

Ano XIV

N.º 4

Abril 1937



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

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

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

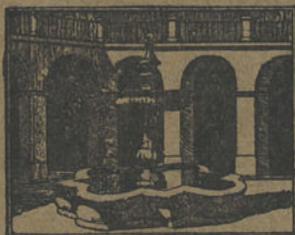
A. Almeida Dias

SECRETÁRIO ADJUNTO

Morais David

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

FLUOTHYMINA

Com base de Fluoroformio e Thymina
Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL
COQUELUCHE E TOSSE REBELDE

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colonias
GIMENEZ-SALINAS & C.^a — 240, Rua da Palma, 246 - LISBOA

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

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

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

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

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

3, Boulevard St-Martin Paris — PHARMACIAS.

DOCTOR:

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



Phosphorrendal

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

Sala

Est.

Tab.

N.º

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

240. Rua da Palma,

Vitamina C

Cebion Merck

Nos tratamentos dietéticos (afeições gástricas e intestinais, sobretudo na úlcera gástrica e duodenal), hemorragias internas, doenças infecciosas, escorbuto, prescórbuto, parodontoses

VITAMINA

Cebion

Merck

por via intra-venosa, intra-muscular ou sub-cutânea, ampólas de 0,05 = 1.000 U. I.
ampólas de 0,10 = 2.000 U. I.
por via bucal, comprimidos de 0,05 = 1.000 U.I.

E. Merck - Darmstadt

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL: QUIMICO-FARMACEUTICA, LIMITADA
Lisboa
Rua da Palma 165

Porto
Rua do Alameda 59

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

BISMUTHOIDOL

"ROBIN"

Doenças ocasionadas pelos protozoarios,
Syphilis.

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS.

App. pelo. D. N. S. P. Nº 1748
8 Julho 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 Blenorragia, Metrite, Salpingite, etc.

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

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

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.^a, L.^{da}

45, Rua Santa Justa, 2.^o
LISBOA

nas afecções do aparelho respiratório



onde se deseja estimular a circulação do sangue e da linfa através das partes afectadas, a ANTI-PHLOGISTINE é um valioso adjuvante do tratamento.

A sua aplicação externa não só alivia a congestão, como também conforta, devido à sua acção anodina e analgésica.

A sua propriedade de retêr o calor, dá ao medicamento um valor especial no tratamento geral das afecções do aparelho respiratório, tanto superior como inferior.

 Livros de medicina recomendam a ANTIPHLOGISTINE para o alívio dêsses estados

Escreva pedindo amostra e literatura

ANTIPHLOGISTINE

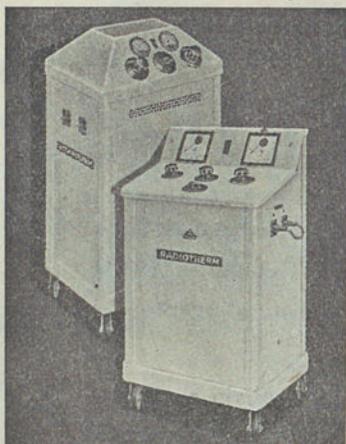
The Denver Chemical Mfg. Co.,
163, Varick Street

Nova York, E. U. A. N.

Robinson, Bardsley & Co., Lda.

Cais do Sodre, 8. 1.º

L I S B O A



Aparelhos de ondas curtas por
lâmpada emissora

Siemens Reiniger

S. A. R. L.

Aparelhos para Raios X

Electromedicina

Electrodentária

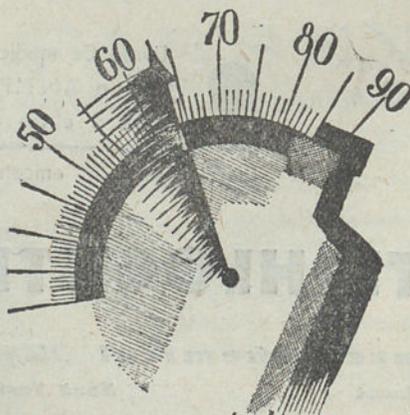
*Lampadas de Raios Ul-
tra-Violetas e Infra-Ver-
melhos*

Original Hanau

LISBOA — Rua de Santa Marta 141 e 143

Telefone 4 4329

Telegramas: ELECTROMED



o peso aumenta! tomando

NUTRICINA

**TONICO PODEROSO PARA DOENTES,
VELHOS E CRIANÇAS**

A' venda em todas as farmácias

Dep. Lisboa: Lab. Jaba, R. Actor Taborda, 5
Porto: Ern. Cibrão & C.^a, Ltd, R. Almada, 244
Coimbra: Luciano & Matos, Rua Sofia, 11

“A. B.” a 1.^a — insulina europeia
— no apreço dos médicos
de todo o mundo

De ALLEN & HANBURY, LTD. — LONDON — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.

Folhetos aos Ex. mos Clínicos

Representantes:
COLL TAYLOR, L. DA

Rua dos Douradores, 29, 1.^o
LISBOA

TELE F. } 21476
G. } DELTA

HICKS O TERMÓMETRO DOS MÉDICOS
DE CONFIANÇA DA ÉLITE
DOS HOSPITAIS

GENUINO

MARCA ✕ REGISTRADA

AFERIDO

NAS BOAS FARMÁCIAS

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

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

A LYXANTHINE ASTIER

Granulado efervescente
anti - ar tr í t i c o



Reune numa forma inédita
33% de principios activos

Iodo }
Enxofre } aceleradores da nutrição vascular e articular

Gluconato de calcio: modificador do metabolismo calcário

Bitartrato de lisidina: eliminador do ácido úrico

REALIZA A MEDICAÇÃO A PREFERIR NOS REUMATISMOS CRÓNICOS

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

Literatura e amostras

LABORATOIRES ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche — PARIS

ou nos representantes

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





SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Um novo tratamento de comas e intoxicações graves</i> , por J. H. Cascão de Anciães	Pág. 199
<i>Nota clinica sôbre o tratamento do carcinoma do pênis</i> , por Ernesto Moreira	» 211
<i>A-propósito do Jubileu da Sociedade para o Progresso das Ciências</i> , por Barahona Fernandes	» 224
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	» 239
<i>Biblioteca da «Lisboa Médica»</i>	» 266
<i>Noticias & Informações</i>	» XVII

2.^a *Clinica Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa*
(Director: Prof. F. PULIDO VALENTE)

UM NOVO TRATAMENTO DE COMAS E INTOXICAÇÕES GRAVES

(Método de GUTZEIT)

POR

J. H. CASCÃO DE ANCIÃES

Professor agregado e assistente da clinica

No número de Janeiro dêste ano, da *Therapie der Gegenwart*, publicou o Prof. GUTZEIT um artigo com o titulo «Tratamento oral, com a glucose gota a gota, como terapêutica salvadora da vida. Um novo tratamento de intoxicações de várias géneses».

Neste artigo GUTZEIT vem divulgar um método seu, de tratamento de estados tóxicos graves, quer de cômá anhepático, quer urémico, quer tireotóxico, com a instilação de soluto de glucose, gota a gota, permanente, com sonda duodenal, pela bôca, com excelentes resultados. Por indicação do Sr. Prof. PULIDO VALENTE, ensaiámos êste tratamento em três doentes do seu serviço. A presente nota tem por fim dar conhecimento mais amplo do tratamento de GUTZEIT e publicar os resultados que obtivemos com êle nos casos que tratámos. Se bem que não tenhamos, por agora, mais do que três casos, estes evolucionaram tão rápida e favoravelmente em relação ao que costumamos ver que julgamos útil chamar a atenção para o método, desde já, ou para que da sua imediata applicação possa resultar beneficio para doentes, ou para



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

que a divulgação suscite o seu emprêgo e permita um melhor julgamento do método.

Já a seu tempo, neste serviço, tivemos ocasião de ensaiar em primeiro lugar o tratamento das hepatites pelo método de LEPEHNE, com glucose em injeção intravenosa, associada ao tratamento pela insulina, processo hoje ainda empregado e cujos resultados então foram apresentados em nota clínica, nesta revista, por DIOGO FURTADO: «Tratamento da icterícia catarral pelo sôro glucosado e insulina». *Lisboa Médica*. Ano VI. N.º 12. Págs. 755 a 757. 1929.

O método de GUTZEIT, que agora nos ocupa, apresenta sôbre o anterior notável superioridade. A instilação duodenal ou gástrica, gota a gota, por sonda permanente, constitue uma nova forma de administração da glucose, que dá resultados muito superiores à simples administração oral, ou por outras vias, como a subcutânea, endovenosa ou rectal.

GUTZEIT observara há anos, em dois casos de atrofia aguda e subaguda amarela, do fígado, que a administração, por êle instituída, de soluto glucosado gota a gota, permanente, por via oral, tinha fornecido melhores resultados do que a normal administração oral, intravenosa ou rectal. Tendo verificado em numerosos casos de atrofia aguda amarela do fígado o insucesso da terapêutica pela glucose, pelas técnicas clássicas, e depois de experimentadas essas técnicas nos dois casos em questão, GUTZEIT, ao fim de alguns dias de instilação permanente do soluto glucosado, com sonda introduzida no estômago, viu melhorar os dois doentes e saírem do estado de grave cômá anhepático em que se encontravam. Posteriormente, GUTZEIT tratou por êste sistema um grande número de estados comatosos e das mais graves lesões do parênquima hepático, com modificações surpreendentes do estado dos doentes, de forma que se lhe afigura estar fora de qualquer dúvida a excepcional acção e utilidade dêste tratamento.

A técnica do tratamento de GUTZEIT é a seguinte: introduz-se ao doente, pelo nariz, a sonda duodenal até aos 50 a 60 cm. Se o doente está em cômá e não pode engulir a sonda, nem a conseguimos fazer entrar no esófago, provocam-se movimentos de deglutição, com faradização das regiões laterais do pescoço. Introduzida a sonda, instala-se com um balão ou simples irrigador,

um dispositivo de instilação gota a gota com um soluto de glucose na concentração de 50 a 80 grs. por litro, que pode ser mantido à temperatura de 35°. O doente permanece dia e noite com a sonda e gradua-se a velocidade de queda das gotas por forma a instilar de começo 3 litros, depois 5 e mesmo 8 litros do soluto nas vinte e quatro horas. Aos doentes em estado comatoso ou grave, não se dá qualquer alimento (notemos que, por exemplo, 5 litros do soluto a 60 0/0 são 300 grs. de glucose equivalentes a 1.200 calorias). Após as primeiras melhoras, podem os doentes ingerir, ao lado da sonda, alimentos líquidos ou pastosos como sucos de frutos, farinhas, etc. Nos casos de boa acção desta terapêutica, o estado do doente pode modificar-se logo nas primeiras vinte e quatro a vinte e oito horas, mas prevê-se a possibilidade da sonda permanecer cinco, seis e dez ou mesmo mais dias (dia e noite), podendo ser necessário interromper o tratamento durante as horas da noite se, ao fim de certo tempo, houver irritação da mucosa pela sonda. Quando necessário, pode acompanhar-se o tratamento com a administração de tónicos cardíacos ou circulatórios, juntando a cada litro do soluto uma ou duas ampolas de Cardiazol, Hexetona ou Simpatol. Ainda, para melhor e mais rápida utilização da glucose, pode injectar-se insulina por via subcutânea, na razão aproximada de 10 U. por litro de solução.

O primeiro caso apresentado por GUTZEIT é o de um côma urémico por nefrite subaguda hemorrágica, em que o tratamento instituído por duas vezes e a-pesar do prognóstico que o caso comportava, consegue fazer sair o doente do côma, pelas duas vezes, com notável diminuição da retenção azotada, vindo o doente a terminar com uma parotidite bilateral intercorrente.

Outros casos de GUTZEIT, dizem respeito a estados comatosos em doenças de BASEDOW, um dêles complicado com diabetes, mas em que os valores da glicémia excluíram a natureza diabética do côma. O doente com um M. B. de + 57 0/0, hipertensão de 180/80 e bilirubinémia de 5,5 U., com aritmia completa, depois de preparado é operado de ressecção bilateral da tiroidea, com anestesia local, e entra progressivamente em côma. A instilação de 2 litros do soluto glucosado a 5 0/0 traz melhoras imediatas, que progridem com a continuação do tratamento, com glicémia de 164 mgrs. 0/0 e 42 mgrs. 0/0 de azoto residual, até cura

completa. Passado um ano o doente, completamente bem, aumentou 20 kgr., melhorou a tolerância para os HC e tem Ecg. normal, com ritmo sinusal.

Outro caso é o de um doente com bócio tóxico, M. B. + 129 0/0, fibrilhação auricular, diabetes, hipertensão, que entra em cômá, com pneumonia do lobo inferior do pulmão direito, durante a preparação preoperatória e no qual a administração intravenosa de glucose, em doses de 70 cc. a 50 0/0 e 20 cc. a 25 0/0, não traz modificação. Instituído o tratamento com sonda permanente e soluto de glucose, cuja concentração se eleva a 8 0/0, o doente sai completamente do cômá. A sonda é tirada ao fim de quatro dias. Durante o tratamento faz-se também a evolução, para a cura, do processo pneumónico. Cura do doente e ressecção ulterior da tiroídea em duas sessões.

Os outros casos publicados por GUTZEIT são o de uma atrofia subaguda do fígado, com icterícia grave, e um cômá hepático post-operatório, consecutivo à drenagem das vias biliares por icterícia de estase, existente havia um mês. No primeiro destes casos a icterícia grave durava há quatro meses, com fígado e baço aumentados, fezes acólicas, bilirubinémia directa e indirecta com 11 U. Ao fim de sete dias de tratamento com 200 grs. de glucose *per os*, aumenta a icterícia para 30 U. de bilirubinemia e aparece leucina na urina. Começa-se o tratamento com 8 litros a 8 0/0, por dia e com 80 U. de insulina e Cardiazol. Dois dias depois a bilirubina baixa para 17 U. Cinco dias depois, para 14 U. Reduz-se o soluto a 5 litros a 8 0/0. Passados mais cinco dias a bilirubinémia está reduzida a 4,4 U. O doente passa a alimentar-se, ao mesmo tempo que se mantém a instilação, e passados mais três dias a bilirubina está reduzida a 2,5 U. Urina com leucina e sem bilirubina. Mais três dias, sejam dezóito dias depois de começado o tratamento, o doente está sem leucina na urina, com 0,5 U. de bilirubina no sôro e tira-se a sonda com cura completa. Meio ano depois, o doente continua bem.

O último caso refere-se a um doente que há seis anos sofria de cólicas vesiculares com icterícia, com perda de 47 kgr. Há três anos, diabetes. À entrada no serviço tinha icterícia já há ano e meio, sem dores e sem acolia completa das fezes. Grande fígado, com tumor palpável, que se suspeita ser a vesícula. Bilirubina no sôro, 9,5 U. Tolerância de 200 gr. de HC. para três

LISBOA MEDICA



PIPERAZINA MIDY

O ANTI-URICO TIPO



PROVEINASE MIDY

VARIZES - FLEBITES - HEMORROIDAS
PERTURBAÇÕES DA MENOPAUSA E DA PUBERDADE



POMADA MIDY SUPOSITORIOS MIDY

A MEDICAÇÃO RACIONAL
DAS HEMORROIDAS

Pedir amostras a

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

ou aos Agentes-depositários

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

LISBOA MÉDICA

PROPIDON

CALDO - STOCK
VACINA MIXTA
DO PROFESSOR
PIERRE DELBET

VACINA CURATIVA DAS
AFECCÇÕES PIÒGÉNICAS

VACINAÇÃO
PRÉ-OPERATÓRIA

CAIXAS DE 3 EMPOLAS DE 4 cc.

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE

— **Specia** —

MARQUES "POULENC Frères & USINES du RHONE"
21, Rue Jean-Goujon, PARIS (8°)

DREVILLE

doses de 25 U. de insulina por dia. É operado de colecistoduodenostomia. Vesícula de estase por grande tumor retroperitoneal (pâncreas?). Cirrose biliar do fígado. O doente entra em sonolência, com contracções tónicas e clónicas, agitação, opistótonus, trismus, perda de conhecimento, estado êste de que sai depois de sete dias de tratamento pela instilação. São estes os casos com que GUTZEIT exemplifica o valor do seu método.

O A. não vê inconveniente algum na hiperglicémia que, nos diabéticos, pode acompanhar o tratamento, e que pode ir aos 500 a 600 mgr. %/o, porque, em primeiro lugar, esta glicemia é redutível com a administração de insulina, em segundo lugar, porque nestas condições de saturação pela glucose se torna menos provável o cômá diabético e se evitam os cômás hipoglicémicos que podem dar-se por dosagem da insulina em excesso no doente em cômá tireotóxico, sem que possamos distinguir um cômá do outro. Por outro lado, esta saturação de glucose só tem vantagem para o tratamento do estado tóxico geral e em especial para a célula hepática.

Os casos trazidos por GUTZEIT são, pois, casos de excepcional gravidade, para os quais o tratamento, na própria expressão do A., actuou como «salvador da vida» em circunstâncias que julga não poderem ter sido resolvidas por outros tratamentos. O A. crê que não se trata nestes casos de curas espontâneas e, embora prevenido com tôdas as reservas, não pode considerar como meras coincidências as verificações repetidas de semelhantes êxitos. Julga por isso dever submeter o tratamento à verificação doutros autores e entende que não deve guardar para mais tarde a publicação dos seus casos.

Ensaíamos o tratamento de GUTZEIT em três doentes com resultados que nos parecem bons.

Caso I. — Enfermaria M2A, cama 34, M. C., de 41 anos de idade, gravador de sola.

Baixa, por icterícia, em 4 de Fevereiro de 1937. Icterícia há oito dias, com fezes descoradas (três dejecções por dia), febre inicial. Não há cólicas e tem leves dores abdominais, difusas, que relaciona com a diarreia.

Reumatismo articular agudo aos 12 anos, durante dois meses e, depois desta data, fluxões reumatismais frequentes, de várias articulações, a última há quinze dias. Icterícia acentuada, pulso a 60 pulsações p. m. Não há sinais cardíacos. Máx. 12., Méd. 9 e Mín. 7,5. Ind. 4. Fígado dois dedos abaixo do

rebordo costal com 13 cm. na linha paraesternal. Apirético. Hepatite sub-aguda.

5-II. — Urinas de côr 7, anfor. 1015, vest. acent. de serina. Pigmentos e sais biliares, cilindros hialinos e granulados.

6-II. — v. d. BERGH directa, immediata. Bilirubinémia, 30,5 mgr. por litro de sôro. Fezes: não há pigmentos biliares. Institue-se instilação duodenal de 4 litros de soluto de glucose a 5% nas vinte e quatro horas, sem alimentação. Faz diurese abundante.

7-II. — Diurese de 3.900 cc. com urinas progressivamente descoradas. Urinas de côr 5, ácida, 1006, vestígios de serina. Pigmentos biliares, raras hematias. Muita urobilina. Fezes: aparece estercobilina. Continua a instilação, sem alimentação, na quantidade de três litros.

8-II. — Diurese de 2.000 cc. É muito notável a descoloração da pele e mucosas. Associa-se alimentação, ao lado da sonda, com três papas de farinha, açucaradas.

9-II. — Em virtude das melhoras e para descanso do doente, suspende-se a instilação e fazem-se, duas vezes ao dia, 50 cc. de sôro glicosado hipertônico, intravenoso, precedidos de duas injeções de 10 U. de insulina.

10-II. — Mantém-se o tratamento pela via intravenosa. Há crise hipoglicémica ligeira, que cede à administração de sumo de laranja açucarado e de 50 cc. de sôro hipertônico, glicosado. Diurese, 1.200 cc. Urina ácida, de côr 7, densidade 1.015. 3,3 grs. de albumina %. Há pigmentos biliares na urina. Raras hematias, raros cilindros hialinos. Fezes: há estercobilina.

O doente apresenta-se mais pigmentado e com urinas mais escuras, e no dia 11 faz-se de novo a instilação, sem insulina nem alimento, e suspendem-se as injeções do sôro glicosado, intravenoso.

Nas primeiras vinte e quatro horas instilam-se 3 litros. Estabelece-se uma diurese de 2.800 cc. com urinas de amostras progressivamente descoradas, cuja mistura tem a côr 4, densidade 1008, ácida, com vestígios acentuados de albumina, vestígios de glucose, bastante urobilina. Desaparecem os pigmentos biliares da urina. Há poucas hematias e granulações de urato de sódio.

A bilirubinémia desce para 15 mgr. por litro de sôro. No dia 12 fez-se a instilação de 2 litros do soluto a 5%. Diurese de 1.700 cc. Glicémia nesta data, 0,81 gr. por litro. Urina: côr 5, densidade de 1.009, ácida, vestígios acentuados de serina, sem pigmentos biliares, com raras hematias e alguma urobilina. Suspende-se o tratamento durante os dias 14 e 15 e no dia 15 voltam a aparecer pigmentos na urina, que nesse dia foi em quantidades de 600 e 350 cc. No dia 16 institue-se de novo o tratamento, sem alimentação, com 3 litros de soluto a 5%. Faz-se diurese de 2.600 cc., com côr 4, densidade de 1.007, ácida, com vestígios de albumina. Não há glucose, nem pigmentos. Mesmo tratamento dia 17. No dia 18 administram-se cêrca de 4 litros. Diurese de 3.900 cc., ácida, 1.007, côr 3. Não há glucose, nem pigmentos. Raras hematias.

19-II. — Instilam-se cêrca de 4 litros. Diurese de 3.200 cc. Urina, 1.008, ácida, côr 3, vestígios de serina. Não há pigmentos.

20-II. — Suspende-se o tratamento e alimenta-se o doente com algum

leite, arroz e farinhas. Diurese de 1.300 cc. Urina côr 4, densidade de 1.012, ácida, vestígios acentuados de albumina. Não há glicose, nem pigmentos.

Em 27-II. — A bilirubinémia estava reduzida a 12 mgr. por litro de sôro.

Em 8 de Março a bilirubinémia era de 7 mgr. por litro de sôro. Fezes com estercobilina e estercobilinogéneo. Urina com vestígios de serina, sem glicose, nem pigmentos. Tem alta a 12, curado. Pêso à entrada, 49,900 kgr., subindo sempre, até 52,400 kgr. em 7 de Março.

Neste caso foram manifestas as melhoras obtidas com o tratamento logo nas primeiras vinte e quatro horas, estabelecendo-se diurese elevada, com despigmentação do doente e aparecimento de estercobilina nas fezes, além da sensível melhoria do estado geral do doente, revelado no seu *facies* e vivacidade. Ao quarto dia de tratamento, durante o segundo período de instilação, desaparecem os pigmentos da urina e a bilirubinémia reduz-se de 30,5 para 15 mgr. por litro. O doente piora quando se suspende o tratamento pela instilação, embora se faça nessa altura a administração de glucose endovenosa associada à insulina, como no método de LEPEHNE, para melhorar logo que se volta ao tratamento de GUTZEIT. Os pigmentos, que tinham voltado a aparecer na urina, desaparecem logo após uma instilação de 3 litros de soluto, para não voltarem a aparecer.

Parece-nos evidente, neste caso, o benéfico efeito do tratamento, a-pesar-de conduzido intermitentemente e com doses inferiores às preconizadas por GUTZEIT, e mostra-se, ainda, a superioridade que teve, neste caso, a administração permanente, oral, em relação à endovenosa, mesmo com insulina.

CASO II. — Cama 19, M2A, R. S. R., de 46 anos de idade, torneiro mecânico. Entrou para M1A em 25 de Abril de 1936. Conta que adoeceu há dois meses com astenia e icterícia, com fezes não completamente descoradas e urinas fortemente pigmentadas. Não havia febre, nem dores. Cinco dias depois, aumentava-lhe o volume do ventre, reduzia-se a quantidade da urina e apareciam-lhe edemas nas pernas. Ao mesmo tempo começa a ter epistaxis abundantes, hemorragias gengivais persistentes e prurido. Verifica-se, à entrada, tremor fino, sobretudo das mãos, a existência de hemorragias e um fígado grande, palpável três dedos abaixo do rebordo costal, mas já não há icterícia, nem edemas no momento da observação. Em 29 de Abril, v. d. BERGH directa, retardada, com 13,3 mgr. por litro de bilirubina no sôro. Urina sem pigmentos, mas com vestígios de urobilina. R. W. negativa.

2-V. — Sangue, 80%. Valores globulares, 1,0. Vermelhos, 3.940.000. Brancos, 6.400. Linfocitos, 29,5%. Neutrófilos, 70%. Monocitos, 0%. Eosinófilos, 0,5%.

5-V. — Glicosúria, 2,2 gr. por litro, que deixa de ser doseável em análises seguintes, onde aparecem, algumas vezes, vestígios de glicose.

16-V. — Bilirubinémia, 10 mgr. por litro. Glicémia em jejum, 0,70 gr. por litro. Tem alta de MIA em 18 de Maio, com o diagnóstico de hepatite subaguda, muito melhorado, com diminuição do volume do ventre, sem edemas, nem icterícia, mas ainda com hemorragias.

Reentra no Hospital, para a nossa secção, em 8 de Junho de 1936, por intermédio do seu assistente, o colega MORAIS DAVID, que não tinha vaga, e pede para o doente ser admitido neste serviço.

Baixa, com novas queixas de aumento de volume do ventre, edema dos membros inferiores, astenia e epistaxe, de que piorou há três dias. Confessa hábitos alcoólicos (1,2 litro de vinho por dia). Verificam-se os seguintes sinais: Leve icterícia, hemorragias gengivais, com estomatite, ventre volumoso, com pequena ascite, fígado palpável três dedos abaixo do rebôrdo total, liso, duro, e baço também liso e duro, cujo polo inferior se palpa dois dedos abaixo do rebôrdo costal. Edema dos membros inferiores até à parede do ventre. Apirético. No sangue, em sucessivas análises, leucopénia, com trombocitopénia e os seguintes tempos de sangria e de coagulação: 6.100, 160.000, 4 min. e 30 seg., 4 min.; 3.000, 200.000, 4 min. e 50 seg., 5 min.; 4.000, 60.000, 13 min. e 40 seg. 6 min. e 30 seg.; 6.000, 120.000, 3 min., 7 min.; 5.000 80.000, 6 min., 3 min.; 5.500, 80.000, 7 min., 6 min. Retracção do coágulo nas duas últimas análises, respectivamente, em 1 hora e em 30 minutos. Anemia de tipo secundário, sem alterações da fórmula. Glicosúria em algumas análises a 2, 2-4, 4 gr. por litro, outras vezes limitada a vestígios, facilmente corrigível por ligeira limitação de hidratos de carbono. Urémia, 0,41 gr. por litro. Indicanémia, 3,2 mgr. por litro.

O doente mantém-se em tratamento com Zimena, Coaguleno, Cantan, Cebion, cloreto de cálcio, extractos hepáticos, vitaminas injectáveis Lorenzini e sêro glucosado hipertónico intravenoso, associado à insulina, em doses de 100 cc. de sêro diário, com 20 U. O estado do doente melhora, com alternativas, em relação aos edemas, desaparece a icterícia, mas faz-se progressivamente uma redução de volume do fígado e baço, e as hemorragias tornam-se mais intensas. Manifestam-se tremores, obnubilação e o doente cai em torpor, agitado por períodos de delírio, com desorientação, ao mesmo tempo que na urina aparece tirosina. Volta-se nessa altura à aplicação do sêro glucosado intravenoso com insulina, que o doente já suspendera, mas o estado do doente não se modifica. Institue-se, então, a instilação permanente do sêro glucosado a 5%, na quantidade de cerca de 4 litros diários, sem alimentação, nem insulina. As melhoras manifestam-se nas primeiras 48 horas. O doente sai progressivamente dos sintomas de hepatargia, desaparecem os tremores, o delírio, o torpor e a tirosina da urina. Nos dias seguintes as melhoras acentuam-se até redução quasi total das hemorragias e o doente levanta-se, mantendo-se melhorado nesta data.

Trata-se de um caso de hepatite subaguda, com associação hepatolienal, em evolução para o quadro da atrofia subaguda

amarela do fígado, que entra em hepatargia, com sintomas graves, de que sai pela aplicação, em doses aliás restritas, do sôro glucosado, gota a gota, oral, em três dias de tratamento. Não se injectaram mais do que 4 litros de soluto a 5 0/0, por dia, sejam 200 gr. de glucose, por dia, doses inferiores às preconizadas por GUTZEIT.

CASO III. — Enfermaria M2A, Cama 27, F. M. B., de 50 anos de idade, empregado no comércio. Baixa, em 2-III-937, por icterícia, febre e vômitos. Em Novembro de 1936 baixou ao Hospital dos Capuchos, por febre a 38° e expectoração purulenta, verificando-se a existência de supuração pulmonar, de que se tratou com injecções diárias de hiposulfito de sódio, óleo gomenolado e também de neo-salvarsan, de que fêz seis doses segundas e uma dose terceira, esta última em 15 de Janeiro. Teve alta a 20 do mesmo mês, bastante melhorado, continuando a fazer hiposulfito e diatermia. Há quinze dias, anorexia, prostração, febre e aparecimento de icterícia. Oito dias depois, temperaturas a 39, 39,5, náuseas, vômitos a curtos intervalos, prurido, aumento de intensidade da pigmentação, fezes descoradas.

À entrada, verifica-se icterícia, com fígado levemente aumentado de volume, sem baço palpável. Sangue, 78 0/0, 0,76. 5.120 000. 9.000. Neutrófilos, 60 0/0. Linfocitos, 38 0/0. Eosinófilos, 0 0/0. Basófilos, 0 0/0. G. m., 2 0/0. Urinas com vestígios acentuados de albumina, com pigmentos biliares, raros cilindros hialinos e granuloses. Bilirubinemia, 34 mgr. por litro de sôro. v. d. BERGH directa, imediata.

Em 3-III não há pigmentos nas fezes e institue-se o tratamento de GUTZEIT, com três litros de soluto a 5 0/0 nas vinte e quatro horas, durante três dias, sem alimentação e sem insulina. Diureses de 2.300, 2.400 e 2.500 cc. É notável desde logo a melhoria do estado do doente, quanto à pigmentação. Durante os dias 7 e 8 suspende-se o tratamento e o doente alimenta-se com pouco leite, farinhas e tapioca. Em 9, retoma o tratamento de GUTZEIT, com 5 litros diários, que se mantém até o dia 11, de manhã. Diureses de 4.500, 4.850 e 2 600 cc. Em 11-III a bilirubina no sôro desce para 15 mgr. por litro e o doente só tem leve pigmentação ocular. Em 12 as fezes mostram estercobilina. O doente, durante o tratamento e a-pesar dos dias sem alimentação, além da glucose, aumentou de pêso, de 59,800 kgr. em 7-II, para 60, 400kgr. em 14-II.

É o caso de uma hepatite subaguda, benéfica e rapidamente influenciada pelo tratamento, relacionando-se a diminuição da retenção pigmentar, com a instilação dos primeiros litros do soluto glucosado e o aparecimento de pigmento nas fezes com o sétimo dia de tratamento interrompido.

Devemos notar que os doentes suportaram bem o tratamento, à parte o desejo de comerem. Nos nossos casos o pêso subiu

sempre, a-pesar-de utilizarmos fracas doses de glucose. A glucose administrada constitue, por si, uma importante fonte de calorías, sobretudo se, como nos casos de GUTZEIT, chegarmos a administrar 8 litros a 8 0/0, sejam 640 grs. de glucose, equivalentes a 2.560 calorías, nas vinte e quatro horas. Assim conseguiu GUTZEIT, num seu caso, dispensar durante doze dias qualquer outra alimentação e, com 80 U. de insulina por dia, não houve glicosúria.

Impressionou-nos, em qualquer dos casos, o rápido efeito do tratamento, apreciável logo ao fim de vinte e quatro para quarenta e oito horas.

GUTZEIT estabelece as seguintes indicações para o seu tratamento: urémia verdadeira, casos de cõma tireotóxico, estados de choque post-operatórios, alterações graves do parênquima hepático com hepatargia ou sem ela e estados de falência funcional do fígado, post-operatórios. O A. aconselha, nos casos de lesões hepáticas, a abstenção de alimentação suplementar e em especial de proteínas e tem a impressão de que a alimentação suplementar desvaloriza os efeitos do tratamento.

Tem o tratamento a vantagem de poder ser utilizado por qualquer prático, em locais de poucos recursos, pois basta possuir uma boa sonda duodenal e um irrigador, para administrar o soluto de glucose. Habitualmente, a permanência da sonda permite a passagem ulterior da oliva para o duodeno, ao cabo de maior ou menor espaço de tempo. Não há, de resto, necessidade de esperar pela entrada da sonda no duodeno, para se fazer a instilação.

Aconselhamos o emprêgo de sonda duodenal que não seja demasiadamente delgada, nem muito mole, pois a introdução e a instilação são facilitadas por um razoável calibre e rigidez da sonda. A introdução feita pelo nariz, mas sobretudo a extracção da sonda, aconselham o emprêgo de olivas pequenas, ou, de outro modo, quando da extracção, podemos ter dificuldade em tirar a oliva pelo nariz, sobretudo se houve irritação local, pela permanência da sonda. Então, pode, com uma pinça, extrair-se a oliva pela bõca, puxando-a até ao nível da úvula.

As razões da utilidade desta forma terapêutica e a superioridade dos resultados que se obtêm em relação às outras vias de administração e aos outros métodos são devidas, segundo o A.:

- 1) À acção da glucose.
- 2) À possibilidade de administração de quantidades suficientes de glucose que não podem ser atingidas pelas outras vias.
- 3) À administração duradoura, permanente, de pequenas porções.
- 4) À utilização total da via portal, a que escapam as outras vias, mesmo o clister gota a gota.
- 5) À simultânea administração de grandes quantidades de líquido.

Estas condições são possíveis só com este método. De facto, a glucose administrada por via intravenosa ou rectal não vai além de 50 a 100 grs. enquanto que, por este método, podemos chegar a aplicar ao doente doses de 640 grs. nas vinte e quatro horas (com 8 litros a 8 %). A administração da glucose em doses maciças, como se faz pela injeção intravenosa, não permite, de resto, uma regular utilização da substância, nem de outra forma, o que é importante para o caso de lesões hepáticas, se faz passar toda a glucose, e de maneira permanente, pelo fígado, como no tratamento pela instilação oral. Estas condições devem facilitar a armazenagem do glicogéneo hepático, que é um dos fundamentos do tratamento, como para o método de LEPEHNE. A grande diurese que se estabelece deve ter fundamental importância na excreção de produtos tóxicos e não podemos conseguir uma permanência de efeito diurético, semelhante, com qualquer outro método terapêutico e demais sem que se tenha observado qualquer efeito prejudicial sobre o fígado, sobre o rim, ou circulação, com a administração de tão grandes massas de líquido. Isto deve atribuir-se, exactamente, à forma lenta e não maciça por que se faz a administração do líquido.

A estas razões, invocadas por GUTZEIT, lembramos juntar outra: a possível acção capilar e arterial (sobre o espasmo das arteríolas) no coma renal, não já pela acção da glucose — como resulta das observações de MICHELS e WEIL, HANDOWKI e MENER, citados por GUTZEIT — mas também por uma acção mecânica forçando o espasmo vascular do rim, pela continuada excreção de grande massa de água, acção espasmolítica a pôr ao lado da do «choque de água» de VOLHARD.

ZUSAMMENFASSUNG

In dieser Veröffentlichung wird die Gutzeitsche Methode der Behandlung des Komas und der schweren Intoxikationen mittelst Verabreichung von tropfenweise Glukose *per os* dem portugiesischen Praktiker bekannt gegeben und es werden 3 mit diesem Verfahren behandelte Fälle veröffentlicht.

In diesen 3 Fällen von subakuter Hepatitis, darunter einem mit Hepatargie und Verlauf zur gelben Atrophie wurden Besserungen und rasche Heilung erzielt, die wir der Behandlung zuschreiben zu dürfen glauben.

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

“
eregumil
Fernández

Alimento vegetariano completo á base de cereais e leguminosas

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

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

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

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

Laboratórios da Farmácia Serrano

UROLITOL

Citrato duplo de lithina e de sódio, hexamethylenatetramina e piperazina em granulado efervescente

NUTRIGENIO

Suco de carne crúa estabilizada em solução glicerínada com glicerofosfatos, ligeiramente estriquinados : em frascos

MAGNESIA DE S. LAZARO

hidrato de magnésia e sacarose aromatizados; muito mais barata que as similares estrangeiras

DISPEPTOSE GRANULADA

Pepsina, maltina, pancreatina, citrato de sódio e cloreto de papaverina

Rua 20 de Abril, 128 — LISBOA

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA PÁGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes :

Ano, 60\$000

Colónias e estrangeiro :

Ano, 80\$000

NÚMERO AVULSO : 8\$000 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.

Serviço do Prof. F. Gentil

NOTA CLÍNICA SÔBRE O TRATAMENTO DO CARCINOMA DO PÊNIS

POR

ERNESTO MOREIRA

Desejamos apresentar três casos de tratamento de carcinoma do pênis pela radiopuntura, praticada no Serviço do Prof. F. GENTIL (1.^a Clínica Cirúrgica) e no Instituto Português de Oncologia, em condições e com indicação a que oportunamente nos referiremos.

Faremos sôbre as neoplasias penianas algumas considerações, especialmente sôbre o seu tratamento, procurando destacar as possibilidades do método terapêutico utilizado naqueles casos.

O carcinoma do pênis é uma afecção conhecida desde os mais velhos tempos, já referida por CELSO no I século A. D.

Varia a sua freqüência com as estatísticas e, principalmente, com a região do globo em que esta é feita. Na América do Norte, segundo WOLBARST, HORN e WESBIT, a sua percentagem dentre os cancros masculinos é de 2^o/_o e, na França, de 3^o/_o. Na Grã-Bretanha a percentagem, segundo o estudo de ANDREWS, é de 1,27^o/_o. S. K. NGAI apresenta 4,9^o/_o como a percentagem da Europa Continental.

Entre nós não conhecemos qualquer estatística. Apenas nos podemos referir à que resulta do estudo dos casos da 1.^a Clínica Cirúrgica. Entre 936 neoplasias malignas do sexo masculino existem 45 cancros do pênis, ou seja uma percentagem de 4,7^o/_o.

A freqüência entre os povos orientais é muito superior. LOLLUNG, BONMAN e BABLET indicam 10^o/_o como a percentagem na Indo-China. Segundo NGAI, na China essa percentagem é 18,9^o/_o. LE ROY DES BARRES apresenta-nos um número elevado também, correspondente à sua investigação em Hanoi: 17^o/_o.

Na América do Sul e, sobretudo, no Paraguay parece ser também muito elevado o número de neoplasias malignas do pénis.

A maior freqüência do carcinoma do pénis nos povos últimamente citados deve-se, segundo creio, aos seus rudimentares cuidados de hygiene. Êsse mesmo facto lembra-nos a conhecida relação entre a afecção que nos ocupa e a fimose. Segundo BARNEY, 85 % dos carcinomas do pénis encontram-se em portadores de fimose, segundo NGAI, 98 % e na estatística de DERMAQUAY, 70 %. Sabe-se que entre os judeus e os maometanos, que praticam religiosamente a circuncisão, não se encontra esta doença. WOLBARST afirma que não conhece um único caso de carcinoma do pénis em indivíduo circuncidado na infância. A ausência de factores fundamentais predisponentes — esmegma retido, urina banhando continuamente a glande e o prepúcio e dando lugar a balanopostites — evita aos circuncidados a neoplasia maligna do pénis. Os produtos retidos, constituídos por indol, escatol, índigo, fermentos lipo e proteolíticos e grande quantidade de substâncias gordas, são responsáveis de irritação mecânica e química. A influência dêste factor na etiologia do carcinoma pode tentar provar-se pela sua grande freqüência nos pontos de maior irritação — glande, 63 % e prepúcio, 24 % (BARNEY).

Quanto à idade, é entre os 50 e os 60 anos que êste tumor se instala com maior freqüência. São raros os casos antes dos 50 ou depois dos 70 anos.

As neoplasias epiteliaes tomam um papel de enorme preponderância sôbre tôdas as outras, pela sua esmagadora percentagem. De facto, sarcomas, endoteliomas, miosarcomas, não passam de raridades. São os carcinomas, e nestes os plano-celulares, que constituem o grande contingente dos tumores penianos.

A localização do cancro do pénis faz-se mais freqüentemente em qualquer parte da glande — desde o meato ao sulco balano-prepucial — ou no prepúcio, mais vulgarmente na sua face interna. Aqui, como duma maneira geral nas neoplasias malignas, o carcinoma pode derivar da degenerescência de lesões benignas preexistentes, como os papilomas, as leucoplasias (vulgares nesta região, como em outras mucosas malpighianas), hiperqueratoses, eczemas ou psoríase prepucial. Muitos autores apresentam casos de degenerescência maligna de cicatrizes de cancro duro. Segundo

BARRINGER e DEAN, 13% dos cancerosos do pênis são sífilíticos e 24% foram portadores de blenorragia.

Não queremos deixar de notar aqui a «doença de PAGET da glândula», assim chamada por nela se observarem células do mesmo tipo das da afecção de igual nome da mama e cujo tipo de transformação celular se não afasta também do da doença de PAGET mamária.

O carcinoma do pênis tem início numa pequena exuberância semelhante a uma verruga, ou numa pápula corroída, ou, ainda, numa pequena ulceração sem tendência alguma para a cura. Êste cancro incipiente cresce, infiltra-se e apresentará as habituais características das ulcerações carcinomatosas, mormente a dureza da base e a friabilidade. Estes mesmos caracteres se encontram nos cancros que apresentam forma papilar, vegetante, e que se desenvolvem com notável rapidez.

O diagnóstico diferencial no início da afecção é difícil, principalmente com o papiloma ulcerado e a sífilis. Nesta última nem sempre a idade é suficiente para caracterizar e teremos que lançar mão de outros elementos, em especial da reacção de WASSERMANN. Quanto ao papiloma ulcerado, é a ausência de dureza da base da ulceração (existente nos papilomas corneificantes), a pouca tendência para a proliferação e a ausência de gânglios palpáveis que nos auxiliarão no diagnóstico.

A dificuldade será ainda maior nos indivíduos com fimose. Lembremo-nos, a êste respeito, que o estabelecimento tardio duma fimose representa um sinal muito importante de neoplasia, mais firme quando se acompanha de corrimento purulento ou hemático pelo orifício prepucial. Contudo, a diabetes, responsável de balanopostites, pode ser causadora de erros por provocar sintomatologia idêntica; mas não esqueçamos a possibilidade de associação do cancro com a diabetes, como, por exemplo, se verifica num dos nossos casos.

-A evolução local desta neoplasia não merece comentários especiais. A forma infiltrante pode adquirir grandes proporções por invasão de toda a glândula, prepúcio, corpos cavernosos. Associa-se sistematicamente infecção secundária. O corpo esponjoso da uretra, o escroto e os órgãos sexuais restantes são habitualmente poupados. Há, por vezes, diminuição da corrente urinária e até obstrução, ou incontinência e micção através de fístulas.

Para a generalização metastática, tem o carcinoma do pénis pouca tendência. Quando se faz, é o fígado o órgão preferido.

A invasão linfática, porém, é que representa notável perigo nesta localização neoplásica. Para o seu estudo, vale a pena recordar a anatomia dos linfáticos da região.

Os linfáticos da pele do pénis e do prepúcio reúnem-se nos gânglios inguinais superficiais, especialmente no grupo súpero-interno. Os linfáticos da glande e dos corpos cavernosos seguem a veia dorsal e, chegando aos gânglios prepúbicos, na raiz do pénis, dirigem-se aos gânglios da cadeia profunda e aos retrocruais. Por êste caminho, pois, se faz a progressão linfática. E é a hipertrofia ganglionar inguinal que clinicamente nos interessa.

Quanto à freqüência da invasão ganglionar carcinomatosa, dividem-se muito as opiniões e publicam-se estatísticas muito variadas. MANGAZ, por exemplo, indica 40%, enquanto MONOD diz que observou a invasão linfática em 14 de 19 casos.

É preciso ter presente, entretanto, que muitas vezes o infarto ganglionar clinicamente constatado corresponde apenas a repercussão da infecção secundária, que acima vimos acompanhar sempre as neoplasias penianas. DEAN diz ser de 85% a percentagem de carcinomas com hipertrofia ganglionar e apenas de 44% a das que apresentam histologicamente metástases nos gânglios. KÜTTNER viu hipertrofia ganglionar em 71% dos casos, dos quais em 32% havia neoplasia e BARNEY em 40% provou microscópicamente a existência de elementos neoplásicos nos seus 75% de casos com gânglios palpáveis.

LE ROY DES BARRES publicou um estudo pormenorizado sobre a invasão ganglionar. Divide esta, clinicamente, em: 1) adenopatias nulas ou dificilmente apreciáveis; 2) adenopatias ligeiras; 3) adenopatias médias (gânglios do volume de amêndoas); 4) adenopatias volumosas. Quanto à percentagem de elementos neoplásicos nos gânglios, nestes grupos, elaborou o autor o seguinte quadro:

	Gânglios indemnes	Gânglios cancerosos
1.º grupo . . .	9	1
2.º » . . .	14	14
3.º » . . .	10	10
4.º » . . .	3	13

LISBOA MÉDICA

ASSOCIAÇÃO DIGITALINE-OUABAINÉ

DIGIBAÏNE

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

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

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

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

SEIXAS

PALMA



opoterapia feminina

GINECINA

EXTRACTO HORMONAL PLURIGLANDULAR
A BASE DE OVARIOS, CAPSULAS SUPRARRENAIS,
HIPOFISES E TIROIDEA.
DE OPTIMO RESULTADO EM TODOS OS CASOS DE:
IRREGULARIDADES MENSTRUAIS, PERTURBAÇÕES NA
MENOPAUSA, NEURASTENIA SEXUAL, HISTERISMO,
ACIDENTES CONSECUTIVOS A OVARIOTOMIA,
NEVROSES CARDIACAS, ASMA NERVOSA,
NEURASTENIA GERAL

LE ROY DES BARRES diz-nos, ainda, que 42 % das invasões ganglionares se dão em cancros datando de menos de seis meses e que dos que ultrapassam êste tempo, 61,5 % apresentam localização ganglionar. Êste autor, a-pesar do seu estudo nesse sentido, não obteve qualquer elemento quanto à relação entre a invasão ganglionar e a variedade histológica.

S. K. NGAI fêz um estudo da invasão linfática nos seus 107 casos. Divide os cancros em três grupos: pequenos (até 3 cm. de diâmetro), médios (de 3 a 6 cm.) e grandes (maiores de 6 cm.). Do primeiro grupo possui um caso, e êsse sem metástases. Do segundo grupo, o seu estudo revelou igual número de casos negativos e positivos. Do terceiro grupo refere 8 casos com metástases ganglionares e 2 sem sinais de invasão neoplásica dos gânglios.

Afigura-se-nos de interêsse e oportuno, pela sua particular referência à invasão ganglionar, transcrever a divisão dos tumores penianos, segundo MEREDITH CAMPBELL: 1) tumores superficiais, menores de 2 cm. de diâmetro e sem metástases palpáveis; 2) tumores superficiais, aparentemente com metástases inguinais, mas nos quais há apenas, em regra, lesões inflamatórias; 3) tumores localmente infiltrantes, com metástases nem sempre distintamente palpáveis, mas em que a invasão ganglionar pode ser tomada como existindo em metade dos casos.

Deduz-se do observado acêrca da grande freqüência da fimose nos cancerosos do pênis uma notável indicação profiláctica: a circuncisão em tenros anos da vida.

A higiene, evitando a acumulação de esmegma e as balanites crônicas, é, naturalmente, bom elemento de profilaxia.

A exêrese de tôdas as lesões consideradas como precancerosas, e já acima as enumerámos, está também indicada sob o ponto de vista profilático.

No arsenal pròpriamente terapêutico do cancro do pênis possuímos três elementos: cirurgia, rádio e raios X.

O tratamento cirúrgico das neoplasias do pênis consiste na ablação mais ou menos extensa do pênis ou de suas partes. DEAN afirma que estas intervenções devem ser quanto possível conservadoras. Vão desde a simples circuncisão nos pequenos tumores do prepúcio até à amputação do pênis ou à emasculação total.

A amputação deve tender para a máxima conservação do órgão e a emasculação parece-nos apresentar limitadíssimas indicações pela raridade de invasão dos restantes órgãos genitais. A própria ablação da porção perineal dos corpos cavernosos raramente é necessária.

O tratamento cirúrgico, segundo o maior número dos autores, deve ser seguido ou acompanhado de esvaziamento inguinal uni ou bilateral. Lembremo-nos do número de infartos ganglionares sem elementos neoplásicos, mas não esqueçamos igualmente a suspeita que ainda as adenopatias ligeiras de LE ROY DES BARRES oferece. Para o maior número dos cirurgiões, pois, deve fazer-se a extirpação ganglionar. MAUCLAIR preconiza o esvaziamento bilateral e em bloco das virilhas, extirpando a pele com os gânglios e procedendo de dentro para fora. Fá-lo na mesma sessão do tratamento da lesão peniana, tal como YOUNG. Recordando-nos da infecção secundária, que tantas vezes acompanha a hipertrofia ganglionar, não estranharemos os relativamente numerosos casos de infecção e fleimão gangrenoso, por vezes terminados pela morte. É por esta mesma razão que a grande maioria dos cirurgiões procede ao esvaziamento ganglionar em sessão operatória distinta e que LE ROY DES BARRES afirma dever distanciar-se, da primeira intervenção, cinco ou seis semanas. Esta mesma opinião é partilhada por CHEVASSU.

LE ROY DES BARRES emprega uma técnica sua de esvaziamento inguinal. Fá-la após incisão curva no hipogastro, prolongada para as coxas por incisões verticais e extirpando em um bloco único, o qual apresentará forma semelhante a uma mariposa, o tecido celular e ganglionar destas regiões. Segundo o seu estudo histológico, deve extirpar-se o gânglio denominado de SPITZ e que se encontra aproximadamente 1 cm. para baixo e para dentro da espinha ílica ântero-superior.

Quanto à curieterapia, encontram-se opiniões muito variadas.

É proposta por alguns como meio preferível de esterilização da neoplasia localizada nos gânglios, aplicado o rádio em moldes de pasta apropriada. Todavia, ao lado desta opinião pode colocar-se a de DEGRAIS, que propõe a aplicação de rádio para a neoplasia peniana e a cirurgia para a invasão ganglionar.

Como meio único de tratamento do carcinoma do pénis tem sido o rádio proposto também. NABIAS preconiza a curieterapia

por meio de agulhas colocadas em molde, o qual abrange o pênis e as regiões inguinais e obedece a disposição que, irradiando tôdas as zonas que o exigem, tem o cuidado de evitar a esterilização do indivíduo.

Deixemos aqui registada o opinião de MONOD, que afirma obter-se só com o rádio uma percentagem de curas que orça por 60 0/0, enquanto LEGUEU e KUTTNER dizem ser 30 0/0 os curados só com métodos operatórios.

A aplicação de rádio pode fazer-se ainda pela radiopuntura. Êste método, que particularmente interessa nestas notas, é propositadamente deixado para último lugar.

Os raios X têm um papel principalmente paliativo, sob a forma de raios de média penetração, no tratamento das neoplasias inoperáveis.

Não queremos deixar de referir a coagulação dos carcinomas do pênis segundo a técnica proposta e praticada por WELL e WARD com bom resultado, conforme as suas próprias afirmações.

DEAN usa exclusivamente o rádio para as neoplasias pouco extensas, menores de 2 cm. de diâmetro e superficiais. Quando atinjam já tecidos mais profundos, inacessíveis à irradiação, propõe, após esta, a amputação conservadora. Quando há metástases ganglionares, propõe a associação do rádio e raios X, mais tarde fazendo o esvaziamento inguinal se o estado das lesões e as condições de estado geral do doente o permitem. Afirma DEAN, também, que quando há infecção secundária os resultados são muito piores quanto à cirurgia e quanto à radioterapia. Em todo o caso a amputação do pênis, deixando de existir a repercussão ganglionar inflamatória, melhora o estado geral do doente e então a irradiação dos gânglios passa a oferecer melhores perspectivas. Far-se-á ainda em muitos casos, nessa altura, o esvaziamento inguinal com muito menor risco de infecção post-operatória. Esta opinião sobrepõe-se às expostas anteriormente quanto à oportunidade da intervenção ganglionar.

Queremos ainda apresentar um resumo da orientação terapêutica dos carcinomas do pênis na 1.^a Clínica Cirúrgica, desde 1912. A amputação do pênis, seguida a maior parte das vezes de esvaziamento inguinal em tempo operatório distinto foi a norma até ao ano de 1917. Desde então começaram a associar-se à cirurgia os raios X, irradiando as regiões inguinais após a in-

tervenção. Em 1920 foi pela primeira vez empregado o rádio como esterilizador dos elementos neoplásicos dos gânglios. Usava-se antes e depois da operação mutilante. Nalguns casos, entretanto, a radioterapia não excluía o esvaziamento.

A cirurgia conservadora, tendente às pequenas extirpações sem amputação do órgão, teve início em 1926 com uma circuncisão por cancro do prepúcio, seguida de radioterapia. Por esta mesma época repetiram-se intervenções de esvaziamento inguinal e amputação num único tempo. Continuaram a empregar-se os raios X nas regiões inguinais.

Desde 1931 radicou-se mais o espírito conservador com as extirpações locais das neoplasias por electrodiérese, seguidas da aplicação de rádio em molde.

O esvaziamento inguinal bilateral, segundo a técnica de LE ROY DES BARRES, começou a ser praticado desde 1931, afastado entre três e cinco semanas da intervenção da lesão primitiva. Os seus resultados constituirão trabalho a publicar pelo assistente da 1.^a Clínica Cirúrgica, Dr. RÓDO.

Há apenas um caso no Arquivo, de aplicação de rádio em molde como único tratamento, com mau resultado, pois mais tarde teve o doente de sofrer amputação do pénis, por recidiva local.

Todos os doentes a que se refere esta sumária nota tiveram alta, curados.

Existem três casos de morte em doentes com neoplasias inoperáveis e uma morte por síncope cardíaca no acto operatório em um doente operado com anestesia geral.

Dum caso há referência no Arquivo, da manutenção da cura ao fim de oito meses. Trata-se dum doente em que o tratamento consistiu numa circuncisão.

Um problema importante não deve ter passado despercebido ao espírito de muitos clínicos, o qual é o aspecto social do tratamento mutilante do carcinoma do pénis praticado em tão grande número de casos. Tantas vezes êsse tratamento se propõe a indivíduos na posse da sua vida sexual! E não são raros os casos de indivíduos que recusam tal intervenção. Perante a fatalidade do prognóstico a que tal recusa obriga pelo avanço da doença impenitente, o cirurgião não deverá ficar sem recursos. Ainda

que afirmada a excelência do tratamento cirúrgico mutilante em muitas neoplasias extensas, devemos nestes casos escolher o melhor tratamento conservador. Em três dêstes casos, que apresentaremos, foi escolhida a radiopuntura, seguida, em dois dêles, de tratamento cirúrgico conservador.

A semelhança anátomo-patológica dos carcinomas do pênis com os da língua e a semelhança clínica que nos é revelada pela pouca tendência à generalização e facilidade de repercussão linfática, faz nos tentar um tratamento que nas neoplasias linguais tem lugar de destaque: a radiopuntura.

Na Bibliografia encontra-se referência a casos tratados por êste método. FRUCHAUD apresenta um caso de cura ao fim de quatro anos, afirmando, entretanto, que êste tratamento deve dar lugar a aplicação em molde, para evitar as necroses que se seguem.

Nós apresentaremos os três casos que motivaram esta nota clínica, até que se nos depare ensejo para novas experiências, animados pelos resultados obtidos.

OBSERVAÇÃO N.º 5.404 do Serviço do Prof. F. GENTIL. — J. B. N., de 63 anos de idade, casado, natural de Santarém.

Antecedentes hereditários e colaterais. — Sem interêsse.

Antecedentes pessoais. — Sem interêsse. Nega em absoluto doenças venéreas.

História progressa. — Há trinta anos o doente foi operado de circuncisão por fimose. Há nove meses, após um coito, foi chamada a atenção do doente para uma pequena ulceração na face dorsal da glande, junto do sulco balano-prepucial, que sangrava. Como a lesão aumentasse progressivamente de extensão, consultou um médico, que lhe prescreveu aplicação de pomadas, entre as quais uma de insulina. Não obteve resultado apreciável. Há cinco meses fêz cinco sessões de röntgenterapia em Benavente, sem grande benefício.

Observação: indivíduo de regular nutrição, apresentando unicamente à observação geral, varizes das safenas. Aparelho respiratório e circulatório sem alterações.

Observação da lesão principal: na face anterior do pênis, sôbre a linha média e junto ao sulco balano-prepucial, observa-se uma ulceração irregularmente ovalar que invade a pele do pênis e a mucosa da glande, medindo cêrca de 2,5 cm. no maior eixo e 1,5 cm. no menor, que é transversal. Bordos ligeiramente salientes, endurecidos. Superfície vermelha e de aspecto granuloso, palpando-se em tórno da lesão uma zona pouco extensa de endurecimento. Gânglios inguinais esquerdos pequenos, môveis, pouco duros e indolores.

Análise de sangue. — Hemoglobina, 100 %; hematias, 4.680.000; leuco-

citós, 7,600; linf., 17,5 0/0; mon., 7,0 0/0; poli. neutróf., 72,5 0/0; eosin., 3,0 0/0; mastz., 0 0/0; coagul., 7'; t. hem., 2'.

Análise de urina. — Volume em 24 horas, 800 cc.; côr, 3 (VOGEL); dens., 1026; reacção alc.; cloretos por litro, 19,06; ureia por litro, 20,31; albumina, 0; glucose por litro, 16,7. Sedimento: algumas células epiteliaes pavimentosas, alguns cristais de fosfato amónio-magnésiano e de urato de amónio.

Em 26-XI-934 faz-se radiopuntura: applicação de sete tubos de meio milímetro de ouro, contendo cada um 2,5 mgr. de Ra El. Punções feitas por electrodiérese. Operador: A. RÓDO. Anestesia: novocaína + sulfato de potássio + adrenalina.

Foi praticada concomitantemente uma biopsia cujo resultado passamos a descrever: «neoplasia formada por irregulares e numerosos cordões de células carcinomatosas do tipo malpighiano; no interior de alguns cordões encontram-se alguns glóbulos córneos; atipia celular; algumas mitoses atípicas; estroma conjuntivo-vascular pouco desenvolvido e infiltrado ligeiramente por linfócitos». Carcinoma plano-celular.

a) J. NEVES DA SILVA.

Retiram-se as agulhas de rádio às 48 horas. Fazem-se pensos de soluto de rivanol a 1 0/00, cicatrizando progressivamente a lesão até 12 de Janeiro, data em que se observa uma cicatriz dura e retraída.

Em 16 de Janeiro o doente sofre nova intervenção. Operador: Prof. F. GENTIL.

Extirpação da cicatriz resultante da úlcera neoplásica, por electrodiérese. Sutura com *cat-gut* n.º 1 TRIOLLET.

Anestesia pela novocaína + sulfato de potássio + adrenalina.

A análise histológica revelou o seguinte: «revestimento de epitélío pavimentoso estratificado sem sinais de atipia. A parte restante dos fragmentos é constituída por tecido conjuntivo de cicatriz». Tecido de cicatriz.

a) J. NEVES DA SILVA.

Em 19 de Janeiro, alta, a pedido, vindo diàriamente à Consulta Externa do Serviço a-fim-de continuar o tratamento local, e ao Serviço de Raios X para röntenterapia inguinal.

Observa-se nos dias seguintes grande edema do pênis e pequena tendência para a cicatrização. Algum tempo depois o doente abandonou o Serviço, continuando o tratamento sob nossa indicação.

Dez meses depois foi observado o doente, que não apresentava já edema. Persistia atraso de cicatrização, mas não havia aspecto neoplásico.

Em 20-II-936 é o doente novamente observado. Não há edema. Resta cicatrizar uma superfície cujo maior diâmetro não excede 0,5 cm. Não há alteração dos gânglios inguinais.

OBSERVAÇÃO N.º 5437-A do Serviço do Prof. F. GENTIL. — J. R. C., de 50 anos de idade, casado, trabalhador rural.

Antecedentes hereditários e colaterais. — Não oferecem interêsse.

Antecedentes pessoais. — Sem interêsse. Ausência de passado venéreo.

História progressa. — Data de oito meses o princípio das suas queixas. Sentiu inicialmente prurido na glândula, junto do sulco balano-prepucial, e ardor à micção. Notou então que no ponto em que sentia o prurido existia um pequeno endurecimento, palpável através do prepúcio, pois uma fimose congénita não permitia a observação directa. Êste endurecimento foi crescendo, sem nunca causar incômodo que excedesse uma vaga impressão que mal define. Há cêrca de dois meses sofreu uma circuncisão que permitiu a observação de um tumor na glândula, prolongando-se no prepúcio e da qual foi feita uma biopsia, cujo resultado adiante referiremos. Em conformidade com êste resultado foi o doente enviado ao Instituto Português de Oncologia, de onde foi mandado ao Serviço da 1.ª Clínica Cirúrgica.

Observação: J. R. C. é um individuo sem doença apreciável pela nossa observação geral.

A lesão principal oferece-nos a seguinte descrição: glândula apresentando na sua metade direita uma ulceração aproximadamente circular com a superfície de uma moeda de 50 centavos. Bordos irregulares e exuberantes. Fundo granuloso, esbranquiçado nuns pontos, vermelho vivo noutros. Atinge a ulceração o rebordo do prepúcio, que se encontra em tôda a circunferência aderente à glândula, no sulco balano-prepucial. Base muito dura. Na metade esquerda da glândula, junto ao meato, há uma outra ulceração de superfície aproximada de uma moeda de 5 centavos, plana, avermelhada, com abundante serosidade clara. Palpam-se gânglios indolores, duros, móveis, como avelãs, na virilha direita.

Análise de sangue. — Hemoglobina, 85 %; hematias, 4.421.000; leucócitos, 9.600; linf., 29,0 %; mon., 5,0 %; poli. neutróf., 65,6 %; eosin., 1,0 %; mastz., 0,0 %.

Análise de urina. — Quantidade em 24 horas, 1100 cc.; côr, 2-3 (VOGEL); dens., 1017; reacção alc.; cloretos por litro, 10,67; ureia por litro, 11,00; albumina, 0; glucose, 0; acetona, 0. Sedimento: raras células epiteliais pavimentosas, raros leucócitos.

Resultado da biopsia: «o epitélio de revestimento prolifera para a profundidade sob a forma de grandes massas e cordões de células semelhantes às do corpo mucoso de MALPIGHI, com bastantes mitoses atípicas. Subjacente ao epitélio o conectivo encontra-se na sua maior parte necrosado e mostra extensas hemorragias recentes e antigas. Não se encontram trombozes no fragmento enviado». Carcinoma espino-celular com numerosos globos córneos. Trombose da veia dorsal do pênis?

a) MANUEL PRATES.

Foi em 11-1-935 operado êste doente pelo Prof. F. GENTIL: radiopuntura introduzindo seis tubos de 2,5 mgr. de Ra El com meio milímetro de ouro. Electrodiêrese. Anestesia pela novocaína + sulfato de potássio + adrenalina.

Foi retirado o rádio ao fim de 48 horas. Existe uma ligeira necrose. Dias depois, esta é mais extensa. Estabelece-se o tratamento por meio de pensos de pomada de rivanol com diadermina.

No dia 22 de Janeiro o aspecto da ferida é melhor pela eliminação da necrose. Em 8 de Fevereiro o doente tem alta com a sua lesão quasi cicatrizada.

Observado de novo no dia 12 de Março, nota-se que a cicatrização se havia já completado e que não havia alteração dos gânglios inguinais.

Seguiu-se röntgenterapia nas regiões inguinais.

Observado J. R. C. três meses passados, conserva-se a lesão cicatrizada e não há alteração ganglionar.

OBSERVAÇÃO N.º 18.921 do Instituto Português de Oncologia e 5.888-A do Serviço do Prof. F. GENTIL. — J. P. E., de 73 anos de idade, natural de Gavião.

Antecedentes hereditários e colaterais. — Pai falecido aos 85 anos com uma neoplasia maligna da perna direita (?)

Antecedentes pessoais. — Sem interêsse. Ausência de passado venéreo.

História progressa. — Há cêrca de oito meses notou o doente o aparecimento de uma solução de continuidade de pequenas dimensões, no sulco balano-prepucial, inicialmente muito dolorosa e que por vezes sangrava. Foi aumentando de extensão até que invadiu tãda a glande.

Observação: doente de idade aparente coincidindo com a real. Aparelhos circulatório e respiratório sem alterações.

Observação da lesão principal: todo o prepúcio na parte que recobre a glande, bem como esta, se encontram substituídos por uma massa exuberante, granulosa, sangrante. Apenas cêrca de meio centímetro da pele do prepúcio está intacta, vendo-se perto dela o meato urinário. Os tecidos subjacentes apresentam consistência normal. Á pressão, que é dolorosa, faz-se correr pequena quantidade de pus ensanguentado. Não se palpam gânglios inguinais hipertrofiados.

Análise de sangue. — Hemoglobina, 75 %; hematias, 4.400.000; leucocitos, 7.200; linf., 23,0 %; mon., 3,0 %; poli. neutróf. 68,0 %; matz., 2,0 %.

Análise de urina. — Dens., 1017; cõr, 3 (VOGEL); reacção alc.; albumina, ténues vestígios; glucose, 0; acetona, 0. Sedimento: muitas células epiteliais pavimentosas, alguns glóbulos de pús, raras hematias, filamentos de muco.

Foi feita biopsia, cujo resultado se descreve: «neoplasia constituída por muitas células irregulares epiteliais do tipo malpighiano com muitas atipias. Estroma escasso, com infiltração linfocitária». Carcinoma espino-celular.

Foi feita radiopuntura ao doente em 26-III-936. 3,81 Mcd. no Instituto Português de Oncologia. Antes de terminado o período estabelecido, caíram as agulhas, tendo sido finalmente aplicado rádio em superficie, 8,8 Mcd.

Em 3-IV-936 foi feito rádio em superficie nas regiões inguinais.

O doente teve alta em 8-IV-936. A neoplasia apresenta-se muito diminuída.

J. P. E. foi de novo internado, desta vez no Serviço da 1.ª Clínica Cirúrgica, em 10-V-936. A observação dessa época resume-se assim: fimosose acentuada. Na parte superior do contôrno do orifício prepucial vê-se uma irregularidade exuberante. Corresponde a uma massa da face interna do prepúcio que é muito friável, de forma irregular e bordos mal definidos, com superficie que não excede a duma moeda de 5 centavos e que atinge o sulco balano-prepucial. Glande livre. Gânglios inguinais impalpáveis.

Em 13-V-936 sotreu o doente a intervenção seguinte: corte circular com faca diatérmica circundando o prepúcio e incluindo tãda a neoplasia. Sutura da mucosa à pele com seis pontos de *cat-gut* 00.

Anestesia local pela novocaína + sulfato de potássio + adrenalina. Operador: Prof. F. GENTIL.

O resultado da análise histológica do produto extirpado é o seguinte: «epitélio de revestimento espessado, irregular em certos pontos, com pequenas digitações para a profundidade. Grande infiltração plasmolinfocitária difusa subepitelial e perivasculær. Predomínio de plasmazellen. Nos cordões epiteliaes, como que pequenos globos córneos». Carcinoma plano-celular. Sífilis (?).

a) H. PARREIRA.

O doente foi transferido, em 20-V-1936, para o Instituto Português de Oncologia, onde voltou a sofrer tratamento curieterápico em superfície. Safo do Hospital Escolar com cura operatória e óptimo aspecto local.

Vemos na nossa segunda observação que a radiopuntura foi suficiente para que se obtivesse cicatrização completa, mantida três meses passados. Acêrca do primeiro caso temos que lembrar ser a diabetes coexistente a causa da preguiça de cicatrização e ter sido a radiopuntura suficiente para a cura da neoplasia, como se prova pela análise histológica da cicatriz. Quinze meses decorridos, não havia recidiva, nem clinicamente era de crer a repercussão linfática. No terceiro caso, o óptimo resultado operatório foi possível apenas associado à radioterapia, aqui praticada em radiopuntura e em superfície.

Interessante se nos oferece a observação periódica dêstes doentes e a repetição do tratamento, para que possamos tirar conclusões sérias e avaliemos com exactidão das suas possibilidades.

BIBLIOGRAFIA

- NABIAS. — «Traitement par le radium de quelques néoplasmes». Paris. 1927.
 WELL e WARD. — *Surgery, Gynec. and Obst.* Maio de 1926.
 LE ROY DES BARRES, P. HEYMANN e BABLEY. — *J. de Radiologie et Electricité.*
 Agosto de 1928.
 DEAN. — *Archives of Surgery.* Abril de 1929.
 FRUCHAUD. — *Lyon Chirurgical.* Maio-Junho de 1930.
 WOLBARST. — *The Lancet.* Janeiro de 1932.
 LEYGHTON. — *American Journal of Cancer.* — Março de 1933.
 LE ROY DES BARRES. — *Bull. de l'Académie de Méd. de Paris.* Março de 1933.
 NGAI. — *American Journal of Cancer.* Outubro de 1933.
 LENORMANT. — *La Presse Médical.* Maio de 1934.
 HORN. — *Annals of Surgery.* Setembro de 1934.
 CAMPBELL. — *The American Journal of Surgery.* Abril de 1935.
 JOHNSON. — Nelson. Vol. VI. 1935.

A-PROPÓSITO DO JUBILEU
DA
SOCIEDADE PARA O PROGRESSO DAS CIÊNCIAS
Kaiser Wilhelm Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften

(COMENTÁRIOS E NOTAS)

(*Continuação do número anterior*)

POR

BARAHONA FERNANDES

IV — OS INSTITUTOS DE PSIQUIATRIA E NEUROLOGIA

(*Continuação*)

e) Das Kaiser Wilhelm Institut für Hirnforschung in Berlin-Buch.

Completamente diversa é a orientação do *Instituto de Investigação Cerebral* de Berlin Buch, fundado e dirigido por C. e O. VOGT. O projecto de investigação científica d'este celebrado casal de estudiosos e dos seus colaboradores representa, sem dúvida, a mais grandiosa tentativa que se tem feito, para a resolução «objectiva» do magno problema do conhecimento dos *fundamentos materiais da vida psíquica*.

As investigações de C. e O. VOGT começaram em 1898, na «Estação central neurológica», em Berlim, a que se seguiu o «Laboratório neuro-biológico da Universidade». Em 1915 fundou-se, com meios financeiros fornecidos pelos industriais KRUPP, o *Instituto de Investigação Cerebral*, que em 1931, com um subsídio da *Rockefeller Foundation*, se instalou no seu actual edificio, nos arredores de Berlim, na vizinhança do grande Manicómio de Buch, donde recebe material anatómico e clínico. As instalações do Instituto (fig. 2) são uma maravilha de organização e reparam-se num grande edificio, em estilo moderno («adaptado aos fins») com cinco andares, que se destina exclusivamente a labora-

tórios e gabinetes de trabalho científico e compreende as secções de *anatomia, fisiologia, psicologia, fonética, genética, química, fototécnica e técnica física*. Esta última é dirigida por um engenheiro especializado e dedica-se exclusivamente à reparação e construção de novos aparelhos para os estudos realizados no Instituto (aparelhos de registo das correntes eléctricas do cérebro, nervos e músculos, de registo da linguagem patológica, etc.). Anexos a êste pavilhão estão os estábulos dos animais de experiência e estufas para estudos de genética botânica. Ao lado, e ligado ao pavilhão principal por uma galeria coberta e em arco

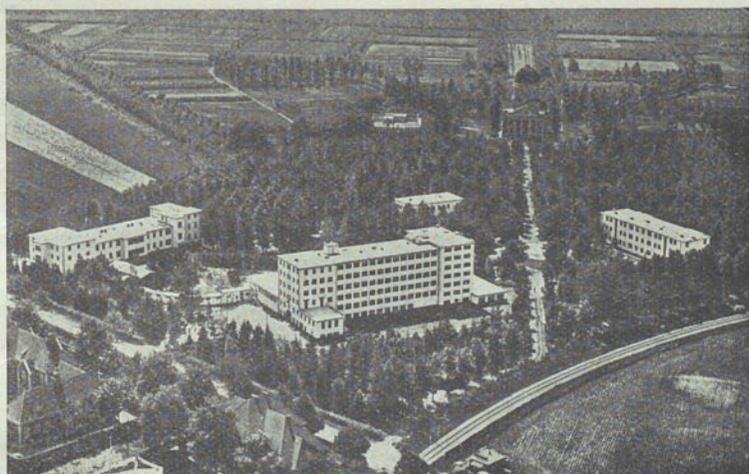


Fig. 2. — O Instituto de Investigação do Cérebro em Berlim-Buch

de círculo, encontra-se o edifício da *Clinica*, onde só são hospitalizados casos especiais para estudo; esta tem o direito de escolher do grande número de Asilos e Manicómios dos arredores de Berlim os doentes que interessarem aos trabalhos em curso. À data da nossa última visita (Agosto de 1936) havia apenas doentes com «afecções estriares», numa série numerosa que compreendia tôdas as formas possíveis de doenças extrapiramidais, como em parte alguma se poderiam encontrar reunidas, e que eram objecto de particulares investigações clínicas, laboratoriais e psicológicas sôbre o tónus, a postura, etc. (SÖNNECKEN). Juntamente com a clínica funciona uma secção de *Estudo da constituição*. Estes edificios estão sítos num parque, no qual ainda

se encontram a habitação do Director e outra maior para os seus colaboradores, com as famílias. Longe da cidade e mesmo afastado da povoação de Buch, o Instituto oferece bem as condições ideais de calma e isolamento para o estudo, a meditação e para as pacientes pesquisas laboratoriais, longe da vida inquietante das grandes urbes.

Ao contrário da escola de Munich e de muitos outros centros de estudos psiquiátricos e neurológicos, que arvoram, como norma directriz, um marcado dualismo psico-físico e se recusam, «em princípio», a localizar materialmente «o psíquico», partem C. e O. VOGT de um *paralelismo heurístico entre Soma e Psiqué*, e esforçam-se por resolver o problema das bases materiais da vida anímica pelo estudo múltiplo e convergente dos fenómenos psicológicos e orgânicos, utilizando simultaneamente os métodos da psicologia, clínica, anatomia, fisiologia, genética experimental, hereditariedade, física, química, etc. Este «paralelismo» não envolve pois qualquer prejuízo filosófico, é meramente empírico e postulado como *regra metodológica*, para evitar a consideração divergente da clínica e da anatomia que apontámos no capítulo anterior e permitir a reunião e conjugação dos resultados dos diversos métodos. A mesma atitude é tomada por KLEIST (de Francfort). A dificuldade e o ponto fraco da doutrina estão menos na concepção original do que no modo de aplicação de métodos tão diferentes e muito particularmente no modo de correlacionar os dados psicológicos com os organo-fisiológicos. Não é permitido, sem mais nem menos, pôr em «paralelo» uma vivência anormal (isto é, um determinado sintoma psicótico) e uma lesão anatómica que pareça coincidir com ela. Na maior parte dos casos o nexa não é imediato; pelo menos é necessário distinguir, por um lado, a «compreensibilidade ou incompreensibilidade» psicológica da vivência antes de se lhe pretender dar um substracto orgânico, e, por outro lado, reconhecer as alterações causadas por uma lesão anatómica no conjunto das funções nervosas, antes de a inculpar directamente pelo desvio abnorme da vida psíquica. Estas reservas podem-se fazer muitas vezes tanto a VOGT como a KLEIST, por exemplo, quando o primeiro relaciona a notável energia da vontade de determinada personalidade histórica (LENINE) com as maiores dimensões de determinadas células piramidais do córtex, e o segundo «localiza» as qualidades do Carácter

do indivíduo (do «Eu») na região orbitária. Não é aqui porém o lugar de nos alongarmos nesta crítica.

C. e O. VOGT têm porém o grande mérito de haverem impulsionado extraordinariamente a investigação anatómica e fisiológica do encéfalo pela *criação de novos métodos* de estudo muito produtivos e extremamente rigorosos. Assim, por exemplo, na anatomia criaram, com os seus colaboradores, os novos métodos de estudo da estrutura fina do cérebro — a *cito e mielo-arquitectónica*, métodos de modelação cerebral (BRÜCK), de microfotografia (HEYSE), de fisiologia cerebral (excitações liminares do córtex em campos architectónicos determinados, e recentemente o registo gráfico das correntes de acção encefálica por TÖNNIES, etc.); métodos de estudo da linguagem (ZWIRNER), etc. É bem certo que os progressos das ciências naturais dependem e pressupõem sempre a criação de novas técnicas e métodos de os abordar; a especulação teórica desmarcada resulta, quasi sempre, de se ultrapassarem nas deduções e generalizações os limites e a segurança oferecidos pelos métodos usados.

A *anatomia cerebral* constitue o objecto mais importante de estudo do Instituto, e o fundamento mais seguro de toda a outra investigação. O exame o mais singelo da estrutura de um encéfalo mostra que elle se compõe dum número considerável de elementos — as células nervosas e os seus prolongamentos. As células não estão, além disso, dispostas ao acaso, mas sim de um modo ordenado, constituindo órgãos mais ou menos diferenciados. Esta sistematização dos neurones dá-se tanto a distância, «funcionalmente», pelas ligações dos feixes nervosos, como, *topograficamente*, em regiões de estrutura particular, a que também correspondem determinadas funções. Os métodos anatómicos vulgares não chegavam para caracterizar estes «órgãos elementares», e por isso criaram C. e O. VOGT novos métodos de estudo da estrutura fina do córtex, pela determinação exacta da topografia das células (*cito-arquitectónica*) e das fibras nervosas (*mielo-arquitectónica*) a que a breve trecho se juntou a dos vasos (*angio-arquitectónica*, LORENTE DE NÓ, PFEIFER). O cérebro é dessa maneira cortado, por técnicas especiais, desde o polo frontal até ao occipital; os cortes são corados para demonstração das células nervosas (método de NISSEL), das fibras de mielina (método de WEIGERT) e dos vasos, e estudados em série os milhares de preparações

assim obtidas, notando-se então rigorosamente todos os pormenores: de espessura total do córtex, número e espessura relativa das camadas, densidade, forma, repartição e outros caracteres das diferentes formações celulares que as compõem, etc. Estes caracteres referem-se depois aos sulcos e circunvoluções da superfície exterior do encéfalo, reconstituindo-se desta maneira o conjunto. Distinguem-se dêste modo *territórios* corticais (frontal, parietal, etc.), de textura assaz diversa, e, dentro dêstes, numerosos *campos* (com várias subdivisões secundárias) atendendo a tôdas as diferenças de estrutura cito e mielo-arquitectónica. O estudo paciente de muitos anos com BROADMANN, levou a uma primeira carta orientadora do cérebro (1909) que, com o auxílio da anatomia comparada e de outras disciplinas auxiliares, tem sido continuamente desenvolvida; VOGT espera ainda poder publicar a carta definitiva do encéfalo, para o que, depois do seu afastamento dêste Instituto, por atingir o limite de idade, em 1937, continuará os seus trabalhos num novo Instituto em construção em Neustadt, na Floresta Negra.

A citoarquitectónica de v. ECÓNOMO, de Viena de Áustria, constitue o único eco, no restante mundo científico, a esta grandiosa investigação anatômica, se exceptuarmos algumas escolas de discípulos e continuadores do próprio VOGT, como BECK, em Francfort; ROSE, em Varsóvia; LORENTE de NÓ, na América, e os Institutos de investigação cerebral, de Moscovo, fundados pelo próprio VOGT.

Não faz sentido entrar aqui em mais pormenores. Acrescentemos, porém, que a aquisição mais segura de todo êste labor é a do conhecimento seguro da *heterogeneidade da estrutura do cérebro*. VOGT distingue cêrca de 200 campos diferentes, de diversa estrutura celular e mielínica, com limites precisos e tendo cada um várias camadas nitidamente diferenciáveis (em média distinguem-se até 10) e cada camada várias espécies de células em diversa disposição e com as suas particulares ligações sinópticas. ¿Quem se atreve, pois, ainda a afirmar que o cérebro é homogêneamente construído, como é possível que a esta extraordinária complexidade e diversidade estrutural das diversas regiões encefálicas não corresponda também uma diversidade funcional?

VOGT acentua muito o facto da existência desta multiplicidade

de estruturas morfológicas cerebrais e opõe o seu conhecimento à afirmação corrente dos psicólogos, que repelem *à priori* a possibilidade de encontrar um substracto material para os fenómenos psíquicos, com o argumento da falta de um equivalente morfológico suficientemente diferenciado que se possa pôr a-par da riqueza imensa da vida anímica!

Vejamos, então, quais são os outros meios propostos por VOGT para a resolução «objectiva» do magno problema da determinação da base material da vida psíquica.

O estudo anatómico do cérebro humano revelou, como vimos, a existência de numerosas estruturas diferentes, que se podem agrupar em *órgãos elementares*, com uma arquitectura e função particulares, a que VOGT chama *unidades topísticas topográficas* e que divide em várias ordens, segundo a sua importância e hierarquia funcional. Além da *anatomia humana*, deve-se recorrer, também, à *anatomia comparada do encéfalo*, determinando precisamente as particularidades cito e mielo-arquitectónicas do cérebro na escala animal filogenética dos vertebrados, desde os peixes até aos mamíferos. Neste fastidioso e difícil trabalho tem tido VOGT a colaboração de uma pléiade de estudiosos de todos os países, em que se demarca também um nome português, o Prof. A. FLORES, que em 1911 traçou a carta mielo-arquitectónica do ouriço cacheiro.

Este trabalho constitue, além dos conhecimentos anatómicos em si, uma base absolutamente necessária para a *fisiologia cerebral*. Mais do que em qualquer outro território, é para o encéfalo extremamente restrito e difícil o âmbito de aplicação dos *estudos fisiológicos experimentais*. Por isso se tem de recorrer, por um lado, à *experiência comparada no animal* e, por outro, às experiências espontâneas da Natureza, pelo estudo das *lesões grosseiras e localizadas de natureza patológica* (amolecimento, hemorragias, compressões de tubérculos e tumores, etc.). Este estudo tem a vantagem de permitir a análise concomitante das alterações da vida psíquica causadas pela destruição de uma determinada região cerebral e permitir, pois, mais do que a experiência fora do homem (destruições e excitações localizadas de determinadas regiões encefálicas no animal), um conhecimento da diversidade funcional das várias estruturas cerebrais, e estabelecer relações entre lesões localizadas e determinados síndromas nervosos e

mentais, isto é, contribuir para o conhecimento das *localizações cerebrais*. Ao lado dos novos métodos anatómicos, foi necessário utilizar também novos e mais precisos métodos neurológicos e psicológicos, em que predomina a tendência para *objectivar* e para *registar* duradouramente os resultados obtidos, de modo que possam ser posteriormente utilizados e controlados. Esta tendência opõe-se, sem dúvida, aos métodos preferentemente «subjectivos» dos psiquiatras fenomenologistas de que já tratámos. Assim, acentua VOGT, que o seu material anatómico, clínico e psicológico pode ser sempre, ulteriormente reutilizado e completado em novos estudos e para novas investigações; as preparações cerebrais podem ser legadas às gerações vindouras; as histórias clínicas, árvores genealógicas e protocolos das experiências são muito circunstanciados e, sempre que é possível, ilustrados gráficamente com filmes, fotografias dos doentes, discos fonográficos da sua voz e produções verbais, curvas electromiográficas e electroencefalográficas, *tests* psicológicos, gráficos de trabalho, etc. Modernamente, até o filme sonoro é usado para estudos psicológicos de investigação e para fins didácticos (1).

Uma outra via para o estudo das relações anatómicas e psicológicas, inaugurada por VOGT, é a da investigação da *variabilidade* em tamanho e estrutura das várias regiões cerebrais, variabilidade esta que se crê estar numa certa relação com as diversidades de carácter e inteligência dos vários indivíduos.

Os órgãos elementares do córtex cerebral variam bastante nas diferentes pessoas — ensina a anatomia; o seu volume exprime de certa maneira a sua capacidade funcional — pretende afirmar VOGT a partir da sua experiência anátomo-clínica; por último, diz-nos a genética que a mutação de um gene portador dos fundamentos hereditários de uma dada formação, ou um

(1) Como exemplo do interesse com que todos estes pequenos problemas são cuidados acrescentaremos ainda que se fundou recentemente na Alemanha uma Repartição Central do Reich para o *estudo dos filmes científicos e instrutivos*, que trabalha em colaboração com várias Clínicas e Institutos científicos, organiza arquivos de filmes sôbre todos os assuntos, utilizáveis continuamente em cursos e conferências. Vimos recentemente, no Congresso dos Psiquiatras e Neurologistas em Francfort, filmes maravilhosos sôbre o mecanismo buco-faringo-laríngeo da fala, feitos com *cineradioscopia sonora*, outros sôbre perturbações da memória, etc.

ACIDOL. PEPSINA

MEDICAMENTOS

COM A

**B
A
BAYER
E
R**

Cruz-Bayer

O SINAL
DA
CONFIANÇA

PYRAMIDON

ETMOLOGINA

PEROXIL

ZEFIROL

PER-ABRODIL

PROTARGOL

CAMPOLON

PELLIDOL

GARDAN

YATREN

CANTAN

LUTREN

SALYRGAN

DEVEGAN

HYDRONAL

ADALINA

INSULINA

SELVORAL

NOVOCAINA

PLASMOCHINA

TONOFOSFAN

THEOMINAL

SAIODINA

PRELOBAN

ELDOFORMIO

LACARNOL

CRESIVAL

PANFLAVINA

HYPOPHYSINA

SUPRARENINA

PRONTOSIL

CAFIASPIRINA

FUADINA

FESTAL

EVIPAN

UNDEN

PROLAN

ERUGON

GRAVITOL

HELMITOL

MITIGAL

RIVATOL

SOLARSON

TRYPAFLAVINA

CHOLEFLAVINA

AMPHOTROPINA

ELITYRAN

PADUTINA

NOVOCAINA

NOVALGINA

OPTARSON

BAYER, LIMITADA, Largo do Barão de Quintela, 11,2º, LISBÔA.

ACIDOL-PEPSINA

MEDICAMENTOS

PYRAMIDON

ATEBRINA

COM A

ZEFIROL

AVERTINA

PER-ABRODIL

HYPOPHYSINA

PROTARGOL

SUPRARENINA

CAMPOLON

PRONTOSIL

PELLIDOL

CAFIASPIRIN

GARDAN

FUADINA

YATREN

FESTAL



CANTAN

EVIPAN

LUTREN

UNDEN

SALYRGAN

PROLAN

DEVEGAN

ERUGON

HYDRONAL

GRAVITOL

ADALINA

HELMITOL

INSULINA

MITIGAL

SELVORAL

RIVANTOL

BENZOCAINA

SOLARSON

ESTROCHINA

Cruz - Bayer

TRYPFLAVINA

TONOFOSFAN

CHOLEFLAVINA

THEOMINAL

AMPHOTROPINA

SAIODINA

ELITYRAN

PRELOBAN

PADUTINA

ELDOFORMIO

NOVOCAINA

LACARNOL

NOVALGINA

CRESIVAL

OPTARSON

PANFLAVINA

O SINAL DA CONFIANÇA

BAYER, LIMITADA, Largo do Barão de Quintela, 11,2º, LISBÔA.

factor de variação de origem exógena, apenas fazem variar determinados órgãos cerebrais elementares e não o cérebro no seu conjunto. Daqui a grande esperança de VOGT de poder apreender anatomicamente o substracto das *variações individuais da personalidade* e da constituição nervosa. Para tal é necessário aproveitar as variações extremas, como, por um lado, as *doenças cerebrais topísticas* (que só alteram determinados órgãos cerebrais, de um modo sistemático e localizado), estudando os desvios funcionais nelas existentes, e, por outro, as *variações inatas do desenvolvimento cerebral*, tanto no sentido de *deficit* (debilidades mentais, generalizadas e totais), como de excesso. Com este último aborda VOGT o capítulo, que suporíamos inacessível, dos *fundamentos anátomo-cerebrais da genialidade*. A escola architectónica de Viena de Áustria tentou também, com v. ECÓNOMO, abordar este delicado assunto, mas os resultados, tanto de uma como de outra, devem ainda ser encarados com bastante cepticismo.

O estudo das *variações topísticas abnormes* permite também a delimitação tão necessária de *unidades etiológicas* e «a classificação prognóstica das particularidades psíquico-topistas». O apuramento dos factores etiológicos far-se-ia pelos métodos gerais médicos, e em especial para os desvios positivos ou negativos do desenvolvimento de determinadas zonas cerebrais, pela *investigação genealógica*, visto a maioria destas alterações ser de natureza hereditária. Desta maneira espera hoje VOGT — uma vez falhado o seu antigo projecto de classificação meramente anatómica das psicoses — poder obter uma repartição e ordenação *etiológica* das doenças mentais. Como os estudos de herança experimental não estivessem orientados exactamente neste sentido, fundou-se também uma *secção de genética experimental*, para contribuir para o estudo das variações hereditárias e permitir compreender melhor a complexidade desesperadora da variabilidade do cérebro e da personalidade humanas. Neste trabalho vê VOGT um significado biológico de ordem geral: a variação de estrutura dos órgãos é limitada e precisada pela sua própria estrutura, e ao seu hipodesenvolvimento corresponde sempre uma hipofunção e um aumento da sua vulnerabilidade ante as noxas patogénicas. A divisão do cérebro em numerosos órgãos elementares, e as suas variações na série dos animais e das diferentes

raças humanas indicam o seu modo de *evolução* e mostram parentesco recíproco. A complicação progressiva do córtex dos animais superiores oferece de certa maneira um paradigma morfológico para a complicação, também progressiva, das suas funções nervosas e psíquicas.

Não nos podemos alongar com a explanação dos resultados actuais dêste programa de estudos sôbre o cérebro, que se encontram condensados nas publicações de C. e O. VOGT, na revista por êles publicada (1), em especial nas suas memoráveis obras sôbre as doenças do estriado, em 1920, e sôbre as doenças do córtex cerebral à luz da topística, patóclise e pato-arquitectónica, em 1920, e recentemente resumdos no volume jubilar da Sociedade do Kaiser Guilherme para o Progresso das Ciências.

Os progressos da *carta das funções do encéfalo* estão longe de poder acompanhar os estudos anatómicos. Para algumas regiões, como a zona motora e sensitiva em tôrno da fenda ROLANDO, são, porém, já hoje conhecidas com uma grande precisão tôdas as *localizações funcionais*. Em rigorosas experiências de excitação do córtex da região motora, utilizando o método dos estímulos liminares, delimitaram C. e O. VOGT uma grande série de zonas, exactamente sobreponíveis às diversas zonas arquitectónicas, nas quais se pode localizar a origem de determinados movimentos de regiões corporais circunscritas, por exemplo, e, como é sabido, debaixo para cima os movimentos do pé, da perna, da coxa, abdómen, tórax, ombro, braço, antebraço, mão, quatro últimos dedos, polegar, pescoço, facial superior, facial inferior, língua, queixo, etc. Estes resultados, obtidos no macaco, foram mais tarde confirmados, no Homem, por O. FOERSTER, por meio de excitações eléctricas, feitas durante operações cerebrais, e recentemente, com mais pormenores, pela experiência patológica de KLEIST e outros, nas lesões destrutivas com *deficit* funcional (paralisias localizadas) e nas lesões irritativas (convulsões localizadas) da mesma região. Estes resultados, extremamente rigorosos, demonstram o diferente significado funcional das várias estruturas arquitectónicas e o valor da investigação comparada no homem e nos animais. Isto, pelo menos, para estas funções motoras mais simples; o mesmo sucede para as funções senso-

(1) *Journal für Psychologie und Neurologie.*

riais, sendo também já bastante bem conhecida a localização architectónica das funções ópticas e tácteis, e, menos perfeitamente, das acústicas, etc. A «localização» de outras funções nervosas mais completas não pode, no geral, utilizar o método experimental comparado e oferece numerosas dificuldades, cuja discussão não pode ter aqui lugar. VOGT mostra-se, neste ponto, como KLEIST, decididamente partidário da *localizabilidade das funções nervosas*, em grande oposição com as doutrinas dinâmicas dos fisiologistas ingleses (JACKSON, SCHERRINGTON, etc.) e, principalmente, com os seus grandes contraditores: MONAKOW, K. GOLDSTEIN, BETHE, etc., que não admitem funções fixas e determinadas para as diversas estruturas cerebrais, e compreendem as localizações cerebrais de outra forma, mais dinâmica e plástica.

Uma confirmação muito notável da diversidade funcional dos diferentes campos architectónicos do córtex é trazida muito recentemente pelos trabalhos de KORNMÜLLER e TÖNNIES, feitos também neste Instituto. Estes autores criaram um novo método fisiológico de estudo do cérebro, o *método electrobiológico*, por meio do qual obtêm e registam as correntes eléctricas de acção do córtex, utilizando aparelhos especiais amplificadores extremamente sensíveis. O mais notável é que as correntes derivadas directamente da superfície do córtex, através de um orifício do trépano, variam, qualitativa e quantitativamente, de um campo architectónico para outro. Para algumas regiões como, por exemplo, para a região visual no polo occipital, é possível delimitar exactamente campos electrobiológicos, sobreponíveis aos campos architectónicos e obter a expressão electrobiológica da actividade funcional da região pelo registo de acréscimos intensos da corrente em função de estímulos ópticos. O mesmo se pôde já conseguir para a região auditiva. KORNMÜLLER pretende ter demonstrado, entre muitos outros factos de interesse biológico geral, que esta actividade é limitada a determinados campos, não se irradiando aos circunvizinhos senão na medida em que elles também participam da função em causa. A ser assim, e se as curvas electrobiológicas forem realmente a expressão da actividade fisiológica do córtex, caíam definitivamente por terra as doutrinas «totalitárias» da função nervosa, tão combatidas por VOGT e os outros adeptos da doutrina, mais ou menos clássica, das localizações, doutrinas aquelas que pretendiam que o sistema

nervoso reagia sempre a qualquer estímulo, em tôda a sua extensão e em todo o seu conjunto. Estas teorias eram porém, mais sustentadas por congeminações do que por factos.

TÖNNIES obteve também *electro-encefalogramas* unipolares no Homem, já conhecidos, aliás, pelos trabalhos de BERGER DE JENA, que os deriva bipolarmente do crânio de homens sãos e doentes. Temos assim um exemplo de um método fisiológico que não nega a anatomia, antes a continua e completa, oferecendo, por outro lado, largas perspectivas de investigação das funções cerebrais normais e patológicas.

Muito mais complexos e inseguros são os resultados da investigação da *topística das psicoses* e das outras doenças do sistema nervoso central, isto é, o estabelecimento das variações anormais da estrutura, causadas pelas noxas patogénicas, em determinados sistemas e unidades estruturais circunscritas.

Para as doenças endógenas e hereditárias pretende VOGT interpretar estas alterações anatómicas sistematizadas como *variações genéticas* e obter assim, como dissemos, uma *classificação anatómica e etiológica das doenças mentais*, a opor à sua classificação clínico-evolutiva (KRAEPELIN), à sua tipização psicopatológica (K. SCHNEIDER) e até à classificação sindromal-localizadora (KLEIST), etc.

A anatomia das psicoses ainda está porém bem longe de poder corresponder a esta aspiração. Há certamente doenças *sistémicas*, caracterizadas pela afecção regular de certos sistemas não só de feixes, mas também de outras formações estruturais com um determinado significado funcional e com uma especial afinidade para determinadas noxas patológicas. Estes sistemas constituem as *unidades topísticas* de VOGT e podem compreender tanto certas camadas corticais como tôda a espessura do córtex em determinadas áreas ou campos. A célebre doutrina da *patoclise* de VOGT exprime a diversa susceptibilidade destas unidades topísticas para os agentes morbígenos, ligada à sua especial estrutura, função e actividade e, por consequência, às particularidades da composição físico-química dos neurones.

Os trabalhos de architectónica normal constituíram a base para estes estudos da *pato-architectónica*, isto é, a determinação da distribuição exacta das lesões mórbidas pelos vários territórios e áreas, e a dentro de cada uma delas pelas várias cama-

das corticais e diferentes espécies de células. Êste trabalho está ainda no seu início e apenas há quadros architectónicos nítidos para raras doenças, como a coreia de HUNTINGTON, a esclerose lateral amiotrófica, certas doenças do estriado e outras. Para as psicoses pròpriamente ditas, se exceptuarmos as chamadas «psicoses orgânicas», são os nossos conhecimentos ainda muito inseguros. Para a esquizofrenia, por exemplo, ainda se debate se existem ou não lesões relacionáveis com o processo mental. A escola de Munich, de SPIELMEYER, de que tratámos no capítulo anterior, pretende ruir êste edifício teórico erguido por VOGT, negando a existência de lesões circunscritas a determinados campos e camadas corticais, e portanto a possibilidade da demonstração da patoclise cortical e tòda a sua interpretação como variação genética herdada. SPIELMEYER opõe à patoclise outros factores *locaes, de lugar*, entre os quais avulta o factor circulatório, e pretende explicar por particularidades de irrigação a distribuição sistematizada de muitas lesões localizadas, como, por exemplo, a esclerose do sector de SOMMER do corno de AMON na epilepsia. Não ousamos aqui discutir esta questão, ainda em peleja, mas tão sòmente indicar o interêsse da aplicação da architectónica à patologia e as dificuldades metodológicas e conceptuais consideráveis com que luta a solução dêstes problemas. Estamos convencidos que o hipercriticismo de SPIELMEYER exerce neste assunto um papel inibidor e a unilateralidade do seu ponto de vista obsta ao esclarecimento dêste momentoso problema, que, além do interêsse particular, para a psiquiatria e neurologia, tem uma grande importância biológica geral. Razão tem VOGT em se queixar que os histopatologistas olvidam a architectónica, preocupando-se sò com a morfologia pura e olvidando os nexos clínicos e heredobiológicos dos seus achados anatómicos. Uma situação intermediária entre estas duas atitudes tão opostas ocupava a escola de Hamburgo, do falecido JAKOB, como bem o mostram os seus estudos sòbre as doenças extrapiramidais, em que ao lado da histopatologia, considera e valoriza, com grande proveito, a architectónica da região.

Muito notáveis têm sido os trabalhos da *secção genética* do Instituto dirigido por TIMOFEEF. Ocupa-se em particular do problema da manifestação das variações dos caracteres transmissíveis por herança, e das *mutações* por meio dos agentes físicos,

utilizando ensaios experimentais na mosca *Drosophylla* e em coci-nélicas. Pela primeira vez se liga a genética experimental à investigação cerebral e se utilizam, como dissemos, os conhecimentos biológicos gerais da variação dos caracteres na explicação da variabilidade topística das estruturas cerebrais, o que, em última análise, visa à determinação dos fundamentos anatómicos das variações individuais de inteligência e carácter humanos. Vimos noutro capítulo a importância considerável dos estudos de hereditariedade para a psiquiatria. O mesmo sucede para a Neurologia. A secção genética d'este Instituto procura mesmo abordar os problemas de herança experimental, partindo das questões de hereditariedade humana, e estabelecer assim a ligação entre os estudos clínicos, meramente casuísticos e estatísticos dos casos humanos, e a experimentação nos animais e plantas. Pelo que diz respeito à herança dos caracteres de natureza psíquica, levanta-se aqui, como sempre, o difícil problema de saber o que é herdado e o que é adquirido, podendo-se, na verdade, duvidar, em princípio, de que o «Espírito» (no sentido N. HARTMANN, não a «Psique» ou «Alma») possa ser realmente transmitido por herança, isto é, tenha um suporte biológico-material directo. Esta restrição, que aqui não importa analisar, d'ria respeito, principalmente, ao «conteúdo» espiritual da Cultura, como a história, etc.; quanto aos atributos e disposições fundamentais do carácter e da inteligência não há, porém, dúvida que são herdados, como o demonstra a investigação dos gémeos. São estes que constituem propriamente o objecto de estudo da Psicologia clínica e da Psiquiatria, e não as aquisições intelectuais, mais do âmbito das ciências do espírito em sentido restrito.

O estudo da transmissão hereditária das variações individuais da inteligência e do carácter e das variações que conduzem aos desvios mórbidos procura a sua base nos trabalhos experimentais do Instituto genético, que se ocupam principalmente da variação «natural» e experimental dos caracteres em insectos e plantas. Determinou se desta maneira que as variações hereditárias de uma formação corporal são sempre localizadas, ainda que atinjam vários pontos e tecidos do organismo. Êste facto experimental opõe Vogt à afamada *doutrina das totalidades* (*Ganzheitsbetrachtung*), que diz que qualquer desvio formativo se reflecte sempre sobre o conjunto do organismo, attitude especulativa esta, que fez

carreira na ciência moderna, como reacção às tendências atomísticas simplistas dos monistas e materialistas do fim do século passado. As variações das estruturas e da função dão-se realmente de um modo localizado, dentro de certos limites, constituindo uma «unidade» com um dado «campo de acção» e dirigindo-se num determinado sentido, isto é, são variações *eunómicas*. De grande importância geral é também a constatação de que as transições de uma variação para outra se não fazem de um modo progressivo, mas sim por saltos, o que está, em nosso entender, de acôrdo com a doutrina das *transições bruscas* entre o normal e o patológico (doentio), que hoje até em Psiquiatria tende a dominar (K. SCHNEIDER) sôbre as da passagem contínua entre o normal e o mórbido (transição progressiva entre carácter normal e as psicoses constitucionais segundo KRETSCHMER).

Os estudos de TIMOFEEF ocuparam-se, além disso, da vária manifestação no fenotipo (resultado final de tôdas as variações herdadas e adquiridas) das diversas variações genótípicas (herdadas), demonstrando-se assim experimentalmente a diferente capacidade de penetração, de expressividade, etc., dos «genes» — fenómenos estes que explicam e permitem em muitos casos apreciar já hoje matematicamente a aparente irregularidade das leis da hereditariedade.

Do muito que ainda haveria a citar das actividades do Instituto, nomeemos, por último, a secção de estudos de fonética e outras questões de linguagem (ZWIERNER), onde, por métodos fonográficos especiais, se investigam as alterações da linguagem dos feridos cerebrais e outras doenças.

Êste grandioso programa de trabalho daria ocupação a muitas gerações de investigadores. C. e O. VOGT lançaram a sua primeira pedra e colheram os seus primeiros frutos. A vida humana é porém demasiadamente curta para empreendimentos desta natureza, e já se aproxima o seu ocaso, e ainda em muitos pontos apenas estão delineadas as tarefas. Trabalha-se, no entanto, ininterruptamente, a-pesar da agitação e da luta animal de interesses que convulsiona a humanidade. O futuro dêstes estudos depara-se-nos no entanto algo problemático, menos talvez pelo desânimo dos homens do que pela comutação dos seus ideais e «maneiras de conceber o Mundo» e a Vida. Muitas das concepções teóricas de VOGT e da sua escola afiguram-se-nos já hoje

como insuficientes e em parte destituídas de fundamento; o seu paralelismo psico-físico, embora meramente heurístico, é cada vez aceite com mais repugnância; os psicólogos preferem a «contemplação das essências» de natureza subjectiva ao árduo labor da psicologia experimental e objectiva; a architectónica vai constituindo, pelas suas dificuldades e exigência de um esforço entediante, cheio de renúncia, uma ocupação de raros estudiosos, e tantas outras dificuldades se amontoam no futuro ao progresso desta obra, que pelo seu extraordinário interêsse de ordem científica e cultural geral bem merecia e carecia de ser propugnada e continuada. Esperemos pois confiados no bom-senso e entusiasmo de SPATZ — o sucessor de VOGT na direcção do Instituto de Investigação Cerebral de Berlim-Buch — que a obra iniciada de um modo tão brilhante possa ter a continuação a que tem jus para Bem da Ciência, esclarecimento e satisfação da curiosidade e avidez infinitas de Saber do Espírito humano.

Revista dos Jornais de Medicina

Tratamento da miastenia grave e da distrofia muscular com a «Prostigmin» (1). (*Prostigmin in the treatment of myasthenia gravis and muscular dystrophy*), por N. W. WINKELMAN e M. T. MOORE. — *Arch. of Neur. and Psych.* Vol. XXXVII. N.º 2. Pág. 236. Fevereiro de 1937.

Seis doentes apresentando miastenia grave, seis distrofia muscular e um esclerose lateral amiotrófica foram sujeitos ao tratamento com a «Prostigmin», durante um período suficiente para avaliar o seu valor terapêutico.

Os efeitos terapêuticos da «Prostigmin», na miastenia grave, notam-se três a cinco minutos após a injeccção, são máximos ao fim de hora e meia, atenuando-se depois gradualmente até desaparecerem passadas três a cinco horas.

Nos casos de miastenia não muito graves, a administração da droga faz desaparecer tôdas as manifestações e sintomas clínicos; em casos mais avançados as melhoras não são tão completas, mas são sempre acentuadas.

Com o fim de prolongar a acção do medicamento durante todo o dia, os AA. adoptaram o sistema de dividir a dose total em três doses de 1 cc., dadas a intervalos regulares durante o dia, à semelhança do que se usa fazer com a insulina. Assim, consegue-se manter a melhoria da fôrça muscular, aproveitando o tempo, durante o dia, em que o doente pode fazer exercício.

O tratamento por pequenas doses fraccionadas tem ainda a vantagem de evitar os inconvenientes das doses maciças dadas uma só vez ao dia, que provocam, por vezes, câibras, náusea e vômitos, sensação de desfalecimento e protusão dos globos oculares.

Nos períodos iniciais da distrofia muscular o efeito da droga consiste em aumentar a fôrça muscular temporariamente. Dada a lentidão do decurso clínico da doença o efeito do medicamento deve ser também observado durante um largo período, antes que se possam tirar conclusões seguras sobre o seu valor terapêutico.

Nos períodos avançados da distrofia muscular, apresentando já acentuadas atrofias e contracturas, não foram notadas quaisquer melhorias.

Nas crianças, os inconvenientes, já apontados, da droga, são menos intensos ou, mesmo, não se manifestam.

Num caso de esclerose lateral amiotrófica o tratamento com a «Prosti-

(1) A «prostigmin» é um éter dimetilcarbâmico do metilsulfato de 3-hidroxifeniletilamónio, introduzido sob essa designação comercial pela casa Hoffmann-La Roche.

gmin» teve apenas como efeito aumentar consideravelmente as fibrilações musculares.

ALMEIDA LIMA.

Experiências com o quinino e a «prostigmin» no tratamento da miotonia e da miastenia. (*Experiments with quinine and prostigmin in treatment of myotonia and myasthenia*), por FOSTER KENNEDY e ALEXANDER WOLF. — *Arch. of Neurol. and Psych.* XXXVII, N.º 1. Pág. 68. Janeiro de 1937.

Os AA. relatam quatro casos de miotonia, que trataram com cloridrato de quinina, e estudam os resultados pessoais e os encontrados em trabalhos de outros investigadores sobre a acção da «prostigmin» e de várias outras drogas e extractos glandulares na miastenia, chegando às seguintes principais conclusões:

O quinino é tão efectivo na miotonia como a «Prostigmin» na miastenia.

O contraste clínico entre miotonia e miastenia é confirmado pelo exagêro do miotono provocado pela «prostigmin» e a acentuação da miastenia determinada pelo quinino.

As acções de outras drogas estudadas são concordantes com a concepção dêste antagonismo.

A miotonia e a miastenia são alterações primárias do músculo ou da junção mio-neural.

A «prostigmin» facilita a acção do «produto vagal» (vagotonina? *vagus stuff*) na miastenia e o quinino inibe a sua acção na miotonia (na junção mio-neural).

Alterações endocrínicas ainda mal compreendidas desempenham, certamente, um papel importante nesta afecção.

Os AA. terminam o seu trabalho dizendo que esperam que o conhecimento de duas drogas de efeito oposto em duas afecções de características igualmente opostas traga uma compreensão mais perfeita da natureza da contracção muscular, e que as suas investigações e as de Walter sobre o tratamento da miastenia com a «prostigmin» possam auxiliar os bioquímicos a conhecer melhor a natureza do «impulso nervoso».

ALMEIDA LIMA.

As relações do tálamo óptico com o córtex cerebral. (*The thalamus in relation to the cerebral cortex*), por A. EARL WALKER. — *The Jour. of Neurol. and Ment Dis.* Vol. LXXXV, N.º 3. Pág. 249. Março de 1937.

O tálamo pode ser dividido em três grupos nucleares. O primeiro include os núcleos apenas com ligações subcorticais e que entram em relação ou com um sistema filogeneticamente mais antigo (núcleos da linha média, e núcleo ventral anterior) ou com outras formações intratálâmicas (núcleos interlaminares).

O segundo grupo (núcleo ventral lateral e ventral posterior, núcleo anterior e cordo geniculado), é constituído pelos núcleos que recebem fibras as-

cedentes das grandes vias sensitivas e enviam projecções para o córtex cerebral.

O terceiro grupo (núcleos mediano dorsal, lateral posterior e pulvinar) não recebem fibras das grandes vias ascendentes, mas tem numerosas ligações com os núcleos talâmicos do segundo grupo e enviam fibras para as áreas de associação do córtex cerebral, ao passo que as fibras provenientes do segundo grupo terminam nos centros de projecção corticais.

O estudo das ligações destas áreas corticais traz um argumento mais em favor da concepção de que nos núcleos do terceiro grupo se realizam, pelo menos, sínteses parciais.

A área prefrontal recebe, apenas, fibras provenientes das áreas motoras adjacentes (4 e 6 de Brodmann) e envia fibras para essas mesmas regiões e para o córtex parietal.

O facto do córtex prefrontal ter tão poucas ligações e, contudo, desempenhar inquestionavelmente um importante papel associativo (como vários exames fisiológicos têm demonstrado), parece indicar que as suas ligações subcorticais transportam impulsos vindos do tálamo, já sintetizados, pelo menos parcialmente.

O tálamo óptico pode, pois, ser considerado como uma grande estação receptora subcortical, onde os impulsos recebidos são ou directamente enviados aos centros primários de projecção ou, depois de mais ou menos sintetizados, transmitidos a centros corticais funcionalmente mais elevados.

ALMEIDA LIMA.

Formas de ataxia familiar semelhante a esclerose em placas. (*Forms of familial ataxia resembling multiple sclerosis*), por G. W. HALL e P. MACKAY. — *Arch. of Neurol. and Psych.* Vol. XXXVII. N.º 1. Pág. 19. Janeiro de 1937.

A actual concepção clínica da esclerose em placas é ainda suficientemente confusa para que provavelmente outras entidades nosológicas distintas sejam nela erradamente incluídas.

Os AA. relatam dois casos de doença de Friedreich nos quais o quadro clínico se assemelhava muito ao da esclerose em placas, tendo qualquer dêles sido várias vezes diagnosticado como tal por neurologistas com longa prática.

Apresentam também o estudo de três famílias, nas quais se encontravam vários casos de uma forma de ataxia cerebelosa, provavelmente de atrofia olivo-ponto-cerebelosa.

É muito grande a semelhança do quadro clínico da afecção apresentada por estes doentes com o da esclerose em placas, mas pode distinguir-se pelo seu decurso, em regra progressivo, e não remitente, como sucede frequentemente na esclerose em placas, e pela tendência em poupar o feixe piramidal, e os cordões posteriores e principalmente pela incidência familiar.

ALMEIDA LIMA.

Sintomas mentais em doentes portadores de tumores infratentoriais (fossa craniana posterior). (*Mental symptoms in cases of subtentorial tumour*), por M. KERCHNER, M. B. BENDER e ISRAEL STRAUSS. — *Arch. of Neurol. and Psych.* Vol. XXXVII. N.º 1. Pág. 1. Janeiro de 1937.

Os AA. constataram a presença de sintomas mentais em cinquenta e seis doentes (47%) de cento e vinte portadores de tumores infratentoriais; os sintomas mentais foram precoces em catorze doentes (12%) e os primeiros a manifestarem-se em três (2,5%).

Não foram notadas diferenças significativas dos sintomas mentais em adultos, nas diferentes localizações e estrutura histológica das neoplasias.

Os sintomas mentais foram sempre mais atenuados e menos complexos nas crianças do que nos adultos; é possível que este facto seja devido apenas à maior dificuldade de descortinar ligeiras perturbações afectivas, da memória e orientação, e intelectuais nas crianças.

Os sintomas mentais nos tumores infratentoriais são, quando considerados em conjunto, muito menos acentuados e complexos do que nas neoplasias supratentoriais.

Alucinações visuais simples, semelhantes às encontradas em tumores supratentoriais, podem também encontrar-se nos tumores da fossa cerebelloso. Manifestaram-se em quatro dos doentes estudados pelos AA.

O aparecimento precoce de alterações mentais profundas e complexas, num doente em que os sintomas de tumor se limitam aos de hipertensão intracraniana, é fortemente sugestivo de localização tumoral supratentorial; consideradas deste modo as perturbações mentais têm talvez valor como sintomas de localização. Não se deve porém depositar grande confiança no quadro mental para a localização supra ou infratentorial de um tumor intracraniano.

Se, como vulgarmente sucede, ficam dúvidas sobre a localização de uma neoplasia em doentes com perturbações mentais acentuadas, e fôr necessário, para esclarecimento do caso, fazer o estudo radiográfico do sistema ventricular, é muito menos arriscado executar a ventriculografia do que a encefalografia por via lombar.

ALMEIDA LIMA.

Porencefalia. Diagnóstico e tratamento. (*Porencephaly. Diagnosis and treatment*), por C. A. PATTEN, F. C. GRANT e J. C. YASKIN. — *Arch. of Neur. and Psych.* Vol. XXVII. N.º 1. Pág. 42. Janeiro de 1937.

Os AA. relatam nove casos de porencefalia. Em todos os casos a encefalografia deu indicações diagnósticas.

Em oito o diagnóstico foi verificado na operação, tendo um doente recusado a intervenção. O quisto porencefálico estava, em oito dos nove casos, no hemisfério esquerdo. Em oito dos nove casos notavam-se anomalias que vinham desde a infância; destas a mais importante era a deficiência de desenvolvimento de metade do corpo, com diminuição da força muscular e epilepsia jacksoniana em todos os casos, e hemianestesia, hemianopsia, atrofia do nervo

óptico e epilepsia generalizada, em alguns. Num dos casos os ataques epilépticos só se manifestaram aos 17 anos de idade, não se notando neste doente nenhuma das alterações do sistema neuro-muscular apontadas.

Dos oito casos operados morreram dois. Dos seis que sobreviveram três não mais voltaram a ter crises epilépticas e os outros três apresentaram melhoras muito acentuadas (diminuição de intensidade e de número das crises).

A presença de uma hemi-atrofia global, acompanhada de diminuição de força muscular, alterações de sensibilidade e epilepsia jacksoniana, deve sugerir sempre a possibilidade de porencefalia e indica a necessidade de fazer um estudo encefalográfico, e, em caso de confirmação do diagnóstico, aconselhar a intervenção cirúrgica.

Os AA. não se julgam habilitados a dar qualquer explicação da lesão incidir quasi sempre à esquerda, da causa da epilepsia focal e do facto de se encontrarem tão poucas alterações psíquicas e somáticas em lesões tão extensas do cérebro como as que apresentavam alguns dos seus doentes. Também nenhum esclarecimento trazem sobre a etiologia destes casos, limitando-se a indicar que, provavelmente, as lesões datam da primeira infância.

ALMEIDA LIMA.

I Congresso Brasileiro de Ortopedia. (*Arquivos Brasileiros de Cirurgia e Ortopedia*). Tôm. IV. Fasc. I-II. Setembro e Dezembro de 1936.

Esperávamos com grande ansiedade a publicação dos trabalhos do I Congresso Brasileiro de Ortopedia, e excelente foi a oferta do Sr. Prof. Barros Lima, pondo à disposição da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia os seus magníficos *Arquivos Brasileiros de Cirurgia e Ortopedia* para nêles serem publicadas as Comunicações feitas ao Congresso, aproveitando-se assim a sua óptima apresentação gráfica, o seu grande prestígio e a sua larga expansão no meio cirúrgico-ortopédico internacional.

O Congresso realizou-se em S. Paulo, de 1 a 3 de Junho do ano passado, sob a presidência honorária do Prof. Vittorio Putti, de Bolonha, e tendo como presidente electivo o Prof. Rezende Puech, da Clínica Ortopédica da Faculdade de Medicina daquela cidade brasileira, e foi, por assim dizer, a primeira reunião oficial da Sociedade ortopédica e traumatológica do Brasil, recentemente fundada. Convidando o Prof. Putti a tomar a presidência de honra do Congresso, a que assistiu, os ortopedistas brasileiros quiseram prestar homenagem à ciência estrangeira e, em especial, à escola ortopédica bolonhesa, que é, porventura, a que maior influência teve nos primeiros passos da escola brasileira.

Quem percorrer êste espêsso fascículo duplo dos *Arquivos*, publicando *in extenso* as Comunicações feitas ao Congresso; quem tenha seguido o desdobrochar da escola ortopédica brasileira através dos seus primeiros trabalhos, dispersos nas revistas mundiais da especialidade, até às publicações regulares nestes *Arquivos*, dirigidos pelo Prof. Barros Lima; quem tenha freqüentado as grandes clínicas ortopédicas alemãs e italianas, e encontrado por tôdas elas, sempre ávidos e aplicados, os ortopedistas brasileiros, não

pode ter dúvida do grande desenvolvimento atingido súbitamente pela Ortopedia no Brasil, excelente sintoma dum enorme progresso cultural e social. E, com a contemplação dêsse enorme avanço, ajuizar imediatamente dos belos fundamentos e aprendizagens sôbre que êle repousa.

Podemos até afirmar, com sinceridade, que foi para nós uma agradável surpresa ler os trabalhos do I Congresso Brasileiro de Ortopedia, claro e indiscutível expoente do alto grau científico atingido pela nossa especialidade em tôdas as principais cidades do Brasil, sem excepção. É tão grande a variedade dos problemas apresentados e tão elevado o nível das discussões surgidas, que podemos classificar de poderosamente instrutiva a leitura destas «actas».

Gordas estatísticas, larga experiência terapêutica, discussão sóbria e calma das técnicas, clareza e lógica das conclusões — tudo encontramos neste pequeno volume, que colocaremos numa das principais prateleiras da nossa estante consagrada aos manuais de ortopedia. E bem hajam os ortopedistas brasileiros que, agremiando-se para melhor se conhecerem e ajudarem, e promovendo o seu primeiro Congresso, de tão benéfico reflexo internacional, deram uma eloqüente prova do seu valor científico e cultural, das suas altas preocupações sociais e da sua vigorosa nacionalidade.

Após os discursos de inauguração e de apresentação do Prof. Puech, do Dr. Aquiles Araújo (Rio de Janeiro) e do Dr. Roberto Freire (da Academia Nacional de Medicina), realizou o Prof. Putti uma conferência de saudação, em que expôs a definição de ortopedia e acentuou o seu carácter moderno de ramo da cirurgia geral, estreitamente unido à traumatologia, estendendo amplamente os seus braços até à cura das deformidades dos adultos e «negando-se a ficar anexada àquela irrealdade doutrinária e terapêutica que é a cirurgia infantil».

O Prof. Barros Lima (Recife) apresenta uma estatística e considerações terapêuticas sôbre o *Tratamento da tuberculose óssea*. O Recife é a cidade brasileira onde a tuberculose é mais freqüente, e, portanto, a percentagem dos tuberculosos do esqueleto é ali extremamente elevada no conjunto dos doentes das clínicas ortopédicas daquela cidade.

A cura das tuberculoses ósteo-articulares é feita em ambiente inapropriado, e, portanto, mais louváveis são ali os esforços dos especialistas. O Prof. Barros Lima, um dos grandes cirurgiões brasileiros, pratica largamente a cirurgia da tuberculose de que estamos falando, e apresenta as suas conclusões, concordantes com as da maioria dos que seguem a mesma opinião.

Mostra-se partidário da técnica em que se faz a osteotomia subtrocantérica como intervenção complementar da artrodese na coxalgia, e justifica a sua afirmação. A terapêutica conservadora inicial dá sempre maior eficiência, «a cirurgia age apenas como complemento, para finalizar e consolidar a cura que os métodos incruentos iniciaram».

Aquiles de Araújo, apresentando um caso de *Distrofia cruro-vesico-glútea por agenesia total do sacro-coccyx*, também chamado «Síndrome de Foix e Hillemand», e de que são conhecidos apenas nove casos, prossegue nos seus estudos sôbre as anomalias da porção terminal da coluna vertebral.

Itapema Alves (S. Paulo) projecta dois filmes sôbre os *Vícios de atitude na idade escolar e gymnástica correctiva*, fazendo considerações justificadas sôbre a freqüência com que o assunto está entregue em mãos de professores de gymnástica incompetentes e perigosos. Aresky Amorim (Rio de Janeiro) trata com desenvolvimento o tema: *Da contra-indicação do abôrto terapêutico ou preventivo nas localizações pélvico-lombais da tuberculose esquelética*. São hoje muito poucos os tisiologistas e parteiros que admitem que a gravidez constitua uma sobrecarga que esgote e debilite a mulher tuberculosa, pois a percentagem de agravação da infecção tuberculosa entre as grávidas não é superior ao que se observa nas mulheres em geral. O trabalho do parto não desempenha papel pernicioso contra as lesões ósseas, quer pélvicas ou lombares ou sacro-lombares, não obstante os movimentos de nutação do sacro durante o trabalho de expulsão. O alargamento da bacia é feito vagarosamente durante a gestação e é possível, durante êsses nove meses, usar meios terapêuticos conservadores ou cirúrgicos que ponham as doentes em condições satisfatórias para o parto. Apresenta duas excelentes observações clínicas e documentação radiológica sôbre o assunto.

Livramento Barreto (S. Paulo) fala de *O método de Bordier no tratamento das paralisias infantis*, mostrando-se seu franco adepto. A sua estatística, realmente encorajadora, compreende algumas centenas de casos. É sempre difícil, contudo, poder afirmar com precisão onde começam os benefícios do tratamento de Bordier e onde termina a regressão espontânea dos fenómenos paralíticos. Por êsse facto achamos demasiado dogmáticas e possivelmente demasiado entusiastas as afirmações do ilustre electroterapeuta paulistano.

De novo o Prof. Barros Lima toma a palavra para comunicar um caso de *Neurofibromatose cutânea e óssea*, curioso pela coincidência do alongamento dum membro inferior, à custa do fêmur, com lesões cutâneas do tipo Recklinghausen. Embora as lesões ósseas sejam freqüentes nos casos de doença de Recklinghausen, neste caso aquelas assumiram carácter dominante, o que torna o caso de maior interêsse. Foi ressecada uma porção do fêmur, e igualizado assim o comprimento dos dois membros. É discutível a intervenção e são numerosos e bem fundamentados os que acham preferível o encurtamento do membro sã. Sôbre esta discussão pronunciaram-se vários congressistas e de aí o enorme proveito colhido da apresentação do caso do Prof. Barros Lima, para o especialista distante que apenas lê a comunicação. Além das perturbações no caminhar, a ameaça sôbre o equilibrio da coluna vertebral era constante antes da intervenção. Eliseu Guilherme Silva Júnior (Rio de Janeiro) dá uma *Contribuição estética sôbre o tratamento ortopédico das fracturas do fêmur*, apoiado no melhor de trezentos e cinqüenta casos do seu concorridíssimo serviço, dos quais apresenta os métodos terapêuticos usados e os resultados, sob uma forma esquemática e elucidativa. Felinto Coimbra (Rio de Janeiro) relata um caso pessoal de *Disjunção de apófise sacralizada*, por fractura, em que foi feita uma apofisectomia, com cura. Expõe a difícil técnica seguida, e prova, com a sua comunicação, o cuidado com que são feitos os diagnósticos e tratamentos na sua clínica traumatológica de acidentes de trabalho, no Hospital Evangélico. Domingos Define (S. Paulo), um dos ortopedistas brasileiros que lêmos com maior enlêvo, faz bem fundamen-

tadas *Considerações sôbre alguns casos de lesões das fibro-cartilagens do joelho*, à margem de trinta e oito casos de lesões das cartilagens semi-lunares ou, pelo menos, de supostas lesões, visto que dêstes trinta e oito casos só operou catorze, e só nestes é que o diagnóstico pôde ser confirmado. É sôbre estes catorze casos que tira as suas conclusões. O único tratamento que pode ser considerado radical para as lesões dos meniscos que sejam a causa de perturbações de importância é a extirpação completa da fibro-cartilagem lesada, e foi o utilizado pelo autor, através duma artrotomia transversal ao longo da entrelinha correspondente ao menisco a extirpar, com secção do ligamento lateral. Há que fazer a reconstrução, o mais perfeita possível, não só da cápsula como do ligamento, em planos separados, e prolongar por vinte dias, após a intervenção, o repouso na cama. Não foi utilizado o pneumoartro no diagnóstico, e temos pena de não ouvir o autor sôbre este precioso processo de observação articular. Na clínica do Prof. Puech têm-se estudado articulações de crianças com injeções de Uro-Selectan, vendo-se bem todo o contorno cartilaginoso — afirma Define. A sua casuística é magnífica e o brilho da apresentação muito notável.

Milton Weinberger (Rio de Janeiro), do Serviço de Ortopedia do Hospital Pronto Socorro, refere sessenta casos de traumatismos do raquis, fracturas, luxações e fracturas-luxações, tirando conclusões sôbre o *Tratamento ortopédico das fracturas da coluna vertebral*. Comparando as suas estatísticas com outras, verifica que há concordância, mais ou menos aproximada, de percentagens; empregou, como métodos de redução, a tracção contínua, a tracção em declive, o colchão hidráulico ou pneumático, o decúbito simples, os coletes gessados e os leitos gessados, nunca tendo lançado mão de meios operatórios.

No *Tratamento das fracturas transversas da diáfise femural*, usou quasi sempre Orlando P. de Sousa (S. Paulo), a redução imediata e o gêsso, com óptimos resultados. Para diminuir o cavalgamento empregou tracções de 8 a 10 quilos em doentes de 7 anos de idade para cima, e de 12 a 20 quilos em adultos, com fixação esquelética e suspensão do membro, com o joelho em flexão. Esta comunicação, cheia de originalidade, é absolutamente convincente a um método que a generalização prática ainda não permitiu discutir, e o seu autor merece um louvor.

Roberto Pires de Campos e Reinaldo Chiaverini apresentam um caso de *Protrusio Acetabuli (Pelve de Otto)*, raridade de que em cento e doze anos apenas se descreveram sessenta casos. A migração intra-pélvica bilateral da cabeça do fémur através do tecto cotiloideu dá um aspecto anatómico do doente que é característico. Em *Um caso de luxação e fractura parcial da 2.^a vértebra lombar*, Roberto Freire (Rio de Janeiro) fêz uma enxertia bilateral para-vertebral, com enxerto tibial, de Albee, seguido dum óptimo resultado, que as reproduções fotográficas presentes ilustram. Renato Bomfim (S. Paulo) relatou um caso de *Arrancamento epifisário da extremidade superior de ambos os húmeros*, uma das formas menos freqüentes de descolamento epifisário, tratado com um aparelho de aeroplano duplo e estribo de Kirschner. Silvio Marques (Recife) fala do *Preenchimento das cavidades ósseas osteomielíticas com transplante muscular*, referindo cinco casos com sucesso. A intervenção

Nestogéno

LEITE EM PÓ NESTLÉ (NOVA FORMULA)

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

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

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

ANALISE:

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

INDICAÇÕES:

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

LITERATURA:

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

Medicina Contemporânea N.º 48, 27 de Novembro de 1932.
R. Gireaux: — Le lait sec en diététique infantile.

Amostras à disposição de V. Ex.ª

SOCIEDADE DE PRODUTOS LACTEOS

Rua Ivens, 11 - LISBOA

Eledon

BABEURRE NESTLÉ

EM PÓ

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

ANÁLISE:

Gorduras	8 o/o
Proteínas	20 o/o
Hidratos de carbone solúveis:	
Lactose	24 o/o
Maltose-Dextrina	25 o/o
Acido láctico	4 o/o
Amido	12 o/o
Cinzas	4 o/o
Agua	3 o/o
100 grs. de Babeurre Eledon fornecem 398 calorias	

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

LITERATURA:

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

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

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

Bauer & Schein: — «Le babeurre en poudre “Eledon”». Medicina Contemporânea, N.º 48, 27 de Novembro 1932.

Amostras à disposição de V. Ex.ª

SOCIEDADE DE PRODUTOS LACTEOS

Rua Ivens, 11 - LISBOA

é benigna, os transplantes musculares são perfeitamente tolerados e o prazo de cura dos doentes extraordinariamente encurtado, comparado com os de casos tratados por outros métodos. Carlos Osborne, radiologista, pretende, com o seu método denominado «Estereoradiogrametria», solucionar vários problemas de clínica, como, por exemplo: situação exacta de um sequestro, esquirola grande ou pequena, determinação do volume das cavidades nos ossos, situação exacta duma lesão óssea quanto à face e profundidade do osso, corpos estranhos intra-ósseos ou intra-articulares, situação rigorosa dos topos ósseos numa fractura, conhecimento prévio da espessura de ossos faciais ou cranianos, radiografia de regiões pouco acessíveis, etc. Faz projectar um filme cinematográfico que revela a sua técnica, que lhe permite o que chama *Radiografias de precisão em ortopedia e traumatologia*.

Sobre o *Tratamento cirúrgico da ausência congénita da tibia*, pôde Aquiles de Araújo (Rio de Janeiro) falar, considerando seis casos pessoais desta anomalia, muito rara. Apenas em um caso foi aceite pelo doente o tratamento cirúrgico, e descreve-o, tendo usado o enxerto por transposição desde o primeiro tempo, auxiliado finalmente por uma prótese, com bom resultado.

Numa «Nota prévia», Aresky Amorim (Rio de Janeiro), *A-propósito das chamadas osteoses para-tiroideanas*, entende que se devem incluir no quadro das osteoses paratiroides não só a osteíte fibro-quística generalizada de Recklinghausen, mas também a osteomalácia, a osteíte de Paget, a doença de Christian-Schuller, o nanismo senil, em certos casos, e a progeria, bem como a osteíte fibro-quística localizada e talvez o nanismo ou raquitismo renal. Em tôdas estas doenças do esqueleto a perturbação metabólica do cálcio encontra-se ligada ao síndrome de hiperparatiroidismo, com ou sem adenoma, com hiperfunções associadas de outras glândulas. O autor pensa que a hiperfunção paratiroidea não é uma causa primária das osteoses, mas é secundária a uma disendocrínia ântero-hipofisária múltipla, do que é prova a recidiva de casos em que foi feita a adenomectomia paratiroidea ou a laqueação das artérias tiroideas inferiores. Num caso de osteíte fibro-quística fêz irradiar a hipófise antes das paratiroides, caindo rapidamente a calcemia. Os seus estudos experimentais prosseguem e os resultados serão oportunamente revelados.

Domingos Define (S. Paulo) faz objecto doutra comunicação *Um caso raro de 1.^a costela rudimentar ocasionando graves perturbações do membro superior*, com todos os sinais de costela cervical de que, clinicamente, não se diferencia, e em que o doente recuperou o funcionamento do membro quasi integralmente. Um caso de *Transfixão da veia femural por fractura exposta do fêmur*, foi tratado conservadoramente, com êxito, por Orlando Pinto de Sousa e Bomfim Pontes (S. Paulo). Em um caso de *Consolidação viciosa de fractura e tracção ao fio*, de Kirschner, provou o Prof. Barros Lima (Recife) a excelência do processo, ainda em casos a que não foi destinado. O mesmo congressista apresentou um caso de *Gibosidade por tétano*, discutindo o modo de formação da gibosidade.

Várias outras comunicações foram apresentadas, que os *Arquivos* não receberam para publicar e a que não podemos fazer especial referência. As dis-

cussões estabelecidas após cada comunicação, relatadas neste fascículo que estamos cotejando, contribuíram também para o excelente resultado do I Congresso Brasileiro de Ortopedia, por cuja realização felicitamos os nossos camaradas brasileiros da especialidade.

MENESES.

Sobre o tratamento insulínico na esquizofrenia. (*Ueber Insulinbehandlung bei Schizophrenie*), por I. HIRSCHMANN. — *Psych.-neur. Wochenschrift*. N.º 1. 1937.

Relato dos resultados terapêuticos em sete casos, com os mais variados síndromas esquizofrênicos: estupor negativista, autismo com sensações corporais anômalas, hipercinesias, ideas delirantes religiosas, etc. Três doentes tiveram alta e regressaram ao trabalho; três melhoraram e passaram a trabalhar calmamente no Asilo, podendo ter alta sob assistência familiar; um piorou depois de uma leve remissão de catorze dias.

A agitação melhora rapidamente depois dos primeiros choques hipoglicêmicos; estes diminuem progressivamente de intensidade com as mesmas doses de insulina.

Nos doentes «curados», pode-se, no entanto, sempre demonstrar um certo *deficit* afectivo, um ligeiro embotamento e mais rígida modulação dos afectos e sentimentos, que escapa, porém, aos leigos e não prejudica a sua actividade pragmática. As alucinações, as ideas delirantes secundárias e os sintomas catatónicos desaparecem quasi sempre nas primeiras semanas; parecem não ser, portanto, sintomas primaciaes; as perturbações do pensamento e afectivas são muito mais resistentes.

O tratamento pela insulina deve ser seguido pelo da occupação sistemática, principalmente sob a forma de trabalhos ao ar livre.

BARAHONA FERNANDES.

A insulina na psiquiatria. (*Insulin in der Psychiatrie*), por BRESLER. — *Psych.-neur. Wochenschrift*. N.º 1. 1937.

A insulina tem, além da esquizofrenia, um grande âmbito de applicação terapêutica nas doenças mentais.

A principal é, sem dúvida, nas curas de deshabituação à morfina e outros tóxicos (Sakel, Anton, Jacobi). No morfínismo há um *deficit* hepático que atinge principalmente o metabolismo dos hidratos de carbono. A administração de insulina e glicose, durante a cura de desmorfinação, diminui ou abole por completo os fenómenos de abstinência, favorecendo consideravelmente a deshabituação. Podem-se obter mesmo pequenos choques hipoglicêmicos, com grande vantagem. Este efeito deve-se à acção neuro-vegetativa da insulina. Parece mesmo que a tendência para a recidiva dos morfínistas assim tratados é muito menor, pela compensação e equilíbrio metabólico persistente provocado pela insulina.

Efeitos favoráveis são igualmente apontados no *delirium tremens* (onde

as lesões hepáticas desempenham também, certamente, um importante papel), na recusa de alimentos e ainda em algumas depressões endógenas.

BARAHONA FERNANDES.

Novas investigações sobre o tratamento dos estados maniaco-depressivos. (*Weitere Untersuchungen über die Behandlung manisch-depressiver Zustände*), por H. TÓMASSON. — *Monatschrift Psych.* B. 93. 1936.

Resultados do tratamento em cento e cinquenta e dois casos de melancolia e depressão, e trinta e três de mania. As melancolias graves, que careciam de hospitalização, não obtiveram melhores resultados com a «Photodyn» e o «Jaborandi» do que com os tratamentos hipnóticos e sedativos habituais. As depressões leves e ambulatorias melhoraram rapidamente com o «Jaborandi».

O A. obteve ótimos resultados na mania com o emprêgo simultâneo, em injeção intramuscular, de Acetylcolina (0,1 gr. uma vez por dia até 0,20 seis vezes por dia) e Efedrina (1,25-5 cgrs. duas a seis vezes por dia); a duração do acesso encurta-se desta maneira de dois têrços e a excitabilidade cárdio-vascular diminui apreciavelmente. O cociente $\frac{Ca}{Na}$ está elevado na mania; a acetilcolina baixa-o, diminuindo o Ca e fazendo subir Na; a excitação afectiva declinaria, segundo o A., paralelamente à normalização da composição electrolítica dos humores.

BARAHONA FERNANDES.

O tratamento da miastenia pela Prostigmina. (*Prostigminbehandlung der Myasthenie*), por H. E. SCHNEIDER. — *Zentralblat f. d. g. Neur. u. Psych.* 83 B. Heft. 9/10. 15 de Fevereiro de 1937.

O tratamento da miastenia pelos preparados orgânicos, hormonas, irradiação do *timus*, efedrina e glicocola, veratrina, glicose, dieta rica em purinas, etc., não tem dado resultados animadores. Em 1934 foi introduzida na terapêutica, por M. Walker, a *Prostigmina* (Hoffmann-la Roche), que é um produto sintético análogo à Fisostigmina, mas menos tóxico e provocando menos acções secundárias. A Prostigmina inibe *in vitro* e *in vivo* a esterificação da colina, pelo que se crê que na miastenia há um deficit da formação da acetilcolina ou que esta seja destruída muito rapidamente.

A acção terapêutica na miastenia é rápida e quasi imediata; doentes graves com ptoses palpebrais e grandes dificuldades de mastigação e deglutição melhoram, dentro de cinco a vinte minutos, com a injeção de 1, 2 ou 5 cc. de uma solução a 0,5% de prostigmina; pode também ser usada em comprimidos com 1,5 mgr. O tratamento repetido parece mesmo poder dar resultados duradoiros.

BARAHONA FERNANDES.

O estado actual do prognóstico empirico hereditário na psiquiatria como base para medidas de sanidade hereditária prática. III—círculo hereditário da epilepsia. (*Der heutige Stand der empirischen Erbprognose in der Psychiatrie als Grundlage für Massnahmen der praktischen Erbgesundheitspflege*), por H. LUXENBURGER. — *Zentralblatt f. d. g. Neur. u. Psych.* 83 B. H. 9/10. 1937.

O estudo da herança da epilepsia oferece grandes dificuldades pela imprecisão dos conceitos de epilepsia genuína e sintomática, herdada e adquirida. Os factores hereditários e ambientais actuam conjuntamente na maioria dos casos; o que se faz mister é exactamente determinar o seu papel relativo em cada caso particular. Como epilepsia genuína e hereditária consideram-se as formas em que os acidentes comiciaes aparecem repetidamente sem intervenção de qualquer causa exógena apreciável. A sua transmissão hereditária parece fazer-se por qualquer dos modos de recessividade.

A probabilidade de adoecimento dos irmãos de epilépticos é, segundo o cálculo corrigido a partir de variadas estatísticas, de 4,1 %, o que também exclue a herança dominante. Além destes 4,1 % de epilépticos propriamente ditos, contam-se — o que tem grande importância — 16,5 % de indivíduos, sem acidentes comiciaes, mas com anomalias dos sentimentos e defeitos de carácter especiais — isto, é, os psicopatas afins do círculo heredo-constitucional epiléptico — os psicopatas epileptóides, irritáveis, periómanos, etc.

Os filhos dos epilépticos adoecem em 11 % (cálculo para o fenotipo, correspondente a uma probabilidade de 12,2 % para o genotipo, visto que a probabilidade de manifestação clínica ou aparente de doença nos portadores da disposição herdada é 0,90 %); os filhos dos epilépticos são, além disso, em 18,5 % dos casos, psicopatas; os sobrinhos são 1,2 % epilépticos e 9,1 % psicopatas; os irmãos 4,1 e 16,5 %, como se disse, ao passo que na média da população (Alemanha) há 0,3 e 7 %, respectivamente. Estes números referem-se aos sintomas neurológicos e psíquicos; na descendência dos epilépticos há, além disso, numerosos defeitos e degenerescências corporais que ensombram o prognóstico hereditário.

Os conselhos pré-matrimoniaes a epilépticos são muito difíceis de fundamentar nestes conhecimentos gerais e só podem ser dados sobre a base da análise pormenorizada de cada caso particular, principalmente para autorizar o casamento e a procriação sem perigo de uma descendência eugénica-deficiente. Pode-se dizer, no entanto, já com segurança, que os irmãos de epilépticos, saudáveis e sem defeitos corporais, e cujos pais são normais, se podem propagar sem perigo.

BARAHONA FERNANDES.

Acesso de riso como equivalente epiléptico. (*Lachanfälle als epileptisches Äquivalent*), por O. ROGAL. — *Der Nervenarzt.* 10 I. H. 2. Fevereiro de 1937.

São conhecidos, na patologia nervosa, diversos *estados de riso patológico*. Os acessos de riso forçado, sem motivação compreensível e contra a vontade

do próprio, foram descritos nos estados tardios de encefalite epidémica e na intoxicação pelo manganés. Muito diverso é já o riso que acompanha ou precede as chamadas perdas afectivas de tónus (cataplexia). Em ambos os casos mantém-se por completo a clareza da consciência, persistindo portanto uma boa recordação mnésica do acidente. No ataque de riso de Oppenheim há também uma perda súbita de tónus, motivada por uma risada, mas a face congestiona-se e o enfêrmo perde a consciência. A vertigem laringica de Charcot representa também algo de semelhante.

Noutros casos pode ainda o riso anormal sobrevir como um equivalente de um ataque de enxaqueca.

O A. descreve um caso de um rapaz que sofria de acessos de riso que duravam até meio minuto e se acompanhavam de turvação acentuada da consciência e dos quais o enfêrmo não guardava qualquer recordação; não há nenhuma relação constante entre o aparecimento dos acessos e a incidência de situações ou acontecimentos que provoquem normalmente o riso. Aparecem, pois, espontaneamente e não podem de modo algum ser influenciados pela vontade; o riso tem, além disso, um carácter automático, pouco natural. Todos estes caracteres aproximam êste acesso de riso dos accidentes epilêpticos, o que ainda é confirmado pela possibilidade de desencadeamento de verdadeiros ataques convulsivos por injecções repetidas de Sympatol. O A. admite uma epilepsia essencial com accidentes frustes e localiza o foco que provoca os acessos de riso na parte superior da ponte, em relação com os mecanismos reguladores dos movimentos da face, respiração e laringe.

BARAHONA FERNANDES.

Investigação clínica sôbre o tratamento da diabetes mellitus com insulina «Insugerman». (*Klinische Untersuchungen zur Behandlung des Diabetes Mellitus mit Depot-insulin «Insugerman»*), por ADOLF SCHWEERS. — *Klinische Wochenschrift* N.º 11. 1937.

O A. faz referência aos inconvenientes que advêm da aplicação repetida de várias injecções diárias de insulina aos doentes que delas necessitam (difícil ajuste das dietas, perigo de infecção local, alterações dos tecidos nos pontos das injecções) e às tentativas que têm sido feitas com o fim de obter a possibilidade de substituir as várias injecções diárias por uma só que não acarrete inconvenientes para o doente e que provoque a actuação retardada das doses maciças de insulina administradas numa única injecção. Entre estas destaca a dissolução em substâncias várias, como o azeite, a lecitina, a emulsão de colessterina, goma-arábica, etc. Faz especial menção de um produto da firma Leo, obtido pela associação de insulina e uma protamina, preparada com espermén de truta, que, sendo insolúvel, liberta, em meio de pH = 7,3, lentamente, a insulina, e cujo estudo se está ainda fazendo, sobretudo pelos investigadores americanos.

Faz também referência às experiências já realizadas com a Durante-Insulina (I. G. Farben), fazendo notar que as doses que foi necessário usar foram, afinal, maiores que as geralmente necessárias e que, além disso, se de-

ram em certos casos acidentados de hipoglicemia, que nem sempre puderam ser rodeados. Relata os estudos de Vilh. Clausen e outros sobre a insulina-adrenalina no tratamento das diabetes graves.

Por último, o A. passa a descrever as suas próprias investigações sobre o assunto, investigações feitas com a Depotinsulin «Insugerman», produto obtido pela união de insulina a extracto do lobo anterior da hipófise. O A. experimentou-o em dez casos, indicando para cada um, detalhadamente, as circunstâncias especiais da sua história clínica, bem como as curvas de glicemia e eliminação de açúcar, as normas dietéticas seguidas e as sucessivas doses de insulina «Insugerman» que lhe foi preciso usar para estabelecer as normas que mais adiante explica.

Da análise geral dos casos tratados por este novo método tira o A. conclusões, das quais a primeira é: que o tratamento feito por esta forma é mais fisiológico e mais fácil e cómodo de aplicar em doentes não internados em clínicas e que é, além disso, mais agradável para o doente.

Aconselha a fazer uma curta observação, de duas ou três semanas, do doente a quem se vai aplicar este tratamento. Em segundo lugar, conclue que a injeção deve ser feita por via subcutânea, porque na administração intramuscular viu aparecer mais facilmente fenómenos de hipoglicemia, que eram diminutos ou nulos na administração subcutânea.

Verificou mais que o efeito máximo da insulina «Insugerman» se manifesta sete a oito horas após a injeção, como se pode verificar pela análise das curvas da glicemia dos casos estudados.

Nota, também, o A. que a insulina «Insugerman» actua seguramente nos casos em que se torna necessária uma acção rápida, como nos casos de cõma, precoma ou naqueles em que é necessário intervir cirurgicamente.

Em último lugar, cita o caso de uma doente a quem fez uma cura de engorda, com 10 a 15 unidades diárias, e no qual obteve tão bons resultados como é costume encontrarem-se no tratamento destes casos com a vulgar insulina; mas faz notar que nos indivíduos asténicos ou convalescentes não é raro observarem-se, já com doses de 10 unidades, sintomas de ligeira hipoglicemia, como taquicardia, tremor, agitação interna, etc.

O A. resume o seu trabalho apontando mais uma vez que a injeção se deve fazer por via subcutânea, para fugir aos perigos da hipoglicemia, que muitas vezes surgem quando aquela se faz intramuscularmente, e que se deve seguir atentamente cada caso clínico investigando com especial cuidado as glicemias dos doentes.

OLIVEIRA MACHADO.

A deposição de ferro no organismo após a administração de combinações ferro-cupricas. (*Der Speicherungsgrad des Eisens nach Verabreichung von Ferri-Kupfercombination*), por WALTER BRANDT. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 13. 1937.

O A., na introdução do seu trabalho, passa em breve revista a acção do ferro no organismo e, especialmente, a sua acção, quando administrado em preparados complexos que contenham simultaneamente cobre e extractos de

substância hepática, referindo-se sucintamente a trabalhos anteriores de outros autores sobre assuntos referentes à mesma questão.

O A. trabalhou com coelhos, aos quais fez ingerir diariamente 0,5 gr. de Ferripan (preparado contendo 0,05 % de cobre e 2,6 % de ferro em combinação albuminosa-férrica, 20 % de fígado fresco, fosfatidos, colessterina e vitaminas A e D). Oito dias depois fez a análise microquímica, pelo azul de Turnbull, no retículo-endotélio do baço e, em seguida, comparou os resultados com os obtidos em iguais práticas noutros órgãos, como o fígado, pulmões e rins.

Verificou que o depósito no baço é relativamente pequeno, ao fim dos oito dias de alimentação com o Ferripan, e que êste depósito começa a aumentar mais nitidamente aos quinze dias de experiência, para ser máximo ao 35.º dia, o que concorda inteiramente com as experiências realizadas por Pfeiffer, em 1931.

OLIVEIRA MACHADO.

Sobre a acção farmacológica da vitamina B₁ (Betaxina). (*Pharmakologisches über Vitamin B₁ (Betaxin)*), por G. HECHT e H. WEESE. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 12. 1937.

Os AA. estudam experimentalmente, em animais, as conseqüências da administração de grandes doses de vitamina B₁, obtida sinteticamente, e comparam os resultados com os que resultam do uso do produto obtido das fontes naturais (experiências de Kreitmair e Moll).

As experiências foram primeiro feitas nos ratos, com administração intravenosa, subcutânea e *per os* de vitamina. Na administração intravenosa todos os animais morreram ao chegarem às doses de 150 mgr. por quilo. Na aplicação subcutânea deu-se a morte com doses de 1 gr. por quilo. Na aplicação *per os* só um dos animais morreu (com as doses de 2,5 a 3 gr. por quilo). Os sinais que precederam a morte, em todos os casos, foram: retardamento e depressão respiratórias e, às vezes, convulsões.

Em seguida experimentaram nos coelhos a administração intravenosa e verificaram que um animal morreu por paralisia respiratória ao receber uma dose de 160 mgr. por quilo e um outro morreu também logo à primeira injeção de 80 mgr. por quilo, com paralisias simultâneas do coração e respiratória.

Em seguida estudaram a acção da Betaxina sobre a pressão sanguínea e a respiração em coelhos e gatos narcotizados. Notaram que a pressão baixou (nos gatos, aos 3 mgr. por quilo, e, nos coelhos, desde os 10 mgr. por quilo) e que nos gatos decapitados a baixa foi praticamente nula, donde concluem que a acção se faz sentir nos centros. Por outro lado a respiração quasi não foi influída pelas doses pequenas, mas sofreu uma nítida inibição, que chegou até à paragem respiratória, quando as doses alcançaram 70 a 80 mgr. por quilo. Estudaram depois a acção sobre a glicemia e para isso realizaram experiências com doses tóxicas e não tóxicas, e conjuntamente com a administração de insulina, e verificaram que doses pequenas não têm praticamente acção alguma, mesmo com simultânea acção da insulina, e que as altas manifestam

uma leve acção aumentativa da glicemia de jejum, nos coelhos de experiência.

Nos cobaios o estudo do consumo de oxigénio e da variação do quociente respiratório levou à conclusão de que aquele consumo aumentou 20%, só na primeira hora, quando baixou o quociente respiratório de 0,80 a 0,75 e ainda menos.

A diurese de coelhos aumentou nitidamente até quasi ao dôbro, quando lhes foi administrado 0,1 gr. por quilo de vitamina B₁, em seguida à ingestão de 100 gr. de água. Não foram observadas quaisquer alterações do valor da hemoglobina, electrocardiográficos, do número de eritrócitos, nem da actividade cardíaca ou da tensão sanguínea.

Por último, de experiências feitas em macacos Rhesus, concluem os AA. que a vitamina não tem quaisquer acções cumulativas.

OLIVEIRA MACHADO.

Contribuição para o estudo das reacções coradas do sangue na anemia perniciosa. (*Beiträge zum Blutfarbstoffwechsel der Anaemia Perniciosa*), por KARL-ADOLF SEGCEL. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 11. 1937.

O A. refere-se à reacção já estudada por Keller e Seggel, mediante a qual se verifica o aparecimento de eritrócitos com fluorescência vermelha, quando se tratam estes de certo modo, e faz notar que o número dêles é maior na anemia perniciosa do que em outras formas de anemia.

Êste fenómeno observa-se com maior nitidez após a hepatoterapia, no momento em que surge, ou já se iniciou, a crise reticulocitária. Em seguida, o A. aborda o estudo do número normal dos eritrócitos dotados de esta propriedade, em comparação com as cifras que se encontram nas várias formas de anemia. Procura depois determinar a causa intima do fenómeno, citando a própria opinião, já expressa noutra lugar, de que o fenómeno seria devido à presença de porfirinas no sangue, opinião com a qual concordam uns autores e discordam outros.

Cita os números considerados normais, por vários autores, para a quantidade de porfirinas no sangue, e verifica que oscilam à volta de números semelhantes (2 a 12 γ % para Hijmans v. d. Bergh, 6 a 8 γ % para Angeliri e Vigliani, 10 até 120 γ % para Sageder).

Expõe, depois, detalhadamente, o método que usou no seu trabalho, informando que se trata da técnica de Fisher, com as modificações introduzidas por Van den Bergh e Grotepass, além de pequenas alterações que o A. achou necessário fazer no curso das suas investigações. Pela medição, pelo método colorimétrico, das porfirinas no sangue, o A. apresenta os números obtidos em relação com o número de glóbulos rubros e com a riqueza hemoglobínica de cada glóbulo. O A. estudou onze casos de anemia perniciosa, com análises sistemáticas em cada um dêles. As observações mostraram uma subida paralela do número de eritrócitos fluorescentes e da quantidade de porfirinas nos glóbulos. Faz notar que a quantidade de substância que existe em cada gló-

bulo é tão pequena que se pode pôr em dúvida que seja ela que provoca o aparecimento do fenómeno em estudo.

Por último faz referência à repetida verificação da eliminação de porfirinas, pela urina, nos doentes de anemia perniciosa, eliminação que, segundo Duesberg, diminue quando se institue a hepatoterapia, conclusão com que não concorda em absoluto a observação do A. Segundo êle, esta eliminação é absolutamente independente da quantidade de porfirina existente no sangue. Resume, por último, o seu trabalho, enunciando de novo o fenómeno investigado e citando outra vez o ritmo da variação do número de eritrócitos fluorescentes.

OLIVEIRA MACHADO.

Ação do ácido ascórbico sobre a fórmula leucocitária. (*Wirkung von Ascorbinsäure auf das weisse Blutbild*), por J. ANDREU URRÁ e E. REGLI. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 12. 1937.

Os AA. descrevem uma observação feita numa doente sofrendo de uma leucemia mielóide. A injeção diária de 200 mgr. de ácido ascórbico tornou normal a sua fórmula leucocitária.

Em seguida referem observações de outros autores que notaram acção leucopeniante do ácido ascórbico respectivamente em doentes de hemofilia e púrpura.

Relatam, depois, dois casos de própria observação, no primeiro dos quais obtiveram uma descida da cifra dos glóbulos brancos numa doente sofrendo de carcinoma do recto ulcerado, descida operada à custa da baixa da percentagem dos polinucleares neutrófilos, por meio da administração diária intravenosa de 0,100 gr. de Cebion.

O outro caso é o de um doente sofrendo de leucemia mielóide crónica, no qual se manifesta uma nítida descida do número inicial de glóbulos brancos (352.000) até uma cifra muito menor (pouco mais ou menos 170.000), em virtude da aplicação diária de 0,100 gr. de Cebion por via intravenosa durante treze dias.

Fazem notar, em seguida, que acções semelhantes se verificam muito communmente em várias doenças infecciosas, como a febre tifóide, a febre de Malta, etc.

Por último, referem-se aos bons resultados apontados por Szent-György no tratamento da agranulocitose.

OLIVEIRA MACHADO.

Sobre a questão da alergia como consequência de lesão hepática. (*Zur Frage der allergisch bedingter Leberschädigung*), por FRITZ ANDINA. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 13. 1937.

O A. cita, em primeiro lugar, rapidamente, os trabalhos já publicados neste sentido, especialmente de v. Végh, e relata depois um caso pessoal em que o doente foi o próprio A. A sua doença iniciou-se com uma tonsilite catarral ligeira, a que se sucederam cefaleias e sintomas de urticária, poucos

dias após. Sucessivamente se instalou edema por todo o corpo e dores articulares com edema periarticular rebelde à terapêutica instituída, mas que melhorou com injeções de Mg-Lumière, embora não curasse. Cita a anamnese, na qual há a destacar doença sérica, consecutiva a injeção de sôro antitetânico, e as investigações laboratoriais realizadas.

O quadro clínico foi então completado por côr ictérica das escleróticas, primeiro, mas, depois, de todo o corpo, acompanhada de alterações gastro-intestinais, num conjunto semelhante à chamada icterícia catarral. Os resultados das investigações laboratoriais falam em «pro» de lesão hepática e o quadro assemelha-se exactamente ao descrito por v. Végh.

O A. estuda o problema da alergia, nas suas relações com o tubo digestivo e com as tonsilites, procurando determinar o papel que a estes factores pode caber e as possibilidades de sensibilização pelo sôro antitetânico, recebido dezanove anos antes do instalar dêste quadro sintomatológico. Resume, por último, o seu trabalho, concluindo que os sintomas descritos devem ser atribuídos a consequência alérgica de padecimento hepático.

OLIVEIRA MACHADO.

As localizações ano-rectais da doença de Nicolas-Favre. (*Les localisations ano-rectales de la maladie de Nicolas-Favre*), por J. RACHET e R. CACHERA. — *Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*. Tômoo XXVII. N.º 1. 1937.

A doença de Nicolas-Favre, que até há cêrca de duas dezenas de anos era quási ignorada, tem progredido consideravelmente no domínio da patologia, sobretudo à custa dos elementos da experimentação laboratorial e do valor da intradermo-reacção de Frei.

Com o melhor e mais perfeito conhecimento desta entidade mórbida, tem sido possível identificar as várias localizações extra-genitais da afecção, como sejam as manifestações bucais com a adenopatia cervical e as lesões das extremidades, sobretudo as dos membros superiores. São contudo relativamente raras estas localizações, sendo muito freqüente e de grande valor clínico a localização ano-rectal, à qual os AA. dedicaram êste trabalho, reservando a primeira parte para o cuidadoso estudo clínico, tanto da forma proliferativa da ano-rectite como do apêrto rectal típico. São estas duas as formas mais freqüentes da afecção, verificando os AA. o seu aparecimento em 86 % dos casos da sua estatística, tendo reconhecido dentro dessa percentagem o predomínio do apêrto típico do recto.

Ainda que mais raras e constituindo 14 % dos casos, descrevem os AA. outras manifestações ano-rectais, respectivamente :

- a) A forma ulcerosa, com lesões de notável profundidade.
- b) O abcesso justo-anal, adquirindo o aspecto duma supuração da margem do ânus, estabelecendo-se a comunicação com o recto, através duma pequena fístula.
- c) A fístula anal, já descrita por Lambling, sendo indispensável o estudo biológico para a identificação da lesão.

Muitas fístulas tratadas como tuberculosas e sem sucesso terapêutico devem ter origem linfogranulomatosa.

Os AA. descrevem, com minúcia, determinadas lesões associadas que podem acompanhar a linfogranulomatose benigna ano-rectal, como seja a elefantíase do períneo.

O estudo clínico das lesões ano-rectais ainda não está suficientemente perfeito para se marcar com precisão as características das várias etapas que traduzem a evolução da doença.

Assim, a forma ulcerosa, nalguns casos, parece ser a etapa inicial e mesmo constituir a primeira imagem da lesão. Já a ano-rectite vegetante é mais difícil de enquadrar na evolução da doença, havendo casos em que esta forma sucedeu à lesão ulcerosa; mas outros há em que tal facto não se verifica, podendo, contudo, com relativa reserva, dizer-se que a forma proliferativa deve representar um estado recente da afecção, constituindo uma lesão, em regra extensa e em plena actividade, com um poder muito virulento.

Acêrca do apêrto rectal, há já uma certa concordância de opiniões, admitindo-se que êle representa, em alguns casos, uma etapa avançada da doença.

Contudo, ainda recentemente Weiss afirmava que «não temos elementos suficientes para estabelecer a ordem pela qual se dão os fenómenos da rectite e de apêrto, havendo casos em que são simultâneos».

Os AA., acêrca da opinião discordante de Weiss, declaram que o estudo particular de cada caso clínico raramente permite marcar com clareza os vários tipos de lesão, tanto mais que a relativa lentidão do processo dificulta consideravelmente a observação directa, mas afirmam que o cuidadoso estudo das estatísticas já nos fornece noções de interêsse, sendo possível considerar o apêrto ano-rectal como a fase terminal da afecção, ainda que não tenham a pretensão de ver resolvido êste assunto, através dum critério tão extremamente simplista.

Quanto ao prognóstico, é já conhecida a sua delicadeza, visto que, a-pesar do tratamento empregado, pode formar-se uma estenose rectal tão intensa que haja necessidade de se executar um ânus ilíaco.

As formas consideradas duráveis são raras e devem corresponder a lesões muito circunscritas ou pequenos abscessos justa-rectais, sendo de-veras flagrante a diferença existente entre o êxito terapêutico que se obtém nas formas puramente ganglionares da doença de Nicolas-Favre em relação à resistência que as lesões anais ou ano-rectais têm a tôda a medicação que se ponha em prática.

Quanto ao valor dos elementos biológicos de que se lança mão para o diagnóstico, afirmam os AA. que a positividade da reacção de Frei deve ser controlada com a demonstração directa, por inoculação ao animal do vírus linfogranulomatoso ao nível das lesões, visto haver suspeitas de que a referida reacção não tem valor específico.

Recentemente, Hamburger e Lambling aconselhavam a preparação de antigénio com os produtos de supuração dos abscessos ano-rectais ou da secreção das vegetações, fazendo-se em seguida a intradermo-reacção.

No que diz respeito ao tratamento, verifica-se que no momento em que foi demonstrada a etiologia linfogranulomatosa de numerosos apertos rectais

nasceram grandes esperanças terapêuticas, que a experiência de alguns anos fêz dissipar, mantendo-se sombrio o prognóstico da doença, visto que os resultados obtidos pela quimioterapia continuam a ser mediocres.

Utilizaram-se especialmente as injeções intravenosas de soluto de lugol associado ao hiposulfito de sódio e sais de antimônio (por via intravenosa ou muscular), que representam progressos mínimos no capítulo da terapêutica, limitando-se a melhorar as manifestações agudas.

Quanto às possibilidades cirúrgicas, ainda menos optimistas se mostraram os relatores do Congresso de Cirurgia de 1934, visto que Weiss e Gatalier chegaram a afirmar que são freqüentes as recidivas num curto prazo, após a intervenção, ficando reservado o campo cirúrgico para os processos estenosantes que obriguem à execução do ânus ilíaco.

No que respeita a tratamento local, é exclusivamente sintomático, recorrendo-se aos clisteres dum soluto muito diluído de gonacrina e à dilatação diatérmica das estenoses, que deve ser executada muito lenta e progressivamente.

BARREIROS SANTOS.

A modificação das propriedades biológicas do líquido céfalo-raquidiano nos epilépticos. (*Modification des propriétés biologiques du liquide céphalo-rachidien chez les épileptiques*), por L. PAPADATO. — *Acta Médica Scandinavica*. Vol. XCI. Fasc. II. 1937.

Os trabalhos de v. Monakow e do seu discípulo Allende-Navarro mostraram a estreita relação que existe entre o ataque epiléptico e determinadas alterações da barreira hemato-encefálica, concepção que se apoia em inúmeras observações anátomo-clínicas.

Monakow afirma que certos estados patológicos do cérebro resultam da penetração de diferentes hormonas através da barreira hemato-encefálica, substâncias essas que, circulando normalmente no sangue, não penetram no líquido céfalo-raquidiano desde que a referida barreira se mantenha intacta.

Esta idea de Monakow nem sempre tem sido plenamente aceite e se a presença desses produtos fôr definitivamente confirmada, poder-se-á afirmar que tal facto representa uma etapa de considerável importância para o completo conhecimento da gênese do ataque epiléptico.

Vários patologistas, entre os quais se destacam Förster, Cushing e Penfield, têm observado, no decorrer das intervenções cirúrgicas do encéfalo, que a crise epiléptica é precedida duma intensa vaso-constricção dos vasos do cérebro e da pia-máter. Êste espasmo vascular, segundo as noções mais recentes, deve desempenhar um papel de destaque na produção do ataque epiléptico.

O A., entusiasmado com esta concepção, fêz, no seu Instituto Neuropsiquiatria de Odessa, o estudo sistemático das reacções vaso-motoras do líquido céfalo-raquidiano, em vinte e cinco epilépticos em que o elemento cerebro-pata estava reduzido ao mínimo e aos quais se podia atribuir com segurança o diagnóstico de epilepsia essencial. A êsses doentes foi extraído líquido céfalo-raquidiano por punção lombar, sendo as suas propriedades estudadas nos vasos da rã, seguindo o A. o método de Trendelenburg-Pissemsky.

Analisando-se as tabelas que o A. apresenta, referentes aos vinte e cinco doentes epilépticos e uma segunda série de vinte e sete casos de diferentes doenças orgânicas do sistema nervoso, verifica-se que a falta de acção vaso-constritora do *liquor* é sensivelmente mais freqüente nos epilépticos do que nos outros doentes do sistema nervoso, atribuindo-se esta reacção anormal à menor quantidade de produtos de secreção do lobo posterior da hipófise no líquido céfalo-raquidiano.

Verifica-se, pelo estudo do A., que a hipótese inicialmente apontada, de que existia um excesso de substâncias vaso-constritoras no *liquor*, não é verdadeira, não podendo explicar-se por êste mecanismo o espasmo dos vasos cerebrais, que parece ser um dos agentes provocadores do ataque epiléptico.

O A., para tentar conhecer a causa dessa ausência de acção vascular no *liquor*, a qual deve estar relacionada com a diminuição de produtos provenientes do lobo posterior da hipófise, fêz o estudo experimental da acção do *liquor* no globo ocular da rá, verificando, com uma série de *contrôle*, que a dilatação pupilar é muito rara com o líquido céfalo-raquidiano dos epilépticos, o que deve resultar da menor quantidade de pituitrina posterior no líquido céfalo-raquidiano.

Os resultados obtidos pela experimentação não se afastam das conclusões a que se tem chegado no estudo do líquido céfalo-raquidiano dos epilépticos.

Houssay e Giusti já tinham observado o aparecimento de ataques epilépticos nos animais a que extirparam a hipófise; manifestações que desapareciam com o enxêrto dessa glândula.

As próprias observações clínicas confirmam o papel da insuficiência hipofisária na gênese do ataque epiléptico, tendo Zondek chamado a atenção para a freqüência de epilepsia nos casos de distrofia adiposo-genital, e os recentes trabalhos de Boyle e Beadles mostram que, num grande número de epilépticos, há atrofia hipofisária, confirmada pela autópsia.

O A. discorda do exagêro de certos investigadores, que chegam a localizar um centro epileptogêneo no diencéfalo, afirmando que é difícil admitir a existência dum determinado centro nervoso com uma função essencialmente patológica, sendo mais natural que as lesões dos centros vegetativos no pavimento do 3.º ventrículo possam influir no funcionamento da hipófise, através dos filetes de innervação desta glândula.

Admitida, em princípio, a intervenção da hipófise na gênese do ataque epiléptico, é relativamente difícil determinar qual o lobo glandular que tem a seu cargo a função de diminuir o poder epileptogêneo do sistema nervoso central.

A desorientação é sobretudo flagrante quando se pretende atribuir essa faculdade a determinada parte da glândula, chegando Rabinowitch a dizer que o lobo anterior da hipófise tem um poder anticonvulsivo, ao contrário do lobo posterior, que tem uma acção epileptogênea.

A verdade é que as tentativas de tratamento da epilepsia essencial por meio de extractos hipofisários deram bons resultados, conforme declaram Cushing, Züwenstein e outros.

O A. ensaiou a mesma terapêutica, obtendo resultados satisfatórios, suprimindo, nalguns casos, os ataques por meio da injeccção hipodérmica de extracto do lobo posterior da hipófise, verificando também que a supressão

brusca do medicamento aumentava o número e a intensidade das crises, aconselhando por isso a diminuição, lenta e progressiva, das doses.

É evidente que o tratamento só deve ser aplicado nos casos em que o *deficit* hipofisário é demonstrado tanto pelos sinais clínicos como pelos elementos colhidos no estudo laboratorial do líquido céfalo-raquidiano, inclinndo-se o A. para a noção que attribue poder anticonvulsivo ao lobo posterior da hipófise.

O A., na sua curiosa monografia, recorda e insiste num facto interessante, que reside no antagonismo que em geral existe entre a diabetes e a epilepsia, recordando as observações de Joshin, Trumper e Spengler, que revelaram a raridade de manifestações epilépticas nos diabéticos.

Os trabalhos de Cuneo e Wladytchko vieram mostrar-nos a freqüência dos estados de hipoglicemia nos epilépticos, o que leva a suspeitar que exista qualquer relação entre o ataque de epilepsia e a alteração do metabolismo dos hidratos de carbono.

Vários outros investigadores fizeram a determinação das glicemias, sendo muito variáveis os resultados obtidos, indicando Peterson 22 % dos casos de hipoglicemia nos epilépticos, enquanto que Wilacian e Urra apontam essa alteração em 60 % dos casos.

Entretanto não podemos estabelecer um critério simplista, attribuindo a crise epiléptica a baixa de glicemia, visto que há muitas situações mórbidas em que esse nível baixa consideravelmente, sem, contudo, se desencadear o ataque epiléptico, o que leva Rabinowitch a dizer que «na génese do ataque não é a hipoglicemia que desempenha o papel capital, mas sim um factor concomitante, até hoje indeterminado».

Os trabalhos de Geilling em cães mostram que a hipofunção hipofisária torna o organismo extraordinariamente sensível à insulina e as convulsões que se desenvolvem não estão relacionadas com a hipoglicemia, mas sim com a intoxicação do organismo pela insulina, opinião já exposta anteriormente por Bogomoletz.

A análise dos factos permite-nos afirmar que deve existir entre os productos de secreção hipofisária e a insulina um franco antagonismo funcional, pelo menos no que respeita à neutralização da acção convulsiva da insulina pelos extractos hipofisários.

Não devem ser as quantidades absolutas destes productos que isoladamente desencadeiam os accidentes epilépticos, mas possivelmente a relação $\frac{\text{Pituitrina post.}}{\text{insulina}}$, a que o A. chama coeficiente hipofisário-insular e que é tanto mais baixo quanto maior é a tendência para a produção de accidentes epilépticos.

BARREIROS SANTOS.

Indicações da colapsoterapia cirúrgica. (*Indikationen der chirurgischen Kollapsverfahren*), por E. v. REDWITZ. — *Fortschritte der Therapie*. Heft. 1. 1937.

Resumo crítico de todos os métodos cirúrgicos que se adoptam na terapêutica da tuberculose pulmonar, para se concluir pela impossibilidade de

fornecer todos os detalhes e tôdas as variantes que hoje se empregam na colapso-terapia. Não há que estabelecer linhas gerais, porque cada caso constitui de cada vez um problema que tem de ser resolvido conforme as suas características pessoais. Para isso muito têm concorrido não só a técnica cirúrgica da especialidade, mas sobretudo a abundância de métodos postos em prática. Pode e deve dizer-se, porém, que as indicações para a aplicação da terapêutica cirúrgica apresentam-se, especialmente, para resolver problemas de ordem mecânica e só secundariamente são atingidos os problemas de ordem biológica.

Os resultados já obtidos prometem ainda uma mais acentuada melhoria, desde que a aplicação dos diversos métodos seja feita ainda mais precocemente; e, assim, ir-se-ão reduzindo por sua vez não só os casos inoperáveis como também aqueles que ainda exigem uma toracoplastia total. A plumbagem tem a sua especial indicação nas cavernas localizadas do vértice ou para as formas circunscritas fibro-produtivas da mesma região; deve, porém, dizer-se que, mesmo nestas formas restritas, nem sempre tôdas as esperanças que se punham neste método cirúrgico, benigno por excelência, têm sido realizadas.

Últimamente têm aparecido alguns casos tratados com o pneumotorax extra-pleural, combinado com a apicólise ou com a toracoplastia parcial superior, mas nada, por enquanto, se pode dizer dos seus resultados.

O A. dá a preferência à anestesia local, com prévia administração de escopolamina, mas há ainda doentes que exigem a anestesia geral, e, para estes, emprega a narcilena com evipan.

J. ROCHETA.

A apneia voluntária, em inspiração e expiração, como prova funcional individual. (*Die willkürliche Apnae im In-und Exspirium als individuelle Leistungsprüfung*), por O. EINSENSCHIMMEL-EISEN. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N. 49. 1936.

A apneia voluntária é uma das muitas provas funcionais de que se tem lançado mão para a análise da função pulmonar e, particularmente, cardíaca, prova esta de que se têm ocupado numerosos autores, com bons resultados para alguns, com medíocres para outros, mas sempre insuficientes para quem pretenda estudar a fundo a reserva de que dispõe qualquer dos dois órgãos mencionados acima.

O A. experimentou a apneia voluntária num certo número de doentes cardíacos, hipertensos, tuberculosos e hipertiroídeos, e procurou estabelecer uma comparação com indivíduos sãos, determinando:

- 1) O valor absoluto da duração da apneia.
- 2) O índice, isto é, a relação da duração da apneia após uma inspiração e após uma expiração.
- 3) A possibilidade de aumentar estes valores pelo exercício.

Em indivíduos com perturbações da circulação verificou-se uma dimi-

nução no tempo da apneia e uma quasi impossibilidade de aumento; o valor do índice gira em torno de 1.

Nos casos de hipertensão e duração da apneia era também reduzido e do mesmo modo o aumento pelo treino; valor do índice em volta de 1. No hipertiroidismo, abaixamento ainda mais acentuado da apneia, com um índice sempre abaixo de 2.

Afirma o A. que o exame cuidadoso destes valores pode dar elementos dignos de nota para a análise da gravidade, do prognóstico e dos efeitos da terapêutica em cada caso.

J. ROCHETA.

O diagnóstico precoce da tuberculose pulmonar. (*La diagnosi precoce della tubercolosi polmonare*), por F. MICHELI. — *Minerva Médica*. N.º 6.

Porque o diagnóstico precoce da tuberculose pulmonar não é somente a necessidade da cura, isto é, não quer dizer somente cura geralmente rápida e completa, e, portanto, rápido regresso do afectado ao trabalho e à sociedade, mas significa também cura do processo mórbido, no seu estado pré-tísico, quer dizer, antes que este se tenha tornado contagioso, é indispensável que o diagnóstico precoce deixe de ser uma expressão de retórica para se tornar uma aplicação quotidiana na clínica diária.

Assim começa o A. a conferência de que hoje fazemos a *referata*, e que é uma das muitas que se realizam presentemente em Itália, no esforço que esta nação tem ultimamente feito na luta antituberculosa. De facto, não basta estar de posse de todos os conhecimentos patogénicos e terapêuticos que devem explicar ou aplicar-se a cada caso. Sob o ponto de vista prático, o mais importante é a despistagem da doença, mal ela dá os primeiros, por vezes, tenuíssimos sinais de actividade, porque dêsse reconhecimento lucram — como se disse acima duma maneira admiravelmente sintética — o doente e o grupo de que faz parte.

Diagnóstico precoce implica descoberta de qualquer das variadas formas de tuberculose activa e evolutiva, fechada ou aberta, nos susceptíveis de cura ou prevenção, e nesta definição deve sobretudo dominar um conceito de actividade terapêutica, sem a qual, evidentemente, não se obteriam resultados apreciáveis. Acentua o A. que o objecto que especialmente pretende fixar é o diagnóstico das formas post-primárias, quer se trate de aspectos passageiros, sem seqüência, quer diga respeito às formas agudas, aparentemente primitivas, que originam, nalguns casos, a instalação da tuberculose típica do adulto, com cavernização mais ou menos precoce e, de aí, rápida disseminação broncogena, com menores possibilidades curativas. As lesões que lhe correspondem são representadas pelas diversas formas de tuberculose miliar, por um lado, e, por outro, pelos infiltrados tisiógenos. A estas duas ordens de lesões elementares e às suas várias modalidades de difusão e de evolução tende hoje a tisiologia moderna referir mesmo os quadros mais complexos da tuberculose pulmonar crónica, ainda não há muito inextricáveis na sua caótica variedade de aspectos.

Sobretudo a tuberculose miliar, já hoje bem conhecida nos seus quadros clínicos e anátomo-patológicos, está agora, mais do que nunca, na ordem do dia, e de tal modo se lhe dá importância que cada vez perde mais terreno a tese de Aschoff da origem exógena e aerógena de muitas reinfecções, compreendidas nestas as chamadas de nódulos de Aschoff-Puhl, sejam elas precoces ou tardias em relação à infecção primária, recentes ou em via de mais ou menos avançada esclerose ou calcificação. A extraordinária frequência das disseminações de tipo miliar, a infinita variedade das suas expressões clínicas, que vão do silêncio mais completo às formas mais graves e asfíxicas, das mais leves formas de toxemia tuberculosa — muitas vezes reduzidas a simples febrícula — a quadros graves de pseudo-tipo tuberculoso, das inocentes pleurites secas às pleurites comuns com derrame e às poliserosites, e, enfim, a possibilidade de pequenos grupos de nódulos miliares darem origem a verdadeiros infiltrados tisiogêneos, justificam plenamente o rápido reconhecimento das múltiplas formas activas de granúlia como um dos fins fundamentais do diagnóstico precoce.

O infiltrado precoce constitue a outra forma elementar de lesão específica que se procura diagnosticar precocemente; é esta também uma forma de alta importância, e que o A. não hesita em considerar como a única ou quasi única origem de todas as tuberculoses abertas; é também de mencionar a idea de Micheli, no que respeita a patogénese dos infiltrados, que elle considera de origem interna e em grande parte formados por via hematogena, quando se não trate de agudizações de antigos focos mais ou menos encapsulados. E assim include no mesmo mecanismo as suas principais lesões, aqui mencionadas.

Recorda, em seguida, mas sumariamente, todos os elementos que clinicamente podem fazer suspeitar a existência duma tuberculose em início: diminuição de peso, anorexia ou outras perturbações dispépticas, febre, etc. Merecem-lhe também atenção todos os sinais semióticos que a clinica tem juntado, e do mesmo modo não deve descuidar-se a análise da expectoração, mesmo logo nos primeiros dias de suspeita; mas sobretudo o que não se pode esquecer nunca é o exame radiográfico.

J. ROCHETA.

Toracoplastias. Incisão paradoxal do Prof. E. Finochietto, variante do Dr. Oscar A. Vaccarezza. (*Toracoplastias. Incisión paradójal del Prof. E. Finochietto, variante del Dr. Oscar A. Vaccarezza*), por C. A. Godoy. — *La Semana Médica*. N.º 6. 1937.

Desde o aparecimento da primeira técnica da toracoplastia até à data não tem cessado de serem apresentados novos métodos ou modificações aos métodos já existentes para as ressecções costais, na cura cirúrgica da tuberculose pulmonar.

A incisão paradoxal de Finochietto, com a variante de O. Vaccarezza, merece a atenção de quem se dedica à especialidade; praticada com anestesia local, tem a grande superioridade de evitar qualquer mutilação dos mús-

culos (trapézio, rombóide grande dorsal), chegando até ao plano costal por afastamento sucessivo destes músculos, seguindo o plano de clivagem dos mesmos. Para dizer a verdade, parece-nos um tanto difícil, mesmo em face das figuras apresentadas pelo A., fazer a ressecção da primeira e mesmo da segunda costelas, com esta incisão, e particularmente na extensão necessária para um colapso eficaz.

São porém muito bons os resultados obtidos pelo A. e que êle apresenta nos casos a que se refere neste artigo.

J. ROCHETA.

Nota preliminar sôbre o choque simpático em toracoplastia. (*A preliminary note ou sympathetic shock in thoracoplasty*), por F. R. EDWARDS. — *The British Journal of Tuberculosis*. Janeiro de 1937.

Depois que se introduziu, na técnica das toracoplastias, a ressecção do colo das costelas e das apófises transversas das respectivas vértebras, têm sido mencionados alguns casos de *shock* dum carácter particular: subitaneidade do fenómeno — em dois a três minutos o doente atinge a extrema situação do colapso —, o pulso torna-se rápido, hipotensão a pressão máxima para 60 a 70 mm. de mercúrio e a pressão diastólica para 40 a 50 mm.; a respiração torna-se superficial, com suores profusos do doente e cianose da face e dos lábios. A causa desta perturbação está no traumatismo que pode sofrer o terceiro gânglio simpático cervical ou dois primeiros torácicos, quando se procede às manobras de ressecção óssea ao nível das três primeiras costelas. Por isso o A. aconselha a prévia anestesia dêsses gânglios, a fazer-se com novocaína a 1/100, e por injeção feita com uma agulha através do primeiro e segundo espaços inter-costais posteriores, cujo procedimento lhe tem dado os melhores resultados.

J. ROCHETA.

Médico e cirurgião no mesmo clinico. (*Physician and Surgeon too*). — *The British Journal of Tuberculosis*. Janeiro de 1937.

Por acharmos interessante, especialmente porque corresponde exactamente ao que pensamos e que tentamos realizar na especialização da tuberculose pulmonar, arquivamos aqui o editorial dêste jornal, sôbre a questão tão debatida de saber se um clínico determinado pode ou não acumular as duas tarefas: médica e cirúrgica, em face da infecção tuberculosa do pulmão.

«É interessante considerar o futuro do cirurgião torácico. A técnica torna-se cada vez mais complicada e poucos são os cirurgiões que, depois de alguns anos de prática e experiência, se tornam realmente competentes neste muito especializado ramo da cirurgia. A-pesar-de terem aumentado muito os métodos cirúrgicos nos hospitais destinados especialmente à cirurgia torácica, há ainda muito poucos cirurgiões torácicos nos hospitais gerais ordiná-

rios, e isto porque a quantidade de material utilizável não é grande e o número de doentes que pode pagar adequadamente uma operação torácica séria é muito limitado. Parece, portanto, que não há uma larga margem para o cirurgião torácico. Cada vez se procede mais com ideias puramente médicas, e é possível que de futuro o tórax se torne o campo especializado do médico e cirurgião do mesmo modo que as doenças médicas e cirúrgicas dos olhos são tratadas pelo oftalmologista assim como as doenças ginecológicas pelo ginecologista. Já nalguns serviços do continente o tratamento médico e cirúrgico do tórax é feito pelo mesmo clínico, e há certamente boas razões para abolir a distinção entre o trabalho médico e cirúrgico, nas doenças torácicas, desde que se tenha preparado um bom especialista torácico que possa encarar ambas as possibilidades.»

J. ROCHETA.

Biblioteca da «Lisboa Médica»

Reünidas em um volume intitulado «Travaux de Laboratoire — Institut Rocha Cabral — Lisbonne», publicado sob a direcção do Prof. M. Ferreira de Mira, recebemos as seguintes obras:

La dixième réunion de l'Association des physiologistes, par FERREIRA DE MIRA.

Influence de la section des nerfs sur quelques composés phosphoriques du muscle du pigeon, par FERREIRA DE MIRA et ANSELMO DA CRUZ.

Sur les modifications dans la quantité de quelques composés phosphoriques du muscle de pigeon privé de cervelet, par FERREIRA DE MIRA et ANSELMO DA CRUZ.

Recherches sur les enzymes placentaires: la fumarase, par D. PEDRO DA CUNHA et KURT JACOBSON.

Sur la méthode de Masciotra et Martinez de Hoz pour le diagnostic biologique de la grossesse, par D. PEDRO DA CUNHA.

La fibrinolyse dans les cultures de tissus in vitro. Cultures de testicule du Cobaye, par J. M. PIRES SOARES.

Action de la lumière sur les cultures de tissus in vitro, par J. M. PIRES SOARES.

Anomalies de croissance du tronc des Arbres. I — Inclusion d'un fer-à-cheval dans le tronc d'un Platanus occidentalis, par J. M. PIRES SOARES.

Sur la réaction de la chorio-allantoïde de l'embryon de poulet aux colorants intra vitaux, par FERNANDO SILVA ARAÚJO.

Sur le sort de l'ectoderme de la membrane chorio-allantoïde de l'embryon du poulet au cours du développement de l'œuf, par FERNANDO SILVA ARAÚJO.

Quelques observations cytologiques sur les nectaires du pétiole de la feuille de *Ricinus communis* L., par GONÇALVES DA CUNHA.

Quelques observations sur la cicatrisation des plaies dans les végétaux, par GONÇALVES DA CUNHA.

Sur l'évolution du chondriome, par GONÇALVES DA CUNHA.

Synthèse biochimique de composés organiques sulfurés, par FERNANDO BELO PEREIRA.

Action de plusieurs sels sur le système de l'aspartase, par FERNANDO BELO PEREIRA et MANUEL SOARES.

Sur le système co-enzymatique de l'aspartase, par MANUEL SOARES.

Sur la diffusion de l'aspartase, par KURT JACOBSONH et MANUEL SOARES.

Zur Spezifität der Aspartase, par KURT JACOBSONH und MANUEL SOARES.

Sur la spécificité stéréochimique de l'aspartase, par KURT JACOBSONH et BELO PEREIRA.

Problèmes stéréochimiques de l'équilibre enzymatique. Recherches dans le système de la fumarase, par KURT JACOBSONH et JOÃO TAPADINHAS.

Recherches sur l'aspartase, par KURT JACOBSONH.

L'action de l'eau lourde sur les systèmes de la fumarase et de la phosphatase, par PEREIRA FORJAZ et KURT JACOBSONH.

L'influence du sang humain sur le développement du bacille de Koch dans les milieux de culture liquide, par ALBERTO DE CARVALHO et CARLOS VIDAL.

Die Wirkung des Lichts auf den Tuberkelbazillus, par ALBERTO DE CARVALHO und CARLOS VIDAL.

Influence des extraits thyroïdiens sur les cultures de bacilles tuberculeux, par ALBERTO DE CARVALHO et CARLOS VIDAL.

Thyroides et Tuberculose, par ALBERTO DE CARVALHO et CARLOS VIDAL.

Contribution pour l'étude de la Bacillémie dans la tuberculose pulmonaire d'après la méthode de Loewenstein, par CARLOS VIDAL.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdade de Medicina de Lisboa

Curso de aperfeiçoamento

Durante o mês de Abril a Faculdade de Medicina de Lisboa, comemorando o centenário da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, realizou um curso de aperfeiçoamento com o programa seguinte :

Dia 5 — Das 8,30 às 11,30 : sessão operatória pelo Prof. F. Gentil e sessão operatória pelo Prof. J. Monjardino. Das 11,30 às 12,30 : lição pelo Prof. A. Padesca, sobre «Colecistopatias». Das 14 às 15 : 1.^a lição pelo Prof. Jorge Monjardino, sobre «Anatomia cirúrgica dos nervos frênicos cervicais. Freni-ectomia».

Dia 6 — Das 9 às 10,30 : 1.^a lição pelo Prof. F. Gentil, sobre «Apendicite aguda ; drenagem abdominal». Das 11,30 às 12,30 : 1.^a lição pelo Dr. Oliveira Machado, sobre «Exame funcional do rim». Das 16 às 17 : 1.^a lição pelo Prof. Toscano Rico, sobre «Etiotropos no tratamento da sífilis».

Dia 7 — Das 9 às 10,30 : prática, pelo Dr. Arnaldo Rodo, sobre «Aparelhos gessados». Das 10,30 às 11,30 : 1.^a lição pelo Prof. Reynaldo dos Santos, sobre «Novocaïnização simpática. Aplicações cirúrgicas». Das 11,30 às 12,30 : 2.^a lição pelo Dr. Oliveira Machado (continuação da 1.^a). Das 14 às 15 : 1.^a lição pelo Prof. Costa Sacadura, sobre «Intervenções perigosas no aborto incompleto. A funesta raspagem uterina». Das 16 às 17 : 1.^a lição pelo Prof. Azevedo Neves, sobre «Segrêdo profissional».

Dia 8 — Das 8,30 às 11,30 : sessão operatória pelo Prof. F. Gentil. Das 9,30 às 10,30 : 1.^a lição pelo Prof. Mário Moreira, sobre «Supurações pulmonares». Das 11,30 às 12,30 : 1.^a lição pelo Prof. Fernando Fonseca, sobre «Urémias e pseudo-urémias». Das 14 às 15 : 1.^a lição pelo Prof. Joaquim Fontes, sobre «O aborto e a raspagem uterina». Das 16 às 17 : 2.^a lição pelo Prof. Toscano Rico, sobre «Etiotropos no tratamento da Malária e das Leishmaniases».

Dia 9 — Das 8,30 às 11,30 : sessão operatória pelo Prof. Jorge Monjardino. Das 10,30 às 11,30 : 2.^a lição pelo Prof. Reynaldo dos Santos, sobre «Terapêutica das injecções por via arterial». Das 11,30 às 12,30 : 2.^a lição pelo Prof. Fernando da Fonseca (continuação da 1.^a). Das 14 às 15 : 3.^a lição pelo Prof. Costa Sacadura, sobre «Alguns aspectos clínicos e sociais da obstetrícia. Consultas pré-natais e puericultura» (com passagem de filmes). Das 16 às 17 : 1.^a lição pelo Prof. Firmino Santana, sobre «A higiene no quadro do ensino médico».

Dia 10 — Das 9,30 às 10,30: 2.^a lição pelo Prof. Mário Moreira, sobre «Pneumonias». Das 10,30 às 11,30: 3.^a lição pelo Prof. Reynaldo dos Santos, sobre «Diagnóstico e tratamento precoce das arterites». Das 11,30 às 12,30: 1.^a lição pelo Prof. Pulido Valente, sobre «Exposição do sistema de Volhard». Das 14 às 15: 2.^a lição pelo Prof. Jorge Monjardino, sobre «Anatomia cirúrgica da parede torácica». Das 16 às 17: 3.^a lição pelo Prof. Toscano Rico, sobre «Anti-helmínticos».

Dia 12 — Das 8,30 às 11,30: sessão operatória pelo Prof. F. Gentil. Sessão operatória pelo Prof. Jorge Monjardino. Das 10,30 às 11,30: 1.^a lição pelo Prof. Castro Freire, sobre «Introdução ao estudo dos transtornos nutritivos dos lactantes. Conceito. Sintomatologia geral. Sistematização». Das 11,30 às 12,30: 2.^a lição pelo Prof. Pulido Valente (continuação da 1.^a). Das 16 às 17: 2.^a lição pelo Prof. Azevedo Neves, sobre «Responsabilidade médica».

Dia 13 — Das 9 às 10,30: 2.^a lição pelo Prof. F. Gentil, sobre «Conduta nos traumatismos dos membros e, em especial, nas fracturas dos ossos compridos». Das 10,30 às 11,30: 2.^a lição pelo Prof. Castro Freire (continuação da 1.^a). Das 11,30 às 12,30: 3.^a lição pelo Prof. Pulido Valente (continuação da 2.^a). Das 14 às 15: 2.^a lição pelo Prof. Joaquim Fontes, sobre «As contracções uterinas». Das 15 às 16: lição pelo Prof. António Flores, sobre «Encéfalo-mielite disseminada».

Dia 14 — Das 9 às 10,30: prática pelo Dr. Arnaldo Rodo, sobre «Aparelhos gessados». Das 10,30 às 11,30: 4.^a lição pelo Prof. Reynaldo dos Santos, sobre «Intervenções urológicas de urgência». Das 11,30 às 12,30: 1.^a lição pelo Prof. Cascão de Anciães, sobre «Patologia da clorémia». Das 15 às 16: lição pelo Dr. Almeida Dias, sobre «Poliomielite anterior aguda (paralisia infantil)». Das 16 às 17 — Conferência pelo Prof. Barbosa Sueiro, sobre «O estudo da Anatomia e evolução do seu ensino na Régia Escola e na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa».

Dia 15 — Das 8,30 às 11,30: sessão operatória pelo Prof. F. Gentil. Das 11,30 às 12,30: 2.^a lição pelo Prof. Cascão de Anciães (continuação da 1.^a). Das 15 às 16: lição pelo Dr. Almeida Lima, sobre «Possibilidades actuais da neuro-cirurgia».

Dia 16 — Das 8,30 às 11,30: sessão operatória pelo Prof. Jorge Monjardino. Das 10,30 às 11,30: 5.^a lição pelo Prof. Reynaldo dos Santos, sobre «Injecções hematogéneas». Das 11,30 às 12,30: 1.^a lição pelo Prof. Eduardo Coelho, sobre «O tratamento do bócio exoftálmico Indicações cirúrgicas». Das 15 às 16: lição pelo Prof. Egas Moniz, sobre «Rádio-diagnóstico de contraste em neurologia».

Dia 17 — Das 9,30 às 10,30: lição pelo Dr. Cândido de Oliveira, sobre «Bruceloses». Das 10,30 às 11,30: 6.^a lição pelo Prof. Reynaldo dos Santos, sobre «Tuberculose renal». Das 11,30 às 12,30: 2.^a lição pelo Prof. Eduardo Coelho, sobre «Insuficiência das glândulas suprarrenais e doença de Addison». Das 14 às 15: 3.^a lição pelo Prof. Jorge Monjardino, sobre «Breves noções sobre a cirurgia do coração e as suas modernas tendências; notícia das pesquisas de Claude Beck». Das 16 às 17: 2.^a lição pelo Prof. Firmino Santana, sobre «As moléstias epidémicas no decurso dos tempos».

Curso de aperfeiçoamento no Instituto Português de Oncologia

Dia 5 — Às 21 : pelos Profs. F. Gentil e H. Parreira, sobre «Cancros da face».

Dia 7 — Das 8,30 às 11,30 : sessão operatória de electro-cirurgia. Às 21 : pelo Prof. M. Athias, sobre «A luta social contra o cancro e o valor da estatística».

Dia 8 — Às 21 : pela Dr.^a D. Maria F. Dias, sobre «Cultura de tecidos».

Dia 9 — Das 8,30 às 11,30 : sessão operatória de electro-cirurgia Às 21 : pelo Prof. João de Magalhães, sobre «A obra realizada pelo Instituto Português de Oncologia».

Dia 10 — Às 21 : pelos Profs. F. Gentil e H. Parreira, sobre «Cancros do lábio e da língua».

Dia 12 — Às 21 : pelos Profs. F. Gentil e H. Parreira, sobre «Cancros do lábio e da língua».

Dia 14 — Das 8,30 às 11,30 : sessão operatória de electro-cirurgia. Às 21 : pelo Prof. Bénard Guedes, sobre «O valor da radiografia no diagnóstico do cancro».

Dia 15 — Às 21 : Filmes alemães sobre electro-cirurgia.

Dia 16 — Das 8,30 às 11,30 : sessão operatória de electro-cirurgia.

Dia 17 — Às 21 : pelos Profs. F. Gentil e H. Parreira, sobre «Cancros da mama».

* * *

Hospitais

Dos Capuchos

No Hospital dos Capuchos o Dr. Luiz Adão realizou mais um curso livre de Cirurgia, regido gratuitamente.

* * *

Academia das Ciências

Na sessão do dia 8 de Abril, da Academia das Ciências, destinada à comemoração do IV centenário de Gil Vicente, o Prof. Egas Moniz pronunciou uma conferência intitulada: «Os médicos no Teatro de Gil Vicente».

* * *

Sociedade das Ciências Médicas

Em sessão da Sociedade das Ciências Médicas, presidida pelo Prof. Francisco Gentil, o Dr. José Pereira Caldas referiu um caso de doença condromatosa articular. Sobre esta comunicação falou o Dr. Arnaldo Rodo.

O Dr. A. Travassos falou sobre «Amebíase intestinal crónica autóctona

no continente português». Esta comunicação foi discutida pelo Dr. Raúl Bensaúde.

— Na sessão seguinte da mesma Sociedade o Dr. Almeida Lima apresentou um doente operado por tumor cerebral.

O Prof. F. Wohlwill fez uma comunicação sobre «Sífilis pulmonar», acompanhada de microprojectções.

Instituto Rocha Cabral

No Instituto Rocha Cabral, a exemplo do que sucedeu nos anos anteriores, realiza-se este ano uma série de conferências, pela ordem seguinte: «O nosso principal alimento», pelo Dr. Ferreira de Mira; dia 29 de Abril, «Dos ácidos gordos aos derivados proteicos. Novas sínteses enzimáticas», pelo Dr. Kurt Jacobsohn; dia 6 de Maio, «Insuficiência respiratória», pelo Dr. José Rocheta; dia 14, «Problemas actuais da endocrinologia sexual», pelo Prof. Mark Athias; dia 20, «Desenvolvimento do embrião fora do organismo», pelo Prof. Celestino da Costa; e dia 27, «Problemas actuais de endocrinologia sexual», pelo Prof. Joaquim Fontes.

Jornadas Médicas Internacionais de Paris

patrocinadas pela *Revue Médicale Française*, sobre as Regulações hormonais em Biologia, em Clínica e em Terapêutica, de 26 a 30 de Junho de 1937.

Presidente: Prof. Paul Carnot.

Sábado, 26 de Junho de 1937. — Conferências gerais de introdução:

- 1) Regulações neuro-hormonais: Prof. Roussy (Paris).
- 2) Regulações hormo-hormonais: Prof. Roussy (Paris).
- 3) Regulações hormonais em clínica médica: Prof. Mauriac (Bordéus).
- 4) Regulações hormonais em clínica cirúrgica: Prof. Leriche (Estrasburgo).

Dias 26, 27, 28, 29 e 30 de Junho de 1937. — Secções:

REGULAÇÕES HIPOFISÁRIAS

Bioquímica e farmacodinamia das hormonas hipofisárias: Prof. agreg. Hazard (Paris).

Regulação post-hipofisária das trocas aquosas. Tratamento da diabetes insípida: Prof. Villaret, Prof. agreg. J. Besançon, Dr. Cachera (Paris).

Hormonas hipofisárias em obstetrícia: Dr. Devraigne (Paris).

Enxertos hipofisários: Dr. R. May (Paris).

Hormonas hipofisárias e desenvolvimento genital: Dr. Moricard (Paris).

Doenças de Cushing e de Simonds: Prof. Lucien Cornil (Marselha).

Acromegalia, acromicria, gigantismo, nanismo : Prof. agreg. Bariety (Paris).

Síndromas adiposo-genitais: Prof. agreg. Bariety (Paris).

Hormonas hipofisárias neurotropas: Prof. Remy-Collin (Nancy).

Hormonas tireotropas, pancreotropas, suprarrenotropas: Prof. Aron (Estrasburgo).

Radiologia e radioterapia hipofisárias: Dr. Bellot (Paris).

Cirurgia hipofisária: Dr. Clovis Vincent (Paris).

REGULAÇÕES GENITAIS

Regulações hipofisárias e gónadas: Prof. Ascheim (Berlim).

Hormonas gonadotropas em patologia obstétrica: Prof. Brindeau e Dr. Hinglais (Paris).

Bioquímica das hormonas masculinas: Prof. Ruzicka (Zurique).

Bioquímica das hormonas femininas: Dr. André Girard (Paris).

Tests biológicos das hormonas sexuais: Prof. Courrier (Argélia).

Diagnóstico da gravidez: Prof. Simonnet (Alfort).

As acções inibidoras das hormonas sexuais: Prof. Champy (Paris).

Eliminação urinária das hormonas gonadotropas: Prof. Siebke (Bonn), etc

REGULAÇÕES SUPRARRENAIS, RENAI, CARDIOVASCULARES

Bioquímica e farmacodinamia das hormonas suprarrenais: Prof. Tiffeneau (Paris).

Doenças de Addison e cortin: Prof. Roch e Dr. Erich Martin (Genebra), etc.

REGULAÇÕES, TIROIDEIAS, PARATIROIDEIAS, ETC.

Hormonas tiroideias e metabolismo basal: Dr. Escalier (Paris).

Distunções paratiroideias e tetania: Prof. Snapper (Amsterdão), etc.

REGULAÇÕES PANCREÁTICAS, SANGUÍNEAS

Bioquímica da insulina: Prof. Polonowski (Paris).

Diabetes hipofisária: Prof. Syllaba (Praga), etc.

REGULAÇÕES HEPÁTICAS, DIGESTIVAS

Bioquímica e farmacodinamia dos princípios antianémicos: Prof. Koskowski (Lwow), etc.

REGULAÇÕES ESPLÉNICAS

Regulações esplénicas da massa sanguínea: Prof. Léon Binet (Paris), etc.

CONFERÊNCIAS GERAIS

pelos Profs. Butenandt (Berlim), Von Euler (Estocolmo), Mouriquand (Lyon), Oberling (Estrasburgo).

CONCLUSÕES PRÁTICAS

pelos Profs. Loeper e Harvier (Paris).

Congressos

Médico Nacional de Desastres no Trabalho

Reñiu-se a Comissão Central Executiva do I Congresso Médico Nacional de Desastres no Trabalho, o qual deverá realizar-se em Lisboa, no próximo mês de Novembro.

Nacional de Automobilismo e Aviação Civil

Neste Congresso foram apresentadas as seguintes teses de natureza médica:

«A criança e o trânsito moderno», pelo Dr. A. Pina Júnior.

«O transporte de feridos e doentes em avião; aviação sanitária», pelo Dr. Alberto David.

«Cartas de condutores e doenças mentais», pelo Dr. Diogo Furtado.

«O auto e a assistência médica em Portugal», pelo Dr. Fausto Landeiro.

«Os accidentes de viação nas estradas portuguesas. Sugestões para resolver o problema», pelo Dr. Fernando Teixeira.

«Higiene e automobilismo», pelo Dr. José Maria Fernandes Lopes.

«Educar o peão: Assistência médica na estrada», pelo Dr. Tovar de Lemos.

Centenário da Academia Politécnica e da Escola Médico-Cirúrgica do Pôrto

De 10 a 18 de Abril realizaram-se as comemorações do centenário da Academia Politécnica e da Escola Médico-Cirúrgica do Pôrto.

Do programa constavam: a inauguração das novas instalações da Faculdade de Medicina, a da Maternidade Júlio Deniz, a do busto do Prof. Tiago de Almeida, conferência na Faculdade de Medicina, etc.

Homenagens

No pátio-jardim do Hospital do Destêrro inaugurou-se um busto do Prof. D. Tomaz de Melo Breyner, que durante muitos anos dirigiu uma consulta de venereologia naquele hospital.

Da comissão que promoveu a homenagem faziam parte o Prof. Celestino da Costa e os Drs. Sá Penela, Leite Duarte e Arbués Moreira.

— No Pôrto de Puericultura n.º 3, da rua D. Carlos Mascarenhas, realizou-se uma homenagem à memória do Dr. Jorge Cid, primeiro director daquela instituição.

Prof. Celestino da Costa

Na Faculdade de Medicina de Bordéus o Prof. Celestino da Costa realizou uma conferência sôbre: «As concepções modernas do funcionamento nervoso e a sua base morfológica».

Por ocasião da sua estadia naquela cidade o Prof. Celestino da Costa foi alvo duma série de homenagens por parte dos professores da Faculdade.

*
*
*

Prof. Leonídio Ribeiro

Veio a Portugal o Dr. Leonídio Ribeiro, professor de Medicina Legal das Faculdades de Direito e de Medicina do Rio de Janeiro.

Realizou êste professor, no Instituto de Medicina Legal de Lisboa, duas conferências intituladas «Patologia das impressões digitais» e «Etiologia e tratamento da homosexualidade».

*
*
*

Saúde Pública

Presidida pelo Director Geral de Saúde, retiniu-se, pela primeira vez, a comissão encarregada de estudar a reforma dos serviços de assistência. Marcaram-se as directrizes dentro das quais os estudos devem realizar-se, e as secções em que se dividirá a comissão.

— No Pôrto inaugurou-se uma creche e um pôsto médico em beneficio dos carregadores e descarregadores de terra e mar.

— Arquivou-se o processo disciplinar instaurado contra o delegado de saúde do concelho de Viana-do-Castelo, Dr. José Gomes de Almeida Crespo, que reassumirá imediatamente o exercício do seu cargo.

— Como representante do Conselho Superior de Higiene, na Comissão Nacional Permanente do Ópio, nomeou-se o Dr. Antbal Couto Nogueira.

*
*
*

Viagens de estudo

Os Drs. Armando Formigal Luzes e Adelino José da Costa, assistentes de serviço clínico dos Hospitais Cíveis de Lisboa, foram encarregados, em comissão gratuita de serviço público, durante noventa dias, de visitar as clínicas cirúrgicas dos hospitais dos Estados-Unidos da América do Norte e da Inglaterra.



Instituto de Criminologia do Pôrto

O Prof. Joaquim Alberto Pires de Lima foi exonerado, a seu pedido, do cargo de director do Instituto de Criminologia do Pôrto.

Concursos

Abriram-se concursos, por trinta dias, para provimento dos lugares de assistentes dos 1.º, 2.º, 5.º e 10.º grupos e das cadeiras de oftalmologia e de urologia da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Medicina colonial

Foi nomeado director do laboratório de Timor o médico civil Dr. Arriarte Pedroso.

Medicina naval

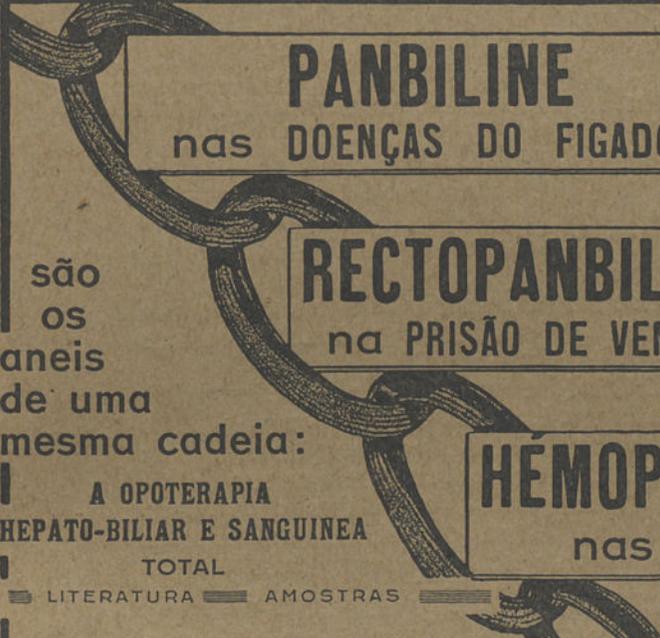
O Dr. José Novais Soares de Medeiros, capitão de mar e guerra médico, retomou o cargo de director do Hospital da Marinha.

Estabelecimentos «Knoll»

Comemorou-se este ano o 50.º aniversário da Casa «Knoll», fabricante de produtos químicos e farmacêuticos. Foi publicada uma brochura comemorativa, com artigos de professores e médicos alemães e doutras nacionalidades.

Necrologia

Faleceram: no Pôrto, o Dr. Severiano José da Silva, administrador da Companhia Carris de Ferro do Pôrto; e, em Espinho, o Dr. António de Castro Soares.



PANBILINE
nas DOENÇAS DO FIGADO

são
os
aneis
de uma
mesma cadeia:

RECTOPANBILINE
na PRISÃO DE VENTRE

HÉMOPANBILINE
nas ANEMIAS

A OPOTERAPIA
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA

TOTAL

LITERATURA AMOSTRAS

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

Tratamento específico do Hipofuncionamento ovarico

HORMOVARINE BYLA

FOLICULINA FISIOLÓGICAMENTE TITULADA

Dismenorreia, Amenorreia, Menopausa, Castração cirurgica, Esterilidade.

Em caixas de 6 ampôlas de 1 c. c. tituladas a 10 unidades de foliculina

ETABLISSEMENTS BYLA — 26, Avenue de l'Observatoire — PARIS

PEDIR LITERATURAS AOS AGENTES PARA PORTUGAL:

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

Maltosan

Enquanto uma criança goza boa saúde pode-se obter, pelo menos por um certo tempo, por todos os meios possíveis, uma alimentação eficaz. Keller 1898

MALTOSAN é o alimento especialmente destinado ás crianças atacadas de perturbações digestivas, gastro-interites etc.; contribue para restabelecer a alimentação normal em todos os casos em que os meios possíveis e impossíveis não deram resultado.

O MALTOSAN é conforme as prescripções do Dr. Keller, relativas á composição da alimentação das crianças de mama atacadas de perturbações digestivas: pouca albumina, pouca gordura, mas aumento do valor nutritivo pela junção de hidratos de carbono sob a forma de Maltose, que possui, de todos os assucares, o limite de assimilação mais elevado.

O MALTOSAN impede o desperdício de albumina no organismo e por conseguinte economia de albumina.

Com o emprego do MALTOSAN a putrefação das matérias intestinais desaparece rapidamente.

Na clinica particular o MALTOSAN simplifica a preparação da sopa de Malte do Dr. Keller tornando possível a sua preparação em casa.

«Tenho a convicção de ter conservado a vida, graças ao MALTOSAN a varias crianças que não podiam ter uma ama e caminhavam para uma morte certa». Dr. Comte, Fribourg

DR. A. WANDER S. A., BERNE

Unicos concessionarios para Portugal

ALVES & C.^a (Irmãos)

Rua dos Correios, 41-2.^o — LISBOA

amostras e literatura gratis



Sala

Est.

Tab.

N.º