



# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

## DIRECCÃO

PROFESSORES

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

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

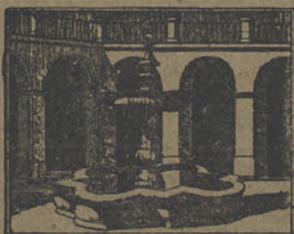
*A. Almeida Dias*

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

# Granulos de Catillon STROPHANTUS

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

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

# Granulos de Catillon a 0,0001 STROPHANTINE CHRYST.

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

Muitos Strophantus são inertes, as tinturas são infeis; 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

## LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

### CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PAGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes : Colónias e estrangeiro :

Ano, 60\$00

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO : 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

Sala .....

Est. ....

Tab. ....

N.º .....



# Hepracton

MERCK

**Extracto de fígado  
altamente activo  
para a hepatoterápia  
em  
anemia perniciosa  
estados anêmicos em geral  
má tolerância perante arsénico,  
bismuto, mercúrio etc.**

## **Ótima tolerância**

Caixas com 5 ampôlas de 2 ccs.

Caixas com 3 ampôlas de 5 ccs.

## **E. MERCK - DARMSTADT**

Representante para Portugal:

**QUIMICO-FARMACEUTICA, LIMITADA**  
LISBOA, P. Gomes-Freire, 96      PORTO, R. do Almada 59

A venda em todas as farmácias  
Lisboa: Labor. Fab. Ind. B. S. de S. João, 2  
Porto: Soc. Quím. & C., Ltd. R. Almeida, 24  
Colónia: Lacerda & Mota, Rua S. João, 21

Rua dos Dourotores, 28, 1.  
LISBOA  
TELE. 4.5125  
e 4.5126

# 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 congéneros

**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 (XVIIe)

DEPOSITARIOS  
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.<sup>a</sup>, L.<sup>da</sup> 45, Rua Santa Justa, 2.<sup>o</sup>

LISBOA

## “A. B.” a 1.<sup>a</sup>

- insulina europeia
- no apreço dos médicos de todo o mundo

De ALLEN & HANBURY, LTD.

— LONDON —

THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.

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

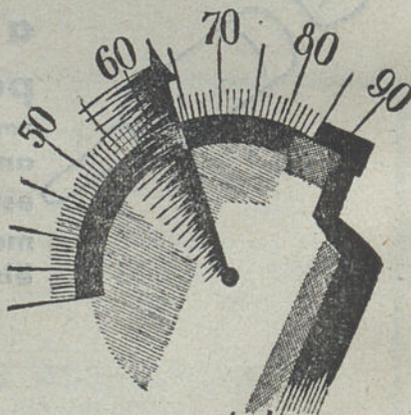
Representantes:

COLL TAYLOR, L.<sup>DA</sup>

Rua dos Douradores, 29, 1.<sup>o</sup>

LISBOA

TELE F. 21476  
G. DELTA



*o peso aumenta! tomando*

## NUTRICINA

TONICO PODEROSO PARA DOENTES,  
VELHOS E CRIANÇAS

A' venda em todas as farmácias

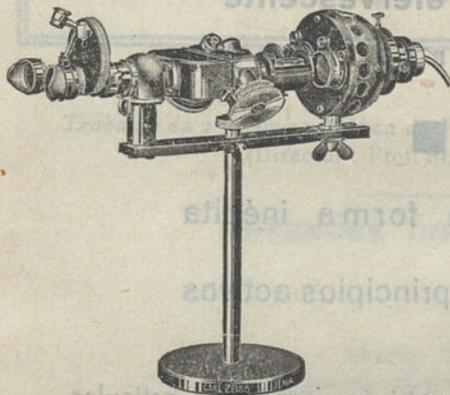
Dep. Lisboa: Lab. Jaba, R. Actor Taborda, 5  
Porto: Ern. Cibrão & C.<sup>a</sup>, Ltd, R. Almada, 244  
Coimbra: Luciano & Matos, Rua Sofia, 11

## Cêrca de 400 publicações

sôbre trabalhos de MATÉRIA MEDICINAL com o

## Fotometro de Pulfrich

# ZEISS



chegaram até agora ao  
nosso conhecimento.

Se tiver interêsse, fornecemos a sua relação e tôdas as informações desejadas.

### CARL ZEISS - JENA

Representante Geral:

SOCIEDADE OPTICA-TECNICA OPTEC, LDA.

Rua 1.º de Dezembro, 101, 2.º

LISBOA

Teleg. SOCOPEC

Telef. 2 6510

## NÃO RECEBA IMITAÇÕES, FICARÁ MAL SERVIDO.

Com um



Fica absolutamente garantido.

Só nas boas farmácias

NEGRETTI & ZAMBRA : Holborn Viaduct, 38, London.

# A LYXANTHINE ASTIER

Granulado efervescente  
anti-artrítico



Reune numa forma inédita

**33%** de princípios activos

Iodo }  
Enxofre } aceleradores da nutrição vascular e articular

**Gluconato de cálcio:** 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.<sup>a</sup> — 240, Rua da Palma, 246 — Lisboa



## SUMÁRIO

### Artigos originaes

<i>Estenose do recto</i> , por Mário Rosa .....	Pág. 277
<i>Estudo angiográfico de dois casos de angioma artério-venoso do cérebro</i> , por Diogo Furtado .....	» 290
<i>Breves considerações sobre celulite</i> , por Georgina de Andrade Gil...	» 306
<hr/>	
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i> .....	» 317
<i>Noiticas &amp; Informações</i> .....	» XXIII

*Trabalho da 2.<sup>a</sup> Clinica Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa*  
(Director : Prof. PULIDO VALENTE)

## ESTENOSE DO RECTO (1)

POR

MÁRIO ROSA

Assistente de clinica médica

Começamos por recordar os sintomas dominantes da rectite, no seu período de estado, mencionando a defecação penosa, por vezes muito difícil, acompanhando-se de tenesmo; a constipação ou a falsa diarreia; a emissão de muco, pus e sangue, isoladamente ou à mistura com as fezes, podendo mesmo haver corrimento hemo-purulento.

O conjunto destes elementos constitue o chamado síndrome rectal, que aparece também em outras afecções do recto. Quando o doente se nos apresenta com este quadro sintomático, pensamos imediatamente em lesão rectal, sem podermos todavia estabelecer qualquer diagnóstico.

A rectite é pouco dolorosa, salvo os casos que se acompanham de nevralgias no território do plexo lombo-sagrado. As queixas persistem e a breve trecho o estado geral do doente portador de uma rectite crónica modifica-se, sofrendo a repercussão de uma supuração contínua. Na verdade, o doente perde o apetite e as

(1) Lição do Curso de Férias da Faculdade de Medicina de Lisboa, no ano de 1938, realizada no Hospital Escolar.

fôrças, emmagrecendo progressivamente, ao mesmo tempo que perde também as côres e se torna febril, tomando assim o aspecto de um doente infectado crónico. Chamamos a atenção para esta alteração do estado geral, visto que em face dela os clínicos desprevenidos pensarão exclusivamente na neoplasia.

Morfològicamente, devemos considerar três tipos de rectite crónica:

1) Simples, hemorrágica ou purulenta, se há predomínio de um dos elementos.

2) Proliferante, também chamada hipertrófica, com formação de proliferações compactas, mas não duras e não friáveis, caracteres importantes para as distinguir das vegetações cancerosas.

3) Proliferante e estenosante, em que há também a formação de uma estenose — o chamado apêrto inflamatório do recto. Interessamos a última forma de rectite, que constitue o assunto desta lição.

Além dos sintomas descritos, o doente queixa-se particularmente de dificuldade de defecação, que vai aumentando e exigindo o uso constante de laxativos, sendo obrigado por fim a fazer esforços consideráveis. Então expulsa fezes com aspecto característico de uma estenose, isto é, delgadas, fitadas, como passadas por fieira. Evidentemente que êste aspecto das fezes aparece também em qualquer outra situação rectal que se acompanhe de estenose, seja orgânica, seja espasmódica.

A acumulação das matérias fecais e dos gases origina um trans-tôrno — a distensão abdominal — que muito incomoda o doente, sobretudo durante as duas primeiras horas depois das refeições. A pressão das fezes pode ocasionar edemas das extremidades inferiores, especialmente à esquerda.

Até aqui temos apenas indícios para o diagnóstico, que vamos agora confirmar pelo exame digital, depois da inspecção da região anal. Esta pode apresentar-se quási normal ou então coberta de orifícios fistulosos e de condilomas, cuja confluência e extensão, por vezes, ocultam por completo o orifício anal. Praticamos então o toque rectal, o doente colocado em boa posição, e logo somos surpreendidos pelo apêrto, que pode apresentar graus diversos, tornando-se por vezes quási puntiforme, a ponto de nos parecer impossível a defecação. Conhecem-se mesmo rarísimos casos de oclusão total.

Podem surgir dúvidas diagnóstico-diferenciais com a estenose neoplásica. Na neoplasia porém o apêrto é duro, inextensível, irregular, com vegetações duras e friáveis, caracteres opostos à estritura inflamatória.

A estenose pode ser alta, inacessível ao dedo, e então temos de recorrer à rectoscopia, que nos mostrará um orifício característico, ao lado das alterações próprias da rectite, mais ou menos produtiva. Se o apêrto é franqueável, observaremos as possíveis lesões supra-estruturais, em especial as chamadas úlceras de decúbito. Há casos apontados de estenose múltipla; na nossa prática observámos apenas dois doentes com duplo apêrto. Nestas condições o clister opaco poderá facilmente esclarecer a situação.

Na quási totalidade dos casos o toque rectal dá-nos o diagnóstico. Neste momento seja-me permitido lembrar aos colegas de clínica geral a prática do toque rectal, para não falarmos da rectoscopia, métodos de diagnóstico muito esquecidos no nosso meio clínico. Os doentes com queixas ano-rectais não são as mais das vezes devidamente examinados, sem dúvida pela relutância da observação, por parte do doente e do médico. E quantas vezes uma observação rápida, um simples toque rectal, como nos casos de estritura, estabelece imediatamente o diagnóstico! Podíamos contar dezenas de casos de afecções ano-rectais que não foram diagnosticadas pelos clínicos gerais, única e simplesmente por falta de observação.

Até há poucos anos, entre tôdas as possíveis etiologias da rectite estenosante — o chamado apêrto inflamatório do recto — a luética era a mais comumente incriminada, a ponto de se tornar quási exclusiva. Assim, na prática clínica os apertos inflamatórios do recto eram considerados sifilíticos, visto que as outras etiologias se tornavam raras e muitas vezes duvidosas.

Indicado estava pois o tratamento anti-sifilítico, na esperança ou na certeza de que êle, e só êle, havia de curar a afecção, não nos sendo raro observar doentes que haviam feito as mais intensivas curas anti-luéticas, sem o menor tratamento local. Isto representava um grave êrro, para o qual os proctologistas chamavam insistentemente a atenção dos outros clínicos. É que aquêles verificavam a nenhuma influência sôbre a evolução da estenose, assistindo mesmo à sua formação, a despeito do mais intensivo e variado tratamento. Devemos fazê-lo se o doente é um sifilítico,

mas não com a esperança de modificar a estritura. Esta necessita de tratamento próprio, que consistiu nas dilatações progressivas com as sondas metálicas de HEGAR ou com as sondas moles, em séries repetidas, até que a aplicação da diatermia nos veio trazer novas esperanças na terapêutica de afecção tão rebelde. Foi BENSÂUDE que, em França, introduziu o método das dilatações diatérmicas, mostrando, ao cabo de alguns meses de experiência, as vantagens dêste método sobre o das dilatações puramente mecânicas.

Estava dado um grande passo, sem dúvida, mas infelizmente reconhecia-se que a diatermia não exercia acção modificadora decisiva sobre a rectite em si, persistindo o seu cortejo sintomático. Era alguma coisa, mas não era tudo.

Ao lado das dilatações está a aplicação de medicamentos sob a forma de clisteres de retenção. Então são ensaiados todos os antisépticos e tôdas as substâncias protectoras, pretendendo fazer o chamado penso rectal. A lista é longa e os doentes melhoram com um novo medicamento, para voltarem brevemente ao estado anterior, ensaiando um após outro, mas todos sujeitos à descrença do doente e do médico. Nós empregámos com maior fé o azul de metilena e sobretudo a acriflavina, cuja acção tão alardeada foi pelos autores americanos.

Dada a ineficácia, mais ou menos absoluta, do tratamento médico, tentou-se a intervenção cirúrgica como cura definitiva. De tôdas as intervenções, duas com maior razão devem executar-se: a colostomia e a amputação do recto, por via perineal ou por via abdómino-perineal, com ou sem abaixamento. A primeira é simples, fácil, livre de perigos, operação ideal para colocar o recto em repouso ou de urgência no caso de oclusão, mas evidentemente pouco convidativa para condenar o doente por tôda a vida. É que todo o ânus de derivação será definitivo e nunca temporário, como nos ensina a prática, não sendo legítimo hoje em dia criar esperanças aos doentes dum futuro encerramento. Os benefícios são tão imediatos e tão notáveis que os doentes muitas vezes bemdizem essa condenação, esquecendo o ânus perineal que tanto incómodo lhes ocasionava. Em alguns casos é seguramente o único meio eficaz de evacuar e de ao mesmo tempo melhorar as lesões rectais, visto que assim é possível, através da bôca

LISBOA MÉDICA

# DRYCO

## Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

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

**DRYCO é o leite IDEAL**

Especialmente preparado para a

**alimentação  
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

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

Rua da Palma, 240-246

**l i s b o a**



# VIATOL

## D'BOUCARD

Adote 2 comprimidos no meio dia e ao jantar. Mastigá-los cuidadosamente com um pouco de água.

**CRANIAS.** — Comprimido de manhã e à noite. To-mados a "VIATOL" 20 minutos antes das refeições, melhora a circulação e proporciona uma ação sedativa sobre o aparelho digestivo.

A ação de "VIATOL" é progressiva. Actua no estado vital, melhora a assimilação e estimula as energias. É um reconstituente natural e não agotante. Debaile a sua acção. Retenha os comprimidos e aguarde a sensação de bem-estar quando experimentar um pouco de "VIATOL" de manhã e à noite.



O VIATOL é um fortificante e reconstituente natural que melhora o rendimento da nutrição e equilibra as funções vitais. Contém elementos biológicos naturais, necessários à saúde e à vida, evitando as perturbações que a sua falta causa ao organismo.

**INDICAÇÕES:** — Doenças crónicas — Convalescenças — Fadiga geral — Depressão — Excesso de trabalho — Gravidez — Amamentação — Crianças débeis — Diabetes — Tuberculose — Perturbações da assimilação — Estados de desnutrição.

Laboratório do Dr. BOUCARD  
30, Rue Singer, PARIS XVI.  
Representante em Portugal:  
RAÚL GAMA  
Rua dos Douradores, 31, LISBOA

# Lactéol

(BACILOS LÁCTICOS)

É apresentado sob as seguintes formas: **COMPRIMIDOS E LÍQUIDO** (ampolas de 5 cc.) — Enterites agudas e crónicas, Colítes, Febres tifoídes e tódas as perturbações de origem intestinal, Afecções da pele.

**LACTÉOL-PENSO** (ampolas de 10 cc.) — Chagas supuradas e escanceladas, Fleumões, Antrazes, Fistulas anais, Queimaduras, Chagas de diabéticos, Úlceras varicosas, etc.

**LACTÉOL-ÓVULOS** — Vulvo-vaginites, Leucorreias, Metrites, Ulcerações do colo e todos os estados inflamatórios.

**LACTÉOL-SUPPOSITÓRIOS** — Rectites, Prisão de ventre.

**PULVI-LACTÉOL** — Pensos das chagas e pensos ginecológicos em insuflações.

**RHINO-LACTÉOL** — Afecções nasais (Coriza, Rinites, Supurações, Ozeia, etc.).

Laboratório do Dr. BOUCARD  
30, Rue Singer, PARIS XVI.  
Representante em Portugal: RAÚL GAMA  
Rua dos Douradores, 31, LISBOA



artificial, fazer lavagens mais perfeitas, de cima para baixo e de baixo para cima, procedendo-se à maneira de sifão.

¿Mas o ânus de derivação só por si pode resolver o problema, levando à cura da estenose? Se é certo que afastamos a possibilidade da oclusão intestinal, se facilitamos as dejectões e se melhoramos as lesões inflamatórias, também é fora de dúvida que a estritura continua a sua evolução, com as suas múltiplas complicações.

¿A aplicação das dilatações diatérmicas não nos traz os mesmos benefícios?

De resto, a oclusão intestinal por estenose inflamatória do recto é considerada uma raridade clínica. Na verdade, fora os casos provocados acidentalmente por corpo estranho, a oclusão é praticamente impossível, visto que o recto se comporta como um tubo rígido, não sujeito a espasmos, havendo sempre expulsão de gases, mesmo nos apertos mais pronunciados. Assim, se duma ou doutra maneira, não corremos o risco da oclusão intestinal, tal não sucede com as outras duas complicações graves, quer dizer, a supuração para-rectal, que pode pelo menos abrir-se na vagina ou na bexiga e estabelecer uma comunicação entre elas e o recto e a degenerescência amilóide dos rins.

¿Mas a absorpção contínua, durante anos, do pus rectal não ocasiona lesões renais além da possibilidade terminal da degenerescência amilóide?

DIMITRIU e STOIA, de Bucarest, apresentam em 1933 o seu trabalho sobre as rectites infiltrativas e declaram abertamente que as lesões renais são constantes e precoces, por vezes desde as primeiras semanas da doença, lesões que progridem lentamente para, mais tarde ou mais cedo, levarem os doentes à morte. Ela sobrevem directamente pelo estado renal ou em virtude de uma doença intercorrente desenvolvida em situação deficitária. As alterações dos rins só retrocederão depois da extirpação do segmento rectocólico, não bastando o ânus artificial, afirmam categoricamente os autores romaios. Daqui a necessidade e a urgência duma operação radical. Mas as suas constatações não são aceites por outros autores, como SAVIGNAC e MOUTIER, que nunca observaram lesões renais, mesmo nos casos autopsiados. O critério de apreciação dos autores romaios é baseado na constante de AMBARD, visto que a análise de urina não dá, confessam, indicações

precisas. Obtêm em todos os seus doentes uma constante alta, que acompanha a gravidade do caso clínico, verificando que também é má nos operados de ânus de derivação e que melhora depois da operação radical.

Nas autópsias, mesmo nos doentes falecidos de doença intercorrente, encontram sempre lesões renais graves, predominantemente de esclerose difusa. Não relatam caso algum de degenerescência amilóide diagnosticada clinicamente, mas constata-m-na algumas vezes microscòpicamente. É claro que o critério seguido está sujeito aos erros da constante de AMBARD, que na teoria estará perfeitamente certa, mas que na prática clínica nos mostra por vezes desacordos bem evidentes.

Há, certamente, exagêro nestas considerações prognósticas, mas temos de nos convencer que se trata de uma doença frequente, que ocasiona os maiores sofrimentos físicos e morais, doença tão grave como o cancro do recto. A sua evolução é, sem dúvida, mais longa que a da neoplasia, mas mata fatalmente.

O tratamento médico diminue a gravidade do prognóstico, mas não resolve o problema, pensa a maioria dos autores. ¿Devemos pois tentá-lo ou acreditar na opinião intransigente dos autores romaicos? Estes não hesitam em afirmar que nem a diatermia, nem o ânus ilíaco trazem qualquer modificação à piorreia e, por conseqüência, não melhoram o prognóstico da doença. Consideram as dilatações diatérmicas inúteis ou mesmo prejudiciais por possível extensão das lesões, além de afastarem os doentes da operação, única coisa definitiva a fazer, perdendo assim os doentes a boa oportunidade. A colostomia reservam-na para os casos em que a extirpação seja já inútil ou impraticável. A operação deve ser feita precocemente, antes que as lesões renais sejam avançadas, mas nunca antes de quarenta dias de doença.

O prognóstico será inteiramente reservado, pois pela sua estatística julgam poder fixar o limite de vida dos doentes em sete anos, morrendo porém a maioria antes dêste prazo. Para êles, o único meio de mudar o prognóstico é a extirpação de tãda a porção intestinal doente, adoptando as ideas do Prof. HARTMANN, o animador da cirurgia do recto. Só ela nos pode deixar em rigor bem tranqüilos.

¿ O que diz o estudo dos nossos casos ?

Foi nosso intento saber da sorte de algumas dezenas de doen-

tes que haviam passado pelo nosso Serviço e para isso lhes escrevemos, solicitando a sua presença. Infelizmente as respostas foram em número reduzido. Uma grande parte dos postais foi devolvida por mudança de residência ou, quem sabe, por falecimento. Alguns doentes não compareceram certamente por medo, por desinterêsse ou por incompreensão.

Dêste inquérito, que seria de-veras elucidativo, não resultaram pois dados estatísticos verdadeiros, mas alguma coisa pudemos averiguar. Os oito doentes falecidos têm uma história de um a dezasseis anos, cinco inferior a três anos. Em quatro casos a morte sobrevem pelos rins e nos outros quatro por supuração para-rectal, complicada de peritonite. Em cinqüenta doentes com uma história de alguns meses a vinte anos de doença a análise de urina só revela albumina doseável em cinco casos; tôdas as outras análises não contêm albumina ou apenas vestígios, que facilmente poderão ser explicados pela presença de pus vindo do recto. Em alguns casos, foi-nos possível estudar o funcionamento renal, utilizando a azotemia, a indicanemia, a reacção xantoproteica e a prova de MACLEAN, não obtendo resultados de *deficit* funcional, em opposição com os apresentados pelos autores de Bucarest.

A amiloidose, com hepato e esplenomegalia, raras vezes a temos diagnosticado clinicamente. Observámo-la últimamente num caso de rectite estenosante que seguimos desde há cêrca de dezóito anos.

Merece a pena contar a história clínica :

Nos primeiros anos de doença foram feitas dilatações simples com as sondas de HEGAR. Depois, dilatações com diatermia, em séries espaçadas, uma ou duas vezes por ano. O doente manteve mais ou menos um estado geral de infectado crónico, expulsando diàriamente algum pus, testemunho permanente da sua piorreia rectal, que não acabava, a-pesar-de todo o tratamento local e geral. Há meses, quando o doente nos aparecia, ainda que tardiamente, para fazer uma nova série de dilatações diatérmicas, verificámos edemas notáveis, que nos levaram imediatamente para o diagnóstico, confirmado depois pela observação completa e pelas análises. Reconhecendo a necessidade absoluta de terminar a supuração, indicámos o tratamento cirúrgico. A operação radical não foi aceite logo de entrada, praticando-se apenas uma colos-

tomia terminal, para assim tratarmos nas condições óptimas o tampo inferior lesado. Como não houvesse, decorrido mais de um mês, modificação da amiloidose e surgissem hemorragias graves, partidas certamente de uma úlcera supra-estritural, aconselhámos de novo a extirpação, como o único caminho a seguir. Foi feita então uma amputação abdómino-perineal radical, segundo a técnica de MILES. Morte por choque post-operatório, passadas trinta e seis horas.

Foi um quadro completo dentro da patologia e da terapêutica da estenose inflamatória. O doente apresentou a mais grave complicação e sofreu a mais grave intervenção cirúrgica. Durante os anos da sua doença tudo se ensaiou para manter um estado de equilíbrio, compatível com a sua actividade, até que a degenerescência amilóide se instalou. Então o doente julgava-se melhor, porque o seu peso aumentava, mal sonhando que as melhoras eram os edemas reveladores da complicação renal.

A ressecção perineal do recto com abaixamento do topo superior é uma operação desaconselhável, pois que é gravíssima, de técnica muito difícil em virtude da intensa perirectite que acompanha sempre esta forma de estritura e que torna extremamente difícil o abaixamento. De resto, as complicações sépticas são frequentes, pois trabalha-se em tecidos rígidos, friáveis e infectados. As estatísticas de alguns autores condenam em absoluto tal operação. A recidiva é a regra ; e quantas fístulas permanentes e esfínteres incontinentes ! É pois uma má operação.

Parece-nos que a amputação abdómino-perineal, com extirpação total, como se pratica nos cancros do recto, deverá ter a preferência sobre qualquer outra ressecção. A abdómino-perineal com abaixamento intestinal tem, evidentemente, a vantagem sobre a perineal de ser extensa em altura, permitindo assim ultrapassar as lesões e evitar uma possível recidiva da estenose. Mas a extirpação é sempre suficiente e é possível sempre o abaixamento transanal, com conservação do esfíncter, resultando um bom ânus perineal ? Alguns autores pensam que não e praticam antes uma abdómino-perineal com colostomia definitiva. Apesar da repugnância que os doentes têm para o ânus ilíaco, julgam-no preferível ao ânus perineal que fica da intervenção. Antes far-se-á, pois, um ânus terminal com secção do intestino e fixação dos dois topos intestinais à pele, deixando uma ponte cutânea en-

tre os dois. Assim a extirpação total será facilitada, já com o ânus de derivação a funcionar regularmente. Julgamos que a amputação sem abaixamento deverá ser o processo de escolha, como MILES e HARTMANN o executam sempre nos cancros do recto.

Temos de concordar que se trata de uma operação da mais alta cirurgia, extraordinariamente chocante, a ser praticada só por cirurgiões especializados. MILES, um dos mais notáveis cirurgiões proctologistas da Inglaterra, dentro da sua técnica, conseguiu baixar progressivamente de 37 % para 7 % a mortalidade operatória, atribuindo os seus magníficos resultados a três principais factores: a anestesia, a tensão arterial e a transfusão de sangue. MILES liga a maior importância à transfusão de sangue, que êle aconselha a fazer-se imediatamente depois da operação, como melhor meio de combater o choque post-operatório. Adoptou-a como rotina, fazendo assim baixar mais uma vez a mortalidade operatória. Como anestésico nunca emprega o éter ou o clorofórmio, porque produzem uma grande queda da pressão arterial, dando a sua preferência à anestesia com protóxido de azote e oxigénio. O regime tensional merece-lhe uma atenção muito especial, incluindo o seu estudo nos cuidados pré-operatórios. A sua estatística diz respeito a doentes com neoplasia do recto.

Por menos intervencionistas que sejamos, não podemos deixar de indicar, em determinadas situações, o tratamento cirúrgico. Em Portugal tem-se feito pouca cirurgia recto-cólica. Temos de afirmá-lo e por isso de fazer um apêlo aos cirurgiões portugueses, para que alguns a pratiquem largamente, fazendo uma especialização. Nós, internistas, não seremos assim obrigados a dizer aos doentes, que para a operação em vista têm que procurar um cirurgião no estrangeiro.

Sobre tôdas as operações propostas falam as estatísticas. ¿ Mas qual é o valor das estatísticas operatórias? ¿ Onde está a sinceridade dos números? Os operados que não constam das estatísticas, porque não respondem à solicitação do operador, são, evidentemente, os insucessos. Não comparecem por temor de uma nova intervenção ou por aversão ao operador, procurando então outro cirurgião ou o internista. Eis a falsidade de tôdas as estatísticas.

Em 1928 surge uma nova etiologia para a rectite estenosante,

baseada na reacção de FREI. Êste autor pratica a sua reacção, considerada específica da linfogranulomatose inguinal, nos casos de apêrto inflamatório do recto, obtendo-a positiva. Estava, pois, aberto um novo caminho, ponto de partida de numerosos trabalhos que vêm confirmar os primeiros ensaios.

Mais tarde, RAVAUT applica ao diagnóstico da doença a reacção febril verificada pela injeccção intravenosa do antigénio, só presente nos doentes portadores de linfogranulomatose, criando assim a hemo-reacção. O autor encontrou-a positiva em doentes com reacção de FREI negativa, constatando também que a hemo-reacção pode fazer aparecer ou tornar mais fortemente positiva a intradermoreacção. Em face de uma reacção de FREI negativa, pode praticar-se então a hemo-reacção de RAVAUT, talvez não isenta de perigos e por isso sem ter entrado na prática corrente.

Graças ao estudo destas reacções biológicas, tem sido possível demonstrar, pelo menos aparentemente, a natureza linfogranulomatosa de um certo número de casos de rectite estenosante e de outras lesões ano-rectais. Podíamos ir mais longe no diagnóstico biológico da linfogranulomatose, recorrendo às inoculações experimentais. Estas são, porém, de difícil execução e de resultados duvidosos, não passando por-ora do campo da investigação científica.

Todos os autores praticam a reacção de FREI nos seus doentes e então assistimos ao desacôrdo das conclusões, pois que se uns admítiam que a doença de NICOLAS-FAVRE era a única etiologia da estenose inflamatória, outros a consideravam responsável apenas numa maior ou menor percentagem de casos, outros ainda negavam que a lesão rectal fôsse de natureza linfogranulomatosa. Estes afirmavam que também a reacção de WASSERMANN era positiva muitas vezes, que muitos estenosados eram seguramente sifilíticos, e contudo teríamos de reconhecer que a estritura não era de natureza sifilítica.

Mas, na certeza ou na dúvida, applica-se a terapêutica considerada eficaz para a doença de NICOLAS-FAVRE, ensaiando-se todos os medicamentos. Nós empregamos sobretudo o antimónio, sob a forma de Neostibosan e de Antiomaline, sem deixarmos todavia de experimentar tôdas as outras terapêuticas, à excepção da antigenoterapia, dada a escassez de antigénio de confiança e a possibilidade de perigos.

Então os mesmos medicamentos que se mostravam de uma eficácia notável sobre a poradenite inguinal, a ponto de se falar de tratamento específico, falhavam por completo no tratamento curativo da rectite estenosante. ; A razão será somente porque na poradenite inguinal a lesão é geralmente fechada e nas estenoses inflamatórias as lesões são abertas, com infecções secundárias e associadas? Se os doentes acusam por vezes melhoras, elas são tão incertas que não nos repugna acreditar que serão somente de ordem sugestiva, como sucede noutras situações terapêuticas. E assim eramos obrigados a reconhecer que se tínhamos adiantado na etiologia, estávamos na mesma quanto à terapêutica. Passava-se a mesma marcha quando da pretendida etiologia sifilítica.

Mas, contra uma afecção tão grave e tão rebelde, é legítimo fazer tudo, ensaiar tôdas as terapêuticas etiológicas ou sintomáticas, que por fim poderão convencer o médico e o doente da ineficácia do tratamento médico. Então, cheios de razão, um e outro aceitarão melhor a intervenção cirúrgica. Até à aquisição de uma terapêutica verdadeiramente específica, os casos têm de ser resolvidos isoladamente, dentro de normas frágeis e de uma estreita colaboração médico-cirúrgica, sem exclusivismos de qualquer ordem.

; A terapêutica curativa será uma terapêutica etiológica? ; Não podemos tirar dos resultados terapêuticos argumentos para a etiologia?

Sem dúvida temos de admitir, por agora, a complexidade dos factores etiológicos, mas, parafraseando o que escrevemos em 1928 para a sífilis, quer a linfogranulomatose seja uma causa mais predisponente que eficiente, quer seja realmente eficiente, o seu papel na etiologia da estritura inflamatória do recto deve ser considerado como predominante, longe contudo de ser exclusivo. ; O vírus da doença de NICOLAS-F'AVRE é o responsável, muitas vezes ou sempre, da lesão estenosante? ; Não haverá outro agente etiológico que secundariamente mantenha a supuração, tornando-a tão rebelde aos tratamentos? ; Ou para determinar a doença não basta, sendo todavia necessário, o vírus linfogranulomatoso? Se é indispensável uma associação de agentes etiológicos, ; qual a parte que pertence a cada um dêstes? Perguntas que hoje em dia ficam sem resposta satisfatória.

De resto alguns autores, GOUGEROT à frente, sustentam mesmo que o sífiloma ano-rectal de FOURNIER não é comparável ao síndrome de rectite estenosante, com as suas múltiplas complicações. Para elles não há pois identidade clínica das observações de FOURNIER com as apresentadas actualmente. LAMBLING, ao lado de BENSÁUDE, estuda as estenoses inflamatórias sob aquêl ponto de vista, afirmando que se trata da mesma entidade patológica. Assim, o sífiloma ano-rectal e a linfogranulomatose rectal são a mesma doença que mudou de nome porque a etiologia admitida presentemente é outra.

Existe, porém, um facto comum a tôdas as etiologias incriminadas; trata-se sempre de uma doença venérea, pois que a linfogranulomatose inguinal veio juntar-se ao grupo, sendo classificada como quarta doença venérea. Assim a rectite estenosante em questão poderá designar-se como estenose venérea, distinguindo-a de tôdas as outras. Mas nem o treponema, nem o gonococo, nem o bacilo de DUCREY, nem o vírus linfogranulomatoso, nem, emfim, o traumatismo local podem só por si ser considerados como os agentes determinantes da estritura venérea. Talvez tenhamos de acreditar que a etiologia, tão obscura e tão discutida, da estenose rectal também não se esclarecerá abertamente com o conhecimento das múltiplas localizações da doença de NICOLAS-FAVRE. Falta-nos ainda qualquer coisa.

Nós temos praticado a reacção de FREI em todos os doentes que nos aparecem desde há alguns anos e algumas vezes estudamos simultâneamente a reacção de WASSERMANN, a reacção de FREI e a reacção de ITO ou, digamos impròpriamente, de DMELCOS. Na quási totalidade dos casos obtivemos um FREI positivo, com as outras reacções negativas ou positivas, por vezes mais intensas do que aquela. Em alguns doentes com a reacção de DMELCOS muito intensa, quisemos ensaiar a vacinoterapia específica, que tão excelentes resultados nos dá nas adenites inguinais. Não observamos, porém, modificações favoráveis.

A rectite estenosante mereceu sempre a maior atenção dos proctologistas, médicos e cirurgiões, cabendo à cirurgia francesa a oportunidade de dar o tema para uma sessão do seu congresso de 1934. Ao lado do relatório oficial, bem organizado e documentado, encontramos os depoimentos dos proctologistas mais eminentes, vindos de tôdas as partes do mundo. Da sua leitura

LISBOA MÉDICA



*Contra as perturbações  
da menopausa*

especialmente baforadas de calor, suores,  
excitação, cefalea, insomnia, etc.

# Klimakton

0,03 g de Ovaradeno, 0,006 g de Tiradeno,  
0,15 g de Bromural e 0,15 g de Calcio-Diuretina

**«A combinação feliz e inigualável»**

na opinião de numerosos médicos.

Tubos de 20 e vidros de 50 drageas; 3 vezes  
ao dia 1 a 2 drageas, tomem-se sem mastigar.



KNOLL A.-G., Ludwigshafen 5/0 Rheno (Alemanha).

LISBOA MÉDICA

# SANÉDRINE

*Efedrina levogira*

**TERAPEUTICA  
ANTIALERGICA**

— **ASMA** —

**RINITES ESPASMÓDICAS  
BRONQUITES CRÓNICAS**

**URTICÁRIA  
PRURIDOS-ENXAQUECAS  
DOS HEPATO-BILIARES**

**PREVENÇÃO DOS  
ACIDENTES SERICOS**

**HIPOTENSÃO  
POST-OPERATÓRIA**

**ASTÉNIAS  
POST-INFECCIOSAS\***

*Comprimidos de 0 gr. 025*

ODETTE  
ZÉAU

**SOCIÉTÉ PARISIENNE  
D'EXPANSION CHIMIQUE**

**SPECIA**

**MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE  
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS**

fica-nos a certeza de que muito se tem trabalhado na etio-patogenia e na terapêutica da doença, mas que as ideas permanecem baralhadas, longe ainda de antevermos um acôrdo.

Etiologia linfogranulomatosa? Tratamento médico? Tratamento cirúrgico? A pendência continua aberta entre os proctologistas.

Desta rápida exposição e para fins práticos, parece-nos possível concluir:

1) A estenose inflamatória do recto é de fácil diagnóstico desde que pratiquemos sistematicamente o toque rectal.

2) A sua etio-patogenia continua obscura, ainda que a existência da linfogranulomatose rectal pareça actualmente provada.

3) As lesões renais não são constantes, não fazem parte da doença, como querem os autores romaicos. Aparecem mais ou menos tardiamente, como complicação.

4) Rigorosamente o único tratamento curativo seria o cirúrgico, praticando-se uma operação radical. Dada porém a dificuldade e a gravidade do acto operatório, devemos primeiro esgotar todos os meios médicos, sobrelevando as dilatações diatérmicas, em séries repetidas.

5) Persistindo no tratamento médico, deve pensar-se na possibilidade de lesões renais, denunciando-as precocemente pelo laboratório.

6) Se houver indícios de lesões renais, aconselhar immediatamente a operação, como único recurso a tomar, não esperando que as lesões progridam e comprometam só por si o êxito operatório.

## ESTUDO ANGIOGRÁFICO DE DOIS CASOS DE ANGIOMA ARTÉRIO-VENOSO DO CÉREBRO

POR

DIOGO FURTADO

A angiografia cerebral, a cujo valor penas bem mais esclarecidas do que a minha prestaram, ainda há pouco, nesta Revista, merecida homenagem, veio criar, no que se refere a malformações e tumores vasculares do cérebro, uma patologia que com propriedade se pode chamar nova. Poucos capítulos da neurologia, com efeito, havia em que o diagnóstico clínico fôsse tão difícil como nesse das lesões vasculares cerebrais. Quem folheie o livro de CUSHING e BAILEY, anterior ao advento do método angiográfico, certifica-se da veracidade do que afirmamos: a maioria dos casos daqueles consagrados neuro-cirurgiões apenas foram reconhecidos como lesões vasculares após a craniectomia, praticada com a suposição de se tratar de um tumor gliomatoso. Precisando melhor, apenas foi feito o diagnóstico clínico de malformação vascular ou de hemangioblastoma (os dois grupos em que os autores dividem os tumores vasculares do cérebro) naqueles casos em que outros sinais circulatórios periféricos permitiam presumir a natureza da lesão.

A prática sistemática da arteriografia cerebral num grande número de casos, feita principalmente entre nós, pelo ilustre autor do método, na Suécia por OLIVECRONA e na Alemanha por TÖNNIS, permitiu concretizar novos caracteres daquelas lesões, diagnosticá-las em muitos casos que teriam passado despercebidos e até precisar os seus quadros clínicos, de maneira a tornar possível, em muitas circunstâncias, a presunção clínica da sua existência. Se no que diz respeito ao diagnóstico dos tumores a angiografia cerebral se tem mostrado útil, tão útil como a ventriculografia de DANDY, no capítulo das malformações vasculares o método de EGAS MONIZ afirma-se, através da prática que hoje já

têm dêle neurologistas e neuro-cirurgiões, como completo e único: permitiu, só por si, refundir as nossas ideas e os nossos conhecimentos em tal capítulo da patologia.

A observação de dois novos casos de malformação artério-venosa do cérebro traz-nos a abordar um assunto já largamente tratado no último livro de EGAS MONIZ e na monografia de BERGSTRAND, OLIVECRONA e TÖNNIS.

A confusão de nomenclatura, porém, ainda hoje existente justifica que façamos preceder os nossos casos de uma pequena síntese da patologia das malformações e tumores vasculares.

As lesões vasculares localizadas do cérebro são de conhecimento antigo e têm sido classificadas com nomes diferentes, conforme os autores. Pondo de parte as trombozes e os aneurismas, de origem adquirida (lues, arteriosclerose, hipertensão arterial, endocardite lenta, etc.) e de que tivemos já ensejo de nos ocupar noutra publicação, as restantes lesões vasculares foram sistematizadas pela primeira vez por CUSHING e BAILEY (1928) em dois grandes grupos.

O primeiro grupo seria de origem congénita e por isso lhe chamam os autores malformações vasculares. A prova desta origem congénita estaria, segundo êles, na existência de tecido cerebral glial entre os vasos da malformação. Não se trataria, pois, de verdadeiros tumores, mas sim de anomalias de desenvolvimento ligadas com a evolução embriológica dos vasos em questão. Esta evolução, bem estudada por G. STREETER, faz-se em cinco períodos, a partir de um plexo vascular primordial indiferenciado, que sucessivamente se diferencia em artérias, veias e capilares, em comunicação uns com os outros durante a segunda fase. Numa fase seguinte o sistema vascular estratifica-se em três camadas sobrepostas, correspondendo aos vasos do escalpe, da dura-máter e da pia aracnoideia.

Só depois estes vasos tomam a sua disposição topográfica definitiva e na última fase concluem a sua diferenciação histológica até atingirem a estrutura adulta. Em anomalias dos primeiros períodos de desenvolvimento filiam CUSHING e BAILEY a gênese das lesões que descrevem como malformações: as telangiectasias, os angiomas venosos e os angiomas arteriais. Como adiante, a-propósito da classificação de BERGSTRAND, resumiremos os caracteres patológicos destas lesões, limitemo-nos por agora a salien-

tar que o angioma arterial de CUSHING e BAILEY corresponde a uma lesão em que há artérias e veias, o sangue passando directamente daquelas para estas, ou seja à mesma lesão descrita por SCHLEY (1927) com o nome mais apropriado de «angioma arterial e venoso» e pela maioria dos autores com o nome de «aneurisma artério-venoso», designação também adoptada por BERGSTRAND.

O segundo grupo das lesões vasculares tumorais de CUSHING e BAILEY é constituído pelos verdadeiros tumores dos vasos do cérebro, formados a partir dos angioblastos, células do plexo vascular indiferenciado, primeira fase da embriologia dos vasos cerebrais. A estes tumores chamam os autores hemangioblastomas. A sua sede mais freqüente, quási constante, seria o cérebro. Através do trabalho notável de CUSHING e BAILEY, transparece não só a dificuldade ou quási impossibilidade do diagnóstico clínico, como um outro facto que merece ser salientado: a dificuldade do diagnóstico anatómico sôbre o cadáver. O angioma venoso e o angioma arterial da classificação dos autores, difficilmente podem ser diferenciados um do outro pelo seu aspecto macro ou microscópico *post-mortem*. Só no vivo, pela côr do sangue e dos vasos, pelo sentido da circulação, pelas comunicações existentes entre os troncos vasculares constitutivos do tumor, essa distinção seria possível. De modo que o único recurso diagnóstico seguro na altura da publicação dos neuro-cirurgiões americanos consistia na craniectomia exploradora.

Foi a angiografia cerebral, dissemo-lo já, que modificou êste estado de coisas. O estudo artério e flebográfico permitiu identificar a natureza arterial ou venosa das lesões, reconhecer os vasos de que dependem, a sua extensão, e julgar das possibilidades de intervenção cirúrgica. Baseados em elevado número de arteriografias, BERGSTRAND, OLIVECRONA e TÖNNIS, que rejeitam a classificação de CUSHING e BAILEY, por considerarem que tôdas as lesões em questão, mesmo os hemangioblastomas dêstes autores, são malformações de origem congénita, propõem uma classificação diferente.

Dividem as lesões referidas em:

- 1) Angiomas cavernosos.
- 2) Angiomas racemosos, compreendendo:
  - a) Telangiectasias.
  - b) Doenças de STURGE WEBER (KRABBE).



# UROCRASINA

COM  
CÔLQUICO

# GOOZMA

No  
REUMATISMO  
AGUDO

CONTRA INDICADO:  
NOS ESTADOS GÁSTRICOS  
OU INTESTINAIS;  
NEFRITES .



DEPOSITÁRIOS:  
VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, L.<sup>DA</sup>  
RUA DA PRATA, 237—LISBOA

- c) Angiomas racemosos arteriais.
  - d) Angiomas racemosos venosos.
  - e) Aneurismas artério venosos.
- 3) Angioblastomas ou tumores de LINDAU.
  - 4) Angiogliomas.

Procuremos resumir em algumas palavras os principais caracteres patológicos de cada um destes grupos.

O angioma cavernoso, tumor que CUSHING classificava como hemangioblastoma cavernoso, é extremamente raro, não existindo, ao nosso conhecimento, imagem arteriográfica de tumor deste género. A sua evolução é, em geral, desprovida de sintomas característicos.

Os angiomas racemosos, tumores sólidos, constituídos por novelos de vasos, comportam variedades diferentes, conforme a natureza dos vasos que os constituem.

As telangiectasias, formadas por capilares, são raras, em geral não dando também sintomas.

A sede mais comum é a protuberância, conhecendo-se um caso, pelo menos, em que a sua rotura determinou a morte.

A doença de STURGE WEBER foi já estudada por nós, na apresentação de um caso à Société de Neurologie.

Trata-se de uma afecção descrita primeiro pelo oftalmologista STURGE, num doente em quem, com um glaucoma congénito, coexistiam um nevo da face e ataques convulsivos epilépticos devidos a uma formação tumoral do cérebro, análoga ao nevo da face. PARKES WEBER, e mais tarde KRABBE precisaram o quadro clínico da afecção, caracterizada por epilepsia, oligofrenia, angioma da face e calcificação radiológica na região occipital, reproduzindo a projecção do córtex. A esta doença dão os autores alemães o nome de STURGE WEBER e deu EGAS MONIZ o nome de doença de KRABBE, que também adoptámos no nosso trabalho. A calcificação occipital, para KRABBE, intracortical, e sem qualquer relação directa com os vasos, foi encontrada nas arteriografias do nosso caso como tendo relação directa com a circulação visualizada, dirigindo-se para êle a artéria da prega curva e a temporal posterior, ramos da cerebral média.

É curioso constatar que num caso de EGAS MONIZ e em dois de OLIVECRONA, nos quais foi praticada a angiografia, a calcifica-

ção occipital aparece sem qualquer relação com os vasos, em contraste com o que sucede no nosso caso. Não deve ser talvez estranha a esta contradição a diferença de idade dos casos, visto o nosso dizer respeito a uma criança de 8 anos de idade.

Sob o ponto de vista do prognóstico, trata-se de uma afecção congénita, que permite sobrevivência indefinida.

Os angiomas racemosos venosos são raros. Clínicamente manifestam-se muitas vezes por epilepsia generalizada; num caso de TÖNNIS coexistiam com esta sintomas diencefálicos (amenorreia, obesidade, temperatura subnormal). Com frequência encontram-se também, simultâneamente, angiomas venosos (nevus) da face ou do coiro cabeludo. Nos casos que existem estudados não foi praticada a flebografia; na arteriografia, como é óbvio, a imagem do tumor não aparece.

Os angiomas racemosos arteriais são excepcionais, ao contrário do que sucede com os aneurismas artério-venosos, as mais frequentes malformações vasculares do cérebro. É justamente na designação desta malformação que a nomenclatura mais tem variado: para cima de dez nomes lhe têm sido atribuídos. CUSHING e BAILEY chamam-lhe angioma arterial, nome que adopta também EGAS MONIZ num capítulo da sua obra (angiomas cerebrais); SCHLEY chama-lhe angioma arterial e venoso, e BERGSTRAND, OLIVECRONA e TÖNNIS aneurisma artério-venoso. Se qualquer das designações é imperfeita, a de aneurisma afigura-se-nos particularmente má: dá a noção de alteração localizada a uma porção de um vaso, quando na realidade o que há é uma grande porção de vasos, arteriais e venosos, alterados e comunicantes. Por isso continuaremos a adoptar como mais precisa a designação de SCHLEY, que encima êste artigo: angioma artério venoso. Caracterizam o tumor a existência de um grande número de vasos com amplas e largas comunicações entre os vasos eferentes e os aferentes, a falta de diferenciação das paredes vasais em artérias e veias, e a impossibilidade de distinguir, mesmo no vivo, a natureza do vaso, já que as veias recebendo directamente o sangue arterial, pulsam também. Por ser dêste tipo a lesão que determinou as nossas considerações, permitir-nos-emos uma mais precisa descrição da sua patologia e clínica.

Trata-se, em geral, de uma lesão superficial, que pode entretanto prolongar-se ao longo de uma cisura e mesmo através da

substância cerebral até atingir a parede ventricular, tomando então o aspecto de um cone invertido. Os vasos tumorais provêm do sistema vascular da pia aracnoideia, pertencendo na maioria dos casos ao território de irrigação da cerebral média. Excepcionalmente dependem da cerebral anterior ou da posterior. Num certo número de casos publicados, dos quais o mais recente é o de G. SAI, a irrigação do tumor vascular é bilateral, podendo mesmo, como se observa no nosso caso adiante publicado, pertencer, de um lado, ao território duma das artérias do cérebro e do outro, ao de outra diferente. Histologicamente, existem alterações acentuadas das diversas camadas dos vasos: desenvolvimento desigual, formação imperfeita da média, com nódulos leiomiomatosos, hiperprodução nodular da íntima, dilatações aneurismáticas, zonas de degenerescência, etc.

Clinicamente, dois tipos de sintomas caracterizam a afecção: os sintomas circulatórios e os sintomas nervosos, sendo os primeiros acentuadamente mais importantes que os segundos para a sua identificação.

Dos sintomas circulatórios é capital a existência de um ruído sistólico audível no crânio, na região correspondente à lesão. Este ruído pode ser, ou não, ouvido pelo próprio enfermo. Tem tonalidades diferentes, mais ou menos soprantes. É característico dos angiomas artério-venosos, apenas aparecendo, além deles, em casos excepcionais de meningiomas. CUSHING põe em dúvida a sua existência num caso de glioma descrito há muitos anos por MAYER. ALOCCO aponta, ainda, a presença de sôpro em dilatações ateromatosas de vasos cerebrais, mais nenhum autor se referindo ao facto. O exagêro da vascularização da cabeça e do pescoço é outra manifestação que permite atribuir à lesão intracraniana a sua verdadeira natureza. Em regra, os vasos do coiro cabeludo são anormalmente volumosos, notando-se a pulsação muito intensa das artérias. As carótidas, também muito volumosas, pulsam exageradamente. A sua compressão traz a paragem imediata do ruído sistólico craniano. Nos casos antigos nota-se ainda hipertrofia do ventrículo esquerdo, mais ou menos marcada.

A estase papilar, que se encontra com certa freqüência, é devida, não ao volume do tumor, mas ao aumento da quantidade de sangue contido no crânio, pela passagem directa e rápida do sangue das artérias às veias, determinando estase do sistema ve-

noso (CUSHING). A mesma patogenia parece ter o exoftalmo homolateral não pulsátil, que por vezes se encontra. O exame do fundo do olho traz-nos ainda, em alguns casos, um dado curioso (EIMER e MEHLHOSE): a presença de sangue arterial nas veias retinianas, tendo como consequência a uniformidade de côr dos vasos da retina, apenas se distinguindo as artérias pelo seu reflexo luminoso.

Dos sintomas neurológicos o mais freqüente é a epilepsia, que aparece em mais de 50 % dos casos. A sua freqüência é devida à predilecção da lesão pelo território da sílvica, onde residem as zonas epileptogêneas mais importantes.

Outros sintomas focais aparecem nalguns casos, dependendo da sede da lesão, com freqüência e aspectos incaracterísticos. Um acidente terminal bastante comum tanto nos angiomas artério-venosos como nos angiomas venosos é a rotura de um vaso tumoral, durante um ataque convulsivo, com hemorragia-subaracnoideia consecutiva, acarretando geralmente a morte do paciente. O acidente do doente cuja observação adiante publicaremos, foi dêste tipo.

Finalmente, têm os angiomas artério-venosos uma semiologia angiográfica absolutamente característica (fig. 1).

Em quasi todos os vinte e dois casos de OLIVECRONA e TÖNNIS, assim como nos três de EGAS MONIZ e em vários outros descritos isoladamente, a imagem dos vasos, após visualização arterial, é inteiramente característica, fornecendo-nos o aspecto de aglomeração enovelada, repleta de sangue, como só a visão macroscópica no vivo nos permitiria constatar.

Fácilmente se conseguem identificar quais os vasos da rede arterial normal que alimentam o tumor, bem como a bilateralidade desta irrigação, facto constatado com certa freqüência. Finalmente — verificação mais importante de tôdas — a angiografia permite-nos afirmar a natureza artério-venosa do angioma pela rápida descarga do sangue. O tumor não aparece visível na flebografia, o que significa que o sangue passou imediatamente das artérias às veias e foi por estas evacuado, ou seja que entre artérias e veias existem comunicações directas e amplas, que permitem a circulação completa do sangue opacificado em menos de quatro segundos. Nos angiomas arteriais o tumor tornar-se-ia visível logo na fase arteriográfica, mas persistiria, pela maior difi-



# EUPHORYL

DESSENSIBILIZAÇÃO POLIVALENTE

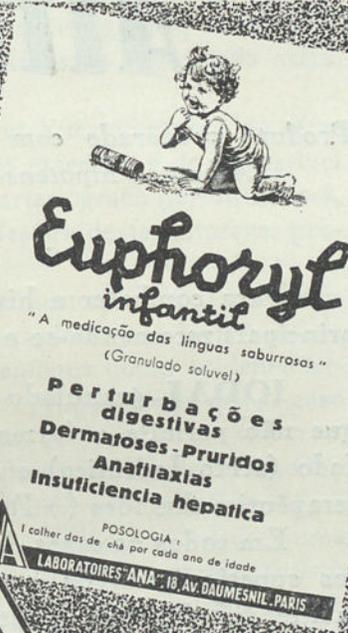
**Dermatoses Pruridos Anafilaxias Intoxicações**

**A s m a**

3 hostias por dia  
Casos agudos :  
Injecções intravenosas

Criado e experimentado nos Hospitais de Paris

LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL - P



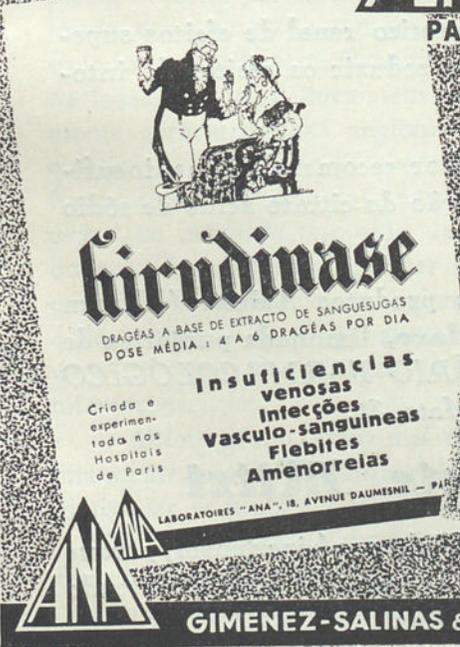
# Euphoryl infantil

"A medicação das linguas saburrosas"  
(Granulado solúvel)

**perturbações digestivas**  
**Dermatoses - Pruridos**  
**Anafilaxias**  
**Insuficiencia hepatica**

POSOLOGIA :  
1 colher de chá por cada ano de idade

LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL - PARIS

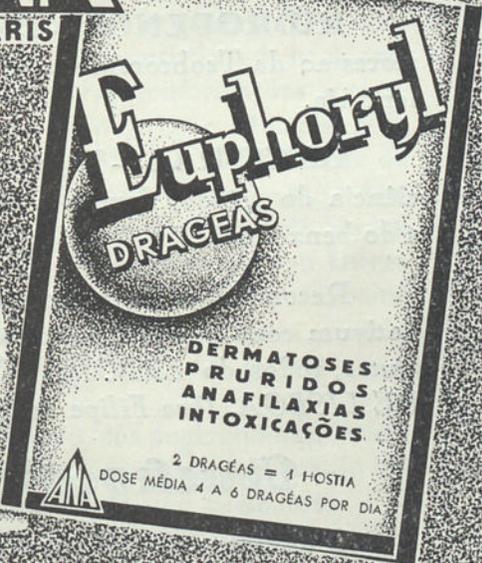
# Hirudinase

DRAGEAS A BASE DE EXTRACTO DE SANGUESUGAS  
DOSE MÉDIA : 4 A 6 DRAGEAS POR DIA

**Insuficiencias venosas**  
**Infeções**  
**Vasculo-sanguineas**  
**Flebites**  
**Amenorreias**

Criado e experimentado nos Hospitais de Paris

LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL - PARIS



# Euphoryl DRAGEAS

**DERMATOSES PRURIDOS ANAFILAXIAS INTOXICAÇÕES**

2 DRAGEAS = 1 HOSTIA  
DOSE MÉDIA 4 A 6 DRAGEAS POR DIA



# Allidine

*Produto preparado com o Albium Sativum e o Viscum Album, o hipotensor de resultados garantidos*



Para combater a hipertensão arterial nas suas causas principais recomenda-se o uso das seguintes especialidades:

**IODAL**, granulado do Iodo-Peptona-Iodetada (Lugol) que não permite a formação dos produtos secundários do Iodo (ácido Iodrídico) e do Iodeto (Iodato) e alia a acção terapêutica dos iões (+ I) e (- K).

Em todos os casos de Iodoterapia o Iodal produz efeitos superiores ao de qualquer outra preparação simplesmente iodada, Iodo-Peptona ou simplesmente iodatada, porque o **Lugol** é insubstituível nos seus efeitos.

**HIDROPENOL** — Diuretico renal de efeitos superiores ao da Teobromina, sem produzir os efeitos de intolerância.

**DI-CITRAL** — Hipotensor recomendado na insuficiência do fígado, devido à acção do citrato ácido de sódio e do benzoato.

Recomendamos os novos produtos **Alicar** (Albium Sativum com carvão). **Farmalare**, limonada purgativa de frutas, todos do **LABORATÓRIO FARMACOLÓGICO DE LISBOA, Rua Filipe da Mata, 30.**

## Ovochocolate Mitzi

O alimento mais recomendado aos hipertensos, porque fornece ao organismo cêrca de 500 calorias por 0/0 contendo apenas 4 0/0 de substâncias proteicas.

culdade da descarga, na fase flebográfica; nos angiomas venosos puros, o sangue só tardiamente, na fase flebográfica, visualizaria o tumor. O valor diagnóstico inestimável da angiografia salta, pois, facilmente aos olhos.

E se o quadro clínico dos angiomas artério-venosos do cérebro, na ausência de sinais circulatórios externos, é de impossível identificação, a prática sistemática da arteriografia permitir-nos-á, certamente, ainda, despistar muitas lesões desta natureza, provando a sua maior frequência real.

O prognóstico dêste grupo de malformações é assaz reservado. Se os sintomas nervosos locais evoluem lentamente, a grande frequência da hemorragia meníngea como acidente terminal torna o prognóstico sombrio. A-propósito do nosso caso ocupar-nos-emos adiante da terapêutica.

Os dois restantes grupos da classificação de BERGSTRAND, OLIVECRONA e TÖNNIS, são os angioblastomas e os angiogliomas.

Sob a designação de angioblastomas incluem os autores uma variedade especial de tumores angiomasos, em geral quísticos (quistos mais ou menos volumosos, com angiomas murais), tendo a sua sede no cerebelo, mas fazendo parte de uma afecção complexa, descrita por LINDAU. Com efeito, estes tumores, cuja existência durante muito tempo pode passar despercebida, e que, quando se manifestam, dão sintomas incomparáveis de neoplasia da fossa posterior, coexistem com outras malformações inteiramente características: angioma da retina, rim e pâncreas poliquísticos, hipernefroma, tumores do epidídimo, angiomatose do fígado e por vezes outros angiomas dos centros nervosos. A êste complexo mórbido tem sido dado o nome de doença de LINDAU ou von HIPPEL-LINDAU, por ter sido o oftalmologista von HIPPEL que primeiro descreveu a angiomatose da retina. A afecção, como é de prever, é de prognóstico muito grave, já pela alta mortalidade do tumor do cerebelo, já pela gravidade das restantes manifestações.

O último grupo, assaz mal definido, dos angiogliomas, include, finalmente, um certo número de tumores em que a formação angiomasosa se junta a neoformação glial do tipo gliomaso.

Sintomatologia, evolução e prognóstico não diferem das dos outros gliomas cerebrais.

Serviu esta rápida e naturalmente incompleta revista de pa-

tologia das malformações vasculares do cérebro, de introdução às histórias de dois casos, assaz curiosos, cujas observações passamos a expor (fig. 2).

OBSERVAÇÃO I. — A. J. de V. D., de 22 anos de idade, natural de Lisboa, onde reside.

Foi sempre saudável, embora de constituição pouco robusta. Fazia uma vida normal, desempenhando-se a contento da sua ocupação profissional (contabilista).

Nunca teve ataques convulsivos, nem acidentes sincopais.

Não sofreu doenças venéreas; nunca notou qualquer especial tendência para hemorragias.

No dia 4 de Outubro de 1937, de manhã, quando se dirigia para o seu emprêgo, sentiu um formigueiro na mão esquerda, que ao mesmo tempo se começou agitando em abalos convulsivos. Ao que parece (o doente perdeu a noção dos factos que se seguiram) ainda andou alguns metros, segurando a mão com a direita; depois as convulsões generalizaram-se a todo o lado atingido, torceu a cabeça também para a esquerda e perdeu o conhecimento, caindo para o chão. Foi metido num taxi por alguns transeuntes, que o levaram ao Hospital de S. José. O ataque convulsivo, que depois se generalizou a todo o corpo, parece ter sido muito demorado, visto que quando deu entrada no Banco estava ainda em epilepsia. Foi-lhe administrado luminal e o doente foi levado para a sua residência. Na tarde dêsse dia despertou do côma, ficando porém intensamente agitado, numa agitação desordenada, acompanhada de propósitos incoerentes.

Estava inteiramente confuso, não reconhecendo sequer os pais. Não tinha febre. O médico assistente da casa, Dr. ANTÓNIO BATOREU, fêz aplicar medicações sedativas e dar um clister ao doente. Como no dia seguinte notasse a posição do doente na cama, em cão de espingarda e com intensos opistótonos, pensou fazer uma punção lombar e propôs à família que êle fôsse observado pelo autor destas linhas. O estado do doente era então o que se deduz do que acima dissemos: confusão mental completa, agitação do tipo carfológico, incontinência absoluta dos esfíncteres, sinais meníngeos intensíssimos e, a mais do dia anterior, hemiplegia esquerda, completa, no braço, com abolição dos abdominais dêsse lado e sinal de BABINSKI.

No fundo dos olhos encontrou-se uma estase papilar moderada, bilateral. A falta de sintomas infecciosos gerais, a intensidade da reacção meníngea e o início súbito, levaram-nos a pôr imediatamente a hipótese de hemorragia meníngea (subaracnoideia), que a punção lombar confirmou, mostrando um liquor hemático com forte tensão. Foi imediatamente aplicada ao doente uma medicação anti-hemorrágica: zimema, sôro gelatinado, gêlo na cabeça, e aumentada a dose de estuporíferos para manter o doente com a menor agitação possível. O seu exame geral não nos permitiu apreciar qualquer causa que pudesse intervir na gênese da hemorragia observada: o aparelho circulatório era normal e a tensão arterial de 12-7; não se encontrava baço nem gânglios e os tempos de sangria e de coagulação eram normais.



Foram feitas várias análises com o intuito de investigar a etiologia da hemorragia Eis os seus resultados :

Sangue: reacção de WASSERMANN—negativa. Reacção de KAHN—negativa.

Urina : ténues vestígios de albumina. Bastantes valores normais.

Liquor: aspecto — xantocrômico. Contagem 10,4 (muitas hemátias em via de destruição; alguns linfócitos; raros granulócitos).

Albumina : 0,71 %.

PANDY : (+ + +).

Reacção de WASSERMANN : negativa.

Normo Mastic : floculação ligeira na zona meníngea.

A despeito da gravidade da hemorragia (o liquor era quasi sangue puro,



Fig. 1 — Caso I

que saía em esguicho), o doente melhorou : pouco a pouco a obtusão da consciência foi desaparecendo, os sinais meníngeos atenuaram-se e a própria hemiplegia esquerda aos poucos dias entrou a regressar. Sucessivas punções lombares, espaçadas e pequenas, apenas para verificação de uma amostra de liquor (temos a convicção de que a hipertensão provocada pela presença de sangue no liquor é o grande mecanismo de cura destes casos) foram-nos mostrando um liquor cada vez menos hemático, depois xantocrômico e, por fim, claro.

A análise do liquor, que, por comodidade, se encontra acima, junto com os

restantes exames laboratoriais, foi evidentemente feita quando o liquor não era já hemático.

O estado geral do doente foi melhorando também. Um mês depois levantava-se e em Janeiro não restava já da hemiplegia mais do que uma ligeira acentuação dos reflexos osteotendinosos esquerdos.

O exame cuidadoso feito nessa altura mostrou que o aparelho circulatório era efectivamente normal, a tensão arterial mantendo-se baixa. Não havia hipertrofia cardíaca, e apenas os vasos do pescoço tinham uma pulsação exagerada, dando a impressão de um eretismo semelhante ao do BASEDOW. A auscultação do crânio não permite ouvir qualquer ruído anormal. O exame

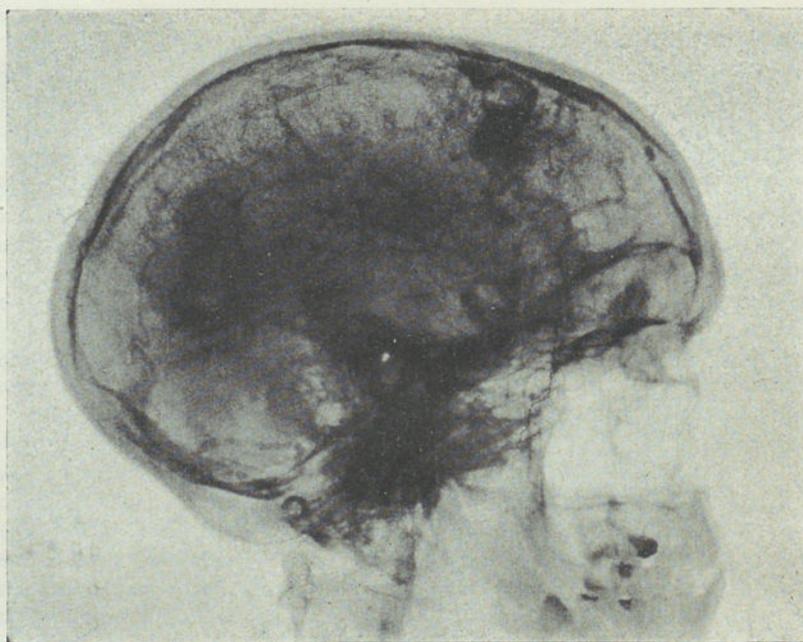


Fig. 2 — Caso 1

do fundo do olho mostrava papilas normais, a estase papilar tendo desaparecido por completo; explorou-se cuidadosamente a retina periférica, com o fim de procurar qualquer malformação dos vasos retinianos, nada de anormal se nos tendo deparado. No coiro cabeludo, na face e no corpo não havia também qualquer mancha de nevus ou outra anomalia vascular.

A despeito da negatividade do exame, na convicção firme de que o doente deveria ser portador de qualquer lesão vascular cerebral, de que a hemorragia teria sido uma complicação, por excepção não funesta, insistiu-se com o doente para lhe ser feita uma arteriografia cerebral.

# POLIGLANDULAR SANITAS

(ORQUI-TIRO-OVARINA)

## Tratamento da Disfunção genésico-mamar e da Hysteria



Regularização  
das perturbações  
nervosas de  
origem glandular



Novas teorias

Novo tratamento

301

a (Drs. Ruy

íssima. Na  
dependente  
co pre-cen-  
anterior. O  
superior sai  
do hemis-  
al anterior  
eder o seu

do grupo

rico apre-  
tronco da  
sível tam-  
, de opa-  
ar a parte  
como do  
dizer que

restantes e  
era já hem

O esta  
tava-se e e  
acentuação

O exan  
rio era efec  
hipertrofia  
gerada, dar  
auscultaçã



do fundo do  
cido por cor  
fim de procu  
se nos tendo  
bém qualque

A despe  
deveria ser p  
ragia teria si  
o doente para

# POLIGLANDUL

## (ORQUI-TIRO

### TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO G

O melhor conhecimento que dia a dia se vai tendo das acções das glândulas, quer consideradas isoladamente, quer da sua acção synergica no organismo, tem aberto um campo novo à terapêutica, com o fim de combater certas disfunções.

Não há pròpriamente uma disfunção resultante da insuficiência de uma glândula, ou da sua supressão funcional, como sucede nos casos de ablação operatória. Esta insuficiência não se reflecte apenas nas funções dessa glândula, mas produz no organismo um desequilíbrio de maior ou menor intensidade, que se reflecte no funcionamento das outras glândulas.

Pode dizer-se que não há disfunção de uma glândula; há sempre disfunção poliglandular. Se pudermos normalizar a função dessa glândula, podemos restabelecer o equilíbrio do organismo e restituiremos às outras glândulas a sua função normal.

Nos últimos anos os médicos têm-se impressionado de-veras com o desenvolvimento precoce do seio em muitas raparigas, desenvolvimento ligado a perturbações do ovário e, por vezes, da glândula thyroidéa.

É hoje opinião comum que êste estado resulta das sucessivas excitações reflexas provocadas pelo sistema social actual. As excitações genésicas produzidas precocemente pelas cenas vistas no cinema e aumentadas pelo temperamento, pela promiscuidade de sexos nas reuniões e bailes e pelas facilidades de alusões excitantes que a educação moderna permite, produzem uma excitação freqüente sôbre os órgãos genésicos e sôbre a glândula mamar, levando à sua disfunção.

Sabe-se que o esperma produz o equilíbrio orgânico nas mulheres que sofrem da disfunção genésica-mamar, com as suas perturbações gerais, por vezes,

# AR SANITAS

(- OVARINA)

## GENÉSICO - MAMAR E DA HISTERIA

dores de cabeça, dores menstruais, etc. Mas, a disfunção genésico-mamar arrasta freqüentemente a disfunção thyroidéa, principalmente no período de crescimento e por isso também se encontra uma grande percentagem destas doentes com hypertrofia thyroidéa, tendência para a obesidade, preguiça, etc.

Nas mulheres casadas também são freqüentes os fenómenos de disfunção de origem genésica.

A causa principal é a defesa contra a procriação, o que evita a entrada do esperma necessário para equilibrar as funções glandulares no seu organismo.

São vulgares os casos de mulheres casadas, excitadas, nervosas, de temperamento caprichoso e irritável, sobretudo nos oito dias que precedem a época menstrual e que, desde que possam fecundar, isto é, desde que o esperma restabeleceu o equilíbrio das suas funções glandulares, modificam por completo o seu temperamento histérico, tornando-se dóceis, meigas, pacientes, passando melhor, sem as dores de cabeça que tanto as incomodavam, etc.

O que descrevemos a respeito das mulheres casadas com os efeitos da disfunção genésica, aplica-se perfeitamente às solteiras, principalmente depois dos 25 ou 30 anos, por igual razão.

As mulheres a quem se fez a extracção do útero e dos ovários sofrem daquelas perturbações, durante quási tôda a sua vida.

Estas considerações levaram muitos terapeutas a procurarem, naqueles casos, suprir o desequilíbrio produzido pela falta do elemento compensador masculino, pela ministração da glândula testicular. Os resultados foram óptimos.

Firmados nestes resultados e nas sugestões que nos foram feitas por alguns grandes clínicos e profes-

a (Drs. Ruy

íssima. Na dependente do pre-cen-anterior. O superior sai do hemisfal anterior eder o seu



do grupo

vico apre-tronco da sível tam-r, de opar a parte como do dizer que

restantes e  
era já hem

O esta  
tava-se e e  
acentuação

O exan  
rio era efec  
hipertrofia  
gerada, dar  
auscultaçã



do fundo do  
cido por cor  
fim de procu  
se nos tendo  
bém qualque

A despei  
deveria ser p  
ragia teria si  
o doente para

sores, o Laboratório Sanitas deliberou estudar e lançar o seu novo produto, o

## POLIGLANDULAR SANITAS

em que se associa a ovarina e a thyroidina a uma maior porção de orquitina.

Os ensaios feitos com o Poliglandular Sanitas têm sido excelentes. A acção do ovário, da thyroidéa e do testículo produz no organismo o equilíbrio que tenha sido perturbado pela disfunção genésica. Sob a sua acção melhoram as funções do ovário, da thyroidéa e, sobretudo, desaparecem a pouco e pouco as perturbações psíquicas nervosas.

A dose a tomar é de dois a quatro comprimidos por dia, às refeições.

### NOTA:

Como há muitos preparados poliglandulares, com composições muito variadas, os quais não estão indicados para o caso que descrevemos, deve sempre, quando se receitar, colocar adiante da palavra **POLIGLANDULAR** a palavra SANITAS.

PRESCREVER POIS

## POLIGLANDULAR SANITAS

UM TUBO

LABORATÓRIO SANITAS

TRAVESSA DO CARMO, 1-11 — LISBOA

**AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DOS  
EX.<sup>MOS</sup> CLÍNICOS**

Em 19 de Janeiro, arteriografia por injeção na carótida primitiva (Drs. RUY DE LACERDA e J. PEREIRA CALDAS) (figs. 1, 2 e 3).

Do lado esquerdo a arteriografia mostra uma circulação riquíssima. Na parte pósterio-superior do lobo frontal existe um grande angioma, dependente dos primeiros ramos ascendentes do grupo silvico: artéria do sulco pre-central, artéria da cisura rolândica e possivelmente artéria parietal anterior. O tumor é formado por grande emaranhado de vasos; da sua parte superior sai um vaso mais volumoso que parece contornar para a face interna do hemisfério. É impossível precisar as relações exactas do grupo da cerebral anterior com o tumor. Entretanto, o tronco desta artéria não parece exceder o seu

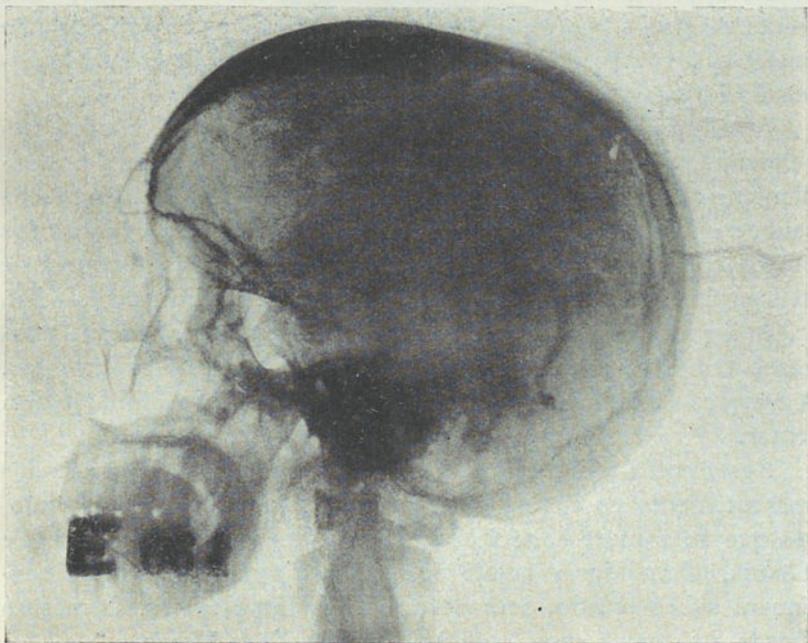


Fig. 3 - Caso I

volume normal, ocupando a posição habitual. O trajecto posterior do grupo silvico encontra-se moderadamente elevado (dilatação ventricular).

Do lado direito a circulação é muito menos rica. O grupo silvico apresenta aspecto e situação sensivelmente normais. Pelo contrário, o tronco da cerebral anterior, grosso, irregular, sinuoso, vai irrigar o angioma, visível também na arteriografia deste lado. Aqui o volume do angioma é menor, de opacidade desigual, apresentando o mesmo vaso volumoso que deve ligar a parte externa do angioma com a interna. Nas flebografias, tanto de um como do outro lado, não se nota a menor sombra do tumor. Podemos, pois, dizer que

se trata de um angioma artério-venoso do cérebro; que este angioma ocupa não só a parte externa do hemisfério, na região fronto-parietal superior, como se estende também à face interna, interhemisférica; e, por fim, a sua irrigação provém, na face externa, apenas dos ramos ascendentes do grupo silvico, na face interna, principalmente, da artéria cerebral anterior do lado oposto.

Assente pois o diagnóstico, explicado pela presença do angioma o acidente sofrido pelo doente, resta-nos o problema terapêutico.

Diversas intervenções cirúrgicas têm sido tentadas com bastos insucessos nos angiomas artério-venosos. A trepanação descompressiva, praticada por CUSHING em vários dos seus casos, não é isenta de riscos (a vascularização da meninge e do ôsso é grande nestes casos) e só poderia ter indicação no caso de grande hipertensão intracraniana.

A extirpação do angioma, tentada nalguns casos, conduz, geralmente, à morte. Como foi dito atrás, o tumor penetra profundamente no cérebro, muitas vezes até ao ventrículo, e não recebe sangue apenas dos vasos superficiais, mas também dos vasos dos plexos coroídeos e da parede do ventrículo. Tõda a tentativa de extirpação se nos afigura, portanto, além de muito grave, inútil.

A laqueação da carótida primitiva é a intervenção que mais vezes tem sido praticada, tendo no seu activo alguns sucessos. A irrigação bilateral do caso descrito exclue a possibilidade de a tentar.

Resta-nos a radioterapia. Tem sido praticada com resultados aparentemente de encorajar em vários casos, por todos os autores que do assunto se têm ocupado. Os doentes de OLIVECRONA e TÖNNIS, submetidos à radioterapia, alguns já com vários anos, continuam sobrevivendo, sem perturbações importantes. O mesmo sucede, há quatro anos, com um caso de EGAS MONIZ.

Parece, portanto, ser este, no estado actual dos nossos conhecimentos, o método terapêutico de eleição, único que se afigura capaz de combater o angioma artério-venoso do cérebro, quando a irrigação dêste seja bilateral.

OBSERVAÇÃO II. — M. B., de 34 anos de idade, operário das Oficinas M. de Engenharia.

Em 4 de Setembro de 1937, quando trabalhava na oficina onde está empregado, perdeu súbitamente o conhecimento, tendo em seguida vômitos biliares. Foi trazido em cõma para o Hospital da Estrêla, onde ficou hospitalizado. No dia imediato ao da sua admissão foi observado por mim. Apresentava

então sinais meníngeos extremamente marcados (KERNIG, BRUDZINSKI, rigidez da nuca), reflexos tendinosos abolidos, sinal de BABINSKI, bilateral e abdominais abolidos apenas do lado direito. Mantinha-se em cômá.

Feita a punção lombar, mostrou ela um liquor fortemente hemático, saindo em jacto. Um doseamento de ureia no sêro sanguíneo, feito nessa altura, mostrou um valor superior ao normal (0,66 %) com xantoproteica positiva. Aplicou-se ao doente uma terapêutica geral anti-hemorrágica: sêro gelatinado, zimemo, coaguleno, gêlo na cabeça.

Progressivamente foi o doente saindo do cômá, e o liquor, nas sucessivas

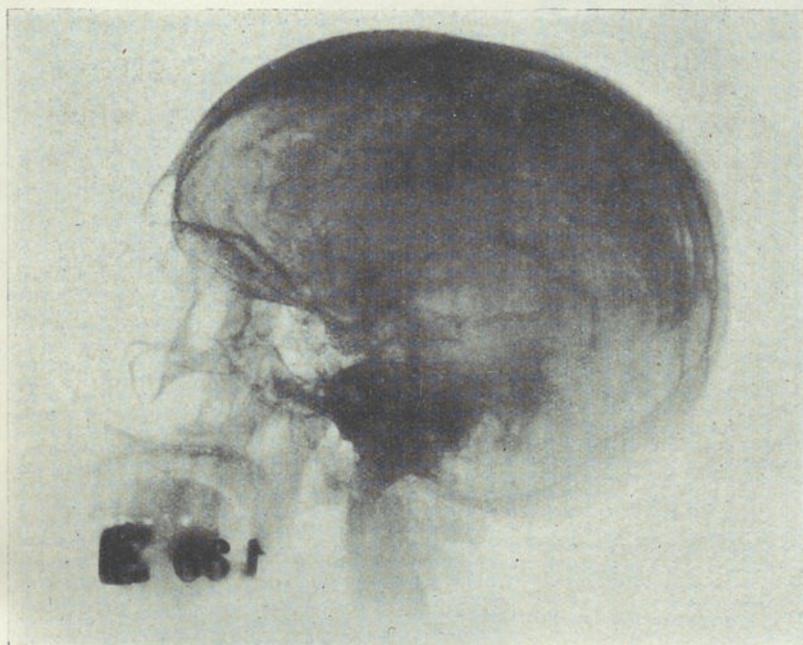


Fig. 4 — Caso II

punções que foram sendo feitas, mostrava-se cada vez menos hemático, depois xantocrônico e, mais tarde, límpido.

Entretanto, o exame neurológico punha em evidência duas perturbações que se estabeleceram com caráter definitivo: afasia e hemianópsia direita.

A afasia era, de entrada, muito acentuada, tanto motora como sensorial; foi-se depois atenuando e hoje pode ser considerada como uma afasia sensorial pura. A articulação é fácil, mas a linguagem do doente é constituída por expressões comuns, que êle emprega inadequadamente, perseverando em muitos termos. Tem grande dificuldade em compreender o que se lhe diz e com freqüência irrita-se. Por duas vezes o seu evidente desgosto em face da impossibilidade de se exprimir levou-o a tentativas de suicídio.

A hemianópsia, que o doente constantemente refere de uma maneira pitoresca («o bocadinho... aquêle bocadinho que falta para um lado...»), é desde início perfeitamente marcada e não tem sofrido alterações.

Todos os sinais motores desapareceram, salvo uma certa desigualdade dos abdominais, mais fracos à direita.

O fundo dos olhos era normal. A auscultação craniana não permite apreciar qualquer ruído anormal. Igualmente se não encontram anomalias da irrigação do escalpe ou do pescoço.

Os exames laboratoriais nada revelam de interêsse; a ureia baixou a um



Fig. 5 — Caso II

valor normal e tôdas as análises feitas no sentido da sífilis foram negativas.

Foi-lhe feita angiografia cerebral, na presunção já de que se tratasse de uma lesão vascular angiomatosa ou aneurismática (figs. 4 e 5).

À direita a circulação é inteiramente normal, não se apreciando anomalias vasculares.

O volume do sifão carotídeo é normal.

À esquerda a arteriografia revela a existência de um angioma volumoso, junto do sifão carotídeo, coincidindo com o ponto de emergência da silvica. A massa angiomatosa estende-se para trás do sifão.

Na sua parte posterior nota-se, na arteriografia, a existência de duas veias de descarga, volumosas.

# tonocálcio

I N J E C T A V E L

*Lab*

## Conclusão da Análise do TONOCALCIO INJECTAVEL

adquirido no mercado pelo Ex.<sup>mo</sup> Sr. Dr. Alberto de Aguiar, ilustre professor da Faculdade de Medicina do Pôrto. «O Tonocálcio injectável «Lab» (a 20% de gluconato de cálcio), é um soluto límpido, incolor, neutro e puro **contendo 20 por cento de gluconato puro** ou 2,250 grs., cálcio (em C a O). É produto estável desde que conservado em empôla fechada, só começando a precipitação, em magna cristalino ou esperolar aglomerado, ao fim de umas horas de exposição ao ar. É sob o ponte de vista terapêutico uma solução sobresaturada de gluconato de cálcio, estável, injectável e de tôda a confiança, constituindo como tal um **precioso produto de calcificação orgânica intensa**».

a) *Prof. Alberto de Aguiar*

O TONOCÁLCIO É O SOLUTO  
DE GLUCONATO DE CÁLCIO  
À 10 % E 20 % SEM ADIÇÃO  
DE SUBSTANCIAS ESTRANHAS  
A ESTABILIZAÇÃO É OBTIDA APENAS POR  
UMA TÉCNICA ESPECIAL DE PREPARAÇÃO

“**Ceregumil**”  
**Fernández**

Alimento vegetariano completo á base  
de cereais e leguminosas

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

Indicado como alimento nos casos de intolerâncias  
gástricas e afeções intestinaes. — 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.<sup>a</sup>  
240, Rua da Palma, 246  
LISBOA

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

# *Veinosine*

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

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

A flebografia já não mostra a existência de qualquer imagem angiomatosa, o que põe em evidência a rápida passagem do sangue às veias e, portanto, a natureza artério-venosa do angioma.

A rigorosa unilateralidade da malformação vascular e a circunstância de receber sangue da circulação carotídea antes da emergência da comunicante anterior, levaram-nos aqui a preconizar a intervenção cirúrgica.

Procedeu-se, num primeiro tempo, à laqueação, ao comêço provisória, depois definitiva, da carótida primitiva (operador: Dr. BASTOS GONÇALVES).

Num segundo tempo foi laqueada a carótida externa, interrompendo-se assim tôda a circulação colateral que a carótida interna dêsse lado poderia receber.

As operações foram perfeitamente toleradas.

Em seguida a elas tem o doente sido submetido, como o do caso I, à radioterapia.

As suas melhoras têm-se acentuado progressivamente.

## BREVES CONSIDERAÇÕES SÔBRE CELULITE

POR

GEORGINA DE ANDRADE GIL

Ao publicar estas notas sôbre celulite, temos em vista chamar a atenção para uma doença que, embora conhecida e estudada há mais dum século, esteve um pouco esquecida. Há alguns anos, porém, que em diversos países se nota de novo um movimento de interêsse que tem levado vários autores a estudá-la. Pelas dores intensas que pode causar e pelas suas graves conseqüências, ela deve ser colocada entre as principais manifestações das doenças de nutrição. DUREY, de Paris, diz no seu trabalho «Le massage dans les troubles de la nutrition», publicado na revista médica *Nutrition*, de 1934: «A celulite, quási negada quando STAFFER e WETTERWALD a estudaram, tornou-se, nestes últimos anos, uma das grandes vedetas da patologia». Porque a verdade é que, embora ela não mate, chega a transformar as suas vítimas em verdadeiros inválidos. ; Quantos doentes com os diagnósticos de nevrite, artrite, reumatismo, apendicite, anexite, etc., esgotam todo o arsenal terapêutico e algumas vezes cirúrgico, sem resultado algum e que, com o tratamento adequado à celulite, se curariam rapidamente !

O têrmo de «celulite», usado pelos latinos, tem levantado muitas discussões e é, sem dúvida, impróprio, pela idea que nos dá, erradamente, pela sua terminação, dum processo infeccioso em evolução. A meu ver, é mais próprio qualquer dos nomes usados pelos alemães: «esclerose da gordura» ou «escleredema», ou por alguns autores franceses, «fibroconjuntivite», que indica a evolução normal da lesão para a transformação fibroplástica esclerogéna. Contudo, o têrmo de «celulite» tem mais adeptos e está consagrado pelo uso. Apoiando-nos em dados anátomo-patológicos, podemos definir a celulite como uma «alteração do tecido conjuntivo intersticial», de que o primeiro estado é a reacção edematosa, e

cujos últimos graus, normal, é a esclerose, *se se não intervem com um tratamento adequado.*

Foram os discípulos de LING, na Suécia, que primeiro chamaram a atenção para a celulite, tratando-a e curando-a, embora já tivessem aparecido algumas descrições de nódulos e placas celulíticas. Mais tarde, em 1816, WILLIAM BALFOUR, no seu livro sobre reumatismo crônico, estuda e descreve a celulite dos tendões e dos músculos. Em 1888, NOSTRÖM, na Suécia, estuda as cefaleias rebeldes provocadas pela celulite dos músculos cérvico-dorsais. Depois, numerosos médicos se dedicaram ao seu estudo, entre eles STAPPER, de Estocolmo, que estudou sobretudo a celulite abdómino-pélvica, a mais conhecida entre nós e *que tão preponderante papel tem na patologia dos órgãos genitais femininos.* Mais tarde, numerosos trabalhos contribuíram para precisar pouco a pouco o conhecimento da celulite. Em França, WETTERWALD, que primeiro a estudou na Alemanha, DAUSSET, LEVI, DUREY, GUY LAROCHE, PAVIOT e seus discípulos, M<sup>ELLE</sup> MEURS, etc.; na Alemanha, ROSEMBACH, desde 1886, depois BUM, AUERBACH, MÜLLER, EDINGER, etc., e em Inglaterra, STOCKMANN, YAWGER, MAXWELL-TELLING, etc. Dêstes estudos sucessivos chegou-se à conclusão de que *tôdas as regiões do organismo podem ser invadidas* por empastamentos e nodosidades do tecido celular intersticial, provocando dores mais ou menos intensas e *apresentando os mais variados síndromas.*

Observando-se em tôdas as idades, desde as crianças, em que a forma mais freqüente é a de cefaleia, simulando as cefaleias de crescimento, a celulite encontra-se geralmente nos adultos, sendo mais freqüente na mulher que no homem, cêrca de oito mulheres em cada dez doentes. É sobretudo freqüente na menopausa, devido às grandes perturbações endócrinas. Podendo filiar-se no capítulo das doenças de nutrição, está muitas vezes ligada à obesidade, como, por exemplo, na doença de DERCUM, o que não quer dizer que se não vejam, com freqüência, indivíduos magros fortemente atacados de celulite.

Considerada uma das manifestações do artritismo, encontra-se muitas vezes associada ao reumatismo; observa-se geralmente em pessoas de vida sedentária, vivendo pouco ao ar livre e alimentando-se demasiado. As doenças intestinais, a insuficiência hepática e a prisão-de-ventre, têm uma grande responsabilidade na etiologia da celulite.

GUSTAVE MONOD, estudando, em Vichy, cinquenta celulíticos, encontrou hepatismo crónico em 36 0/0, reumatismo crónico em 24 0/0 e obesidade em 16 0/0. *Tôdas as doenças infecciosas, sobretudo de evolução prolongada ou de ataques repetidos, podem fazer eclodir a celulite* num indivíduo de temperamento artrítico. Assim, é freqüente encontrar-se a celulite cervical sob a forma de cefaleias, em doentes com infecções sucessivas ou crónicas da naso-faringe. HARTEMBERG insiste no seu trabalho sôbre a celulite, no papel das inflamações crónicas da rino-faringe e mesmo de simples focos dentários, arrastando a celulite da cabeça e do pescoço, a celulite pélvica em doentes com lesões crónicas dos anexos. Muitas vezes se verifica a existência duma placa de celulite subcutânea, correspondendo a uma inflamação crónica profunda: artrite, apendicite, colite, colecistite, salpingo-ovarite, etc., tornando-se necessário, ao palpar, distinguir a dor provocada pela lesão inflamatória, profunda, e a dor provocada pela celulite, superficial. Esta zona de celulite superficial é talvez consequência de perturbações vaso-motoras, congestivas, da região, reflexas, tendo como ponto de partida a inflamação visceral. *E, muitas vezes, depois de curadas as lesões inflamatórias, clínica ou cirurgicamente, estas zonas superficiais continuam dolorosas*, o que nos leva a considerar, como diz WETTERWALD, «que, em muitos casos, a celulite não é senão o sintoma palpável duma afecção profunda em evolução, ou a cicatriz duma lesão inflamatória extinta».

E a celulite que se forma tão freqüentes vezes à volta da cicatriz operatória, quantas vezes não tem sido a causa dos cirurgões serem injustamente acusados, pelos seus doentes, de os terem operado mal! A sífilis e a tuberculose também têm sido inculpadas na etiologia da celulite.

O alcoolismo, o tabagismo e o *surmenage* são igualmente factores importantes, pelo estado de depressão e intoxicação que produzem no organismo e pelas perturbações glandulares que provocam. Os traumatismos, sobretudo repetidos, assim como as posições prolongadas e fatigantes, podem dar origem, e quasi sempre agravam, a uma celulite, como, por exemplo, a chamada cáibra dos escrivães, músicos, automobilistas, etc. Mas parece que são sobretudo as perturbações glandulares que mais contribuem para a formação da celulite, estando em primeiro lugar as perturbações ováricas e depois as da hipófise e da tiroideia.

Para a dietética da primeira infância



**Leite completo em pó, acidificado**

**(LEITE DE MARRIOTT)**

**Um novo produto Nestlé**

PEDIDOS DE AMOSTRA E LITERATURA Á

**Sociedade de Produtos Lacteos**

PORTO

AVANCA

LISBOA

# “PELARGON NESTLÉ”

**DEFINIÇÃO:** Leite completo em pó, acidificado e não assucarado, possuindo as propriedades do leite de Marriott.

**ANÁLISE-TIPO:**

	“Pelargon” em pó	Leite completo acidificado reconstituído com ‘Pelargon’
Matéria gôrda . . . . .	26,0 % g.	3,50 % g.
Matérias proteicas . . . . .	25,2 % g.	3,35 % g.
Lactose . . . . .	36,2 % g.	4,85 % g.
Substâncias minerais . . . . .	6,3 % g.	0,85 % g.
(Cinzas . . . . . 5,5 %)		(0,75 % g.)
Ácido lactico . . . . .	3,3 % g.	0,45 % g.
Água . . . . .	3,0 % g.	87,00 % g.
	100,0 % g.	100,00 % g.
Acidez total exprimida em ácido láctico . . . . .	4,2 % g.	0,55 % g.
Calorias por 100 grs.	492	66

**FABRICAÇÃO:** Dessecação instantânea, numa corrente de ar quente, de leite rigorosamente seleccionado, adicionado sómente de 0,5 % de ácido láctico.

**CARACTERÍSTICAS:** Graças ao processo de fabricação utilizado, o «Pelargon» conserva as propriedades bioquímicas do leite frêsko. Tem sobre o leite frêsko acidificado as seguintes vantagens: *emprego imediato e fácil, composição constante, (matéria gôrda e ácido), pureza bacteriológica.*

Em latas fechadas e guardadas em sítio frêsko, a conservação do «Pelargon» está assegurada durante muitos menses. Uma vez a lata aberta, o «Pelargon» conserva-se bem durante 10 a 15 dias, tendo-se o cuidado de fecha-la convenientemente e de guarda-la em sítio frêsko e sêco.

**INDICAÇÕES:** O «Pelargon» tem todas as indicações do leite frêsko acidificado (leite Marriott):

- a) **Lactantes sãos:** Como alimento normal e como complemento do leite materno.
- b) **Lactantes e crianças doentes:** Como alimento dietético (sómente por indicação do médico). Em razão da presença de ácido láctico, o «Pelargon» tem as mesmas indicações que o babeurre nas crianças que toleram bem a matéria gôrda. O «Pelargon» prestará, pois, excelentes serviços nas dispepsias, distrofias, etc., e em certos casos de diarreia, eczema e vômitos. Por outro lado e devido ao seu alto valor nutritivo, sob a fórmula dum pequeno volume, o «Pelargon», convenientemente diluído, convém à alimentação normal dos prematuros e dos lactantes ou crianças sofrendo de certas doenças infecciosas: pneumonia, tosse convulsa, cistopielite, etc.

A patogenia da celulite tem sido muito discutida, não se tendo ainda chegado a um acôrdo. Na Alemanha e na Inglaterra atribuem-lhe a mesma origem que ao reumatismo, portanto, como êste, com uma patogenia ainda muito obscura.

STAPPER e WETTERWALD consideram-na como um estado de pre-esclerose. Diz WETTERWALD: «A celulite consiste numa proliferação, uma hiperplasia do tecido conjuntivo, meio de nutrição, sob a influência de substâncias irritantes. O espiroqueta, o bacilo de KOCH, o estreptococo, assim como a fadiga, a vida sedentária e a superalimentação, fazem a celulite. O tecido cicatricial é o último têrmo do processo: os elementos móveis são aprisionados e esmagados na esclerose».

E, conclue GUY LAROCHE: «o tecido conjuntivo é extremamente rico em elementos nervosos, particularmente sob a pele. A excitação dêstes filetes nervosos, mielínicos ou amielínicos, pertencendo ao sistema medular e simpático, determina um estado doloroso, que não é exclusivamente local. *Como toda a irritação simpática, a excitação da placa celulítica tem tendência a reflectir-se a distância, sobre os centros nervosos mais ou menos afastados, criando, por repercussão, outras perturbações dolorosas, vaso-motoras, nervosas, glandulares.* Esta repercussão a distância deve sempre estar presente no espírito dos que estudam estas doenças. Assim, não ficarão admirados quando observarem as grandes variações, dum dia para o outro, da dor celulítica, sob a influência de causas ocasionais, tais como as emoções, as fadigas, o frio, etc.». STOCKMANN e MAXWELL-TELLING têm opiniões idênticas e consideram a celulite como resultado de focos inflamatórios, com hiperplasia do tecido conjuntivo, de origem microbiana ou tóxica. MEURS-BLATTER e GUY LAROCHE encontraram, com muita freqüência, aumento de colestirina no sangue e, como SCHNEIDER, na Alemanha, aumento da alcalinidade urinária e do ácido úrico, o que mostra que a celulite está bem situada dentro do capítulo das doenças de nutrição.

A anatomia patológica da celulite foi, durante muito tempo, desconhecida. É a GEOFFROY SAINT HILAIRE que nós devemos os primeiros estudos anátomo-patológicos; encontrou dois tipos de edemas: edemas serosos, que representam uma primeira fase, e edemas fibro-plásticos, uma segunda fase da doença. STOCKMANN, de Glaskow, estudou o assunto em peças extirpadas por biopsia;

os seus trabalhos são muito interessantes. Num dêles, diz-nos: «O nódulo da nádega direita, perfeitamente palpável através da pele, parecia ter o tamanho duma amêndoa. Êste nódulo, muito doloroso, provocava uma dor como a da ciática, que irradiava pela perna abaixo. Depois de incisados os tecidos, o nódulo apresentou-se como sendo uma porção espessada e saliente da bainha do glúteo, do tamanho duma meia polegada. Êste espessamento, com fragmentos de músculo vizinho, foi extirpado, endurecido com alcool-formol, depois reduzido a cortes. Os cortes mostraram tratar-se de tecido fibroso, embañhando o músculo, tecido fibroso branco, largamente hipertrofiado no interior das fibras musculares, de que algumas estavam degeneradas, mais, provavelmente, pela acção duma toxina, que pela compressão. Os vasos sanguíneos apresentavam, nitidamente, periarterite e endarterite com proliferação do tecido conjuntivo, indicando que êles também sofreram uma acção irritante».

Em 1929, LAGÈZE, do Serviço do Dr. PAVIOT, em Lyon, apresentou um trabalho muito completo sôbre estudos feitos em biopsias extirpadas com anestesia geral, para que a anestesia local não alterasse a anatomia e estrutura dos tecidos. Para êle «a primeira fase da lesão é uma vaso-dilatação dos pequenos vasos no tecido conjuntivo e espaços intersticiais, correspondendo à fase congestiva. Depois vem a fase exsudativa, na qual a vaso-dilatação, aumentando, é acompanhada dum exsudado plasmático, que dissocia as trabéculas conjuntivas e se infiltra entre os fascículos conectivos do tecido celular. Tratado pela maçagem, êste exsudado pode reabsorver-se completamente. Mas, abandonados à sua evolução natural, os infiltrados organizam-se, dando a última fase do processo, que é a fase fibrosa cicatricial. O nódulo fibroso encontra-se realizado por regressão quási total do tecido adiposo. Os vasos sanguíneos do nódulo apresentam lesões bastante nítidas de endarterite e de periarterite. Os pequenos ramos nervosos do tecido conjuntivo não escapam a êste processo. Vêem-se exsudados dentro das bainhas nervosas, empurrar os filetes nervosos, retesando-os, antes de se organizarem como os exsudados vizinhos».

O principal sintoma da celulite é a dor, espontânea ou provocada. A dor espontânea pode ser muito variável, ora surda e

contínua, ora aguda, com a sensação de latejar, sobrevindo por crises, ora simulando uma nevralgia, ora uma cáibra, acentuando-se ora à noite, ora de dia, sendo também muito variável a duração, podendo a sua intensidade provocar a impotência funcional mais ou menos prolongada. Não dá febre, nem alteração do estado geral. É também muito característica a rigidez muscular, de que se queixam os doentes de celulite. A dor pode ser provocada, intensamente, pela mais ligeira pancada. O próprio exame clínico desperta uma dor que arranca muitas vezes um grito ao doente, um gemido, um movimento de defesa. Esta dor localiza-se, geralmente, na própria região explorada, mas algumas vezes, não muito raras, *o exame médico desperta uma dor a distância, devido à palpação de nódulos encostados a filetes nervosos*. A região invadida pela celulite pode estar tão sensível que o doente não possa suportar o simples contacto das roupas. Estes doentes têm, geralmente, as extremidades frias e há uma vaso-constricção dos territórios celulíticos. Há nêles uma grande fragilidade dos capilares, pelo que o menor contacto pode provocar uma equimose.

Os sinais objectivos são revelados pela palpação manual: apanha-se a pele entre a polpa do polegar oposto ao índice e ao médio das duas mãos, colocadas lado a lado; levanta-se a prega assim formada e rola-se entre os dedos, como «um fumador ao fazer o seu cigarro», sem comprimir, nem beliscar. Por um lado, provoca-se uma dor mais ou menos viva, que assinala a celulite, e, por outro, aprecia-se o grau das lesões. É assim que se sente sob os dedos ora um edema que não faz *godet*, dando a impressão de «que a pele tem um fôrro de tafetá» que a espessa e dando a sensação de crepitação como a da neve, ora são placas mal delimitadas, de consistência apergaminhada ou lardácea, ora são verdadeiros nódulos duros, de volume variável, mais ou menos sensíveis à pressão. A pele está aderente, na grande maioria dos casos, ao tecido celular subcutâneo, não escorregando sobre êle como normalmente, e toma um aspecto de casca de laranja quando se pretende levantá-la. Os músculos podem também apresentar uma infiltração difusa, mole ou dura, quasi sempre dolorosa à pressão e á contracção muscular. Também se podem encontrar espessamentos e nódulos nas aponevroses e no periosteó.

Este processo de rolar a pele entre a polpa dos dedos nem

sempre é suficiente para diagnosticar a celulite na sua terceira fase, isto é, na sua fase final de organização: os nódulos fibrosos. Para palpar bem estes, deve fazer-se com a polpa do índice e do médio, juntos, uma pressão suave, mas penetrante, para afastar os tecidos que podem esconder os nódulos que, por vezes, são um pouco difíceis de encontrar.

Estes nódulos são de forma, de volume e de consistência muito variáveis, podendo ser arredondados ou elípticos e podendo ir do tamanho dum bago de arroz ao duma noz pequena. Podem encontrar-se isolados ou agrupados em rosário ou em placa. Semelham muitas vezes gânglios linfáticos, de que se distinguem pela localização.

Como todos nós sabemos, o tecido celular é dos tecidos mais espalhados pelo organismo, é aquêl que separa, unindo-os, todos os órgãos, que se insinua, enchendo todos os vazios por êles deixados e todos os interstícios musculares, tendinosos, aponevróticos, serosos, etc.

A celulite, sendo uma doença do tecido celular, pode portanto desenvolver-se em tôda a parte onde êle existe, desde o tecido celular subcutâneo até, profundamente, aos espaços inter-viscerais, desde os interstícios musculares até aos pontos de emergência dos nervos cranianos e aos orifícios de conjugação, desde as sinoviais tendinosas e articulares até aos tecidos intersticiais perivenozos e perinervosos, etc.

A celulite instala-se lentamente, umas vezes provocando, logo de início, uma pequena dor surda, quási contínua, que é difícil de diagnosticar, outras vezes desenvolvendo-se insidiosamente, sem sintomatologia, até que súbitamente, por qualquer motivo, uma emoção forte, um traumatismo, uma doença infecciosa, uma intoxicação, algumas vezes sem causa aparente, ela se manifesta bruscamente, por uma dor mais ou menos violenta, contínua ou intermitente, que pode levar o doente à cama, e se mantém por um período mais ou menos longo, chegando algumas vezes a provocar, como já disse, uma completa impotência funcional da região atacada. Estas crises manifestam-se, por vezes, com intervalos curtos. A pele não apresenta alteração que nos revele o processo celulítico: não apresenta mudança de coloração, nem vermelhidão. Embora haja lugares de eleição da celulite, como os interstícios musculares da nuca, os músculos peitorais e intercos-

LISBOA MÉDICA



# PIPERAZINA MIDY

O ANTI-URICO TIPO



# PROVEINASE MIDY

VARIZES - FLEBITES - HEMORROIDAS  
PERTURBAÇÕES DA MENOPAUSA E DA PUBERDADE



# POMADA MIDY SUPOSITORIOS MIDY

A MEDICAÇÃO RACIONAL  
DAS HEMORROIDAS

Pedir amostras a

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

ou aos Agentes-depositários

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

LISBOA MÉDICA

# FITINA

"CIBA"



RECONSTITUINTE  
TONICO DO SISTEMA  
NERVOSO  
REMINERALIZADOR

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

22% de fósforo e 11% de calcio e magnésio

Granulos

Comprimidos

Obreias

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

tais, a face externa dos membros superiores, a massa muscular sacro-lombar, a parede abdominal, o interior da pelve, mas sobretudo a face interna dos membros inferiores e à volta das articulações, provocando a pouco e pouco a sua anquilose, a verdade é que ela pode apresentar as localizações mais variadas, e *não será demais insistir em que é algumas vezes necessário um exame metódico e minucioso para diagnosticar alguns syndromas clínicos, os mais variados, que a celulite pode criar.*

Num artigo próximo faremos o estudo d'esses syndromas, juntando as observações dalguns casos mais interessantes por nós tratados.

Por agora, vamos passar à terapêutica da celulite. Para curar a lesão celulítica há apenas um processo: a massoterapia. Como se deve calcular, todos os agentes físicos têm sido ensaiados, mas sem resultado apreciável. A diatermia, que nalguns casos suavisa ligeira e transitòriamente, nalguns outros, talvez na maioria, dá uma recrudescência da dor. Tivemos uma doente que nos procurou para umas sessões de diatermia que lhe foram aconselhadas, por um colega, a uma ciática da perna esquerda. Não pudemos fazer-lhe mais de cinco sessões, porque a dor exacerbou-se extraordinariamente, passando a doente a noite a gemer, a-pesar-de tomar fortes doses de togal a que se habituara desde o princípio da sua ciática. Aconselhámo-la a experimentar a maçagem, porque umas pequenas placas de celulite subcutânea da anca nos fizeram suspeitar um infiltrado celulítico profundo, apanhando o ciático. A doente melhorou muito, passando regularmente as suas noites, sem tomar o togal. Fêz apenas dezassete maçagens porque, sentindo-se melhor, deixou de aparecer, como tantas vezes sucede na nossa profissão.

As ondas curtas e os infra-vermelhos têm uma acção mais calmante e mais duradoura que a diatermia, sendo algumas vezes empregados, sobretudo os últimos, como adjuvantes da maçagem, nos casos em que a dor, muito intensa, não permite a massoterapia, mesmo a mais superficial. Diminuída a sensibilidade, com umas quatro ou cinco aplicações, começa-se a maçagem, logo que ela não provoque um grande sofrimento ao doente.

Os raios X só trazem vantagens quando, depois de várias sessões de massoterapia, se verifica que ela se torna ineficaz pela grande profundidade dos focos celulíticos, o que raras vezes se dá.

O único tratamento que, acalmando a dor, pode curar a lesão celulítica, é a maçoagem, mas uma maçoagem própria e adequada a cada fase da evolução celulítica.

Como dizem MEURS e LAROCHE, no seu belo livro sobre cellulite, esta maçoagem deve ser feita «seguinto um princípio imutável e um método rigoroso».

Na maçoagem mal feita, dizem ainda os mesmos autores: «os tecidos esfregados, friccionados, esmagados até às camadas musculares profundas, sem atender às reacções locais e gerais, congestionam-se, inflamam-se mais e o sistema nervoso esgota-se. As reacções dolorosas podem ser tais que nós encontrámos vários doentes recusando-se enèrgicamente a todo o tratamento por um médico especializado, porque êles conservavam, ainda depois de alguns meses decorridos, a recordação das crises dolorosas que tinham suportado sob a mão dum empírico». Não vamos fatigá-los com a descrição detalhada das diversas manobras que compreende a maçoagem da cellulite, mas queremos insistir em que devem ser applicadas com tôda a prudência e profundo conhecimento. Também julgamos dever insistir em que a maçoagem é tanto mais eficaz quanto mais precoce é o diagnóstico da cellulite. O doente tratado na fase exsudativa, na fase dos infiltrados e dos empastamentos, antes que estes infiltrados se organizem, cura-se, na grande maioria dos casos. Na sua fase final, o nódulo fibroso não se desfaz pela maçoagem, mas aqui ainda ela tem applicação, embora de resultados menos brilhantes, desfazendo o empastamento que o rodeia, melhorando as condições circulatórias da região e impedindo a formação de novos nódulos.

Simultâneamente com a massoterapia e depois dela, o especialista consciencioso não deve descurar o tratamento da causa, da fonte, chamemos-lhe assim, produtora da cellulite. Sem êste tratamento, os doentes irão fabricando novos focos celulíticos à medida que forem tratando os existentes. Não esqueçamos que a cellulite é sempre uma manifestação duma intoxicação, duma infecção crónica ou duma insuficiência glandular. E esta causa deve o médico procurá-la sempre, paciente e sistemáticamente. Difícil, em muitos casos, de encontrar, e encontrada ela, todos nós sabemos o quanto nós é difícil dominar um estado infeccioso ou tóxico, crónico, e equilibrar um sistema glandular insuficiente. Mas, com persistência que, infelizmente, muitas vezes falta ao doente,

conseguimos senão curar, pelo menos melhorá-lo muito. Estes tratamentos, porém, devem ser conduzidos suavemente, sem brutalidade, porque «os organismos atingidos de celulite são hipersensíveis».

## BIBLIOGRAFIA

- ABRIKOSOFF, A. — Ueber die Spontan auftretende Fettgewebsnekrose und Fettgranulom. *Centralblatt f. Allgem. Pathol. u. Pathol. Anat.* Bd XXXVIII. S 542. 1926.
- Ueber das Schicksal der Spontan auftretenden Fettgranulom (lipophagen granulom). *Centralblatt f. Allgem. Pathol. u. Pathol. Anat.* Bd XLV. S 396. 1929.
- A. H. GRAY. — On the identity of adiponecrosis subcutanea neonatorum with sclerema neonatorum. *Brit. Journal Dermat. and Syphilis.* Tômoo XLV. Pág. 498. 1933.
- ÁLVARO LAPA. — Estudo acêrca da etiopatogenia das nodosidades juxta-articulares. *Jornal da Soc. das Ciênc. Méd.* Junho de 1930.
- CALMANN, A. — Pseudotumoren nach Diathermiebehandlung. *Centralblatt f. Chir.* Bd XXII. S 1272. 1933.
- CHEVALLIER et A. FIERRE. — Cellulite torpide en nappe de la région abdomino-inguinale. *La Presse Médicale.* Pág. 577. Abril de 1934.
- COHEN, I. — Traumatic fat necrosis of the breast. *The Journal Amer. Med. Ass.* Vol. LXXX. N.º 11. Pág. 770. 1923.
- GRACIUM E. C. et FAGARASANO, J. — Sur le lipogranulome bénin sous cutané par diathermie, traumatisme ou injections médicamenteuses. *Annales d'Anat. Path. et d'Anat. Norm. Méd. Chir.* Tômoo XII. N.º 8. Pág. 910. 1935.
- C. A. CASTAÑO. — La congestion pelvienne, son etiopathogenie et son traitement. *Gynécologie et Obstétrique.* Fevereiro de 1934.
- DUPONT, R. et PERROT, M. — Cyto-stéato-nécrose et gangrène du sein. *Ann. d'Anat. Path. et d'Anat. Norm. Méd. Chir.* Tômoo IV. Pág. 507. 1927.
- GOTTESMANN, J e ZEMANSKY, A. P. — Fat necrosis of the breast. A. studies of twenty cases. *Annal of Surgery.* Vol. LXXXV. Pág. 438. 1927.
- GUY LAROCHE. — Adipose douloureuse et maladie de Dercum. Sa pathogénie cellulitique. *Annales de Méd.* Tômoo XXIII. N.º 5. Maio de 1928.
- GUY LAROCHE et MEURS-BATTER. — La cellulite. 1933.
- HANRIOT. — Contribution à l'étude d'une des manifestations de l'arthritisme: «la cellulite». *Thèse Paris.* 1913.
- HARTENBERG. — Rapport sur la cellulite. Société de Médecine de Paris. 23 de Abril de 1923.
- H. CABOCHE. — La cellulite en oto-rhino-laryngologie. *Annales d'oto-rhino-laryngologie.* Junho de 1932.
- JEAN LOUIS FAURE et SIREDEY. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale. 4<sup>eme</sup> édition.
- KOENIG, F. — Lipoid granulom im Knochen. *Centralblatt f. Chir.* Bd XIV. S 786. 1934.

- KUETTNER. — Ueber circumscriphte Tumorbildung durch abdominale Fettnekrose und subcutane Fettspaltung. *Berl. Klin. Wochenschr.* Bd I. S 9. 1913.
- LAGÈZE. — Sciatique et infiltrats cellulalgiques. *Thèse Lyon.* 1929.
- LANGHERANS, R. — Ueber multiple Fettgewebsnekrose. *Virchow's Arch.* Bd CXXI. S 252. 1890.
- LANZ, O. — Traumatische Fettnekrose. *Centralblatt. f. Chir.* Bd L. S 1253. 1898.
- L. ALQUIER. — La cellulite. 1933.  
— Aedèmes et engorgement lymphatiques.
- L. DUREY. — Le massage dans les troubles de la nutrition. *Nutrition.* 1934.
- L. DUREY et MEURS. — Massage et rééducation. 1930.
- LECÈNE, P. — A propos du fait intitulé «cytostratonecrose et gangrène du sein». *Ann. d'Anat. Path. et d'Anat. Norm. Méd. Chir.* Tômô IV. Pág. 615. 1927.
- LIEBLEIN, V. — Pseudotumoren im Fettgewebenach Diathermiebehandlung. *Zeitschr. f. Chir.* Bd XXVII. S 1588. 1933.
- LUIGI BOGLIOLO. — Studi sulla patologia del tessuto grassoso. *Arch. Ital. di Chir.* Outubro de 1936.
- M. FAVRE. — Les cellulodermites torpides en nappe de la région inguinale. *Annales de Derm. et Syphiligraphie.* 1933.
- MADELEINE HIRSCH. — Douleurs cellulitiques et ménopause. *Thèse Paris.* 1928.
- MARCEL LABBÉ et R. BOULIN. — Lipomatose douloureuse et maladie de Dercum. *Bul. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris.* Maio de 1927.
- PAVIOT. — Les cellulites: leur rapport avec troubles hépato-digestifs, leurs terrains. *Journal de Méd. de Lyon.* Junho de 1926.
- PFEIL, K. — Zur Differentialdiagnose der Lipogranulomatose. *Centralblatt f. Chir.* Bd III. S 2911. 1934.
- RADOU. — Cellulite, migraines, névralgies. 1935.
- STAPPER. — Manuel pratique de kinesithérapie. 1912.
- SCOTTI DOUGLAS, R. — Contributo alla conoscenza della «atrofia com proliferazione» e della citosteatonecrosi del tessuto celluloadiposo sottocutaneo. *L'Osp. Magg.* N.º 5. 1929.
- TOURAINÉ. — Maladie Buschke. *Annales de Derm. et Syph.* 1937.
- TOURAINÉ, GOLÉ et SOULIGNAC. — La cellulite sclerodermiforme extensive bénigne. *Annales de Derm. et Syph.* Novembro e Dezembro de 1937.
- TRÉMOLIÈRES, TARDIEU et MERKLEN. — Syndrome de Dercum. Cellulite et ménopause. *Bul. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris.* Pág. 1497. 1931.
- VICTOR PAUCHET. — L'automne de la vie; l'homme et la femme à l'âge critique. 1932.
- WEBER, H. — Ein posttraumatisches Fettgranulom der Mamma. *Centralblatt f. Chir.* Bd XVIII. S. 1042. 1934.
- WETTERWALD. — La pré-sclérose organique et son traitement manuel. II<sup>o</sup> Congrès de Paris.  
— Les cellulites. *Journal Démical Français.* Setembro de 1913.  
— Une cause essentielle de cellulalgie: «l'attitude». *Bull. de la Soc. Méd. de Paris.* Pág. 326. 1929.  
— Des névralgies. 1910.

## Revista dos Jornais de Medicina

O problema da luxação congénita do quadril, no Brasil, pelo Prof. RÊSENDE PUECH (S. Paulo). — Empresa Gráfica da *Revista dos Tribunais*. 1 vol. de 160 páginas. S. Paulo, 1937.

O Sr. Prof. Luiz de Rêsende Puech, catedrático de Clínica Ortopédica em S. Paulo e presidente da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, publicou, com o título acima, um magnífico volume que desenvolve esse tema, que foi escolhido oficialmente para o II Congresso da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, efectuado no Rio de Janeiro, há um ano.

Lêmos com especial júbilo e interesse este magnífico trabalho do Sr. Prof. Puech, onde, pela primeira vez em língua portuguesa, se dedica àquela deformidade tão vasto labor de literatura ortopédica. E tanto mais interessante e proveitosa é a sua leitura quanto é certo que, cotejando opiniões de escolas mundiais, encara a fundo o problema da sua distribuição geográfica e da etiopatogenia, documentando completamente a expansão da deformidade no Brasil, e a sua terapêutica. É-nos muito agradável ver em língua portuguesa, e original, um trabalho tão bem orientado dentro da nossa especialidade.

Em Portugal, onde também despistamos correctamente todos os casos de luxação congénita da anca, julgamos essa deformação de consoladora raridade. No Brasil conseguiu-se reunir, desde 1920 a 1936, uma série de duzentos e nove casos, dos quais cento e sessenta e quatro pertencem a S. Paulo e quarenta e cinco ao Rio de Janeiro e ao Sul do Brasil. Em 70 % dos casos existia ascendência estrangeira, 60 % da qual era italiana. Outras estatísticas falam da terapêutica empregada e da sua relação com o grau evolutivo da deformidade, da idade em que foram observados os casos, etc.

Pode, no entanto, dizer-se que a luxação congénita da anca, até há pouco quasi desconhecida no Brasil, aumenta de frequência, saindo do seu principal foco, em S. Paulo, para se estender pelo resto do país, ligada ao desvio das correntes emigratórias, que antigamente quasi só afluíam àquele Estado e hoje se desviam para outros. O mesmo se passa em todos os países do Novo Mundo

Acompanhando Montadon na sua síntese das raças, em nórdica, alpina, adriática ou subadriática, e mediterrânea, verifica que naquela a luxação congénita coxo-femural aparece pouco (Inglaterra, Bélgica, Holanda, Alemanha do norte, França do norte, maioria da Polónia, Rússia do centro e norte), e nos países de raça alpina (maioria da França, Alemanha do centro e sul, Suíça, Itália do norte, antiga Áustria-Hungria, sul da Polónia, Rússia do sul

e Balkans) existe com acentuada e enorme freqüência. Na Península Ibérica, zona mediterrânea de França, Itália do sul e ilhas do mediterrâneo (raça mediterrânea) a deformidade apresenta-se com uma freqüência muito inferior à das populações de raça alpina e mais pronunciada do que nas regiões povoadas pela raça nórdica.

Se na Europa o índice de cura aumenta em virtude do diagnóstico precoce e do tratamento imediato, no Brasil razões de ordem social e económica tornam tardios os diagnósticos e quasi ineficazes os tratamentos. A escolha deste tema para o Congresso Nacional de Ortopedia foi portanto dum grande acerto e a campanha encetada pelo Sr. Prof. Puech, com o seu trabalho e com a publicação do livro cuja aparição noticiamos, tem o valor dum apostolado. Congratulamo-nos com ambos os factos e felicitamos quem deles tem tão confortante responsabilidade.

---

MENESES.

Contribuição para o tratamento dos quistos simples dos ossos. (*Contribución al tratamiento de los quistes simples de los huesos*), pelo Prof. LUIS TAMINI, JOSÉ ALBERTO PIQUE e LUIS TRUJILLO (Buenos-Aires). — *Revista de Ortopedia y Traumatologia*. Ano VII. N.º 3. Págs. 266-278). Janeiro de 1938.

Após terem feito as suas considerações terapêuticas, afirmam que a cura por fractura patológica dos quistos simples dos ossos é um acontecimento raro, mas que se pode observar (uma vez em cada seis casos). A fractura patológica por quisto impõe a imobilização ortopédica como tempo prévio. Quando o quisto assenta num osso comprido, o procedimento cirúrgico é a osteotomia, esvaziamento cavitário e preenchimento com enxertos ósseos maços, que devem ser introduzidos no polo quístico medular.

Os AA. aconselham a ressecção subperióstica quando o quisto se localiza num osso cuja extirpação não provoque alteração funcional. O enchimento ósseo, depois da colocação dos enxertos, sobrevem num prazo que oscila entre dois e oito meses.

---

MENESES.

Sobre as tendovaginites tuberculosas. (*Sulle tendovaginiti tubercolari*), por F. PERRICONE (Bolonha). — *La Chirurgia degli Organi di Movimento*. Vol. XXIII. Fasc. III. Págs. 245-262. Janeiro de 1938.

Trabalho muito completo, acompanhado de larga documentação iconográfica a prêto e a côres.

A tendovaginite tuberculosa é uma doença relativamente pouco freqüente. Entre as localizações tuberculosas é a forma mais benigna: uma intervenção precoce permite, extirpando o tecido tuberculoso, curar o doente. As recidivas são muito raras, se houver o cuidado de ser minucioso na sinovectomia. É muito importante o tratamento post-operatório.

MENESES.

A fistulização dos abscessos mediastínicos no tratamento das paraplegias potticas. (*La fistolizzazione degli ascessi mediastinici nelle cura delle paraplegie pottiche*), por S. MONDOLFO (Valdoltra-Itália). — *La Chirurgia degli Organi di Movimento*. Vol. XXIII. Fasc. III. Págs. 274-286. Janeiro de 1938.

Nas paraplegias potticas em que nem a imobilização nem a punção evacuada deram resultado, antes que se recorra a processos cirúrgicos mais graves e tanto mais de reccar quanto são feitas em doentes enfraquecidos, julga o A. mais lógico tentar a fistulização do abscesso. É inclusivamente oportuno tentá-la nos casos em que o abscesso está parcialmente calcificado, pois sabemos que a fistulização leva a uma gludificação da parte do abscesso ainda não completamente organizada.

Julga também o A. que as freqüentes complicações observadas nas fistulizações dos abscessos mediastínicos sejam devidas ao facto desta fistulização ser espontânea, e portanto de comportamento bem diferente da fistulização cirúrgica. Todavia, sem negar os riscos duma fistulização cirúrgica, crê o A. que elles não sejam tão de temer que possam contrabalançar a persistência duma paraplegia.

---

MENESES.

Sobre a origem e sobre a profilaxia do pé chato na infância. (*Ueber Entstehung und Verhütung des Plattfusses im Kindesalters*), por G. PUSCH — *Zeitschrift f. Orthop. Chirurgie*. Vol. LXVI. N.º 3. Págs. 241-257. 1937.

Das causas do pé chato, o A. trata detalhadamente das duas mais importantes: o início demasiado precoce da posição de pé e da deambulação do lactante, da qual deriva a perda de elasticidade e o alongamento da aponevrose plantar; em segundo lugar o calçado inadapável que a criança usa depois dos primeiros meses, e que impede o desenvolvimento dos pequenos músculos do pé, como o abdutor do dedo grande, os interósseos, o longo flexor do dedo grande, etc., e que facilmente provoca a abdução da parte anterior do pé e a formação do *hallux valgus*.

É necessária uma extensa propaganda entre os pais contra o hábito de querer fazer caminhar as crianças com os pés descalços em vez de lhes porem umas sandálias adequadas. Para os adultos, o A. propõe sandálias com cobertura no dorso do pé, no caso de mau tempo.

---

MENESES.

Contribuição para o tratamento da coxa vara por meio da separação, com o escopro, do grande trocânter. (*Ein Beitrag zur Behandlung der Coxa Vara durch Abmeisselung der Trochanter major*), por W. RICHTER. — *Zentralblatt f. Chirurgie*. Vol. LXIV. N.º 23. Págs. 1.347-1.352. 1937

O A. tratou sete casos de coxa vara (um dos quais bilateral) com o método de Brandes, isto é, com a separação, mediante uma osteotomia, do

grande trocânter, com ou sem desinserção dos músculos da fossa trocantérica. Os resultados foram bons em todos os casos. É suficiente um período de imobilização post-operatória de três semanas. A operação deverá ser feita o mais rapidamente possível.

MENESES.

Operação do esporão doloroso do calcâneo. (*Operation bei Schmerzhaften Kalkaneussporn [70 Fälle]*), por H. SPITZY (Viena). — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 21. Págs. 807-808. 1937 (separata).

O A. operou setenta casos de esporão doloroso do calcâneo, na maioria dos quais obteve a desapareição completa das dores. Houve apenas dois insucessos, em cinqüenta e três doentes. Como causa de dor, o A. considera não o contacto com o chão, mas a tracção sobre os músculos e as aponevroses.

MENESES.

Uma reacção da albumina nas fezes e a sua significação. (*Eine Eiweiss-Reaktion in Faeces und ihre Bedeutung*), por A. VAN MEETEREN. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 10. 1938.

Há já alguns anos que Triboulet descreveu uma reacção que se tornou conhecida pelo nome de reacção da tuberculose intestinal e que, segundo opinião dêste autor, se baseia na demonstração de albuminas nas fezes, originada em ulcerações intestinais, especialmente do intestino grosso.

O A. estuda pormenorizadamente esta reacção, feita com um soluto de sublimado, apresenta um quadro com os resultados desta reacção e da pesquisa de sangue nas fezes de doentes com afecções várias, descreve as experiências que levou a cabo e chega, por fim, à conclusão de que a reacção que o ocupa não é provocada pela albumina das fezes, mas sim pelas globulinas do sôro. Demonstra o valor desta reacção para o diagnóstico da localização de hemorragias no *tractus* digestivo, visto que, nas fezes com reacção positiva do sangue, uma reacção negativa da albumina indica uma hemorragia na parte superior do tubo digestivo (desde a arcada dentária até ao fim do duodeno), ao passo que uma reacção positiva permite admitir uma hemorragia mais para o lado distal, sem excluir uma simultânea hemorragia na parte superior para além do fim do duodeno.

Em casos duvidosos, aliás muito raros, será melhor repetir a prova mais tarde, pois poderá haver na primeira um resultado falso fracamente positivo, ou num caso de dispepsia em que a rápida passagem pelo tubo digestivo ou a insuficiência dos sucos digestivos permitissem a chegada das globulinas do sôro inalteradas provenientes do estômago e duodeno às fezes, ou em casos de hemorragia tão profusa na parte superior do *tractus* que nem tôdas as globulinas fôsem digeridas imediatamente.

OLIVEIRA MACHADO.

# LABORATORIOS CLIN

## COLLOIDES

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

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

## SULFO-TREPARSEANAN

ARSENOBENZENE INJECTAVEL

Pela via hipodérmica

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

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

## NEO-TREPARSEANAN

Syphilis — Plan — Impaludismo — Trypanosomíases.

## ENESOL

Salicylarsinato de Hg (As e Hg) dissimulados

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

Injecções intramusculares e intravenosas.

## ADRÉNALINE CLIN

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

## CINNOZYL

(Cinnamato de benzylo-Cholesterina e Camphora)

Immunisação artificial do organismo tuberculoso.

Empólas de 5 c. c.

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

Dosagem rigorosa - Pureza absoluta

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

## SALICERAL

(Mono-salicyl-glicerina)

Linimento antirreumatismal

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

Anti-gottosas

1/2 a 3 colheres das de chá por dia.

## SOLUROL

(Acido thymínico)

Eliminador physiologico do acido urico.

Comprimidos doseados a 0 gr. 25.

## SYNCAINE

Ether paraaminobenzoico do diethylaminoethanol.

Syncaine pura em sal. — Soluções adranestheticsas.

Tubos esterilizados para todas as anesthesias.

Collyrios.

## ISOBROMYL

(Monobromisovalerylurada)

Hypnotico e sedativo

Comprimidos doseados a 0 gr. 30 :

1 a 3 antes de deitar-se.

## VALIMYL

(Diethylisovaleramide)

Antiespasmodico

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

## TANACETYL

(Acetylitanin)

Antidiarrheico

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

3 vezes por dia.

## INJECCÃO CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINADA

Empólas de 1 c. c. (N<sup>o</sup> 586 e 796).

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

## CACODYLATO DE SODA CLIN

Globulos de 1 egr. — Góttas de 1 egr. por 5 góttas.

Tubos esterilizados em todas as dosagens usuacs.

## METHARSINATO CLIN

(Syn. : ARRHENAL)

Globulos de 25 milligr. — Góttas de 1 egr. por 5 góttas.

Tubos esterilizados de 5 egr. por c. c.

## VINHO E XAROPE NOURRY

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

Lymphatismo, Anemia, Molestias de Peito.

## ÉLIXIR DERET

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

De um a duas colheres de sopa por dia.

## XAROPE de AUBERGIER

de Lactucario

2 a 4 colheres das de sopa por dia. 1631

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

# SPASMOSÉDINE

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

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

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

MEDICAÇÃO NUCLEO-ARSENIO-PHOSPHATADA  
GRANULADO, INJECTAVEL

# NUCLÉARSITOL "ROBIN"

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

OS LABORATORIOS ROBIN  
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelq. D. N. S. P.

N.º 825-827  
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :  
GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> - Rua da Palma, 240-246 — LISBOA

**Acérca das relações da glândula tiroidea com a anemia perniciosa.**  
(*Ueber die Beziehungen der Schilddrüse zur Perniziösen Anämie*), por G.  
MANSFELD e JOSEF SÓS. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 11. 1938.

Na primeira parte do seu trabalho os AA. — citando as pesquisas que levaram a admitir a acção intermediária da glândula tiroidea sôbre o aumento do metabolismo da albumina provocado pela falta de oxigénio, o que os levou a pensar que também a glândula tiroidea desempenharia um papel no aumento da formação de sangue provocado pela mesma falta, — afirmam terem as pesquisas de um dêes (Mansfeld), efectuadas em 1913 e depois continuadas por diversos autores, mostrado que :

a) O conhecido efeito do clima de altitude sôbre a neoformação de sangue só se produz nos animais normais e não naqueles a que se tirou a glândula tiroidea.

b) A actividade desta glândula é necessária para a regeneração de anemias tóxicas (fenilhidrazina).

Estes resultados motivaram novas pesquisas dos AA. sôbre um possível papel da glândula tiroidea na patogenia da anemia perniciosa ou no efeito de substâncias antiperniciosas, por se terem encontrado várias relações entre a actividade diminuída da dita glândula e a anemia perniciosa (alguns casos relatados por J. Boros de hipotireose em anemias perniciosas; existência de atrofia da glândula tiroidea em casos de morte por anemia perniciosa; casos de anemia perniciosa refractários ao fígado e que reagiram bem a uma combinação de preparados de fígado e de glândula tiroidea).

Na segunda parte, dedicada ao problema de ser ou não necessária a actividade da glândula em questão para a formação da substância activa antiperniciosa do fígado, chegam os AA. à conclusão de que não é precisa tal actividade e, para o provarem, servem-se do excelente processo de Gottlebe, elaborado recentemente, que torna possível examinar quantitativamente o efeito de preparados antiperniciosos de fígado sôbre animais que, por meio de injeções de saponina e colargol, reconstituem o quadro da anemia perniciosa. Chegam assim a concluir que o fígado de animais sem glândula tiroidea contém a mesma quantidade de substâncias activas antianémicas que o fígado de animais normais, isto é, que tais substâncias activas se formam no organismo também sem participação da glândula tiroidea.

Na terceira parte, estudam os AA. se a actividade desta glândula é necessária para que o princípio antipernicioso se possa tornar activo e, para isso, administraram preparados hepáticos demonstrados activos em coelhos «anemizados», aos quais previamente se tirara a glândula tiroidea.

Estas pesquisas chegaram a resultados muito importantes, pois verificou-se que o mesmo preparado, que era plenamente activo nos animais normais, falhava completamente nos coelhos anémicos sem glândula tiroidea.

Pelo contrário, extractos activos de estômago (Perstomin Richter) mostraram-se perfeitamente activos mesmo nos animais a que se extirpara a glândula tiroidea e, dêste flagrante contraste, resulta poder concluir-se que as substâncias antiperniciosas do estômago e do fígado não são idênticas, pois

ao passo que a primeira actua isoladamente, o princípio activo do fígado recebe da glândula tiroídea para a sua activação!

Finalmente, na última parte do seu trabalho os AA. descrevem as pesquisas feitas para isolarem da glândula tiroídea a nova hormona capaz de activar o princípio hepático antipernicioso.

Tal hormona, a que pode chamar-se «hormona mielotropa da glândula tiroídea», é insolúvel nos ácidos como a tiroxina e pode separar-se desta pelo tratamento com bário e ácido fraco.

A solução aquosa assim obtida torna coelhos «anemizados» pelo processo de Gottlebe e sem glândula tiroídea, de novo capazes de reagirem — com neoformação de eritrócitos — a preparados de fígado, exactamente como os animais normais.

OLIVEIRA MACHADO.

**Alterações do sangue na difteria tóxica e sua relação com a insuficiência das cápsulas supra-renais.** (*Blutveränderungen bei der Toxischen Diphtherie und ihre Beziehung zum Nebennieren-Ausfall*), por A. NITSCHKE e B. KRATSCHELL. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 11. 1938.

Os AA., com o intuito de descobrirem particularidades nas perturbações do sangue circulante que lhes fornecessem indicações terapêuticas tendentes a diminuir a gravidade das difterias tóxicas, tantas vezes mortais, fizeram investigações no sangue de oitenta e sete doentes de difteria tóxica e trinta e dois de difteria simples e descrevem, neste trabalho, os resultados obtidos.

Assim, nas difterias tóxicas acharam frequentemente, sobretudo nos primeiros dias de doença, valores de hemoglobina e do número de eritrócitos superiores ao normal; valores da albumina total aumentados; percentagens de fibrogénio claramente aumentadas também, como de azoto residual.

Análises minerais no sêro deram valores de cálcio e de fosfato anorgânico normais, reserva alcalina em alguns casos bastante aumentada, cloretos diminuídos vinte e quatro vezes em cinqüenta e oito difterias tóxicas, como também o sódio nove vezes em dezasseis casos.

Os valores do potássio, porém, em oitenta e sete doentes de difteria tóxica encontraram-se aumentados em cinqüenta e sete e, em trinta e dois de difteria não tóxica, apenas em nove. O aumento desta substância não permite, contudo, tirar conclusões prognósticas seguras sobre o decurso da afecção, pois observaram-se formas mortais com pequenos e passageiros aumentos.

Em seguida, os AA. expõem a opinião de que estas alterações sanguíneas encontradas em casos de difteria tóxica, sobretudo o aumento do potássio com ou sem diminuição do cloro, possam corresponder a uma insuficiência supra-renal, pois que dos sintomas essenciais desta só o comportamento da reserva alcalina faz excepção por estar diminuído. Mais concordância se verifica considerando ainda os sintomas clínicos comuns a ambas as afecções.

OLIVEIRA MACHADO.

**Hemeralopia da gravidez e vitamina A.** (*Schwangerschafts hemeralopie und A-vitamin*), por A. JUHASZ-SCHAFFER. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 12. 1938.

O A., baseando-se nas comunicações de Birnbacher (1923) começou a fazer pesquisas sobre o assunto e relata neste trabalho as observações que fez em trinta e oito casos, todos êles de gravidez, dos quais dezasseis não apresentavam quaisquer outros sinais patológicos, mas se referiam a mulheres pobres, mal alimentadas e esgotadas fisicamente; das restantes mulheres, havia quatro casos de abôrto habitual, oito de hiperemesis gravídica e seis de nefropatias. Em cada doente realizou o A., por duas vezes, a determinação quantitativa da vitamina A (carotina) com o método de Carr-Price, obtendo valores baixos, mas nunca falta completa; com a administração de óleo de fígado-de-bacalhau ou óleo de trigo logo estes valores alcançaram e até ultrapassaram o «standard» normal.

O A. procura uma explicação para êste defeito de adaptação visual nas grávidas e baseia-se em que uma grande parte da existência em vitaminas do organismo feminino é consumida para a formação do feto; quando não se administram quantidades compensadoras e cõrrespondentes a tal consumo, o organismo materno emprega as suas reservas, podendo chegar a dispendê-las completamente.

Como prova clara da maior necessidade que tem o organismo da grávida em vitaminas, cita o A. experiências que fez com pessoas normais e subalimentadas com uma adaptação visual subnormal e mulheres grávidas com uma curva semelhante de adaptação, em iguais circunstâncias de alimentação, de vida e de época do ano. Emquanto que, nas grávidas, 40.000 U. de vitamina A. conseguiram manter a adaptação num nível normal durante seis dias, em média, a mesma quantidade de vitamina nas mulheres não grávidas manteve idêntica adaptação durante um período três até seis vezes maior.

Por último, o A. acentua o cuidado que deve haver em tomar sempre na devida consideração como meio clínico de fácil realização a determinação da adaptação ao escuro e a necessidade que há em prover um organismo feminino, durante a gravidez, com maiores quantidades de vitamina do que em circunstâncias normais de vida.

OLIVEIRA MACHADO.

**Introdução ao estudo dos factores de cura e de prognóstico da tuberculose pulmonar.** (*Introducción al estudio de los factores de curación y de pronóstico de la tuberculosis pulmonar*), por G. SAYAGO. — *V Curso de Aperfeiçoamento de Tisiologia*. Córdoba, 1938.

O Prof. Sayago, catedrático na Universidade de Córdoba e um dos mais ilustres tisiologistas da América do Sul, vem, já há alguns anos, dirigindo cursos de aperfeiçoamento de tuberculose, feitos em lições dirigidas por auxiliares da sua clínica ou doutros que tenham especial categoria para tratar o assunto que lhes foi designado. Acabamos de receber o volume que reúne as

lições feitas o ano passado, no V Curso de Aperfeiçoamento; não constituem no seu conjunto uma tese que fôsse desenvolvida nos seus variados aspectos, pois as matérias apresentadas pertencem aos mais variados capítulos da doença tuberculosa, mas representam de-facto, para algumas delas, uma *mise-au-point* completa, emquanto para outras constituem motivo para descrever um ponto de técnica pessoal ou a análise de qualquer tema clínico interessante. Em qualquer dos casos a leitura dêste livro é verdadeiramente instrutiva e merece ser conhecida por todos aquêles que particularmente se interessam pelo estudo da tuberculose.

A lição inaugural, feita por Sayago, trata dos factores de cura e prognóstico da tuberculose pulmonar; começa por descrever sumariamente as lesões fundamentais anátomo-patológicas e qual a sua evolução e regressão, apondo as causas que decidem o caminho que vai tomar a inflamação inicial; é claro, como o acentua o A., que o estudo completo dessas causas e o conhecimento perfeito do seu mecanismo de acção, constituem a essência do problema prognóstico e terapêutico da tuberculose pulmonar. Deve admitir-se dum modo geral que os processos exsudativos são função de uma acção tóxica e que os produtivos são devidos à acção de corpo estranho exercida pelo próprio bacilo. Compreende-se, portanto, que da abundância e da virulência dêste deriva a extensão do processo e a gravidade das reacções. Ao lado dêstes elementos específicos há que contar ainda com factores não específicos, que modificam a capacidade reacional do organismo e contribuem para a complexidade dos quadros anatómicos resultantes; mas, fundamentalmente, cada caso apresentará o quadro típico do seu estado alérgico.

Em seguida passa o A. a descrever a maneira como curam as lesões tuberculosas; fala primeiramente na regressão da tuberculose exsudativa, que se realiza principalmente por reabsorpção, embora esta não seja total e deixe quasi sempre *in situ* um defeito de cura (cicatriz mínima invisível). Pelo contrário, quando a lesão é produtiva, a cura realiza-se de preferência por processos cicatriciais, nas suas variadas formas de extensão local. Aponta depois a pouca importância que merece a calcificação como processo curativo, sabido como aquela só se realiza efectivamente na lesão primária ou post-primária; de resto ao nível dos núcleos de calcificação podem dar-se exacerbações que sejam o ponto de partida de lesões de vizinhança ou a distância. Por seu lado a atelectasia é um processo que surge com uma frequência muito maior do que se pensava antes, na evolução e cura da tuberculose pulmonar e exactamente é um dos temas de investigação da escola de Sayago, o esclarecimento do mecanismo da atelectasia como factor curativo desta afecção. Do mesmo modo também não é fácil calcular com exactidão o valor positivo que pode ter o enfisema no processo da cura; que tem de facto um papel coadjuvante de importância, compreende-se pelo auxilio que presta ao processo cicatricial, permitindo-lhe uma certa extensão ou exercendo efeito colapsante quando na vizinhança de cavernas. Na cura destas também há que admitir os dois processos fundamentais de cura, de reabsorpção e cicatrização, dependendo a preponderância dum ou doutro das condições biológicas do paciente, mas também conforme a antiguidade e o volume alcançado pelas perdas de substância. Entre os factores mecânicos que influenciam a

cura das cavernas deve mencionar-se como muito importante o brônquio de drenagem, acreditando-se dum modo geral que a sua obliteração completa por esclerose estenosante peri-bronquial é, por isso, o factor mais importante.

É do conhecimento exacto do quadro evolutivo-regressivo da tuberculose pulmonar que o clínico deve tirar o máximo proveito para a escolha criteriosa da terapêutica e do mesmo passo lhe é permitido um juízo seguro de prognóstico.

J. ROCHETA.

---

**Pneumotorax extra-pleural.** (*Extrapleural pneumothorax*), por J. E. H. ROBERTS. — *The British Journal of Tuberculosis*. Vol. XXXII. N.º 2. 1938.

Já aqui fizemos referência, no mês passado, a um trabalho de Schmidt acêrca dêste tema, que começa a ganhar o interêsse atento de quantos se dedicam particularmente ao estudo da tuberculose pulmonar; trata-se dum novo método terapêutico, que merece ensaiar-se, a avaliar pela opinião dos autores, por enquanto ainda poucos, que começam a apresentar os primeiros resultados por êles obtidos.

Descreve o A. a técnica usada no seu Serviço, e que difere só pela anestesia, que êste usa, a ciclopropana, e que, embora explosiva em presença da chama, a considera sem perigo, mesmo empregando a electro-coagulação para a hemostase vascular, desde que o circuito respiratório do aparelho com o doente seja perfeitamente hermético; nos detalhes técnicos insiste particularmente na necessidade de sustar o melhor possível a hemorragia, que sempre se verifica nas manobras do descolamento da pleura. Esta foi aberta em dois dos seus casos, durante aquela operação, mas sem conseqüências desagradáveis. Uma vez terminada a operação, deve proceder-se à primeira insuflação até valores nitidamente positivos, que deve repetir-se passadas seis a sete horas, e, a seguir, doze horas depois; a introdução de ar deve continuar-se diariamente durante alguns dias, conforme a evolução do caso, que deve ser esstrictamente vigiado pela radioscopia.

Refere-se depois às complicações possíveis e àquelas acontecidas nos seus casos, trinta e três ao todo, terminando pelas indicações.

J. ROCHETA.

---

**A duração do pneumotorax artificial.** (*The termination of artificial pneumothorax*), por G. TODD. — *The British Journal of Tuberculosis*. Vol. XXXII. N.º 2. 1938.

As indicações do pneumotorax estão hoje tão rigorosamente determinadas e tão conhecidas de todos, que já quasi não merecem atenção especial; já assim não acontece com a sua duração. Quando se deve terminar um pneumotorax, é problema, por vezes, difficil de resolver, pois há que entrar sempre em linha de conta com numerosos factores, de índole e complexidade variável. O A., ao começar o seu artigo, acentua, logo na primeira linha, a incer-

reza e o escrúpulo que o dominam ao escrevê-lo. Divide o tema da duração do pneumotorax em duas partes: na primeira trata dos casos não complicados, analisando-os e dividindo-os em grupos, conforme os seus sintomas iniciais clínicos e radiológicos, para daí assentar as bases da presumível duração das insuflações. Aquela deve ser contada depois de se ter atingido um colapso adequado à zona doente, e não, como pode vulgarmente pensar-se, desde a primeira insuflação. Quando reaparecem alguns sintomas durante o tempo do tratamento ou se reabrem as cavidades, a duração do mesmo tem de ser alterada para uma nova contagem, depois de novamente ter obtido um colapso eficaz. Uma vez resolvida a suspensão do pneumotorax, entende o A. que não há conveniência em permitir antes da data marcada um certo grau de reexpansão, no intuito de se poder observar o grau de cicatrização efectuada ao nível da zona doente, para evitar que tal prática inutilize a tendência curativa; a reexpansão só deve permitir-se para além da data mínima determinada para o abandono do pneumotorax; mas antes de tal resolução deve sempre calcular-se um período de um ano, aproximadamente, durante o qual nada se encontra de irregular no estado normal de saúde, tal como fadiga, mesmo ligeira, anorexia, irregularidades menstruais, anormal temperatura ou alteração da velocidade de sedimentação. A reexpansão deve fazer-se sempre lentamente, aumentando os intervalos das insuflações e diminuindo-lhe as quantidades insufladas, e sempre sob o *contrôle* radioscópico. Se durante a reexpansão a negatividade pleural aumenta muito, arrastando demasiado o pulmão e o mediastino, é conveniente auxiliar esta situação com uma frenicectomia, para evitar aquelas complicações. O abandono total do pneumotorax deve fazer-se principalmente no verão. Pelo que respeita àqueles pneumotorax com mais de seis a oito anos e cujo pulmão já se não pode reexpandir completamente, por espessamento acentuado da pleura, entende o A. que mais vale manter para sempre tais pneumotorax do que terminá-los por uma toracoplastia, como o pretendem alguns autores.

Na segunda parte do seu trabalho, trata Todd daqueles casos de pneumotorax, durante os quais sobreveio qualquer das complicações que vamos enumerar:

a) Colapso contra-electivo. Nestas circunstâncias poucas vezes é permitido suspender o tratamento; na grande maioria dos casos trata-se de lesões apicais, geralmente cavitárias e tão largamente aderentes que se não pode pensar na secção das aderências. Dêste modo, quer se faça uma toracoplastia parcial superior ou um pneumotorax extra-pleural a esse nível, é conveniente manter o pneumotorax para evitar ou uma disseminação ou uma reagudização dum processo anterior.

b) Disseminação para o lado oposto. Também nestes casos não se deve abandonar o pneumotorax primitivo; quando as lesões secundárias são de fraca extensão, podemos muitas vezes dominá-las pela sanocrisina, e não esquecer que o pneumotorax primitivo deve continuar por mais tempo do que aquêle que se tinha determinado.

c) Derrames. Se são simples, não devem extrair-se antes duma quinzena de dias, quando a temperatura voltou a normalizar-se, e então substituir o líquido por ar, excepto quando a quantidade daquele provoca sintomas de

compressão que exige tratamento. Nos derrames purulentos, sem associação de bactérias, deve adoptar-se o mesmo procedimento, mas em geral é-se obrigado a fazê-lo mais frequentemente, e mesmo empregar as lavagens; mas estes casos exigem, na sua maioria, mais cedo ou mais tarde, uma toracoplastia.

d) Derrames com flora mixta são casos, em geral, sérios, e que exigem rapidamente uma drenagem a céu fechado, para se obter a máxima desintoxicação, até se proceder à toracoplastia.

J. ROCHETA.

Toracoplastia parcial para a tuberculose pulmonar. (*Partial thoracoplasty for pulmonary tuberculosis*), por O. H. WANGENSTEEN, H. A. CARLSON AND W. F. DOUSERS. — *The Journal of Thoracic Surgery*. Vol. VII. N.º 4. 1938.

No desejo de melhorar sempre a técnica operatória das intervenções a fazer na tuberculose pulmonar, continuam a aparecer novas sugestões ou aperfeiçoamentos de processos já empregados; mas é de-facto difícil apresentar métodos cirúrgicos pessoais, numa data em que já se devem ter esgotado todos os recursos de análise e de crítica à toracoplastia.

Os AA. apresentam um novo esquema operatório, para a tuberculose pulmonar, preferindo, como primeiro tempo, uma intervenção anterior, com ressecção das cartilagens da 1.ª, 2.ª e 3.ª costelas e de 2 cm. da porção óssea correspondente, porque assim, em seu entender, se facilita a ressecção total das mesmas, numa segunda intervenção posterior, ao mesmo tempo que, principiada pela frente, provoca por isso a fixação do mediastino, elemento importante para evitar complicações, por vezes muito desagradáveis, quando aquêle é móvel.

São justas estas razões, e só há que estranhar que os AA. não se refiram aos trabalhos de Graf e Schmidt, que há mais tempo defendem, na Alemanha, a mesma tese.

J. ROCHETA.

Empiema tuberculoso. (*Tuberculous empyema*), por W. WOODRUFF. — *The Journal of Thoracic Surgery*. Vol. VII. N.º 4. 1938.

A-propósito de cento e cinqüenta e quatro casos de empiemas tuberculosos, faz o A. algumas judiciosas considerações, mas no seu artigo a parte mais importante é a que se refere ao tratamento tentado por vários processos. Divide os seus casos em dois grupos principais: os empiemas simples e os secundariamente infectados; há que mencionar, como merecendo particular atenção, doze casos de empiemas com fístulas pleuro-brônquicas que nunca apresentaram uma infecção mixta, mecanismo difícil de interpretar. A percentagem dos casos fatais é dupla no segundo grupo em relação ao primeiro, resultado êste concordante com tôdas as estatísticas que tratam esta questão.

A terapêutica usada variou conforme os casos : nos precocemente tratados do primeiro grupo a extracção do líquido, sem outro procedimento, deu uma percentagem razoável de bons resultados; pelo contrário, êste procedimento não deve empregar-se no segundo grupo. Do mesmo modo com a aplicação do óleo-tórax, drenagem ou toracotomia, indicadas no segundo grupo e contra-indicadas no primeiro.

A toracoplastia, por seu turno, é o método que melhores resultados pode dar nos dois grupos; mas em qualquer dêles o resultado final será tanto melhor quanto melhores condições gerais apresentar o doente e quanto menos espessa fôr a pleura.

J. ROCHETA.



CENTRO CIÊNCIA VIVA  
UNIVERSIDADE COIMBRA

# NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

## Faculdade de Medicina de Coimbra

O programa do I Curso de Férias da Faculdade de Medicina de Coimbra foi o seguinte :

Dia 3o de Maio. — Às 9,30 : conferência pelo Prof. Morais Sarmento, sôbre «Novos aspectos da patologia da nutrição», na sala dos Actos Grandes dos Hospitais da Universidade. Às 16 : conferência pelo Prof. Marques dos Santos acêrca de «O laboratório no diagnóstico do cancro», na sala de Anatomia Patológica. Às 21 : conferência pelo Prof. Geraldino de Brites, sôbre «O que o clínico pode e deve esperar da histologia». Às 22 : conferência pelo Prof. Rocha Brito, acêrca da «Revisão do problema da insuficiência hepática», na sala dos Actos Grandes dos Hospitais da Universidade.

Dia 31. — Às 9 : sessão operatória e a lição «Urologia e cirurgia geral», pelo Prof. Angelo da Fonseca, nos Hospitais da Universidade. Às 16 : «A estatística ao serviço da clínica», pelo Prof. Meliço Silvestre. Às 21 : «Aspectos panorâmicos da Medicina Legal de hoje», pelo Prof. Almeida Ribeiro, e «Hierarquia da semiologia esplênica», pelo Prof. Egdio Aires. Estas conferências realizam-se também nos Hospitais.

Dia 1 de Junho. — Às 9 : sessão operatória. Às 21 : «Alguns aspectos da experimentação crenoterápica», pelo Prof. Feliciano Guimarães, acompanhada de projecções, na sala de Farmacologia. Às 22 : «O problema do cancro em ginecologia», pelo Prof. Álvaro de Matos.

Dia 2. — Às 9 : sessão operatória, pelo Prof. Angelo da Fonseca. Às 21 : «Modernas concepções sôbre o simpático (anatomia e fisiologia)», na sala de Anatomia.

Dia 3. — Às 9 : «Conduta a seguir em alguns estados agudos do abdômen», pelo Prof. Angelo da Fonseca. Às 16 : «A bacteriologia como auxiliar da clínica», pelo Prof. Afonso Pinto, na sala de Bacteriologia. Às 21 : «Algunhas considerações sôbre clínica e terapêutica do abortamento», pelo Prof. Novais e Sousa, na sala dos Actos Grandes dos Hospitais da Universidade.

Dia 4. — Às 10 : «A electrocardiografia ao serviço da clínica», pelo Prof. João Maria Pôrto, naquela sala, seguida de sessão de encerramento.



### Instituto Rocha Cabral

No Instituto Rocha Cabral iniciou-se o seguinte programa de conferências :

Dia 5 de Maio. — «Algumas ideas novas sôbre as supra-renais», pelo Prof. Ferreira de Mira.

Dia 12. — «Culturas de tecidos vegetais», pelo Dr. Gonçalves da Cunha.

Dia 19. — «Métodos a empregar na luta contra o sezonismo em Portugal», pelo Dr. Rola Hill.

Dia 26. — «O problema da melanogênese», pelo Dr. Xavier Morato.

Dia 2 de Junho. — «Biologia dos climas», pelo Dr. Alberto de Carvalho.

Dia 9. — «¿ Será o bacilo de Koch o único agente da tuberculose ?», pelo Dr. Carlos Vidal.

### V Congresso da Imprensa Médica Latina

O V Congresso da Imprensa Médica Latina, que deveria realizar-se em Lisboa, durante as passadas férias da Páscoa, adiou-se para o próximo outono, em virtude da continuação das hostilidades em Espanha. Realizar-se-á, portanto, em Lisboa, de quinta-feira 29 de Setembro a domingo 2 de Outubro de 1938, presidido pelo Prof. Reinaldo dos Santos e secretariado pelo Dr. Armando Narciso, secretário geral.

O programa do Congresso, cujos pormenores se fixarão oportunamente, compreenderá :

1.º — Dois problemas que interessam em especial à imprensa médica : a) a bibliografia médica ; b) os direitos dos editores dos periódicos sôbre os artigos por êles publicados.

2.º — Um problema de organização geral, que interessa a todos os médicos : os seguros sociais.

Por outro lado, e para corresponder ao desejo expresso no IV Congresso (Veneza, Setembro-Outubro, 1936), realizar-se-ão algumas conferências por mestres da medicina latina sôbre assyptos de actualidade científica.

À comissão de organização prestam a sua colaboração os Profs. Danielopolu (Bucarest), Fiessinger (Paris), Ricardo Jorge (Lisboa), Lœper (Paris), Marañon (Madrid), Pende (Roma), Thales Martins (S. Paulo), etc.

Além do programa profissional e científico, o Congresso compreenderá festas de recepção e excursões diversas em Portugal e possivelmente no norte da Espanha.

Asseguram-se reduções nas tarifas dos caminhos-de-ferro e das companhias de navegação marítima e aéreas dos diferentes países latinos.

Podem tomar parte todos os médicos das nações latinas e suas famílias. A inscrição é de :

150 francos para os membros titulares (directores, editores e representantes autorizados dos periódicos médicos) ;

75 francos para os outros (médicos não jornalistas, pessoas de família de médicos).

Para esclarecimentos dirigir-se ao Dr. Armando Narciso, Secretário Geral do Congresso, Praça dos Restauradores, 48, Lisboa; ou, para os residentes em França, Bélgica, Itália, Grécia, Roménia e Suíça, ao Dr. Pierra, Secretário Geral da Federação da Imprensa Médica Latina, 52, Avenue de Breteuil, Paris VII<sup>e</sup>.

## União Internacional contra a Tuberculose

### Bolsas de estudo no «Instituto Carlo Forlanini» de Roma

A Federação Nacional Italiana Fascista de Luta contra a Tuberculose põe à disposição da União Internacional contra a Tuberculose seis bolsas de estudo no «Instituto Carlo Forlanini» de Roma.

As condições são as seguintes :

As bolsas postas a concurso, de 2.000 liras cada, além de alojamento e alimentação, devem servir para facilitar aos médicos estrangeiros o estágio no «Instituto Carlo Forlanini» de Roma. Este estágio durará o tempo do ano universitário (de 15 de Novembro a 15 de Julho), ou sejam oito meses, interrompidos pelas férias habituais.

Os bolseiros deverão residir obrigatoriamente no Instituto.

Conceder-se-ão as bolsas de preferência a médicos novos, já familiarizados com os problemas da tuberculose e dispostos a aperfeiçoar-se neste ramo.

A natureza do trabalho a realizar no Instituto determinar-se-á de acordo com o Director do Instituto.

Reserva-se a prioridade da publicação destes trabalhos para o Boletim da União Internacional contra a Tuberculose.

A concessão destas bolsas efectuar-se-á na próxima sessão da Comissão Executiva, que deverá reunir-se em 11 de Julho de 1938.

Os nomes dos candidatos, acompanhados pelas informações sobre a idade, títulos, experiência profissional, etc., deverão enviar-se ao Secretariado da União Internacional contra a Tuberculose, 65, Boulevard Saint-Michel, Paris (6<sup>eme</sup>), até ao dia 1 de Julho de 1938.

Não se admitem candidatos que não sejam propostos à Comissão Executiva por um Governo ou uma associação filiada na União.

## Associação Portuguesa de Urologia

Na última sessão da Associação Portuguesa de Urologia, o presidente, Dr. Alberto Gomes, referiu-se à morte do Prof. Sabino Coelho, que fôra o primeiro cirurgião português a realizar a operação de nefrectomia.

Apresentaram-se, em seguida, algumas comunicações.

Os Drs. João Manuel Bastos e Eduardo Gusmão falaram sobre «Uretero-pionefrose, apêrto do meato ureteral».

O Dr. Humberto Madureira referiu um caso de rim hipoplásico, megauretero e infecção gonocócia.

O Dr. João Manuel Bastos apresentou um caso de cálculo migrador do uretero operado por nefrectomia lombar.

### Prof. Reinaldo dos Santos

O Prof. Reinaldo dos Santos foi eleito sócio correspondente da secção de medicina da Academia das Ciências.

### Auto-Clube Médico Português

Os sócios do Auto-Clube Médico Português visitaram, nos dias 7 e 8 de Maio, a cidade de Évora, onde foram recebidos pelas autoridades locais. Aproveitando o ensejo desta visita, o Prof. Reinaldo dos Santos realizou, no Teatro Garcia de Resende, uma conferência sobre a arte eborense.

— A Direcção desta agremiação trocou impressões com o Presidente da Câmara Municipal de Lisboa sobre alguns problemas que se relacionam com o automobilismo e a medicina.

### Conferências

O Dr. José Rita Martins realizou, no Sport Algés e Dáfundo, uma conferência sobre o «Alcoolismo», e o Dr. Rasgado Rodrigues falou, no mesmo local, sobre «O casamento, seus aspectos social e médico».

— O Auto-Clube Médico Português promoveu, na Associação dos Médicos Portugueses, uma série de conferências relacionadas com a natureza daquela agremiação. Assim, o Dr. Mário Moutinho falou sobre «A visão e o automobilismo»; o Dr. Formosinho Sanches sobre «O médico no trânsito das cidades», e o Dr. Diogo Furtado sobre Aspectos psiquiátricos do automobilismo».

— O Dr. Manuel Tápia, fisiólogo espanhol, realizou, no dia 27 de Maio, na Associação dos Médicos Portugueses, uma conferência intitulada «Factor atelectásico na tuberculose pulmonar». Esta conferência effectou-se por convite da Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica.

### Bólsas de estudo

Concedeu-se equiparação a bolseiro fora do País, durante trinta dias, ao Eng.º Manuel Tavares Cardoso, professor do Instituto Industrial de Lisboa, para se desempenhar de uma missão de serviço público na Alemanha, respeitante ao novo Hospital Escolar de Lisboa, e, durante dois meses, ao Dr. Silvério Gomes da Costa, professor auxiliar da Faculdade de Medicina de Lisboa.

### Medicina colonial

O Dr. Justino António dos Santos vai prestar serviço na colónia da Guiné.  
— Publicou-se um decreto que autoriza o Governo a representar-se, por intermédio das colónias de Angola, Moçambique e Índia, no Congresso Internacional de Medicina Tropical e Malariologia, que se reúne em Amsterdão e Roterdão no fim de Setembro.

### Partidos médicos

Abriam-se concursos, por espaço de trinta dias, para provimento do segundo e terceiro lugares dos partidos médicos, com sede, respectivamente, em Santa Comba da Vilariça e Freixiel (Vila Flor).

— Também se abriu concurso para o lugar de facultativo municipal de Nelas.

— Para o cargo de delegado de saúde no concelho de Mesão Frio nomeou-se o Dr. Jaime Almeida Neves.

### Missões de estudo

O Dr. Manuel Dámaso Prates, assistente de anatomia patológica da Faculdade de Medicina de Lisboa e do Instituto de Oncologia, foi a Lourenço Marques estudar o problema do cancro do fígado nos indígenas.

— Com o fim de tomar parte nos trabalhos da Conferência Internacional de Luta contra o Cancro, que se reuniu em Paris, partiram para esta cidade os Profs. Henrique Parreira e Marck Athias.

— Em visita de estudo aos estabelecimentos da sua especialidade, foi a França e Itália o Dr. Diogo Furtado, assistente de serviço clínico dos Hospitais Cívicos de Lisboa.



— O Prof. Celestino da Costa regressou da sua viagem de estudo ao estrangeiro.

— Os alunos médicos do curso de Hidrologia de Lisboa, acompanhados pelo Dr. Armando Narciso e Eng.º Freire de Andrade, professores do curso, visitaram as termas das Águas de Santa Marta, na Ericeira.

\* \* \*

### Necrologia

Faleceram: no Pôrto, o Dr. Adriano Augusto Pimenta, vice-provedor da Misericórdia daquela cidade e antigo senador, e o Dr. Manuel Correia de Barros; em Abrantes, o Dr. Guilherme Henrique de Moura Neves, antigo provedor da Misericórdia de Abrantes; em Lisboa, a Dr.ª D. Amélia Cardia, o Dr. João Eugénio Valentino de Sá e o Dr. António Balbino do Rêgo, Director do Pôsto Antropométrico do Governo Civil de Lisboa e director de serviço clínico dos Hospitais Cíveis de Lisboa; em Santa Maria de Ariofo (Maia), o Dr. Artur Mendes Leal; e em Coimbra, o Dr. António Saraiva Castanheira, interno dos Hospitais daquela cidade.





**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 DU D<sup>r</sup> PLANTIER** ANNONAY (Ardèche)  
FRANCE

ou Gimenez-Salinas & C.<sup>o</sup> — 240-Rua da Palma-246 — LISBOA



NO TRATAMENTO DA

## Patologia genito-urinária

O CALOR PROLONGADO OCUPA UM LUGAR DE DESTAQUE

Prostata hipertrofiada

1— Incrementos («Pérolas da prostata»)

2— Superabundância de tecido conjuntivo



## Antiphlogistine

supre o calor prolongado e vários outros agentes terapêuticos, no tratamento da

*EPIDIDIMITE, ORQUITE, URETRITE,  
PROSTATITE, CISTITE, LINFADENITE*

especialmente quando de origem gonorréica, onde o emprêgo do calor, combinado com o tratamento do sistema, é muito importante



*Envio gratuito de amostras e literatura, mediante pedido*



**The Denver Chemical Mfg. Co.**

163, Varick Street

Nova York, E. U. A. N.

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

Cais do Sodré, 8, 1.º

LISBOA

Sala

Est.

Tab

N.º