particular.

Todos os movimentos se fazem segundo um plano determinado, com dosagem estabelecida, aumentando gradualmente o esforço, a amplitude e a sua coordenação. O doente habitua-se a manter verticalmente a coluna vertebral, a ficar de pé, a caminhar; conserva plena mobilidade da coluna e obtém a possibilidade de retomar o trabalho, abreviando-se o tempo de incapacidade para o mesmo, dando-lhe o hábito do exercício físico regular. A ginástica terapêutica sistemática, aplicada nos casos de fracturas das vértebras, tem uma importância não só local (colete muscular) como também de ordem social, dando ao doente em impotência a possibilidade de se tornar útil e fisicamente bem desenvolvido.

MENESES.

Estudos experimentais sobre as variações do pH na evolução das feridas sépticas e em relação com o tratamento aplicado. (*Recherches expérimentales sur les variations du pH dans l'évolution des plaies séptiques et en rapport du traitement appliqué*), por E. APOSTOLEANU e O. VLADUTIU (Bucarest). — *Lyon Chirurgical* Tôm. 33. N.º 1. Págs. 28 a 43. Janeiro-Fevereiro de 1936.

As experiências dos AA. foram feitas no cavalo e delas tiraram as seguintes conclusões, cujo interesse é manifesto:

Os fenómenos de reparação das feridas sépticas são acompanhados por uma acidificação da secreção da sua superfície. O pH das secreções da superfície das feridas contusas, assim como das feridas experimentais do cavalo, tratadas pela mecanofisioterapia (antissepsia mecânica, aerotermomecanoterapia e leucoterapia) varia entre 7,58-6,00. A acidez aparece, em média, ao quarto dia após o traumatismo ou a operação, sendo o máximo de acidez do quinto ao oitavo dia.

A acidificação das secreções das feridas é um fenómeno natural, ligado com a actividade lítica dos fermentos celulares locais e leucocitários. A atenuação ou a paragem desta actividade conduz à alcalinização das secreções das feridas.

O afluxo leucocitário, aumentado e mantido pela aplicação à volta das feridas de um vesicatório de cantáridas, ajuda e acelera a proteólise dos tecidos mortos, favorece a acidificação das secreções, impede a propagação da infecção e implicitamente acelera a cura em boas condições. A acidez das secreções da superfície das feridas, tratadas pela mecanofisioterapia, não impede a granulação.

As secreções da superfície das feridas contusas, graves, que mantêm um pH alcalino ou fracamente ácido, são um meio favorável para a multiplicação dos micróbios; tais feridas estão predispostas para as infecções graves, sobretudo para a gangrena gasosa. Nas feridas complicadas pela gangrena

gasosa as secreções são abundantes, fluidas, de cheiro específico, o pH é alcalino e varia entre 7,82-6,84. Quando as secreções destas feridas principiam a tornar-se ácidas, pode-se considerar este facto como uma reacção favorável; se ela se mantém muitos dias, é indício da jugulação da infecção e dum comêço de cura da ferida.

Com o auxilio de vários meios terapêuticos, antiseptia mecânica, seroterapia antigangrenosa, lavagens antisépticas, applicações de líquidos ou substâncias de reacções ácidas ou alcalinas, pode-se modificar, até um certo limite, o pH das secreções da superfície das feridas.

Tôdas as acções que provoquem uma acidificação das secreções da superfície das feridas contusas sépticas têm um grande valor clinico e o pH indica-nos o grau de resistência à infecção duma ferida.

MENESES.

Osteocondrite vertebral. (*Ostéo-condrite vertébrale*), por L. TAVERNIER (Lyon). — Sociedade de Cirurgia de Lyon, sessão de 23 de Maio de 1935. *Lyon Chirurgical*. Tômoo XXXIII. N.º 1. Págs. 70-71. Janeiro-Fevereiro de 1936.

O A. apresenta um caso de osteocondrite vertebral, cujo diagnóstico diferencial com o Mal de Pott é interessante, reproduzindo radiografias em que o corpo vertebral está achatado como um disco de 1 cm. de espessura, com estrutura homogénea e recalcificado, lembrando a imagem radiográfica que se encontra no cancro vertebral dos adultos. Os discos intervertebrais estão poupados, o que estabelece a diferença do Mal de Pott. Microscòpicamente, estas lesões aproximam-se das que se encontram na doença de Perths e nas de Köhler. As teorias etio-patogénicas desta doença são várias: a teoria parisiense, sustentada por Mouchet e Lecène, atribue a doença a uma osteomielite atenuada. A de Leriche acredita numa descalcificação por perturbação vaso-motora de origem simpática. A de Axhausen, hoje mais em voga, liga-a com uma necrose aséptica por trombose vascular de causa desconhecida.

A evolução clinica benigna do caso do A. nada esclarece a questão: se o traumatismo inicial é favorável às ideas de Leriche, uma febre de início quadra mais com a hipótese parisiense da osteomielite atenuada.

MENESES

A alcoolização perimuscular como método de tratamento das hipertensões musculares. (*L'alcoolisation périmusculaire comme méthode de traitement des hypertensions musculaires*), por M. FRIEDLAND (Kasan, U. R. S. S.). — *Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil Moteur*. Tômoo 23. N.º 1. Págs. 45-49. Janeiro de 1936.

Após os resultados pouco satisfatórios das operações sobre o sistema nervoso central, no tratamento das paralisias espásticas, tentou-se empregar uma intervenção cirúrgica na periferia do arco reflexo, que também não satisfez. Em 1925 o A. modificou uma modalidade desta intervenção, a operação de Stoffel II, procurando interromper a conexão do músculo com a maior parte

dos nervos, não apenas somáticos, mas também simpáticos. Os resultados desta operação, a que chamou «nevrectomia perimuscular», em dois casos de contractura espástica brusca (forma de Little), foram muito eficazes e duradouros. Como esta intervenção tivesse ainda os seus defeitos, mas querendo conservar as qualidades positivas da nevrectomia perimuscular sem aqueles, o A. teve a idea da dissecação química fechada das fibras perimusculares dos nervos espinhais e simpáticos. Para isso escolheu o alcool, cujas vantagens são conhecidas. A técnica da «alcooolização perimuscular» é a que se segue:

Extemporaneamente, dissolve-se 1 gr. de novocaína em 20 grs. de água destilada com 80 grs. de alcool rectificado a 95 0/0. Obtém-se, assim, uma solução contendo 76 0/0 de alcool e 1 0/0 de novocaína, sendo esta destinada a tornar a injeccção menos dolorosa.

Servindo-se da mão esquerda, como guia, enterra-se sob a fásia muscular a agulha e injectam-se 2 a 3 grs. da solução. É necessário fazer muitas injeccções de vários lados, procurando embeber tôda a periferia dos músculos, especialmente do lado em que penetra o feixe vaso-nervoso principal. A quantidade injectada não deve exceder 30 grs. da solução para o membro inferior do adulto e 50 grs., se a injeccção fôr feita ao mesmo tempo em ambos os membros inferiores. Para o membro superior é necessário limitar a dose a 20 grs. A dose para crianças de menos de dez anos não deve ir além de 10 a 15 grs. por cada sessão.

A injeccção dá uma sensação de queimadura, que de-pressa passa, e o músculo espástico enfraquece, os movimentos tornam-se mais livres.

É preciso evitar que a agulha entre profundamente na massa do músculo, onde produzirá uma infiltração inflamatória.

O enfraquecimento continuo do espasmo muscular, como resultado da alcooolização perimuscular, pode ser utilizado, segundo o A., na luta contra as retracções musculares após luxações e fracturas, especialmente em presença de grandes encurtamentos dos membros, combinado com o método de extensão permanente do esqueleto.

Este método de dissecação química de fibras cérebro-espinhais e simpáticas do mundo espástico, enfraquecendo a sua acção tónica, representa uma intervenção sôbre a periferia extrema do arco reflexo, a uma distância máxima do sistema nervoso central, o que evita a difusão da sua estera de influencia nos grupos de músculos sãos. A sua técnica é simples, ao alcance de todo o clínico, e não produz alterações patológicas nos músculos, podendo ser repetida quando o efeito terapêutico fôr de intensidade e de duração insufficientes.

MENESES.

Lesões cardiacas tardias por accidentes eléctricos. (*Spätschäden am Herzen nach elektrischen Unfällen*), por M. KARTAGENER. — *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*. N.º 1. 1936.

A causa da morte por accidente eléctrico (passagem da corrente através do corpo) ainda hoje não está completamente esclarecida. Há quem defenda

a tese da paralisia do centro respiratório e os que consideram a fibrilação ventricular como responsável, idea esta que últimamente tem sido mais frequentemente apresentada.

As pesquisas mais recentes, porém, de Schlomka e Schrader, admitem ambas as possibilidades, verificando-se uma ou outra conforme a sensibilidade individual, a qual dependeria da constelação electropatológica de cada um; e assim produzir-se-ia, num caso, a paralisia da respiração com ritmo cardíaco normal; num outro, morte imediata do coração, com ou sem fibrilação. Um dos componentes a tomar em consideração nestes accidentes é a tensão e a natureza da corrente — contínua ou alterna; a baixa tensão provocando a fibrilação, enquanto a alta, a morte respiratória.

Sabido pois como em certas condições a corrente eléctrica pode provocar lesões cardíacas com morte súbita, pode admitir-se que, nalguns casos, as lesões de menos intensidade possam originar, mais ou menos tardiamente, tãda a sintomatologia clínica da insuficiência do coração. Casos desta natureza encontram-se raramente na literatura médica, e o A. apresenta três casos, que descreve detalhadamente, filiáveis em accidentes eléctricos sofridos anteriormente e que não provocaram, no momento próprio, perturbações que inquietassem os sinistrados.

J. ROCHETA.

Exploração clínica das condições morfológicas e funcionais da célula hepática no decurso da tuberculose. (*Esplorazione clinica delle condizioni morfologiche e funzionali della cellula epatica nel decurso della tubercolosi*), por E. FROLA. — *Rivista di Patologia e Clinica della Tubercolosi*. Fasc. XII. 1935.

Emprega o A., como prova funcional do fígado, a prova de Bufano, com a glicocola, e compara os seus resultados com as alterações morfológicas da célula hepática, colhida por punção do fígado. Êste processo, sem inconvenientes, nascido na Escola de Pende, permitiu a verificação do seguinte: nos casos de bom prognóstico, e caracterizados especialmente por temperaturas baixas e poucos ou nulos sinais de toxemia, nota-se que ao lado duma prova funcional normal ou quasi, as alterações das células hepáticas caracterizam-se por diminuição do glicogénio e das granulações biliares e ligeiro aumento da gordura. Á medida que o estado geral do doente se agrava, e a prova funcional começa a apresentar as primeiras deficiências, o estado de alteração anatômica também se acentua, isto é, progressivo aumento da gordura intra-celular e diminuição paralela do glicogénio e granulações biliares. Por fim, nos casos graves ou avançados, podem encontrar-se lesões de tipo degenerativo, de duas categorias: uma caracterizada por degenerescência turva e outra grânulo-gorda e que pode atingir a necrobiose.

O A. admite que as alterações observadas devem estar ligadas não só a uma perturbação directa da própria célula hepática, como ainda à insuficiência das diversas glândulas, cujas secreções regulam o metabolismo das gorduras e dos hidratos de carbono.

Estes resultados têm ainda um aspecto prático, dietético: o de mostrar como é errônea a alimentação feita especialmente com abundância de gorduras e proteínas; a base deve ser constituída por hidratos de carbono.

J. ROCHETA.

A tuberculose do miocárdio. (*The involvement of the myocardium in Tuberculosis*), por H. HORN e O. SEPHIR. — *The American Review of Tuberculosis*. Vol. XXXII. N.º 5. 1935.

A tuberculose do miocárdio, como processo extensivo derivado do pericárdio, sem ser uma localização freqüente, é todavia muito menos rara que a tuberculose isolada dêste músculo, que constitue por si quasi uma verdadeira excepção. Neste artigo os AA. passam em revista os casos conhecidos da literatura e acrescentam à série três casos pessoais.

Anátomo-patologicamente, podem considerar-se as lesões sob três aspectos fundamentais: a forma nodular, a miliárica e a infiltrativa difusa. Esta última só deve considerar-se específica quando as alterações histológicas são características da tuberculose ou quando se encontra o bacilo, quer pelos meios usuais de coloração, quer pela prova na cobaia. Doutra maneira não é possível uma destrição segura de outras formas de miocardite.

Nos casos apresentados pelos AA., em dois encontravam-se focos miliáricos e no terceiro um tubérculo que podia considerar-se como devido à adição de vários focos miliáricos; contrariamente à sede mais comum, na aurícula direita, aqui encontrava-se na aurícula esquerda. Em todos se tratava de crianças, de acôrdo com a generalidade dos casos descritos.

J. ROCHETA.

A formação das cavernas. (*Das werden der Caverne*), por I. FINK. — *Acta Tuberculosea Scandinavica*. Vol. IX. Fasc. IV. 1935.

Antes de entrar na interpretação patogénica das cavernas tuberculosas pulmonares, apresenta o A. um resumo sintético, mas muito claro, do que é e como se caracteriza a inflamação provocada pelo bacilo de Koch e como esta podê sofrer alterações de maior ou menor grau e contraste, conforme o período alérgico em que se encontra o indivíduo afectado.

Define a alergia tal como foi interpretada pela primeira vez por Pirquet e considera-a fundamentalmente como um processo biológico dinâmico, sujeito a fases diversas, de maior ou menor intensidade, conforme a influência exercida pelos diferentes factores do que aquela depende — organismo atingido, quantidade e virulência do bacilo infectante, modo de vida individual, condições de clima, etc. — mas que se caracteriza por uma curva contínua, que se inicia no momento da formação do tecido tuberculoso e termina com a morte, e independente do estado de manifesta doença ou de saúde que o indivíduo apresenta; as suas reacções, porém, deixam sempre atrás de si um determinado resultado anatómico visível.

Uma destas reacções leva à formação da caverna, resultado que corresponde sempre a uma fase de aumentada sensibilidade; esta, porém, não necessita atingir o seu estado culminante para que aquela se forme; uma caverna pode originar-se, por exemplo, quando a alergia se transforma, e inicia um período ascendente; mas, quanto mais rápido fôr êste, tanto mais de-pressa se forma aquela.

Partindo desta concepção, o A. apresenta três modalidades de formação de cavernas:

1) A caverna formada por proteólise da substância caseosa, que sofre, sob a acção de fermentos produzidos pelos polinucleares, uma digestão intensa, transformando-se numa massa fluida, solúvel, que facilmente pode ser eliminada. Êste modo de origem é próprio de um estado de alergia que corresponde a um grau médio de hipersensibilidade, entre a sua maior intensidade, que dá origem à caverna por sequestro, e a menor, que dá origem à caverna alterativa de Stefko.

2) A caverna por sequestro forma-se nos estados nitidamente agudos, nos focos pneumônicos caseosos ou simplesmente exsudativos, onde a rapidez ou a extensão do processo provocou uma espécie de deslocamento de alguns fragmentos pulmonares.

3) A caverna alterativa, descrita por Stefko, forma-se nos velhos focos da infecção primária ou da reinfeção, iniciando-se pelo aparecimento de tubérculos na cápsula e amolecimento da massa caseosa intensa dos focos; no tecido pulmonar circundante, por processos alterativos e respectiva autólise, que dá origem a uma fenda que vai enfraquecendo progressivamente, à custa, na sua maior parte, do desagregamento do foco.

Termina o artigo por uma descrição da classificação das cavernas, feita por Schminke, baseada essencialmente nos três períodos de Ranke, e que o A. considera como sofrendo dos mesmos defeitos, e até aumentados, do esquema construído por êste A., embora considere tal esquema como o melhor, sob o ponto de vista biológico, que até hoje se tem enunciado.

J. ROCHETA.

O tratamento do «delirium tremens». (*Die Behandlung des Delirium tremens*), por H. STECK. — *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*. N.º 3. 1916.

O tratamento do delírio alcoólico, que, de princípio, principalmente nos departamentos cirúrgicos, se realizava sempre com a administração de alcohol, por se partir do conceito do mais freqüente aparecimento daquele quando, repentinamente, se privava o doente do alcohol, tem ultimamente sofrido críticas severas, desde que novas pesquisas revelaram nos alcoólicos lesões hepáticas, que só podiam agravar-se com a administração de mais quantidade desta substância.

Depois de negar a acção benéfica do alcohol, apresenta o A. os medicamentos mais normalmente empregados no tratamento do delírio, para no fim

acentuar especialmente a última modalidade terapêutica, praticada com a insulina.

Segundo o A., que a tem pessoalmente empregado, parece que a insulina não tem só influência através da sua acção sobre o glicogénio hepático, mas também, como experiências realizadas noutra sentida o têm provado, realiza uma acção geral sedativa, não ainda claramente explicada, mas possivelmente feita através do pneumogástrico. Nos casos tratados verificou-se uma diminuição na duração do delírio, mas parece que a diminuição da excitação motora não é acompanhada da correspondente melhoria do estado psíquico, de maneira que, nos indivíduos assim tratados, a memória do facto é menor do que naqueles tratados pelos outros processos; de aí o surgirem vozes contrárias a esta terapêutica, por receio de se perder deste modo um elemento psicológico que devia aplicar-se como terapêutico, recordando ao indivíduo a situação vivida. Steck, porém, afirma que nos seus casos nunca viu recidivas. Deve, todavia, dizer-se que o tratamento pela insulina, em virtude do perigo dos estados hipoglicémicos, acrescidos nestes indivíduos pela enorme tendência aos ataques epilépticos, só deve empregar-se num hospital.

De acordo com a proposta de Klemperer e com a sua própria experiência, o A. procede da seguinte maneira: de manhã, em jejum, administração de 5-10 unidades de insulina, dose que se repete ao fim de uma hora; passado igual período de tempo, água ou café com 60 grs. de açúcar. Ao meio dia, uma refeição ligeira, rica em hidratos de carbone e pobre em gorduras e proteínas; antes da noite, o mesmo tratamento da manhã. Repete-se do mesmo modo no dia seguinte, e é, duma maneira geral, o suficiente.

O tratamento pela Decholin, do qual o A. não tem experiência, parece ter a vantagem de não exigir uma atenção especial; a via de administração é a endovenosa, na quantidade de 10 cmc. a 20%.

J. ROCHETA.

Splenoprogóstico e splenoterapia nas doenças infecciosas agudas.

(*Splenoprognosi e splenoterapia nelle malattie infettive scute*), por G. PULES — *Il Policlinico*. N.º 3. 1936.

Num trabalho apresentado anteriormente, tinha o A. referido as observações que havia feito a-propósito do comportamento volumétrico do baço, nas doenças infecciosas agudas. De uma maneira geral, o sinal do baço, como o A. chama às variações de volume deste órgão, pode verificar-se como segue:

1) diminuição rápida ou rapidíssima do baço no decurso duma infecção, prognóstico gravíssimo.

2) Tumefacção constante, com tendência à diminuição lenta ou lentíssima, prognóstico reservado ou favorável, se paralelamente se tem melhoramento do quadro geral do processo mórbido.

3) Tumefacção leve, com gradual redução e fenómenos mórbidos ligeiros, prognóstico favorável.

Descreve, a seguir, todas as funções esplénicas que as últimas investigações têm revelado e como delas nasceu a concepção da splenoterapia, que foi iniciada por Bayle, na tuberculose pulmonar.

Partindo do mesmo conceito, Pules empregou, em vinte casos com doenças infecciosas de várias naturezas, extracto de baço em injecções, obtendo resultados muito favoráveis e que permitem admitir um progresso na terapêutica destas doenças.

Acentua o A. a inocuidade das injecções, com melhoria do pulso, da temperatura, das funções intestinais, etc. Esta acção deve explicar-se pela influência que o sistema retículo-endotelial exerce nas funções imunitárias, sem que por êste processo se recorra ao mecanismo da proteínoterapia.

J. ROCHETA.

A escalenotomia na tuberculose pulmonar. (*Scalenotomy in Pulmonary Tuberculosis*), por A. TÖRNBLGM. — *Acta Tuberculosea Scandinavica*. Vol. IX. Fasc. 4. 1935.

O A. tem empregado a escalenotomia, associada à frenicectomia, em cento e três casos, com resultados que considera favoráveis, embora confesse que o período post-operatório é, na maioria dos casos, relativamente curto para tirar conclusões. Como indicação, apresenta os doentes com pneumotorax ineficaz, nos quais a extensão das lesões apicais não eram suficientes para se preferir uma intervenção plástica ou então quando a bilateralização não permitia que esta se fizesse.

J. ROCHETA.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdades de Medicina

De Coimbra

Para o lugar de assistente da cadeira de histologia e embriologia da Faculdade de Medicina de Coimbra foi nomeado o Dr. Armando Tavares de Sousa.

*

*

*

Hospitais

Civis de Lisboa

Funciona, no Hospital de D. Estefânia, a consulta de pediatria médica, sob a direcção do Dr. Leite Laje, que até agora funcionava no Hospital de S. José.

O local onde se realizava a consulta de pediatria do Hospital de S. José foi ocupado pela consulta da especialidade de estômago e intestinos, dirigida pelo Dr. Antunes dos Santos.

Da Marinha

Mediante concurso de provas públicas, foi encarregado da clínica de urologia o segundo tenente-médico Dr. Mendes Puga, em substituição do primeiro tenente-médico Dr. Artur Lourenço Raimundo.

—Para o cargo de subdirector dos Serviços das clínicas de Cirurgia e Oto-rino-laringologia do Hospital da Marinha foi nomeado o segundo tenente-médico Dr. Dias Newton.

De Ponte de Sôr

Inaugurou-se, em Ponte de Sôr, o Hospital Vaz Monteiro.

De Olhão

O Hospital de Olhão foi encerrado, por falta de meios.

De Póvoa do Lanhoso

Foi contratado para médico do Hospital de Póvoa do Lanhoso o Dr. Albino José da Silva.

Maternidades

Dr. Alfredo da Costa

Na Maternidade Dr. Alfredo da Costa realizou-se mais uma sessão científica.

Os Drs. Gomes de Oliveira e Shermann de Macedo apresentaram a observação clínica e anátomo-patológica duma doente operada de gravidez ectópica.

O Prof. Jorge Monjardino apresentou um caso operado de abcesso apendicular, em que o apêndice provocava obstrução do cólon descendente.

O mesmo professor e o Dr. Fernando de Almeida referiram um estudo sôbre as dores de origem pélvica, na mulher, e o seu tratamento.

A Dr.^a D. Maria Leão apresentou o relatório da sua viagem a França e à Bélgica.

Finalmente, o Dr. Fernando de Almeida falou sôbre a intradermoterapia no tratamento das anexites.

Dr. Magalhães Coutinho

A Maternidade Dr. Magalhães Coutinho comemorou o seu aniversário com uma sessão solene evocativa da figura do grande médico que foi o seu patrono.

A sessão assistiu o enfermeiro-mor dos Hospitais, o director da Maternidade e o restante pessoal.

Sociedade das Ciências Médicas

Na sessão da Sociedade das Ciências Médicas, realizada em 18 de Fevereiro, o Prof. Alexandre Cancela de Abreu propôs que esta agremiação oficiasse à British Medical Association, a-fim-de exprimir-lhe as suas condolências pela morte do rei Jorge V.

O Dr. Fernando de Vilhena e Vasconcelos relatou um caso de insuficiência do tratamento chamado preventivo ou de segurança da sífilis.

O Dr. Álvaro de Caires fez o esboço histórico da medicina dos portugueses nas universidades e côrtes estrangeiras.

—No dia 9 de Março realizou-se novamente uma reunião da Sociedade das Ciências Médicas.

O Dr. Evaristo Franco apresentou três casos de perfurações de estômago.

O Dr. José Pereira Caldas falou sôbre tumores dos ossos de células gigantes.

Cursos de aperfeiçoamento

Durante a Páscoa de 1936, de 23 de Março a 5 de Abril e de 4 de Maio a 19 de Maio, realizam-se em Paris dois cursos de aperfeiçoamento: o primeiro

sobre «a terapêutica médica e hidrológica das doenças do fígado e da nutrição» e o segundo sobre «a terapêutica médica e hidrológica das afecções vasculares renais, reumatismais e endócrino-vegetativas».

Os cursos são dirigidos pelo Prof. Maurice Villaret, médico do Hospital Necker e compreendem, respectivamente, trinta e nove e trinta e oito lições, completadas por exames clínicos dos doentes e demonstrações radiológicas.

A inscrição é de 200 francos para cada curso.

Para quaisquer esclarecimentos, dirigir-se ao Laboratório de Hidrologia e de Climatologia terapêuticas da Faculdade de Medicina de Paris.

*
* * *

Curso de Psicopatologia forense

O Prof. Sobral Cid iniciou, no Instituto de Medicina Legal, uma série de lições de Psicopatologia forense, para os alunos da Faculdade de Direito inscritos no curso de medicina legal da Faculdade de Medicina.

*
* * *

Prof. José Arce

O Prof. José Arce, da Faculdade de Ciências Médicas de Buenos-Aires, pronunciou, na Faculdade de Medicina de Lisboa, uma conferência sobre: «Tratamento dos traumatismos cranianos».

O conferente foi apresentado pelos Profs. Celestino da Costa e Francisco Gentil, que traçaram a vida e obra daquele cirurgião.

*
* * *

Prof. Aires Kopke

O Prof. Aires Kopke atingiu o limite de idade, motivo porque abandonou os lugares de director e professor da Escola de Medicina Tropical.

Apresentaram-lhe as despedidas os professores, alunos e funcionários daquele estabelecimento.

O Prof. José de Magalhães assumiu, interinamente, a direcção da Escola de Medicina Tropical.

*
* * *

Prof. Egas Moniz

O Prof. Egas Moniz foi a Paris fazer algumas comunicações científicas à Academia de Medicina e à Sociedade de Neurologia.



Homenagens

No Hospital Militar Principal prestou-se homenagem ao Dr. Artur Pacheco, antigo director do Serviço de Dermatologia e Sifiligrafia.

— O Dr. Dória Monteiro, inspector de saúde de Almada, foi homenageado pela população de Monte de Caparica, por ter de abandonar aquele cargo.

— No Sanatório Sousa Martins realizaram os doentes uma sessão de homenagem aos Drs. Mário Cardoso e Manuel Vasconcelos.

* * *

Instituto do Cancro

No Instituto do Cancro estuda-se a possibilidade de instituir a telecurieterapia. Para êsse fim, veio a Portugal o engenheiro especializado Boris Pregel.

* * *

Saúde das colónias

Criou-se, na colónia de Timor, um sêlo de franquia, a-fim-de obter receita para ampliar os serviços de assistência médica, de enfermagem e hospitalar.

— Comemorou-se, em Benguela, o primeiro aniversário do Dispensário de Puericultura, devido à iniciativa do Dr. Augusto Ornelas.

* * *

Ivan Pavlov e Charles Nicolle

A poucos dias de intervalo faleceram dois detentores do prémio Nobel de Medicina.

Um, Ivan Pavlov, fisiologista, professor do Instituto Experimental de Moscovo, é bem conhecido pelos seus trabalhos sôbre as glândulas digestivas e os reflexos condicionados. Outro, Charles Nicolle, professor do Colégio de França, director do Instituto Pasteur de Tunis, conta, entre as suas numerosas investigações, a descoberta da transmissão do tifo exantemático pelo piolho. A morte de ambos constitue perda irreparável para a ciência que professavam e que êles tanto honraram.

* * *

Necrologia

Faleceram: em Galveias, o Dr. Mário Godinho de Campos; no Funchal, o Dr. José Joaquim de Freitas, enfermeiro-mor do Banco do Hospital da Misericórdia do Funchal; e, em Lisboa, o Dr. Manuel Fernandes da Cruz, professor da Faculdade de Farmácia e director de serviço de cirurgia dos Hospitais Civis de Lisboa.





PANBILINE

nas DOENÇAS DO FIGADO

RECTOPANBILINE

na PRISÃO DE VENTRE

são
os
anéis
de uma
mesma cadeia:

HÉMOPANBILINE

nas ANEMIAS

A OPOTERAPIA
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA
TOTAL

LITERATURA AMOSTRAS

LABORATOIRE DU D^r PLANTIER ANNONAY (Ardèche)
FRANCE

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

OPOTERAPIA VEGETAL

As Energétènes BYLA

TODO O SUCO INALTERAVEL DA PLANTA FRESCA E VIVA

Valériane Byla

Digitale Byla

Colch'que, Aubépine, Genêt, Gui, Muguet, Sauge, Cassis, Marrons d'Inde

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

Rua da Palma, 240-246 — LISBOA

CRISTOLAX

LAXO-DIGESTIVO

Extracto de malte Wander cristalizado }
Parafina pura } a a

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

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

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

O CRISTOLAX é o laxativo

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

DR. A. WANDER S. A. BERNE

Unicos concessionarios para Portugal

ALVES & C.^ª (Irmãos)

Rua dos Correios, 41-2° — LISBOA

amostras e literatura gratis



Sal
Est
Tal
N.º