

Ano XV

N.º 1

Janeiro 1938



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

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

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

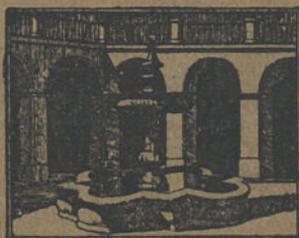
A. Almeida Dias

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. Provas que a 4 por dia produzem diurese prompta, reanimam o coração debilitado, dissipam ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA, Lesões MITRAES, CARDIOPATHIAS da INFANCIA e dos VELHOS, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

Muitos Strophantus são inertes, as tinturas são infieis; exijir 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 :

Ano, 60\$000

Colónias e estrangeiro :

Ano, 80\$000

NÚMERO AVULSO : 8\$000 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

Sala

Est.

Tab.

N.º 60

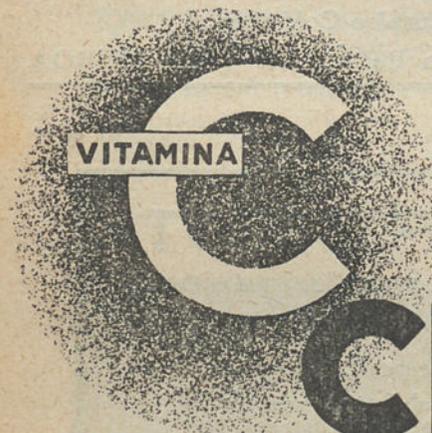


Nas nevralgias: ciática, nevralgias intercostais e do trigémio; polinevrites da gravidez, polinevrite alcoólica e diabética, mielose funicular, atonia intestinal, perturbações alimentares nas crianças

BETABION

Merck

*Comprimidos 1mg - Ampolas 2mg: 1cc
Betabion forte - Ampolas 10mg: 1cc*



Nas hemorragias internas, doenças infecciosas (gripe, pneumonia etc.), afecções gástricas e intestinais, afecções da boca e dos dentes, no período de gravidez e lactação, alimentação artificial dos lactantes

CEBION

Merck

*Comprimidos 0,05g - Ampolas 0,05g: 1cc e 0,1g: 2cc
Cebion forte - Ampolas 0,5g: 5cc*

E. MERCK · DARMSTADT

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL: QUIMICO-FARMACEUTICA, LIMITADA

LISBOA
RUA GOMEZ FREIRE, 96

PORTO
RUA DO ALMADA, 59

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

BISMUTHOIDOL

"ROBIN"

Doenças ocasionadas pelos protozoarios,
Syphilis.

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo. D. N. S. P.

N.º 4748
3 Julho 1923

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

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos preparados seus congêneres

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

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

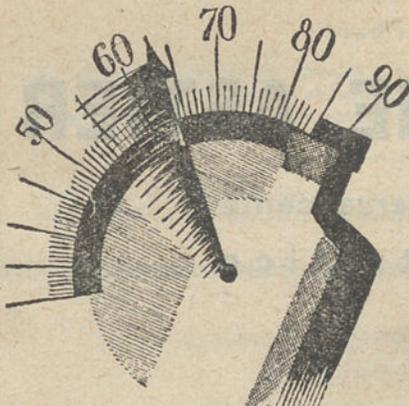
Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

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

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

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

45, Rua Santa Justa, 2.º
LISBOA



o peso aumenta! tomando

NUTRICINA

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

A' venda em todas as farmácias

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

“A. B.” a 1.^a

— insulina europeia
— no apreço dos médi-
cos de todo o mundo

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

Folhetos aos Ex.mos Clínicos

Representantes:

COLL TAYLOR, L.DA
Rua dos Douradores, 29, 1.^o

LISBOA TELE F. | 21476
G. | DELTA

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 calcio: modificador do metabolismo calcário

Bitartrato de lisidina: eliminador do ácido úrico

REALIZA A MEDICAÇÃO A PREFE-
RIR NOS REUMATISMOS CRÓNICOS

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

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





SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Neuralgias do trigémio</i> , por Almeida Lima.....	Pág. 1
<i>Sôbre a encefalite embólica na endocardite lenta e especialmente sôbre as lesões do cornu de Ammon nesta afecção</i> , por Friedrich Wohlwill ..	54
<hr/>	
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	77
<i>Notícias & Informações</i>	I

Instituto de Neurologia da Faculdade de Medicina de Lisboa
(Director : Prof. EGAS MONIZ)

NEURALGIAS DO TRIGÊMIO

(Considerações sôbre diagnóstico e tratamento)

POR

ALMEIDA LIMA

Chefe do Serviço de Neuro-Cirurgia
do Hospital Escolar de St.^a Marta

Há já alguns anos que publicámos, em colaboração com os Drs. AMANDIO PINTO e LUIZ PACHECO (1), um artigo sôbre o tratamento da neuralgia do trigémio, onde se dava conta dos primeiros casos operados com a técnica de FRAZIER.

Um melhor conhecimento do problema, dada uma experiência pessoal mais extensa, e os progressos feitos nas técnicas cirúrgicas, principalmente as propostas por DANDY, aparecidas depois da nossa publicação, tornam necessário uma actualização e ampliação do que então foi escrito.

O interêsse despertado pelas intervenções sôbre o sistema nervoso simpático criou uma vastíssima literatura sôbre o assunto, e certamente muito se tem progredido no sentido de esclarecer as funções dêsse sistema e melhor interpretar alguns fenómenos dolorosos em que participa. A grande cópia de observações e

(1) AMANDIO PINTO, LUIZ PACHECO e ALMEIDA LIMA. *Lisboa Médica*. N.º 8. Ano VI. 1929.



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

experiências, por vezes, pelo menos aparentemente, contraditórias, trouxe a alguns menos inclinados a um estudo profundo e crítico uma certa confusão na interpretação de certos casos clínicos.

Entusiasmados pelos resultados de algumas intervenções sobre o simpático, vários cirurgiões têm sido por vezes levados a tentá-las na nevralgia do trigémio.

Parecem-nos sem justificação alguma essas tentativas; hoje a terapêutica da nevralgia do trigémio verdadeira está perfeitamente regrada. Não há necessidade de recorrer a outras intervenções que não sejam as que incidam sobre as estruturas do V par dos nervos cranianos.

Quando o diagnóstico foi feito correctamente e a terapêutica apropriada ao caso particular a tratar, *tódas* as nevralgias do trigémio se podem curar com os recursos actuais. O essencial é saber diagnosticar a verdadeira nevralgia do trigémio, o tic doloroso da face, separando esta afecção, de quadro nosológico e terapêutico bem definidos, de outras algias faciais.

Um êrro de diagnóstico traz nestes casos, quasi sempre, consequências muito desagradáveis: para o doente que, tendo-se sujeito a uma intervenção de certa gravidade, vê os seus padecimentos no mesmo estado ou agravados, acentuando se o desânimo e a ansiedade, elementos psíquicos e emocionais tão frequentes nestes indivíduos; para o cirurgião, a quem o doente, com a persistência dos ansiosos com sintomas dolorosos, atormenta com as suas queixas e recriminações. Muitos neuro-cirurgiões têm péssimas recordações destes casos, a quem os autores de língua inglesa chamam os «trigeminal ghosts» (os fantasmas do trigémio).

Procuraremos aqui mostrar os principais elementos de diagnóstico da verdadeira nevralgia do trigémio, da afecção que é susceptível de ser permanentemente curada pela interrupção das vias sensitivas que tomam o caminho do V par craniano. Tere-mos em vista sempre casos por nós observados; e de quasi tudo que vamos dizer podemos citar exemplos colhidos na nossa experiência clínica.

Como temos, porém, observado que um grande número de clínicos gerais está mal informado sobre a patologia e possibilidades terapêuticas da nevralgia do trigémio, diremos também tudo aquilo que, sendo para os conhecedores do assunto, meras repetições, pode, para muitos, ter interesse. Julgamos justificada esta

orientação, também porque a grande maioria dos tratados de medicina e cirurgia gerais são extremamente insuficientes ao tratar desta afecção.

Somos de opinião que as alcoolizações dos ramos terminais do trigêmio e a pequena cirurgia do trigêmio estão ao alcance de qualquer médico prático, por limitados que sejam os seus recursos. Por isso entramos nalguns pormenores técnicos reduzidos ao essencial na prática clínica, que não será fácil encontrar reunidos.

NEURALGIA VERDADEIRA DO TRIGÊMIO OU «TIC DOLOROSO DO TRIGÊMIO»

As neuralgias do trigêmio, com as algias talâmicas e as causalgias, constituem um grupo de síndromas dolorosos, onde se encontram as mais terríveis algias.

A neuralgia do trigêmio é também conhecida por outras designações: prosalgia, neuralgia facial, doença de FOTHERGILL, «tic doloroso da face» ou «tic doloroso do trigêmio». Não é indiferente, neste caso, uma má designação, pois pode levar a implicações patogénicas erradas. Como veremos, é essencial distinguirmos entre vários tipos de dores faciais, que seguem exacta ou aproximadamente, a distribuição anatómica do V par craniano. Entre estas sobressai, pela sua frequência, nitidez do quadro clínico e indicações terapêuticas, uma forma que deve formar uma entidade nosológica distinta: a neuralgia verdadeira do trigêmio ou seguindo os autores de língua inglesa «tic doloroso do trigêmio».

Patogenia.—Da sua patogenia, forçoso é confessar, não temos actualmente nenhuma ideia segura, o que não impede que seja bem conhecido o quadro clínico.

Últimamente a dor tem sido «assunto do dia» em reuniões e publicações neurológicas, com o principal resultado, já importante, de tornar evidentes as grandes lacunas dos nossos conhecimentos nesse campo.

A disciplina anátomo-clínica tem-se mostrado insuficiente para esclarecer muitas das dúvidas que existem na interpretação dos fenómenos dolorosos. Quando se entra na apreciação da essência da sensação dolorosa, o campo da discussão desloca-se para as

fronteiras entre a patologia e a psicologia, onde não nos cabe aqui acompanhá-la.

As constatações histológicas em casos de nevralgia verdadeira, «tic doloroso da face», são inconclusivas.

As alterações encontradas por alguns investigadores, tanto no gânglio de GASSER, como nos núcleos do V par, não têm sido confirmadas pela maioria.

A cessação das dores por interrupção dos ramos periféricos do trigémio (secções, alcoolizações) não prova de forma alguma a sede periférica das lesões.

Atendendo aos conhecimentos que temos de outras formas dolorosas, antes parece muito mais provável a origem central do «tic doloroso do trigémio».

FRAZIER relatou últimamente um caso de síndrome doloroso talâmico, atingindo a face de um lado e o corpo do lado correspondente, no qual uma alcoolização do trigémio fez cessar as dores da face, e uma cordotomia as algias do tronco e dos membros.

Esta observação de FRAZIER é um exemplo claro de uma dor de origem central, que cessa quando são interrompidas as vias eferentes periféricas.

A «descarga» dolorosa central é alimentada pelos estímulos periféricos, não apercebidos como dolorosos quando os centros estão íntegros.

É muito provável dar-se na verdadeira nevralgia do trigémio um fenómeno análogo.

O aspecto em crises da nevralgia é mais compreensível numa lesão central. Comparável às manifestações por «crises» da epilepsia. Os centros acumulam energia, grosseiramente comparável à carga de um condensador, até um certo nível; atingido este, dá-se uma «descarga» brusca, sob a forma de crise dolorosa na nevralgia, de crise convulsiva na epilepsia.

Não se pode negar a existência de lesões periféricas em certas formas de nevralgia da face; mas o carácter quasi contínuo, com exacerbações ocasionais, mas sem o aspecto de crises, distingue nitidamente estes casos da verdadeira nevralgia do trigémio.

Quadro clínico. — Quem tenha visto meia dúzia de casos de nevralgias verdadeiras do trigémio dificilmente poderá confundir com outra esta afecção, tão específico é o seu quadro clínico.

LISBOA MÉDICA

DRYCO

Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

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

DRYCO é o leite IDEAL

Especialmente preparado para a

**alimentação
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

Simenez-Salinas & C.^a

Rua da Palma, 240-246

L i s b o a



LISBOA MÉDICA

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS
INFECCÕES ESTREPTOCÓCICAS

POR VIA BUCAL

SEPTAZINE

(benzil — âmino — benzêno — sulfâmina)

Produto incolor, insípido

Medicação não tóxica

Bem tolerada pelo tubo digestivo

Comprimidos a 0,50 gr. (tubos de 20)

Posologia: 4 a 10 comprimidos por dia

POR VIA PARENTÉRICA

Soluseptazine

p. (fenilpropilamino) — fenil sulfamida disulfonato de sódio

Solução aquosa, incolor, neutra.

Perfeitamente tolerada pelo organismo.

Solução a 6 % de Sal

Injecções intramusculares, intravenosas e subcutâneas

Empôlas de 5 e 10 cc. (caixas de 5)

Posologia: 10 a 20 cc. por dia

TRATAMENTOS ASSOCIADOS POR VIA BUCAL E PARENTÉRICA

Société Parisienne d'Expansion Chimique SPÉCIA

MARCAS POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔN

21, RUE JEAN GOUJON — PARIS (8.º)

A marcha da doença, a sintomatologia e o modo do doente se comportar, quando examinado, embora variem de caso para caso nalguns aspectos, conservam as características fundamentais em todos, constituindo um quadro mais característico e bem delimitado do que o de muitas doenças cuja anatomia patológica e patogenia conhecemos.

A doença é, fundamentalmente, caracterizada por uma dor excruciante, sobrevindo por crises paroxísticas lacinantes nas regiões enervadas pelo trigémio.

A dor por crises e a localização dentro das zonas de enervação do trigémio são constantes em todos os casos.

A dor tem, quasi sempre, um ponto de partida periférico na asa do nariz, no lábio superior ou inferior, na língua, nas gengivas ou nos dentes, e daí se estende a outras regiões, seguindo aproximadamente o trajecto dos ramos do nervo.

Freqüentemente esta área dolorosa inicial é muito localizada. Num dos nossos casos limitava-se a uma pequena superfície cutânea, de área inferior à de uma moeda de cinco centavos, junto da commissura labial.

Uma excitação ligeira dessas zonas iniciais da neuralgia, como seja o passar levemente com o dedo, roçar com um tecido, a incidência de uma corrente de ar frio, etc., é suficiente para, na maioria dos casos, desencadear uma crise dolorosa. Os autores ingleses chamam a essas zonas particularmente sensíveis «trigger zones» (zonas gatilho). A sua presença constitue um sintoma importante da verdadeira neuralgia do trigémio. Os doentes conhecem-nas muito bem e ao descrevê-las ao médico têm sempre o cuidado de lhes traçar os limites com o dedo um pouco afastado de modo a não tocarem a pele nessas zonas.

A crise dolorosa é, em muitos casos, provocada pelos movimentos da mastigação ou de sucção ou quando o doente fala ou deglute. Por vezes é apenas um destes movimentos que é especificamente algogénico.

Paradoxalmente, mas traço comum com outras dores centrais, uma pressão profunda ou fricção violenta parecem aliviar os doentes e encurtar a duração da crise, isto mesmo em doentes nos quais um toque ligeiro das zonas dolorosas é insuportável. Um dos nossos doentes esfregava, durante as crises, a face violentamente com um tecido grosso de que andava sempre munido.

A crise dolorosa é sempre acompanhada de uma contracção da face do lado doente, uma «careta» ou «tic» mais ou menos intensos. Por vezes a crise dolorosa é acompanhada de movimentos de mastigação. Num caso, já anteriormente mencionado (1), os movimentos de mastigação eram de tal violência que levaram a um intenso desgaste dos dentes, a ponto de estarem rasos com as gengivas.

O acompanhamento da crise dolorosa com estes fenómenos motores é também característico do «tic doloroso do trigémio».

O comportamento dos doentes sofrendo de uma verdadeira neuralgia do trigémio é bem diferente do dos doentes funcionais com dores na face.

Estes últimos são faladores, descrevem os seus padecimentos com muitas particularidades, *nuances* e pormenores. Quando se indaga qual o local da dor, carregam com o dedo em vários pontos da face, dizendo: «em todos estes pontos tenho dores insuportáveis», ou coisa semelhante; frequentemente acrescentam: «emquanto tenho estado a falar com o Sr. Doutor, tenho dores fortíssimas», mantendo-se a face móvel e expressiva durante as suas explicações.

Completamente diferente, podemos dizer oposto, é o modo como se comporta o nevrálgico verdadeiro. É sóbrio de palavras, evita descrições longas, pois sabe que o falar pode desencadear a crise dolorosa. Alguns mesmo vêm acompanhados de alguém que fale por eles. Descrevem as zonas dolorosas sempre de largo, sem lhe tocarem. Se porventura são acometidos pela crise dolorosa durante a conversa, param bruscamente, interrompendo a frase ou mesmo deixando uma palavra em meio. O *facies* destes doentes é quasi sempre inexpressivo, pois têm o maior cuidado em manter a imobilidade facial na esperança de retardar o aparecimento das crises.

Passada a crise, o nevrálgico verdadeiro não sente dor alguma, raras vezes leves parestesias. No fim da crise o doente tem um suspiro de alívio e sentir-se-ia bem se não fôra o temor da crise seguinte. O funcional neurótico queixa-se sempre. Também alguns tipos de neuralgias sintomáticas deixam sempre um fundo doloroso depois dos paroxismos.

(1) *Lisboa Médica*. Ano VIII. N.º 6.

A neuralgia verdadeira é constante na sua localização. O ponto onde se inicia a dor mantém-se com a mesma localização e extensão durante períodos de muitos meses, por vezes de anos, o que não quer dizer que no progresso do mal a dor não ocupe áreas mais extensas. De início a dor atinge apenas o território, ou parte deste território, de uma das divisões principais do trigêmio; aí se mantém por muito tempo, fixa em localização e tipo. Quando a dor se difunde, atinge, em regra, uma ou outra divisão, juntamente com a primeira, mas raramente se estende a tôdas as três simultaneamente. É raríssima a propagação ao lado oposto. Nunca tivemos ocasião de observar uma neuralgia bilateral, embora na literatura se encontrem bastantes exemplos. A neuralgia só se torna bilateral depois de durante bastante tempo se ter conservado só num dos lados da face.

Nas neuralgias dos funcionais e algumas sintomáticas a localização é, com freqüência, inconstante e variável, saltando de uma para outra área trigeminal. As dores bilaterais são freqüentes.

Como aspectos clínicos secundários apontaremos o da verdadeira neuralgia ser muito mais freqüente em pessoas idosas: quasi sempre depois dos 40 anos de idade, mais freqüente ainda passados os 50 anos. As neuralgias em individuos novos devem sempre pôr o médico de sobreaviso, obrigando a cuidadosa investigação, para eliminar a possibilidade de se tratar de uma neuralgia sintomática ou de outro tipo de dor facial. A verdadeira neuralgia pode, embora com pouca freqüência, encontrar-se em individuos novos. Dos doentes das nossas séries que foram operados o mais novo tinha 28 anos de idade, mas, como se verifica na tabela A, todos os outros tinham mais de 50 anos (o mais velho 81).

A neuralgia localiza-se ou inicia-se mais freqüentemente no território do nervo maxilar superior (50 % dos nossos operados, 55 % dos casos de consulta externa). Segue-se, em freqüência, o maxilar inferior (33 % nos casos operados, 25 % dos casos da consulta externa) e, por último, o oftálmico (apenas dois nos casos operados, 15 % nos doentes da consulta externa).

Na maioria dos tratados clássicos de clínica médica ou de neurologia mais manuseados entre nós (STRUMPELL, OPENHEIM, BING, PURVES STWART) indica-se uma maior freqüência no ramo oftálmico. A nossa experiência e a da maior parte dos neuro-

TABELA A — RADICOTOMIAS RETROGASSERIANAS

N.º	Idade e sexo	Lateralidade	Nervos atingidos	Intervenção	Anestesia	Resultado	Complicações post-operatórias	Observações
1	♀ 68	D	Maxilar inferior	FRAZIER	Avertina	Curada	—	Observada dois anos após a intervenção, sem dores.
2	♀ 64	D	Maxilar inferior e maxilar superior	»	»	»	—	
3	♀ 79	D	Maxilar inferior e maxilar superior	»	Local	»	—	
4	♂ 81	D	Todos os ramos	»	Avertina	Curado	Brônco-pneumonia	Caso de esclerose em placas. Reparação das neuralgias no maxilar superior.
5	♀ 54	D	Maxilar inferior	FRAZIER parcial	Local	Cura transitória	—	
6	♀ 78	D	Maxilar superior	FRAZIER	Avertina	Falecida	—	Ferida operatória drenada, por hemostase duvidosa.
7	♀ 59	D	»	»	»	Curada	—	
8	♀ ± 60	D	Todos os ramos	»	»	»	Herpes labial	Observado trinta meses após a intervenção, não havia reaparecido a dor.
9	♂ 51	D	Oftálmico	»	Local	Curado	Úlcera da córnea	
10	♂ 54	D	Maxilar superior e oftálmico	»	Avertina	»	Herpes labial	
11	♀ 28	D	Todos os ramos	»	Éter	»	—	
12	♀ 59	E	Maxilar superior	FRAZIER parcial	Avertina	Curada	Herpes labial	Um ano após a intervenção não houve qualquer manifestação nevralgica.

-cirurgias indica claramente as predileções de localização da neuralgia segundo a frequência indicada.

A nossa casuística, de acôrdo com a observação de todos os neuro-cirurgias, mostra ser a neuralgia do lado direito mais frequente (em doze casos operados onze eram neuralgias do lado direito, apenas um à esquerda; nos doentes observados em consulta externa quarenta e três à direita, sete à esquerda).

Nunca foi tentada, que saibamos, nenhuma explicação para este facto.

A doença é também mais vulgar nas mulheres do que nos homens (nove mulheres e três homens nos casos operados; trinta e oito mulheres e doze homens entre os doentes da consulta externa).

O exame neurológico objectivo no «tic doloroso do trigémio», passada a crise dolorosa, é, em regra, inteiramente negativo. Não há hiposensibilidade da face, nem à dor, nem ao tacto, nem aos estímulos térmicos. Em regra os pontos de emergência dos nervos não são dolorosos, pelo menos nos intervalos das crises. Apenas se pode notar, num certo número de doentes, uma amímia facial, motivada, como dissemos, pela imobilidade voluntária dos músculos faciais.

Diagnóstico diferencial e indicações terapêuticas gerais. — Consideraremos primeiro o grupo de algias, que quer apresentem o quadro típico do «tic doloroso do trigémio» ou dêle se afastem, têm como carácter comum serem os fenómenos dolorosos circunscritos aos territórios de enervação do trigémio. A condução da dor é feita pelas fibras do trigémio, e só por elas, fazendo a sua interrupção cessar, pelo menos temporariamente, os fenómenos dolorosos. Em seguida discutiremos brevemente outras formas de dores faciais, cuja localização raramente se limita aos territórios do trigémio e onde certamente outras formações nervosas participam no síndrome. As sensações dolorosas não são, em muitos casos, conduzidas pelo trigémio, ou não apenas pelo trigémio. O facial, o glosso-faríngeo e o simpático intervêm nalguns destes casos. Nalguns há certamente lesões do tálamo ou dos núcleos bulbares.

Do primeiro grupo faremos uma divisão, que, não sendo clássica nem perfeita, parece-nos ter inegável valor prático.

Consideraremos: 1.º — «O tic doloroso do trigémio» ou nevralgia verdadeira do trigémio. 2.º — «O tic doloroso do trigémio sintomático». 3.º — A nevralgia do trigémio sintomática.

As duas primeiras formas não se distinguem em nada pelo seu aspecto clínico; apenas o conhecimento de uma etiologia na segunda e o seu desconhecimento na primeira justificam a separação. Na terceira divisão incluem quadros dolorosos do trigémio, que, como procuraremos demonstrar, têm características clínicas diferentes das das duas primeiras divisões, e nos quais é quasi sempre ou sempre, possível descobrir uma causa determinante.

Tic doloroso do trigémio. — Corresponde ao quadro clínico já traçado. Etiologia sempre desconhecida. Aspecto clínico sempre característico. Como exemplo resumiremos duas observações de doentes do Serviço de Neuro-Cirurgia do Hospital Escolar:

Maria C. F., de 59 anos de idade. Há cêrca de catorze anos teve as primeiras dores na face (sensação de ferroadá). As dores localizavam-se perto da asa do nariz, do lado direito. Repetiam-se com pouca freqüência (duas a três vezes por semana). Por conselho do médico foram-lhe extraídos todos os dentes do maxilar superior direito, o que não lhe trouxe qualquer alívio. Passado algum tempo as crises foram-se tornando mais demoradas e freqüentes, passando a ter também dores no lábio inferior, embora sempre partindo do ponto doloroso inicial.

Foram-lhe extraídos todos os dentes, sem que tivesse sentido qualquer melhoria. Sujeitou-se a várias terapêuticas medicamentosas e por meio de agentes físicos, e há cinco anos fêz uma alcoolização infra-orbitária, sem resultado apreciável.

Actualmente as crises são insuportáveis e repetem-se com grande freqüência, estendendo-se a tôda a hemi-face direita. O toque, mesmo ligeiro, da região infra-orbitária, desencadeia uma terrível crise dolorosa. Também o falar provoca as crises, sendo bastante difícil obter a anamnese, pelo temor que a doente tem em falar.

Doente pálida, com aspecto de cansaço e sofrimento.

A observação neurológica é negativa nos intervalos das crises. Não há anestesia da fase, nem diminuição do reflexo conjuntival. Quando das crises, a doente apresenta o *facies* típico doloroso e contracturado do «tic doloroso do trigémio».

A 4-VIII-934 é operada. Radicotomia retrogasseriana de FRAZIER. A extensão da nevralgia ao ramo oftálmico obriga a um corte completo da raiz. A raiz motora não pode ser poupada. A doente tem alta em 16-VIII-934. As crises dolorosas que motivaram o internamento desapareceram por completo. Anestesia da face abrangendo todo o território sensitivo do trigémio direito. Reflexos conjuntival e córneo abolidos à direita.

A doente tem uma certa dificuldade em mastigar para o lado direito. Ferida operatória bem cicatrizada. Estado geral muito melhorado.

Beatriz J. F., de 45 anos de idade. O seu sofrimento iniciou-se há cêrca de sete anos, sob a forma de crises dolorosas, com aspecto de ferroadas muito frequentes e pouco duradoiras, localizadas a meio da face direita.

Feita a extracção total dos dentes, por conselho do seu médico assistente, as crises, longe de se atenuarem, mantiveram a sua intensidade; aumentaram, porém, de extensão, abrangendo também o maxilar inferior.

A intensidade das dores foi sucessivamente aumentando e a sua frequência foi cada vez maior. Durante as crises tem movimentos involuntários de mastigação e esfrega a face do lado doloroso com um pano, o que lhe dá uma certa sensação de alívio.

O seu mal, tornando-lhe a vida verdadeiramente insuportável, levou-a a procurar o Hospital. Em Setembro de 1933 foi-lhe feita uma alcoolização dos ramos terminais do maxilar superior ao nível do orifício infra-orbitário, sem que dela resultasse qualquer melhoria. Em seguida tentou-se uma alcoolização ao nível da saída do crânio do nervo maxilar superior. Como não tivesse havido a certeza de se ter atingido o nervo, foi apenas injectada novocaína. Apesar disso, sentiu um alívio notável durante seis meses: dores mais suportáveis e vindo com intervalos maiores. Passado êsse período, as dores reapareceram com as mesmas intensidade e características, sendo reinternada no Serviço de Neurologia do Hospital Escolar.



Fig. 1

Foi extraordinariamente difícil conseguir obter da doente a história da sua doença, porque o falar provocava, quasi sempre, o aparecimento de uma crise.

A observação no intervalo das crises não revela nenhum sintoma neurológico. Apenas se nota que a mais ligeira excitação, como seja passar com um algodão sobre a região infra-orbitária direita, desencadeia uma crise dolorosa. A doente é muito renitente em deixar fazer explorações da sensibilidade da face, com receio das crises que essas manobras possam provocar. Convencemo-nos, porém, de que não há hipoestesia no território do trigémio, nem alteração dos reflexos córneos.

Dada a localização inicial bem nítida da dor e a permanência de uma zona desencadeante das crises dolorosas, resolve-se tentar uma intervenção periférica antes da intervenção intracraniana. Em 10-VII-934 faz-se o arrancamento dos ramos terminais do maxilar superior na goteira infra-orbitária.

Em 22-VII-934 a doente tem alta, lendo-se na respectiva história a seguinte nota de saída:

«Após a operação as crises dolorosas espontâneas desapareceram por

completo, bem como as motivadas por excitações exógenas, o que é causa de grande euforia para a examinada.

«Anestesia dolorosa em todo o território cutâneo do maxilar superior.»

A fig. 1 mostra uma fotografia da doente à data da alta, tendo marcada na face a área de anestesia post-operatória. A cicatriz operatória é quasi imperceptível. Não voltámos a observar a doente, o que nos leva a crer que a cura se mantém.

Encontram-se nestas observações, além dos traços característicos das verdadeiras nevralgias do trigémio, a indicação da falência de várias terapêuticas e das extracções de dentes. Nas histórias de doentes do trigémio que vêm até à observação do especialista é vulgar encontrar uma lista interminável de tratamentos, incluindo a cauterização nasal ou auricular, a extracção de muitos, vulgarmente de todos os dentes, electricidade e luz sob várias formas.

É quasi sempre um doente deprimido por um longo sofrimento e pela descrença na cura, dada a falência de tanta terapêutica, que chega às mãos do neuro-cirurgião. O clínico geral deve aprender a conhecer bem este quadro tão típico e convencer-se que é inútil procurar um tratamento etiológico; nem a sífilis, nem a diabetes, nem as afecções dentárias, nasais, dos seios da face ou da órbita produzem o «tic doloroso do trigémio». Não se deve perder tempo em tratamentos sifilíticos chamados de prova. Não se deve proceder a extracções dentárias inútilmente mutilantes. Nunca, sem sérias razões clínicas objectivas, se devem explorar os seios peri-nasais, prática inútil e certamente perigosa na verdadeira nevralgia.

Feito o diagnóstico—e todos os exames necessários podem ser executados em dois ou três dias—o tratamento deve ser imediatamente dirigido no sentido de diminuir ou interromper a condução no trigémio.

Temos a maior descrença no tratamento médico ou fisioterápico do «tic doloroso do trigémio», quando este atinge uma certa duração e intensidade.

Não se pode negar, porém, que em alguns casos incipientes se possam obter resultados favoráveis, quanto a nós sempre transitórios.

É também preciso ter presente, na avaliação de qualquer método terapêutico, que em alguns casos a nevralgia, com a mesma

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" - 16, AV. DAUMESNIL, P.



Euphoryl infantil

"A medicação das línguas saburrosas"
(Granulado solúvel)

**Perturbações
digestivas
Dermatoses - Pruridos
Anafilaxias
Insuficiência hepática**

POSOLOGIA :
1 colher das de chá por cada ano de idade

LABORATOIRES "ANA" - 16, AV. DAUMESNIL, PARIS




hirudinase

DRAGEAS A BASE DE EXTRACTO DE SANGUESUGAS

DOSE MÉDIA : 4 A 6 DRAGEAS POR DIA

**Insuficiências
venosas
Infecções
Vasculo-sanguíneas
Flebites
Amenorreias**

Criado e
experimen-
tada nos
Hospitais
de Paris

LABORATOIRES "ANA" - 16, AVENUE DAUMESNIL - PARIS

Euphoryl DRAGEAS

**DERMATOSES
PRURIDOS
ANAFILAXIAS
INTOXICAÇÕES**

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



Para acalmar as dôres

Nevralgias, dismenorréa,
enxaquecas, odontalgias,
dôres articulares e musculares.
Insônia devida a
dôres. Nervosidade, excita-
bilidade, etc.

CIBALGINA
CIBA

Comprimidos

Ampolas



Amstras e literatura:

E. BRUNNER & COMP., L^{DA}

Rua da Madalena, 128-1.º - LISBOA

único representante dos Productos, Ciba em Portugal.

subitaneidade e falta de causa com que se manifesta, pode desaparecer por períodos de meses, às vezes de anos. Todos duvidam da possibilidade de cura espontânea definitiva.

A evolução progressiva e contínua é porém a mais freqüente.

Tic doloroso do trigémio sintomático. — Incluímos nesta divisão, como dissemos, as neuralgias do trigémio, com crises dolorosas exacta ou muito aproximadamente do tipo das crises da neuralgia clássica, mas nas quais se encontram sintomas neurológicos que permitem interpretar a neuralgia como sendo apenas um sintoma de um quadro clínico mais vasto.

O exemplo mais característico é representado pela neuralgia do trigémio que se observa em alguns casos de esclerose em placas.

A observação que em seguida resumimos é típica de um desses casos:

Maria L., de 54 anos de idade. Há mais de vinte anos apresentou os primeiros sintomas neurológicos do que é hoje uma esclerose em placas perfeitamente caracterizada. A evolução foi sempre progressiva, e actualmente apresenta: paraplegia fortemente espástica, com impotência funcional absoluta. Grande ataxia, dismetria e tremor intencional nos membros superiores. Atrofia muito avançada do nervo óptico esquerdo, já lesões muito apreciáveis, principalmente no lado temporal do olho direito. Nistagmo mais intenso quando olha à direita. Abolição dos reflexos abdominais. Voz um pouco lenta e monotónica, mas não escândida.

Há uns seis anos começou a ter crises de dores na face direita. As dores localizavam-se aos dentes do maxilar e lábio inferior, estendendo-se um pouco para o lábio superior. A dor é principalmente um pouco abaixo da comissura labial direita. As crises são extremamente violentas, apresentando tôdas as características do verdadeiro «tic doloroso do trigémio». O falar ou o mastigar provocam a crise. O roçar do dedo ou a incidência de uma corrente de ar na zona cutânea, especialmente sensível junto da comissura labial, desencadeiam também os fenómenos dolorosos.

A doente foi sujeita a vários tratamentos, de que não colheu resultados. Uma alcoolização ao nível do buraco infra-orbitário e mentoniano trouxe um alívio de alguns meses, resultado que foi ainda possível obter em duas outras alcoolizações.

Tendo-se, por fim, as alcoolizações periféricas mostrado insuficientes, foi proposta e aceita a intervenção intracraniana.

A perda da visão útil no olho esquerdo tornava extremamente grave a possibilidade de lesões córneas no olho direito, como consequência de corte da porção oftálmica do trigémio.

Foi resolvido, portanto, tentar apenas uma radicotomia parcial. A extensão do corte da raiz sensitiva foi imperfeitamente determinada e apenas se obteve uma anestesia parcial no domínio do maxilar inferior. Foi, contudo, o suficiente para fazer desaparecer as crises durante um certo tempo. Passados sete meses, as dores retomavam, porém, a intensidade inicial. Uma alcoolização do maxilar inferior à saída do buraco oval voltou a interromper as crises durante um ano. Passado este período, e a-pesar da permanência da hipoestesia na zona cutânea do maxilar inferior, as dores reapareceram aí e estendem-se agora às zonas do maxilar superior. As crises são menos intensas e mais espaçadas. Nunca teve dores no ramo oftálmico.

A nevralgia, neste caso, e assim é também noutros descritos por vários autores, tem características análogas às da verdadeira nevralgia. Tôdas as considerações terapêuticas lhe são igualmente aplicáveis.

A nevralgia do trigémio, nos casos de esclerose em placas, não se pode atribuir a simples coincidência, dada a freqüência relativamente elevada (1) com que se manifesta. A semelhança entre a nevralgia da esclerose em placas e a nevralgia verdadeira é tão grande que levou alguns autores a pensarem que tôdas as nevralgias (à semelhança de certas atrofia do óptico), representariam casos de esclerose em placas mono-sintomáticos, apenas revelados pela nevralgia. Não julgamos haver quaisquer argumentos de ordem anatômica ou clínica que justifiquem esta hipótese. Basta a consideração de ser a nevralgia uma doença principalmente freqüente dos 50 anos de idade para cima para invalidar esse modo de ver.

Até hoje não se encontrou, infelizmente, nenhum tratamento eficaz da esclerose em placas as nevralgias dêsses doentes têm de ser encaradas terapeuticamente à parte da doença principal e tratadas como uma afecção independente. Além da esclerose em placas, só o paludismo pode dar um quadro de nevralgias idêntico ao do «tic doloroso do trigémio»; pelo menos assim o afirmam alguns autores. Temos registo de três casos de doentes com nevralgias do trigémio, na história dos quais existem inci-

(1) Freqüência elevada entende-se quando se compara a freqüência da nevralgia em doentes portadores de uma esclerose com a freqüência média geral. A nevralgia não é sintoma freqüente, longe disso, em relação a outros sintomas da esclerose em placas.

dentos palúdicos incontestáveis. Em nenhum dêles o tratamento antipalúdico tentado foi eficaz.

Como porém a investigação clínica e laboratorial, assim como a tentativa terapêutica, não necessitam de muito tempo e não trazem grande incómodo ao doente, é de boa prática não as esquecer quando haja a suspeita de se tratar de um doente impaludado.

Na siringobulbia, em certos síndromas bulbares (síndrome de WALENBERG), nalguns casos raros de afecções talâmicas, em tumores intracranianos, principalmente os do gânglio de GASSER, e em certos casos de tabes com dores fulgurantes faciais, podem manifestar-se síndromas dolorosos de aspecto semelhante ao da neuralgia verdadeira. Em quasi todos êsses casos, porém, há perturbações da sensibilidade objectiva da face. E a presença de outros sintomas neurológicos permite, sem dificuldade, colocar a neuralgia dentro do quadro nosológico principal.

Estes oferecem o interesse teórico de provar a origem central de dores com as características do «tic doloroso». O corte das vias periféricas suspende, pelo menos temporariamente, os fenómenos dolorosos, como o prova o caso já citado de FRAZIER.

O tratamento dêstes casos, com excepção de alguns de tumores extirpáveis, tem, como na esclerose em placas, de se encarar independentemente da doença fundamental.

NEURALGIA DO TRIGÉMIO SINTOMÁTICA

Chamamos a estes casos «neuralgias do trigémio», e não «tic doloroso do trigémio», pois entendemos terem quadros clínicos essencialmente diferentes, que permitem distinguir estas duas formas.

Na neuralgia sintomática não há predilecção pelas idades avançadas; aparece em qualquer idade.

A dor não atinge, em regra, a intensidade da verdadeira neuralgia. Quasi sempre existe um fundo doloroso contínuo, com exacerbações mais ou menos freqüentes. Depois do paroxismo mantém-se por algum tempo a dor mais intensa, até pouco a pouco atingir o nível habitual.

Não apresentam as características «zonas desencadeadoras» («trigger zones»). Não são provocadas, em geral, pelos movimen-

tos de mastigação ou pela fala. Não são acompanhadas do «tic» característico da verdadeira nevralgia.

Habitualmente atingem mais de um ramo do trigémio, logo de início. Não se limitam perfeitamente dentro dos limites de cada um dos territórios cutâneos do trigémio.

Noutros casos, pelo contrário, mantêm-se num único ramo, sem tendência alguma a estender-se a outros, mesmo passado bastante tempo.

Os doentes não localizam com tanta precisão os limites e o trajecto da dor, como os que sofrem de «tic doloroso do trigémio».

Em quasi todos se encontra facilmente uma lesão inflamatória ou traumática na zona periférica do trigémio. Trata-se, nestes casos, de nevralgias, certamente determinadas por factores irritativos periféricos.

No grupo anterior a lesão a que se pode atribuir a génese da nevralgia é central. Os estímulos levados pelo nervo são, muito provavelmente, normais; a sensibilidade (?) excessiva dos centros é que determina uma percepção anormal, sob a forma de crise nevrálgica.

Neste grupo é, pelo contrário, provável que os estímulos conduzidos pelo nervo sejam anormais, excessivos.

Citaremos, resumidamente, alguns exemplos da nossa casuística que ilustram estas afirmações:

Raquel F., de 28 anos de idade. Dois meses após um violento traumatismo craniano, começou a sentir dores na face, do lado direito; essas dores, a princípio em «moínha» constante, tornaram-se mais intensas, quasi contínuas, mas tendo, de quando em quando, exacerbações sob a forma de picadas violentas. A dor localizava-se na região infra-orbitária direita, mantendo-se aproximadamente com a mesma localização e intensidade nos últimos seis meses.

A-pesar do tipo da dor se afastar do da verdadeira nevralgia, a fixação da dor no domínio do ramo maxilar levou-nos a tentar a alcoolização ao nível do orifício infra-orbitário. Não foi, porém, possível encontrar o orifício ósseo, o que, para quem tem alguma prática destas alcoolizações, é raro em casos normais. Uma radiografia mostrando uma fractura do rebordo inferior da órbita interessando o orifício orbitário explicou a dificuldade encontrada e a causa da nevralgia.

O arrancamento do maxilar superior no pavimento da órbita determinou a cura neste caso.

Claudemiro A., de 38 anos de idade. Há dois anos foi atingido por um tiro de espingarda caçadeira na face. Vazou-lhe o olho direito. Em seguida houve uma supuração persistente dos tecidos intra-orbitários e panoftalmia. Contam-se actualmente vinte e seis bagos de chumbo espalhados em vários pontos da face e do crânio. Um ano depois do desastre começou a sentir parestesias na hemiface direita, por vezes acompanhadas de picadas, mas predominando uma sensação contínua, incômoda, persistente, mal definida.

A observação revelou uma hipoestesia dolorosa notável no domínio de todo o trigémio direito.

Noutros casos pode haver maior dificuldade de interpretação, porque o tipo da dor se aproxima mais do da verdadeira neuralgia, e a lesão determinante é menos aparente. Como no caso que a seguir resumimos:

F. C., de 60 anos de idade. É enviada à nossa consulta para tratamento de uma neuralgia do ramo oftálmico do trigémio. A doente queixava-se de dores intensas no globo ocular direito, irradiando para a frente e para a raiz do nariz. A dor vem por crises violentíssimas, intoleráveis, mas persiste ainda incômoda nos intervalos.

A doente não referia nenhum estímulo ou região sensível particularmente algógenos. A crise manifestava-se sempre sem causa aparente.

De início considerámos esta doente como portadora de uma neuralgia verdadeira. Como se tratava de uma neuralgia do ramo oftálmico, onde as alcoolizações são de pouca eficácia, e o sofrimento da doente impunha um tratamento imediato, pensámos na intervenção intracraniana. A persistência da dor no intervalo das crises deixavam-nos, porém, algumas dúvidas. A doente foi enviada a um oftalmologista. Tratava-se de um glaucoma. A doente tinha uma visão reduzidíssima, quasi nula, dêsse olho. A intensidade da dor absorvia, porém, toda a atenção da doente, que não se tinha, antes do exame oftalmológico, apercebido da perda da visão.

O «glaucoma» pode provocar dores que simulam uma neuralgia do trigémio. O exame oftalmológico impõe-se em todos os casos de neuralgias limitadas ou iniciadas no ramo oftálmico, sempre que haja qualquer ligeira atipia do síndrome doloroso.

Temos encontrado vários casos de neuralgia do trigémio sintomática de lesões estomatológicas (dentárias, paradentárias, alveolares e da mucosa bucal).

A constatação de que a maioria das neuralgias do trigémio não têm causa determinante conhecida levou, segundo nos parece erradamente, a dar muito pouca importância às lesões dentárias na etiologia das dores na zona do trigémio.

A maior parte dos neuro-cirurgiões, que são os que últimamente mais se têm ocupado da nevralgia do trigémio, raramente se referem a este tipo de nevralgias sintomáticas. Estamos certos que bastantes doentes se têm sujeito a intervenções intracranianas para se libertarem de dores tratáveis por meios bem mais simples.

Do mesmo modo que é inútil e prejudicial tentar extracções dentárias na verdadeira nevralgia do trigémio, é menos criterioso não encarar essa hipótese nos casos de nevralgia de tipo sintomático.

O quadro clínico da nevralgia sintomática é, a maior parte das vezes, característico, mas nalguns casos as diferenças não são imediatamente aparentes.

Portanto, na prática clínica, quando se tratar de indivíduos novos, com nevralgias dos ramos maxilar superior ou inferior e principalmente se a dor tiver alguma das características indicadas nas nevralgias sintomáticas, deve sempre proceder-se a uma investigação estomatológica não só clínica, mas também radiológica.

Temos na nossa casuística nota de três casos de nevralgia facial, dois iniciados simultaneamente nos dois ramos maxilares, um outro só no maxilar inferior, nos quais o exame estomatológico revelou a existência de lesões paradentárias (quistos, abscessos, alveolites). Tratadas as lesões estomatológicas, as dores nevralgias desapareceram.

Num outro caso, uma violentíssima nevralgia causando um sofrimento atroz ao doente, — tendo apenas como característica clínica de nevralgia sintomática o início concomitante nos três ramos do nervo, — era certamente provocada por uma intensa estomatite medicamentosa. Tratada a estomatite a doente curou-se. O tratamento destes casos reduz-se, evidentemente, à terapêutica da lesão causal.

FALSA NEURALGIA DO TRIGÉMIO

Neste grupo incluímos um grupo de dores faciais em cuja patogenia está comprometido, certamente, o sistema nervoso vegetativo. O elemento psíquico, sempre importante em todos os síndromas dolorosos, é dominante nestes casos.

Se o trigémio está, ou não, lesado nestes casos, parece-nos difícil de decidir. Nem a complexidade do síndrome se presta a simples interpretações anatómicas.

Sob o ponto de vista clínico prático, o que importa é saber separar estes casos do da verdadeira neuralgia do trigémio, pois a prática cirúrgica tem mostrado que a interrupção da condução no trigémio em nada beneficia os casos de falsa neuralgia do trigémio.

A designação de *falsa neuralgia* é, certamente, criticável, e só convencionalmente caracteriza o grupo de algias a que nos queremos referir. Mas como esse grupo é heterogêneo, mal conhecido, de patogenia obscura, apenas nos podendo interessar neste momento para o separar do grupo das verdadeiras neuralgias cujas sanções terapêuticas conhecemos, a designação de *falsa neuralgia* é justificável exactamente por não implicar suposição alguma patogénica. É um «rótulo» provisório comum de afecções dolorosas certamente diferentes que só se poderão classificar e compreender melhor quando para isso tivermos mais elementos. Os autores de língua inglesa chamam a estas formas dolorosas «neuralgia facial dos psiconeuróticos funcionais», designação que realça o componente psíquico do síndrome, mas que não nos parece ter significado algum definido. Da sua patogenia ignoramos tudo. Nalguns casos por nós estudados impressionou-nos o facto de se encontrarem com frequência nestes doentes histórias de afecções supurativas crónicas dos seios peri-nasais.

O quadro clínico, embora variável de caso para caso, é sempre suficientemente característico para permitir distingui-lo das verdadeiras neuralgias do trigémio.

Já indicámos os principais elementos de diagnóstico diferencial; não os repetiremos.

As duas observações clínicas que se seguem mostram o aspecto característico desta afecção tão incómoda e de tão difícil tratamento.

Doente de 40 anos de idade. Professora. Há dois anos começou a sentir dores agudas em todos os dentes, do lado direito. Um exame estomatológico revelou um dente cariado, que foi extraído. As dores tornaram-se contínuas, mas exacerbadas pelo frio. Estenderam-se dos dentes à face do lado direito. Uma sensação de ardor insuportável, aumentando por crises, estendia-se difusamente a toda a hemiface direita. O frio continuava a ser muito incómodo

para a doente. Não bebia líquidos frios e só saía de casa com a face protegida.

Passado um ano a doente estava completamente dominada pela dor. Abandonou o trabalho. As impressões da face variavam da sensação de ardência dolorosa inicial a dores agudas e a impressões mal definidas, que a doente dizia insuportáveis, mas se confessava incapaz de descrever. Nessa altura foi-lhe feita uma punção do seio maxilar direito. O síndrome doloroso agravou-se ainda, as dores e impressões na face estendiam-se para fora da zona do trigémio, a tóda a face, pescoço e crânio do lado direito. As crises mais intensas provocavam uma grande excitação, com crises de choro, temores generalizados, por vezes, crises nervosas de aspecto histérico.

À observação a doente apresenta-se ansiosa, inquieta, prolixa na exposição dos seus males, queixando-se de sensações actuais insuportáveis, ora nos dentes, ora na face, ora na frente.

Observam-se, enquanto a doente expõe a sua história, ondas de rubor e palidez na face, tanto de um lado como de outro. Fora estes fenómenos vasomotores, o exame clínico é inteiramente negativo.

Uma vasta colecção de radiografias, que a doente possui, nada revelam também. Não há lesões dentárias, paradentárias ou maxilares. Todos os ossos da face são normais. O exame radiológico dos seios peri-nasais, mesmo com substância de contraste, nada revela.

A doente reclamava, sob a ameaça de suicídio, um alívio imediato, dizendo-se disposta a qualquer espécie de tratamento.

José F., de 48 anos de idade. Há três anos foi tratado de uma sinusite maxilar esquerda, que depois se estendeu ao seio frontal e maxilar do lado oposto. Várias punções dos seios e variados tratamentos não conseguiram curar o doente, que presentemente ainda mantém abundante supuração evacuada pelo nariz.

Há aproximadamente dois anos iniciaram-se dores na face, à esquerda, primeiro uma sensação difusa, mais de peso e calor, que propriamente dolorosa, mas, segundo afirma o doente, muito incómoda. As dores e parestesias da face aumentaram sempre, estendendo-se até à nuca. O doente descreve mal as dores, mas afirma serem sensações intoleráveis que lhe impedem qualquer trabalho. Tem as mesmas sensações na mucosa da bôca e na garganta.

À observação o doente apresenta o aspecto de sofrimento e ansiedade característico destes doentes.

Com a mão espalmada sôbre a face esquerda, diz: «Tenho aqui uma impressão intolerável, não posso viver assim». Quando se lhe pede para delimitar os contornos da zona dolorosa, é impreciso e vago, dizendo: «Dói-me em tóda a parte».

Os pontos de emergência das terminações periféricas do trigémio são dolorosos, mas também noutros pontos da face o doente sente dores à palpação.

O exame neurológico é inteiramente negativo.

O doente está dominado pela sua doença; abandonou o trabalho. Perante a nossa recusa em operá-lo, fim para que nos procurou, tem uma crise de desespêro.

LISBOA MÉDICA

ZEISS

MICROSCÓPIOS da mais recente construção,

com tubos monoculares e binoculares inclinados para investigação e prática

Uma característica especial dos novos Microscópios ZEISS são os botões de comando no pé do estativo que garantem um trabalho fácil e seguro

Novos dispositivos complementares para Microscópicos

Condensador Pancrático

De uma maneira ideal são reunidos lâmpada de microscopia, condensador estativo do microscópio; adaptáveis a todas as aberturas.

Câmara universal "MIFLEX"

Para instantâneos microfotográficos

Filtro de Polarização de Bernauer

Novos filtros a preços módicos para investigação em luz polarizada

Micro - Polycromar

Para colorir ópticamente objectos microfotográficos

Ultraphot

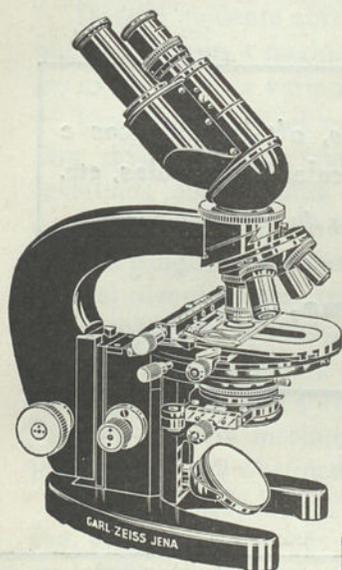
Novo aparelho universal para todos os trabalhos microscópicos e microfotográficos.

Prospectos e esclarecimentos CARL ZEISS—JENA

Representante para Portugal:



SOCIEDADE ÓPTICA-TÉCNICA, OPTEC, L. DA
R. 1.º DE DEZEMBRO, 101-2.º / LISBOA
Teleg. «Socoptec» Telef. 2 6510



Estativo L C E

Tratamento específico completo das AFECÇÕES VENOSAS

Veinosine

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

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

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

LISBOA MÉDICA

OPTICA

Caixas de ensaio, perímetros, oftalmoscópicos e oftalmómetros — «Óculus», escalas iluminadas, etc.

Execução de receitas médicas da especialidade

PREÇOS REDUZIDOS

Adolfo F. Lima, L.^{da}

72, PRAÇA DOS RESTAURADORES

LISBOA

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

SPASMOSÈDINE

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.^a
RUA DA PALMA, 240-246 LISBOA

Temos tido experiência de mais alguns casos deste tipo. Conhecemos a triste experiência das tentativas cirúrgicas em casos semelhantes, relatados por vários neuro-cirurgiões.

Dado o evidente sofrimento dos doentes e a submissão com que se sujeitam a qualquer tratamento, têm sido executadas nestes casos as mais variadas intervenções.

Um doente (1) foi operado de radicotomia retro-gasseriana, sem resultado; em seguida foi-lhe extirpado o gânglio esfenopalatino; depois, uma extensa simpatectomia peri-arterial da carótida primitiva, externa e interna; e, por fim, foi-lhe extirpado o gânglio estrelado. Tôdas estas tentativas, além de muitas outras, alcoolizações, tratamento fisioterápico, etc., mostraram-se absolutamente ineficazes.

Após cada tentativa infrutífera, o estado psíquico do doente agrava-se. O doente torna-se um verdadeiro tormento para o cirurgião, a quem incrimina das intervenções inúteis a que se sujeita e persegue obstinadamente, exigindo novos tratamentos.

A assimilação destes casos com certos síndromas simpátálgicos, com características semelhantes, onde avulta o traço comum da influência no estado emocional e psíquico, tem muito naturalmente sido feita. Até hoje, que saibamos, os vários tipos de intervenções sobre o simpático, como as que incidem sobre o V par, têm-se mostrado uniformemente ineficazes.

Com o conhecimento que temos desta forma de prosalgia e os recursos terapêuticos de que dispomos, a abstenção de qualquer intervenção cirúrgica deve ser a regra.

O problema terapêutico é delicadíssimo nestes casos. Os doentes, evidentemente, sofrem muito. E as ameaças de suicídio, embora nenhum dos doentes que vimos as tenham pôsto em prática, não nos parecem vãs.

Os agentes medicamentosos e a fisioterapia, auxiliando uma psicoterapia inteligente, podem ser úteis a estes doentes, não se devendo esquecer o médico de que as perturbações da esfera emocional e psíquica são fundamentais nestes casos.

(1) Caso de SICARD.

OUTRAS NEURALGIAS QUE, PELA SUA LOCALIZAÇÃO, SE PODEM
CONFUNDIR COM A NEURALGIA DO V PAR

Indicaremos, resumidamente, algumas formas de dores da face, que, embora interessem outras vias de condução dolorosas diferentes da do trigémio, podem ser e têm sido, dado o tipo da dor e a sua localização, confundidas com as neuralgias do trigémio.

São afecções raras, das quais temos pouca experiência.

NEURALGIAS OU TIC DOLOROSO DO GLOSSO-FARÍNGEO
(IX PAR CRANIANO)

Nunca entre nós ou em serviços estrangeiros tivemos ocasião de observar um caso de neuralgia do glosso-faríngeo.

Limitamo-nos, pois, ao resumo de descrições de outros; o que se segue pode encontrar-se, com mais pormenores, nas publicações de DANDY (1).

A neuralgia ou tic doloroso do glosso-faríngeo é caracterizada por violentos paroxismos dolorosos nas regiões que recebem a inervação sensitiva do IX par craniano.

Com excepção da localização da dor e dos estímulos sensoriais que a provocam, o acesso doloroso da neuralgia do glosso-faríngeo é precisamente idêntico aos da neuralgia do trigémio.

Esta forma dolorosa só foi reconhecida como um quadro clínico distinto em 1910.

Foi pela primeira vez descrita por WEIZENBURG. Que na autópsia de um doente com o diagnóstico de neuralgia do trigémio e operado como tal, encontrou um tumor comprimindo o IX nervo craniano.

Só depois de ter conhecimento da lesão patológica atentou WEIZENBURG nas particularidades de distribuição dolorosa que o doente tinha apresentado.

Depois deste caso foram descritos, pelo menos, mais vinte e cinco. Esta neuralgia é, sem dúvida, muito menos freqüente do que o seu prototipo, a neuralgia do trigémio, mas certamente

(1) W. DANDY. — Operative relief from pain in lesions of the mouth tongue and throat. *Arch. of Surgery*. Vol. 19. 1929. Glossopharyngeal «Tic Dououreux», Art. em Lewis, *Practice of Surgery*. 1932.

mais comum do que faz supor o pequeno número de casos relatados.

DANDY, só à sua parte, teve ocasião de observar e operar dez casos.

A dor da nevralgia do glosso-faríngeo é uma das mais terríveis que se conhecem, sendo certamente mais intensa que a dor da nevralgia do trigémio.

A dor parece ser mais violenta e as crises mais duradouras, agravadas ainda pelo facto do doente não poder evitar em absoluto os movimentos da língua e da deglutição, que despertam as crises.

A dor típica é comparada, pelos doentes, ao tocar de um ferro em braza, na região amigdalina e na porção posterior da língua.

As dores são unilaterais; nunca foi descrito nenhum caso de nevralgia bilateral do IX par.

Umaz vezes a dor mantém-se nas localizações indicadas, outras irradia para a orelha (lóbulo, pavilhão, meato). Num ou noutro caso a dor auricular é a mais violenta. Esta irradiação parece estar em relação com a distribuição do plexo timpânico do glosso-faríngeo.

O estímulo que, em regra, provoca a crise dolorosa é a deglutição. Como na nevralgia do trigémio, podem verificar-se períodos de acalmia, sem qualquer razão aparente. Durante meses ou mesmo anos a dor desaparece. Nestes períodos nenhum estímulo é capaz de provocar as crises dolorosas.

De um momento para o outro, sem premunição nem razão conhecida, as crises reinstalam-se com a mesma intensidade.

Durante o período das crises o doente evita, tanto quanto pode, comer ou beber, procurando mesmo reduzir a deglutição de saliva. Com a cabeça inclinada para a frente e para o lado, deixa escorrer a saliva pela commissura labial do lado oposto ao da dor.

Tratamento. — A nevralgia do glosso-faríngeo pode ser curada permanentemente pelo corte intracraniano dêsse nervo.

Não há nenhum outro tratamento que valha a pena mencionar. A intervenção é menos grave do que a radicotomia gasseriana. Executada por um cirurgião afeito à técnica da cirurgia intracraniana, é uma operação simples, isenta de perigos, não deixando «seqüelas» de que o doente dê conta.

NEURALGIA DO GANGLIO GENICULADO OU DE RAMSAY HUNT

RAMSAY HUNT provou que o VII par craniano (nervo facial) fornecia enervação sensorial a uma zona do pavilhão da orelha, ao canal auditivo e a uma zona limitada da membrana do tímpano.

Nalguns casos de paralisia facial encontram-se ligeiras perturbações da sensibilidade dessas zonas ou vesículas de herpes aí localizadas.

Têm sido descritos casos de crises dolorosas localizadas ao interior do pavilhão da orelha e canal auditivo, com características semelhantes às das neuralgias do trigémio e do glosso-faríngeo.

É pois provável a existência de neuralgias do facial sensitivo, ou melhor, do gânglio geniculado, homólogas das do trigémio.

Apenas tivemos ocasião de observar um caso de síndrome doloroso com esta localização. A doente queixava-se, havia um ano, de crises dolorosas «dentro do ouvido»; as crises eram intensas, mas espaçadas. O exame otológico era negativo. A doente não voltou a procurar-nos, não podendo nós afirmar se se tratava de uma neuralgia do gânglio geniculado.

Tratamento. — Apenas temos conhecimento de um caso desta afecção tratado cirurgicamente.

ALFRED TAYLOR (1) cortou o nervo intermediário de WRISBERG (contingente sensitivo do facial) por via intracraniana, obtendo uma cura brilhante de um síndrome doloroso deste tipo.

NEURALGIA DO GANGLIO ESFENO-PALATINO

Têm sido descritos casos de dores profundas da face e maxilares, mais incômodas pela sua constância do que pela sua intensidade. Estas dores, embora possam apresentar exacerbações, não têm nem o tipo, nem a violência das outras neuralgias conhecidas. Têm sido atribuídas à innervação dependente do gânglio esfeno-palatino.

Colocando um penso embebido em novocaína na mucosa nasal, ao nível da porção posterior do corneto médio, consegue-se, em geral, atingir o gânglio esfeno-palatino com o anestésico. Este mé-

(1) ALFRED TAYLOR. — Division of the seventh sensory nerve for acute otalgic neuralgia. *Jour. of Nervous and Mental Disease*. Vol. 37. 1919.

todo tem não só o valor terapêutico, mas também pode auxiliar o diagnóstico diferencial.

TRATAMENTO DO «TIC DOLOROSO DO TRIGÊMIO»

I — TRATAMENTO MÉDICO

Todos os medicamentos antinevrálgicos e antireumáticos têm sido usados. Do seu emprego temos pouca experiência. A ineficácia do tratamento medicamentoso nos casos graves tem sido verificada por todos.

Nos casos iniciais, e nalguns casos especiais em que o tratamento cirúrgico não é possível, temos usado o salicilato de sódio em altas doses (8 a 10 grs. por dia), e o acônito ou a aconitina, sob várias formas, por vezes, parece-nos, com algum proveito. Últimamente usámos dois preparados vitaminados, vitamina B² em três casos de neuralgia do trigêmio. Os resultados foram nulos.

II — TRATAMENTOS FISIOTERÁPICOS

À medida que vão sendo postos no comércio novos instrumentos capazes de fornecerem várias formas de energia eléctrica ou luminosa, os médicos e doentes a eles têm recorrido para tratamento da neuralgia do trigêmio. Os resultados têm sido nulos ou duvidosos

A diatermia de ondas curtas e a radioterapia aplicada com técnica apropriada, parece serem as formas de fisioterapia que podem ser aconselhadas em casos incipientes ou inoperáveis.

Alguns doentes sentem um certo alívio com as irradiações infra-vermelhas.

III — ALCOOLIZAÇÕES

Alcoolização do gânglio de Gasser. — Nunca tentámos a alcoolização do gânglio de GASSER, pois entendemos que é processo a pôr definitivamente de parte.

De técnica delicada, é susceptível de falhar aos mais experimentados, sendo certamente mais perigosa do que a intervenção cirúrgica. São de temer sérias complicações. É impossível ter a certeza de fazer a injeção de álcool em plena massa ganglionar, pois a maior parte das vezes a injeção espalha o álcool em volta

do gânglio, de onde facilmente se insinua nos espaços subaracnóides que acompanham as raízes e envolvem o gânglio de GASSER. A manga aracnoídea peri-ganglionar tem espaços subaracnóides bem desenvolvidos. Quando de intervenções cirúrgicas sôbre o gânglio de GASSER, ao abrir o divertículo dural que cobre o gânglio abrem-se sempre os espaços subaracnóides, dando saída a líquido céfalo-raquidiano em quantidade, o que prova a fácil comunicação com todo o sistema de espaços subaracnóides. O alcool, atingindo os espaços peri-ganglionares, facilmente se difunde, atingindo os lagos subaracnóides da base do cérebro. Na fig. 2 estão indicadas a tracejado as zonas que, segundo DANDY, podem ser atingidas pelo alcool injectado no gânglio de GASSER.

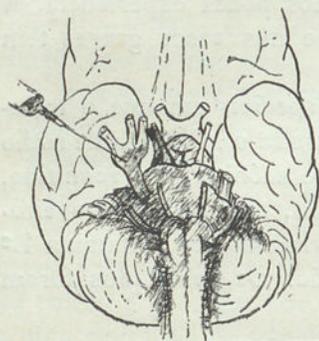


Fig. 2
(Imitada de DANDY)

Têm sido relatadas, após alcooli-zações do gânglio de GASSER, paralisias de vários nervos cranianos, principalmente do VI e III, por vezes do facial e auditivo. Num ou noutro caso têm sido registadas perturbações bulbares. As paralisias são mais ou menos duradoiras, muitas vezes definitivas.

ALCOOLIZAÇÃO DOS RAMOS PRINCIPAIS DO TRIGÊMIO

I Divisão (oftálmico). — A alcoolição do tronco principal é impossível, dado o seu trajecto e relações anatómicas (fig. 3).

II Divisão (maxilar superior à saída do buraco grande redondo). — Difícil de executar. Falha com freqüência aos mais experimentados. Não deve ser tentada sem um perfeito conhecimento da anatomia, bastante complexa, das regiões anatómicas que tem de atravessar para atingir o tronco nervoso. Por mais prática que se tenha desta forma de alcoolição é sempre conveniente ter à vista um crânio nu de modo a ter bem presente a posição do alvo a atingir.

Deve-se usar uma agulha com 7 cm. aproximadamente de comprimento. Bem mandrilada. O canhão deve ser volumoso de modo a dar boa pega.

O ponto cutâneo onde se deve introduzir a agulha fica imediatamente abaixo da arcada zigomática, 3 cm. à frente do orifício auditivo externo (ou, segundo alguns autores, um dedo travesso à frente do ramo ascendente do maxilar inferior).

Atravessada a pele com um movimento brusco da agulha, introduz-se, rasando o bordo da arcada zigomática e dirigindo-a levemente para cima e um pouco para a frente, até uma profundidade de 4,5 cm. a 5 cm. Sente-se então bater a ponta da agulha contra a apófise pterigoideia, inclinando a agulha um pouco mais para a frente (canhão para trás), sente-se penetrar num tecido pouco resistente, dando mesmo a impressão de um espaço vazio. Essa sensação é devida à penetração no tecido gorduroso muito laxo que preenche a fossa pterigoideia e envolve os órgãos nela contidos. Avançando então um pouco mais na mesma direcção, deve-se tocar o nervo junto à sua saída do crânio pelo buraco grande redondo. Se efectivamente se toca no nervo, o doente sente uma dor aguda, em relâmpago, na zona da face enervada pelo maxilar superior e nos dentes do maxilar superior, do mesmo lado.

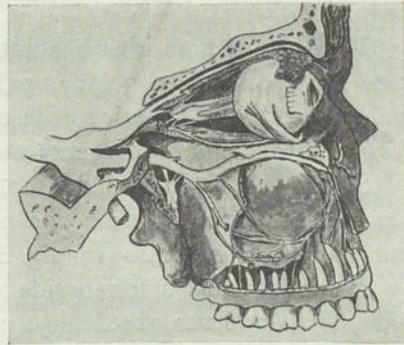


Fig. 3

Esquema da posição e distribuição anatómica dos nervos oftálmico e maxilar superior.
O diâmetro dos troncos nervosos está exagerado.

Como a dor é o único sinal que o operador tem de ter atingido o nervo, é necessário instruir o doente para que a indique imediatamente e não confunda essa dor típica aguda «em fígada», com as dores provocadas pela introdução da agulha.

Logo que o doente acusa a dor indicativa do toque do nervo, retira-se a agulha muito ligeiramente, e, voltando a avançá-la, torna-se a provocar a dor. Deve-se repetir duas ou três vezes esta manobra para ter a certeza de se estar bem sôbre o nervo. Só então se deve injectar 1 ou 2 cc. de um soluto de novocaína a 1 0/0. Esperar alguns minutos e verificar se se manifesta anestesia na zona cutânea enervada pelo maxilar superior. Só quando

a anestesia é bem acentuada se deve injectar o alcool (0,5 cc. de alcool a 90°). Se se esperou o tempo suficiente para a solução anestésica actuar, a injeção do alcool é indolor, quando muito, o doente acusa uma sensação de calor, pouco incómoda, seguindo a distribuição do nervo.

Esta alcoolização tem grandes dificuldades; a principal, quanto a nós, está em dar uma inclinação correcta à agulha para cima, isto é, saber avaliar a altura a que se encontra o buraco grande redondo.

Pode-se ter uma idea bastante aproximada seguindo a operação, como dissemos, guiados pela visão de um crânio sêco colocado em posição idêntica à da cabeça do doente, embora a conformação da região apresente notáveis variações individuais.

Segundo os tratados de anatomia, um plano horizontal que passe pelo bôrdo inferior dos ossos próprios do nariz, corta o buraco grande redondo (ver fig. 3). É uma indicação a aproveitar.

Nalguns casos a tuberosidade do maxilar é muito desenvolvida, formando um obstáculo à passagem da agulha. Tem, nesses casos, de inclinar a ponta da agulha um pouco mais para cima e para traz (canhão da agulha para a frente e para baixo). Não é raro provocarem-se hemorragias ao atravessar a fossa pterigo-maxilar, rica em vasos, em geral sem conseqüências desagráveis.

Usa-se uma técnica semelhante para a alcoolização do gânglio esfeno-palatino.

III Divisão (maxilar inferior no buraco oval).— Alcoolização mais fácil que a anterior e de aplicação mais corrente. Uma agulha de uns 6 cm. de comprimento deve ser introduzida num ponto cutâneo situado, como no processo anterior, imediatamente abaixo do bôrdo inferior da arcada zigomática, mas um pouco mais atrás. Dois centímetros à frente do orifício auditivo, aconselham alguns autores; quanto a nós, julgamos preferível introduzir a agulha na pele, no ponto correspondente ao vértice de um ângulo formado pelo ramo ascendente do maxilar inferior com o bôrdo inferior da arcada zigomática.

A agulha é então dirigida levemente para cima, mas conservando-a no plano perpendicular à arcada zigomática passando pelo ponto de introdução da agulha. Por vezes, parece ser necessário dirigir a ponta da agulha levemente para trás. É nesse sen-

ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

Solução com a concentração de 26.13%
de "3 acetylâmimo 4 oxyphenylarsinato de diethylaminoethanol"
Um centimetro cubico corresponde a 0 gr. 05 de arsenico.

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

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

SIPHILIS -- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilisação terapeutica)

PIAN — TRYPANOSOMIASAS — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

Modo de usar: em "*doses fortes*", injectar 5 cc. duas vezes por semana (apòz verificação da ausencia de intolerancia arsenical).

em "*doses fraccionadas repetidas*", injectar 3 cc. todos os dias por series de 12 a 16 injeccões.

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

LABORATORIOS CLIN COMAR & C^{ie} — PARIS

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

D. P. 158

CINNOZYL

Methodo de immunisação artificial do organismo tuberculoso

COMPOSIÇÃO: Cada empôla de CINNOZYL
contem a solução seguinte esterilizada:

Cinnamato de benzilo puro.....	0 gr. 05
Cholesterina pura.....	0 gr. 10
Camphora.....	0 gr. 125
Azeite puro lavado pelo alcool.....	5 c. c.

MODO DE USAR E DOSES. — O methodo deve ser applicado o mais cedo possivel, logo que o organismo seja ameaçado pela impregnação bacillar tuberculosa e na laciilose bacteriologicamente confirmada. *Procede por etapas e não visa os periodos ultimos da infecção.*

1º PARA AS FORMAS DE COMEÇO (estabelecimento da defeza do terreno contra a impregnação bacillar) a *dose quotidiana sufficiente e activa de Cinnozyl* é de 5 c. c. (uma empôla).

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

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

LABORATORIOS CLIN, COMAR & C^{ie} Pharmas. de 1^{re} cl. Fornec-doras dos Hospitais.
20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS

1877

LISBOA MÉDICA

“**Ceregumil**”
Fernández

Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas

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

Indicado como alimento nos casos de intolerâncias
gástricas e afecções 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.^a
240, Rua da Palma, 246
LISBOA

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA PÁGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes :

Ano, 60\$000

Colónias e estrangeiro :

Ano, 80\$000

NÚMERO AVULSO : 8\$000 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

tido que se deve variar a direcção da agulha, quando, introduzida perpendicularmente, não atinja o nervo.

O nervo deve-se encontrar quando se introduziram 4,5 cm. a 5 cm. da agulha. Reconhece-se que se atingiu o nervo pela dor típica em relâmpago, repetida tôdas as vezes que se imprime um leve movimento à agulha. A dor tem a distribuição própria do maxilar inferior; é, em regra, mais nítida na língua e no lábio inferior.

Segue-se então a injeção de novocaína e depois a de alcohol, como foi dito anteriormente.

Se bem que mais fácil do que a alcoholização do maxilar superior, é susceptível de apresentar grandes dificuldades, não se conseguindo, por vezes, atingir o nervo. É essencial a prática no cadáver, para se adquirir o hábito de introduzir a agulha em direcção correcta. Não há possibilidade de uma descrição literária ou gráfica que forneça em todos os casos indicações sôbre a inclinação necessária da agulha no plano vertical. Só o «fazer a mão», na prática do cadáver, permite diminuir o número de insuccessos nestas alcoholizações.

O principal inconveniente desta intervenção é o de não encontrar o nervo, sujeitando o doente a um tratamento bastante doloroso sem nenhum proveito.

Num dos nossos casos, após a alcoholização, que aliás trouxe a cessação da neuralgia por mais de um ano, o doente queixou-se de violentas cefaleias e diplopia.

As cefaleias mantiveram-se só durante três ou quatro dias, mas a diplopia mais de uma semana.

Estas perturbações devem ter sido provocadas pela difusão do alcohol nos espaços peri-nervosos, que daí atingiu os espaços subaracnoídeos da base do cérebro.

São um exemplo, em menor grau, dos accidentes que se podem dar nas alcoholizações do gânglio de GASSER.

ALCOOLIZAÇÃO DOS RAMOS PERIFÉRICOS DO TRIGÉMIO

I Divisão (ramos supra-orbitários e frontais no rebórdo superior da órbita). — Não costumamos fazer esta alcoholização. Os resultados são sempre muito deficientes e transitórios, pois é impossível atingir com o alcohol todos os delgados ramúsculos

do *bouquet* terminal do oftálmico, de modo a interromper eficaz e duradouramente a condução nervosa. O mais que se consegue é uma injeção peri-nervosa de alguns ramúsculos. A duração dos efeitos desta alcoolização é sempre limitada.

A técnica é muito simples. Palpa-se facilmente no rebordo orbitário a pequena depressão onde passam os principais ramos supra-orbitários, introduz-se a agulha nesse local e, com a ponta da agulha contra o osso, injecta-se 1 cc. de novocaína a 1% e, depois, 0,5 cc. de alcohol a 90°. Deve-se usar uma agulha fina. Quasi sempre se provoca um edema acentuado da pálpebra superior, que cede facilmente à aplicação de pensos frios.

II Divisão (alcoolização dos ramos terminais do maxilar superior no orifício infra-orbitário). — É a mais corrente das alcoolizações, quasi sempre fácil de executar. Em regra, palpa-se sem dificuldade o orifício infra-orbitário de onde emergem os ramos cutâneos terminais do maxilar superior e uma pequena artéria infra orbitária. A agulha deve ser introduzida na pele uns 2 cm. para baixo e um pouco para dentro do orifício infra-orbitário, de modo a permitir à agulha tomar uma posição inclinada para cima e para fora, necessária para que a agulha entre um pouco no canal infra-orbitário. Para que a injeção de alcohol tenha o seu efeito máximo é necessário injectar não no nervo, à saída do orifício, mas sim dentro do canal, de modo que o alcohol não se espalhe nos tecidos circunvizinhos, tendo uma acção mais eficaz e duradoira. Provavelmente também a acção mecânica da injeção comprimindo o nervo contra as paredes do canal ósseo contribue para a interrupção da condução nervosa.

Deve ser este o mecanismo que explica as melhorias transitórias, mas chegando, por vezes, a durar duas semanas, após a injeção de novocaína apenas (1). Atravessada a pele, dirige-se a agulha em direcção ao orifício, que usualmente não se atinge à primeira tentativa, mas só depois de ter sentido a agulha bater no osso e, após pequenas deslocações, sentir a entrada do canal

(1) Não ignoramos as observações de melhorias de síndromas dolorosos após injeções locais de novocaína (LERICHE). As algias tregiminaes parecem, porém, comportar-se de modo diferente. E as melhorias, são só notáveis no nervo infra-orbitário, onde a explicação mecânica é cabida.

infra-orbitário. Introduce-se então a agulha mais uns milímetros e faz-se a injeção de 1 cc. de novocaína a 1%. Verifica-se a zona de anestesia obtida e injecta-se o alcool (0,5 cc. a 90°).

Deve-se, enquanto se faz a injeção, conservar o dedo indicador da mão esquerda sobre o rebordo inferior da órbita, para evitar que um movimento mais extenso com a agulha a faça galgar o rebordo orbitário e possa ferir o globo ocular. Quando se introduz a agulha no orifício infra-orbitário deve-se, como dissemos, avançar ainda alguns milímetros, mas apenas alguns milímetros, pois de contrário é fácil perfurar o teto do canal infra-orbitário constituído por uma delgadíssima lâmina óssea, entrando a agulha na órbita.

Esta alcoolização não apresenta verdadeiros perigos, se se tem os cuidados indicados; apenas pequenos contratempos. Indicaremos aquêles que temos encontrado na nossa prática de algumas dezenas de alcoolizações.

— Primeiro, como em tôdas as alcoolizações, intervenções «cegas», a possibilidade de não conseguir executar a alcoolização. Sucede muito menos freqüentemente do que nas alcoolizações dos ramos principais, mas julgamos que ninguém poderá afirmar realizar uma alcoolização, mesmo a do infra-orbitário, com êxito em *todos* os casos.

Por vezes, em pessoas muito idosas, o orifício está extremamente reduzido de calibre, sendo impossível penetrá-lo com a agulha. Freqüentemente, após uma primeira alcoolização, dá-se, em volta do orifício, uma reacção tissular fibrosa, que dificulta a palpação e a introdução da agulha ao repetir-se a injeção.

A perfuração do canal orbitário e entrada da agulha na órbita deu-se num dos nossos casos. A injeção de novocaína provocou «inchaço» imediato da pálpebra inferior, e a facilidade com que o líquido corria fez com que déssemos imediatamente pelo êrro da técnica, evitando a injeção de alcool. Quando a agulha está correctamente introduzida no canal, a injeção oferece sempre uma resistência notável; quando a injeção é fácil, é sempre sinal de que ou a agulha está fora do orifício, e o líquido corre para as partes moles da face, ou que atravessou o pavimento da órbita, e o líquido corre para dentro desta.

É também possível atravessar a parede do seio maxilar. Êste acidente é, *à priori*, pouco provável; na prática não há, porém,

dúvida de que se pode dar. Sucedeu-nos em dois casos. E extraordinário o pequeno esforço que nestes casos foi necessário para atravessar a parede óssea. Provavelmente, o uso de agulhas muito aguçadas facilita este pequeno acidente sem importância.

Também com uma certa frequência se dilacera com a agulha a pequena artéria que com os ramos nervosos sai do buraco infra-orbitário, provocando hematomas, sempre sem gravidade, mas, às vezes, suficientemente importantes para serem incómodos e inestéticos.

Não nos pareceu inteiramente inútil referir estas minúcias, que uma técnica tão fácil e inócua poderiam dispensar. Mas como a alcoolização do maxilar superior no orifício infra-orbitário pode e deve ser executada por qualquer clínico geral, que muito provavelmente não encontrará, na prática, muitos casos, pode-lhe ser proveitoso conhecer as dificuldades e acidentes, embora pouco graves, que porventura se lhe depararem.

III Divisão (nervo lingual ao nível da espinha de Spix). — De indicações muito limitadas, mas de técnica fácil. A melhor técnica é, segundo ROSENTHAL, a seguinte: «Introduzir a agulha até tocar o osso sobre o bordo da linha oblíqua interna, 1 cm. acima da superfície triturante do último molar, o corpo da seringa repousando entre o canino e o primeiro pre-molar do lado oposto. Descrever com a seringa um arco de círculo, de modo a trazê-la até ao «véstíbulo» do lado a anestésiar e afastar a ponta da agulha aproximadamente 0,5 cm. do osso, empurrá-la de mais 0,5 cm. e injectar».

Ramos terminais no orifício do maxilar inferior. — A maior parte das vezes consegue-se palpar o orifício por onde, no maxilar inferior, emergem os ramos terminais do nervo. Puncionar nessa altura com uma agulha fina e fazer a alcoolização com os cuidados já várias vezes indicados.

Nunca é possível introduzir a agulha no canal por onde passa o nervo, tendo que nos limitar a injectar contra o orifício. Por isso é sempre de menor duração o efeito desta alcoolização. Nos casos em que se não palpa o orifício, as seguintes referências anatómicas podem ser úteis:

O orifício do maxilar inferior fica à altura do primeiro molar, a meia distância entre o bordo superior e o inferior do maxilar.

PEQUENA CIRURGIA DA NEURALGIA DO TRIGÊMIO

As operações de KRAUZE, KRÖNLEIN e outras que permitem atingir os nervos maxilar superior e inferior à saída do crânio, foram completamente abandonadas. Outros tipos de intervenções cirúrgicas, com o fim de fazer em várias alturas o corte extracraniano dos ramos principais do trigêmio, têm sido também postas de parte. Difíceis e mutilantes, deixaram de ter indicações logo que apareceu a intervenção intracraniana de FRAZIER. Não têm actualmente interêsse senão como exercícios de técnica operatória. As pequenas intervenções sôbre os ramos terminais têm, pelo contrário, — pelo menos, é essa a nossa opinião — indicações freqüentes, como diremos ao tratar da escolha de tratamento em casos particulares de neuralgias do trigêmio.

A sua técnica é extremamente simples, sempre inócua.

Menos sujeitas a pequenos acidentes que a simples alcoolização, não deixam, a-pesar-de necessitarem incisões na face, cicatrizes perceptíveis, se o cirurgião der um pouco de atenção à sutura.

Não se nos afigura necessário entrar em pormenores de técnica, tão simples elles são; o exame do esquema da fig. 4 é suficiente para se ver a extensão e localização mais conveniente das incisões.

Lembremos apenas que, ao fazer o arrancamento dos ramos terminais do maxilar superior, não nos devemos limitar à exeresse dos ramúsculos nervosos à saída do buraco infra-orbitário, mas ir colhêr o tronco comum no canal infra-orbitário. Para isso descola-se, à altura do buraco infra-orbitário, o perióstio do pavimento da órbita, na extensão de 1 cm., pouco mais ou menos, e, com um pequeno escopro, abre-se a delgada lâmina óssea que cobre o canal, descobrindo-se o tronco do nervo.

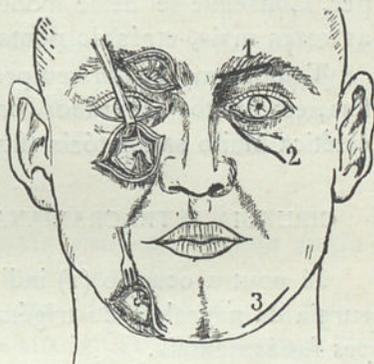


Fig. 4

- 1 — Incisão cutânea para o arrancamento dos ramos terminais do nervo oftálmico.
- 2 — Incisão cutânea para o arrancamento dos ramos terminais do nervo maxilar superior.
- 3 — Incisão cutânea para o arrancamento dos ramos terminais do nervo maxilar inferior. (Imitado de KIRSCHNER).

Do mesmo modo os ramos supra-orbitários e frontais devem ser colhidos ainda dentro da órbita.

Deve-se procurar romper o nervo sempre o mais longe possível, para retardar a regeneração. Por isso nunca se devem cortar ou arrancar bruscamente os ramos nervosos, mas colhê-los numa pinça de pontas delgadas, depois do que se imprime à pinça uma rotação muito lenta, de modo a enrolar o nervo em volta das pontas da pinça, que assim se vai distendendo antes de se romper. Consegue-se dêste modo a interrupção do nervo a 1 cm. e às vezes mais, atrás do ponto onde foi descoberto.

Temos empregado sempre como material de sutura a sêda fina, em pontos separados, com o que se conseguem cicatrizes de estética muito satisfatória (fig. 1).

CIRURGIA INTRACRANIANA DA NEURALGIA DO TRIGÉMIO

Já noutra ocasião (1) indicámos brevemente a história da cirurgia da neuralgia do trigémio; apenas indicaremos aqui as *étapes* fundamentais.

Foi KRAUSE o primeiro a propor e a executar uma intervenção intracraniana para tratamento desta afecção. A operação de KRAUSE, extirpação do gânglio de GASSER, que teve, na sua época, grande êxito e difusão, está hoje completamente abandonada.

FRAZIER, há pouco falecido, executou pela primeira vez em 1901, e publicou em 1904, os resultados da intervenção que tem hoje o seu nome — «a radicotomia retro-gasseriana de FRAZIER». Consiste no corte da raiz sensitiva do gânglio de GASSER, junto ao gânglio. Mais tarde propôs uma modificação, ou melhor uma variante a usar em determinados casos: em vez de se interromper tôdas as fibras da raiz sensitiva, cortar apenas o têtço ou dois têtços externos, conforme os casos.

DANDY, muito mais recentemente (1932), propôs um novo tipo de intervenção, permitindo por via posterior cortar a raiz sensitiva do trigémio junto da protuberância.

Entre nós a primeira intervenção intracraniana para tratamento da neuralgia do trigémio foi realizada pelo Prof. SABINO

(1) AMANDIO PINTO, LUIZ PACHECO e ALMEIDA LIMA. Art. já citado.

COELHO, que, em 1898, fez a extirpação do gânglio de GASSER numa neuralgia da face.

O ilustre cirurgião Dr. AMANDIO PINTO (1) foi o primeiro a praticar, numa série de doentes, a operação de FRAZIER, tendo numa publicação já aqui várias vezes citada, relatado os primeiros casos.

Desde que tomámos conta do Serviço de Neuro-Cirurgia do Hospital Escolar tivemos ocasião de realizar a intervenção de FRAZIER em doze doentes.

A operação de DANDY nunca foi executada no nosso país. Tivemos, porém, ocasião de intervir em dois casos, em Londres, quando ali fomos assistente do ilustre cirurgião Prof. CAIRNS.

Vimo-la também executada pelo grande mestre de Estocolmo, OLIVECRONA.

Operação de Frazier (radicotomia retro-gasseriana juxta-ganglionar por via intracraniana extra-dural).

Pequenos pormenores de técnica têm sido introduzidos à forma inicial descrita por FRAZIER, e vários cirurgiões usam algumas variações pessoais. Mas a técnica primitiva não foi alterada em nada do que tem de fundamental.

Descreveremos pormenorizadamente a técnica que usamos.

A incisão cutânea (fig. 5) segue uma linha recta que, partindo do bordo inferior da arcada zigomática, 2 a 3 cm. à frente do tragus, se dirige para cima, numa extensão de 10 cm., aproximadamente, e, com uma ligeira obliquidade, para traz. A inclinação a dar à incisão deve aproximá-la, quanto possível, da direcção das fibras do músculo temporal a essa altura. Incisada a pele, corta-se, na mesma linha, a aponevrose temporal. Em baixo a incisão vem até à apófise zigomática e em cima é mais curta 1 ou 2 cm. que a incisão cutânea.

Exposto o músculo temporal, as suas fibras são separadas, não cortadas, ainda na mesma linha das incisões superficiais e descoladas do osso, de um lado e outro da fenda aberta no músculo, e depois retraídas para os lados, com um afastor mecânico, expondo uma porção da escama temporal.

(1) O Dr. VASCO PALMEIRIM foi, julgamos, o primeiro a tentar a radicotomia retro-gasseriana, mas o seu único caso não foi publicado.

Como é conveniente estender a abertura óssea o mais abaixo possível, facilita bastante a trepanação desinsserir na porção inferior da abertura muscular um pouco de aponevrose que se prende à apófise zigomática.

Procede-se então à trepanação da escama do temporal, partindo de um pequeno orifício inicial, alargado à pinça-goiva, até

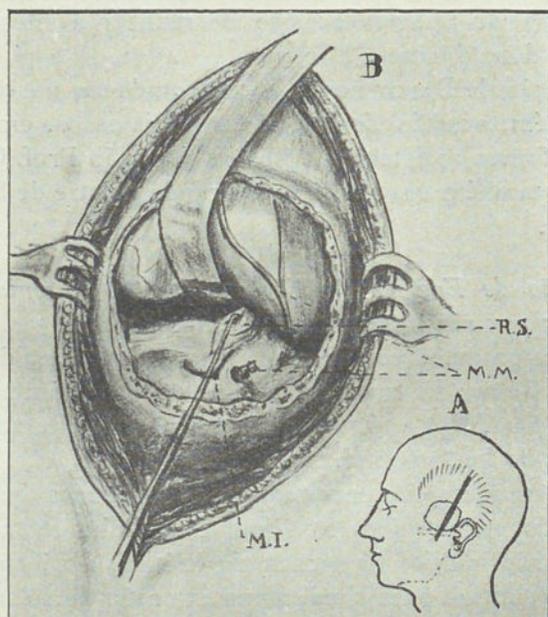


Fig. 5

Intervenção de FRAZIER. *A* — Incisão cutânea. *B* — Corte da raiz sensitiva do gânglio de GASSER. *R. S.* — Raiz sensitiva. *M. M.* — Meningea média. *M. I.* — Maxilar inferior.

se obter uma abertura aproximadamente circular de uns 6 cm. de diâmetro.

A trepanação deve estender-se para a base do crânio, tanto quanto o permite o campo operatório.

Entre o limite superior da trepanação e o limite superior da incisão cutânea deve medear um espaço de 4 a 5 cm. onde o osso não foi trepanado.

Durante a trepanação deve ter-se o cuidado de descolar a dura-máter progressivamente, à medida que se vai progredindo.

A dura, nessa região, adere com freqüência ao osso, principalmente em pessoas idosas, sendo fácil provocar uma pequena rotura quando se empregam as pinças-goivas. É sempre inconveniente a rotura dural porque, deixando escapar líquido céfalo-raquidiano, priva-se o cérebro da sua almofada protectora, tornando mais traumatizante a elevação do lobo temporal, necessária para atingir a região do gânglio de GASSER. Qualquer rotura inadvertidamente feita deve ser imediata e cuidadosamente suturada.

Posta a dura-máter a descoberto, vêm-se, quási sempre, um ou mais ramos da meninge média, que servirão de guias para encontrar a primeira baliza anatómica da intervenção: o buraco pequeno, redondo, por onde a artéria meníngea média penetra no crânio.

A dura deve ser descolada cuidadosamente da fossa temporal, com o auxílio de pequenas bolas de algodão embebidas em sôro, ao mesmo tempo que se vai levantando, com um afastador largo e maleável, seguro com a mão esquerda.

Da dura para o osso ou vice versa atravessam sempre alguns pequenos vasos, cuja rotura ocasiona hemorragias insignificantes. Vale a pena, porém, fazer a hemóstase cuidada de todos os pontos que sangrem: no osso, com cera de HORSLEY e na dura com a ponta diatérmica, pois a acumulação, no estreito campo operatório, mesmo de uma pequena quantidade de sangue, perturba a visão.

A evacuação do sangue deve fazer-se por aspiração. Como regra geral, nunca dentro do crânio se devem usar compressas de gaze. Quási sempre é fácil seguir, na linha de descolamento da dura, um ramo principal da meníngea média. À medida que se aproxima do local onde se calcula dever ser a entrada da artéria deve-se redobrar de cautela no descolamento.

Por vezes, pequenas irregularidades e espículas ósseas desenvolvidas no pavimento da fossa temporal dificultam a visão. Devem fazer-se saltar com um escopro delgado. Uma boa visão é indispensável para não lesar a artéria. O arrancamento da meníngea média dá-se, com inesperada facilidade, em indivíduos idosos, nos quais a elasticidade das artérias está diminuída.

A rotura da meníngea média, sem ser um acidente grave, é muito perturbadora e demora, por vezes, bastante a intervenção, pois a hemóstase é difícil num pequeno campo inundado.

Descoberto o ponto de entrada da meníngea média, é sempre possível descolá-la um pouco da dura, de modo a ver-se bem uns 2 ou 3 milímetros da artéria, indo do orifício pequeno redondo à dura, repuxada pelo afastador.

Colocam-se então dois clips de CUSHING na porção da artéria livre e corta-se entre êles, para mais segurança, depois de coagulação com a ponta diatérmica.

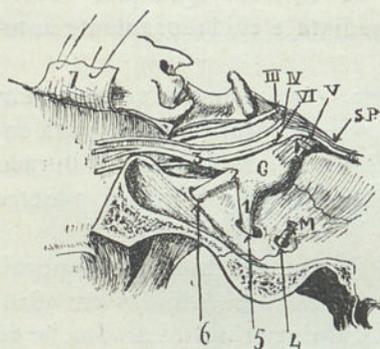


Fig. 6

Esquema mostrando as principais relações anatômicas de interesse cirúrgico do gânglio de GASSER e dos seus ramos.

G - Gânglio de GASSER. M - Meníngea. S. P. - Seio petroso.

I - Maxilar inferior. 2 - Maxilar superior. 3 - Oftálmico. 4 - Buraco pequeno redondo. 5 - Buraco oval. 6 - Buraco grande redondo.

III - N. motor ocular comum. IV - Patético. VI - Motor ocular externo. V - Raiz sensitiva do trigêmeo incisada, vendo-se através do corte a raiz motora (modificado de HOUTSAEGER).

Seccionada a artéria, pode-se continuar o levantamento da dura. Imediatamente para a frente e para dentro encontra-se o nervo maxilar inferior entrando no orifício oval, segunda referência anatômica da intervenção. Tendo o nervo sempre sob visão directa, continua-se o descolamento da dura, separando-a do divertículo que forma a loca de MECKEL, onde se aloja o gânglio de GASSER.

É este o tempo mais delicado da intervenção. Deve-se prosseguir o descolamento até dar uma visão suficiente do gânglio de GASSER, mas não tão longe que se arrisque a abrir o seio petroso, dando origem a uma hemorragia venosa, muito difícil de dominar. A hemorra-

gia do seio petroso obrigou nos, uma vez, a interromper a intervenção e a continuá-la num segundo tempo, pois só um tamponamento prolongado e a reposição da dura na sua posição normal conseguiu suspender a hemorragia.

É sempre conveniente descobrir bem, pelo menos, o bordo externo do nervo maxilar superior (ver figs. 5 e 6), para se ter uma boa orientação quanto à posição do gânglio de GASSER.

Descoberto o nervo maxilar inferior em tôda a extensão da sua porção intracraniana e, pelo menos, uma parte do maxilar superior, tem-se exposto suficientemente o gânglio para fazer o corte da raiz.

Os involucros meníngeos que cobrem o nervo maxilar inferior serão então incisados com um pequeno canivete de cabo comprido, dando saída a líquido céfalo-raquidiano em certa quantidade. A incisão é prolongada para cima, em direcção ao gânglio, numa extensão total de 10 a 12 mm.

Nesta altura passa-se o afastador, que levanta a dura, ao ajudante, a fim de ficar com as duas mãos livres. Com uma pinça de dissecação comprida e de pontas delgadas, afasta-se o bordo superior da pequena incisão no involucro dural do nervo maxilar e do gânglio de GASSER. Identifica-se então o gânglio e a sua raiz sensitiva. A raiz sensitiva do trigémio é constituída por feixes de fibras laxas, não tendo o aspecto compacto dos ramos post-ganglionares, parecendo mesmo constituída por feixes separados. Com um pequeno gancho rombo de cabo comprido colhem-se as fibras da raiz (fig. 5), puxam-se muito levemente e cortam-se com um canivete delgado. Na maioria dos casos vê-se por baixo das fibras cortadas um ou outro feixe que escapou ao corte e, atravessando oblìquamente por baixo destas, um cordão delgado mais compacto, a raiz motora.

Usando novamente o gancho, colhem-se as fibras que escaparam ao primeiro corte.

Quando a raiz motora é bem visível, é fácil poupá-la. Infelizmente, muitas vezes a raiz motora é logo incluída no primeiro corte.

Quando se deseja fazer apenas uma radicotomia parcial, só se deve cortar a porção de fibras que se julgue conveniente. Teòricamente, o têrço externo, quando se deseja interromper as fibras correspondentes ao maxilar inferior, ou mais vulgarmente os dois têrços externos para interrupção de ambos os contigentes do maxilar inferior e superior.

Julgamos mais prudente, na prática, cortar sempre mais de dois têrços da raiz, deixando apenas alguns feixes das fibras mais internas, o que basta, em geral, para manter a sensibilidade da córnea, desiderato da radicotomia parcial.

Cortada a raiz sensitiva, completou-se a intervenção.

Revista a hemóstase, deixa-se a dura reocupar lentamente a sua posição normal.

Usamos, antes de encerrar a ferida operatória, abrir um pequeno orifício na dura-máter, por onde se faz uma irrigação de

são fisiológico a temperatura conveniente (38° a 39°) e com ligeira pressão. Tem como fim obter uma boa adaptação da dura ao osso, necessária para uma perfeita hemóstase, e aumentar levemente a pressão intracraniana, o que evita a hemorragia de algum pequeno vaso da aracnoídea, porventura rôto ao levantar a dura.

Sempre que não haja a segurança de uma assepsia perfeita, é preferível não abrir a dura.

Os tecidos superficiais são suturados em planos com pontos de sêda separados. Nunca se deve drenar; a hemóstase deve ser sempre suficiente para que seja desnecessária a drenagem. Acrescentemos ainda alguns pormenores, que podem ser úteis a quem tente pela primeira vez executar esta intervenção.

Nas figs. 6 e 7 vê-se que os orifícios pequenos, redondo e oval, se encontram na porção mais funda da fossa temporal e, por mais longe que se leve a trepanação em direcção à base, o seu bordo inferior fica sempre mais elevado que êsses orifícios.

O cirurgião, para ver, tem, portanto, de olhar numa direcção oblíqua de cima para baixo.

Pelo contrário, o gânglio e a raiz sensitiva ficam num plano mais elevado do que o bordo da trepanação, e o cirurgião terá então que olhar obliquamente, de baixo para cima.

O trajecto operatório é angulado (fig. 7), primeiro descendente, até encontrar o orifício oval e o nervo maxilar inferior, depois ascendente, ao longo dêste nervo até ao gânglio.

Para maior comodidade e manter uma posição pouco fatigante durante a intervenção, que dura de hora e meia a duas horas, é conveniente o cirurgião estar de pé durante a primeira parte da intervenção, isto é, até encontrar o orifício oval, e sentado, daí por diante. Pode assim, sem posição forçada, olhar primeiro de cima para baixo, e depois de baixo para cima.

Como se depreende da nossa descrição, consideramos sempre o doente sentado e com a cabeça erecta. É esta a posição a adoptar sempre na operação de FRAZIER (não tem grande inconveniente se se reclinam a cabeça do doente, levemente, posição quasi sempre necessária para uma boa manutenção).

Mau grado os inconvenientes gerais da posição sentada, nenhuma outra é recomendável. Por mais perfeita que seja a hemóstase, há sempre, no campo operatório, algumas gotas de sangue

que, estando o doente em posição horizontal, se acumulam na região onde se está intervindo, dificultando muito a visão. Com o doente sentado o sangue cai para a porção mais baixa da fossa temporal, deixando livre a região do gânglio de GASSER. Seria ideal poder executar esta intervenção com anestesia local, para poder verificar imediatamente os efeitos da radicotomia, verificação de grande valor, principalmente na radicotomia parcial.

O toque da raiz é, porém, extremamente doloroso, assim como a laqueação da meníngea média, sendo impossível obter do doente a quietude necessária. Por isso, a não ser em três doentes (tabela A) cujo modo de ser nos pareceu de antemão prometer uma boa colaboração, usámos sempre a anestesia geral.

O protóxido de azoto é o anestésico ideal para esta intervenção. O éter é um mau anestésico em tôda a cirurgia intracraniana (1). A maioria dos nossos doentes foram operados sob anestesia geral com Avertina ministrada por via intra-rectal (ver tabela A).

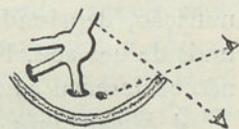


Fig. 7

A iluminação difusa não é suficiente para esta operação, que exige uma boa visão num campo estreito e profundo.

Sendo possível, a sala de operações deve ser escurecida, usando-se apenas uma luz frontal, de preferência fornecendo um feixe luminoso de foco regulável.

Tôdas as minúcias de assepsia e de técnica próprias à cirurgia intracraniana deverão ser postas em prática nesta intervenção.

Acidentes, inconvenientes e vantagens da operação de Frazier. — O tratamento cirúrgico da neuralgia do trigémio pela operação de FRAZIER é, certamente, dos mais brilhantes da cirurgia moderna, o que não quer dizer que essa intervenção seja completamente isenta de perigos e complicações.

A mortalidade operatória, especialmente tendo em consideração que a maior parte dos doentes são pessoas idosas, muito freqüentemente esgotadas por um longo período de sofrimento e alimentação deficiente, é pouco elevada. Não temos quantidade

(1) ALMEIDA LIMA e LÍDIA MANSO PRETO. — «A anestesia em neuro-cirurgia». *Lisboa Médica*. N.º 6. Ano XIV. 1937.

LABORATORIO
SANITAS

T. DO CARMO, 1-11-LISBOA

PREPARADOR: H. PIMENTEL
RUA SILVA CARVALHO-174 LISBOA

SANITAS

Espasmol

BENZOATO

DE BENZYLO PURO

ISENTO DE ALDEHYDE

Espasmol

nas

dores da menstruação,

cólicas ováricas, cólicas

renais e em todos os

espasmos dos músculos

lisos.

Espermol

BENZOATO DE BENZYLO ISENTO DE ALDEHYDE

É o medicamento heróico nas cólicas menstruais, que faz ceder rapidamente, como nenhum outro medicamento; nos cálculos renais e hepáticos e em tôdas as cólicas, em que a paralização dos músculos de fibras lisas faz cessar o espasmo e, portanto, progredir o cálculo na sua migração, fazendo terminar a cólica do estômago ou intestinos.

Na coqueluche faz diminuir os acessos, chegando a produzir a cura. Nas perturbações circulatórias de origem espasmódica, o seu efeito é rápido.

Em geral, deve tomar-se em todos os casos de excitação e de contracção dos músculos lisos.

Tomar XX a XL gotas, conforme os casos, em água açucarada, de cada vez, uma a três vezes por dia.

LABORATÓRIO SANITAS
LISBOA

Pouco tempo após o
aparecimento da
dor, ou espasmo, o
ESPASMOL combate
rapidamente a
dor
OU O
espasmo.



suficiente de casos para poder fornecer um número de pêsos estatístico. Tivemos uma morte em doze casos operados. Segundo os números mais dignos de crédito, a mortalidade nas mãos de um neuro-cirurgião competente oscila em volta de 2 a 3%. Cirurgiões menos familiarizados com a cirurgia intracraniana apresentam maior mortalidade. FRAZIER não regista nenhum caso de morte nos últimos duzentos e cinqüenta operados. As causas de morte são, além dos acidentes sempre possíveis numa anestesia prolongada, o choque operatório e a hemorragia cerebral.

O caso de morte que tivemos na nossa série de intervenções deu-se num doente de 78 anos de idade, em péssimo estado de nutrição, deprimido por uma nevralgia intensa, sem alívio havia mais de um ano. Faleceu horas depois da intervenção. A autópsia não esclareceu as causas da morte.

A *hemorragia cerebral*, provocada pela rotura de um vaso por traumatismo causado pela elevação temporal, explica, certamente, uma hemiplegia, felizmente parcial e transitória, registada num dos nossos casos. Não encontrámos, em relatos alheios, nenhuma indicação de freqüência dêste acidente.

A *paralisia facial*, registada num dos nossos casos, tem sido assinalada por todos os neuro-cirurgiões. Aparece em 2% dos casos, segundo DAVIS (1). A explicação do aparecimento da paralisia facial, que tem o tipo periférico e em geral cede facilmente ao tratamento, não é clara. Para uns seria devida a uma lesão da protuberância provocada pelo repuxamento da raiz do trigémião; para outros a compressão por um pequeno hematoma. Uma última explicação, a nosso ver a mais plausível, atribue a paralisia facial à tracção sobre o grande nervo petroso superficial ramo do gânglio geniculado do facial. Êste nervo pode muito bem, dado o seu trajecto sobre o rochedo, ser repuxado ao levantar a dura da fossa temporal.

As *ulcerações da córnea* eram muito freqüentes na extirpação do gânglio de GASSER (KRAUSE); são mais raras como consequência da radicotomia. Registámos esta complicação apenas num dos nossos casos, embora em todos, menos num, tenha sido feita a radicotomia total, com consecutiva anestesia da córnea. Uma pe-

(1) DAVIS. — «Neurological Surgery».

quena úlcera da córnea desenvolveu-se dias depois do doente ter tido alta, mas um tratamento oftalmológico apropriado levou rapidamente à cicatrização, sem nenhum *deficit* funcional.

A lesão da córnea é uma conseqüência secundária da anestesia e não uma verdadeira lesão trófica.

A abolição dos reflexos córneo e conjuntival não permite uma defesa eficaz à acção de poeiras irritantes ou cáusticas que acidentalmente se venham depositar na córnea.

A pálpebra do lado anestesiado só se encerra, sincrõnicamente, com a do lado são. Não cremos numa acção distrófica por falta de enervação; se assim fôsse, as ulcerações deveriam ser muito mais freqüentes. Pelo contrário, são relativamente raras e verifica-se que, protegendo de qualquer acção traumática a córnea anestesiada, nenhuma alteração se manifesta. Por isso os doentes devem ser instruídos a tomarem cuidados especiais depois da intervenção. Devem proteger os olhos com óculos, principalmente quando tenham de se expor à acção de poeiras, e lavá-los com água fervida, pelo menos duas vezes por dia. A lavagem com solutos assépticos (o mais vulgar é o ácido bórico) não é recomendável, pois ao secarem depositam-se sôbre a superfície ocular cristais que são sempre traumatizantes ou irritantes.

Sempre que o operado se aperceba de algum corpo estranho sôbre a córnea ou conjuntiva, não deve tentar tirá-lo, como é vulgar, com a ponta de um lenço ou um pouco de algodão, pois pode facilmente lesar a córnea anestesiada; deve remover o corpo estranho por meio de uma irrigação ocular de água simplesmente fervida e tépida.

É também conveniente aconselhar o doente a «pestanejar» voluntariamente, com freqüência, de modo a manter a córnea bem lubrificada.

Nos primeiros dias após a intervenção não nos parece aconselhável tomar disposições especiais para proteger a córnea, além dos pequenos cuidados gerais indicados.

O penso oclusivo da pálpebra, aconselhado por alguns, é difícil mantê-lo em posição e tem sempre o perigo de se transformar em agente traumático provocador da lesão que pretendia evitar. Quando se manifestem lesões da córnea, o doente deve ser entregue aos cuidados de um oftalmologista.

Evidentemente, na radicotomia parcial, na qual são poupadas

as fibras do oftálmico e se mantém portanto a sensibilidade da córnea, não há que temer esta complicação. É mesmo essa a única vantagem da radicotomia parcial.

A *dificuldade da mastigação*, após a radicotomia gasseriana, é extremamente freqüente. A paralisia dos músculos mastigadores (masséter, temporal) e consecutiva atrofia são conseqüências do corte involuntário da raiz motora do trigémino.

Já apontámos a dificuldade de poupar a raiz motora ao cortar a raiz sensitiva do gânglio de GASSER; mesmo um cirurgião com a experiência de centenas de casos, como FRAZIER, confessa não conseguir poupar a raiz motora em todos os doentes.

Nas nossas intervenções temos provocado, com grande freqüência, essa lesão. Felizmente os doentes habituem-se facilmente ao *deficit* funcional dos músculos mastigadores de um só lado. Em pouco tempo os músculos do lado oposto são suficientes para que os movimentos do maxilar se façam sem que o doente note qualquer deficiência.

A atrofia do masséter provoca também uma ligeira assimetria facial, pouco evidente e que o desenvolvimento do tecido adiposo em geral compensa.

Esta seqüela da operação tem pouca importância nos casos de intervenções unilaterais; é, pelo contrário, um grave problema nas nevralgias bilaterais, pois a perda de ambos os grupos de músculos mastigadores é uma lesão, como facilmente se prevê, de extrema gravidade.

Anestesia e parestesias da face. — A anestesia com sensação de «encortiçamento» ou «adormecimento» é a conseqüência inevitável da interrupção da enervação sensitiva da face. É freqüente, principalmente alguns meses após a intervenção, terem os doentes na região facial anestesiada sensações que descrevem, como ardor, calor ou frio, ou mais vulgarmente uma impressão profunda de descrição difícil. Estas parestesias não são nunca incômodas, mas freqüentemente atemorizam os doentes, que as tomam como sinal precursor da reaparição da nevralgia. Deve-se de antemão prevenir o doente do provável aparecimento dessas sensações. A innervação profunda da face (nervo facial) e a innervação simpática explicam o aparecimento das parestesias.

Os doentes devem ser sempre prevenidos, antes da operação, que esta tem como conseqüência inevitável a anestesia da face.

A experiência de uma alcoolização prévia é muito útil para o doente tomar conhecimento com o *deficit* sensorial com que ficará permanentemente.

A maior parte dos doentes em breve se habitua à anestesia; outros, porém, de tendências psicóticas, incomodam-se extraordinariamente com a sensação de «encortiçamento» da face. Também é freqüente uma sensação de repleção ou de corpo estranho no conduto auditivo, a que os doentes ligam maior ou menor importância, segundo a sua tendência emotiva.

Tôdas estas perturbações, certas ou possíveis após a intervenção de FRAZIER, devem ser expostas claramente aos doentes, antes da operação.

A *vantagem* da operação de FRAZIER sobre a de KRAUSE está na muito menor gravidade e na possibilidade de poupar a raiz motora do trigêmio. O arrancamento do gânglio tinha uma elevada mortalidade, era uma operação chocante; a tracção brutal das raízes do V par causava, freqüentemente, lesões da protuberância. A lesão da raiz motora era constante e as perturbações tróficas muito freqüentes.

Sobre a intervenção de DANDY, tem ainda, quanto a nós, a mesma vantagem de menor gravidade, principalmente se a intervenção de DANDY fôr tentada por cirurgiões que não tenham uma grande prática da cirurgia da fossa cerebelosa.

Operação de Dandy (radicotomia retro-gasseriana juxta-protuberancial por via posterior intra-dural).

Tendo pouca experiência pessoal desta intervenção, limitar-nos-emos a um resumo da descrição original de DANDY.

O doente é operado em decúbito ventral, usando sempre DANDY uma trepanação unilateral da escama occipital. A incisão cutânea tem a localização e dimensões que se vêem no pequeno esquema inserto na fig. 8. A mesma incisão prolonga-se através dos músculos da nuca até ao osso. Afastados os músculos, remove-se a maior porção de osso que a incisão das partes moles permita. Deve-se evitar, quanto possível, ao fazer a trepanação, abrir as células mastoideas. Havendo uma história de infecção mastoidea prévia, deve-se redobrar de cuidados; não havendo, é muito provável que pouca ou nenhuma importância tenha abrir uma ou outra célula mastoidea, sendo porém prudente, se por

acaso se abrir alguma, cobri-la imediatamente com um retalho de dura. A trepanação pode ser levada mais longe na sua porção superior (em direcção ao vértex), pois as células mastoideas não se estendem tanto nessa direcção como para baixo.

A dura-máter é incisada transversalmente. Exposto o hemisfério cerebeloso, deprime-se êste com uma pequena espátula, em direcção à linha média, até se ver a cisterna magna. Rompe-se

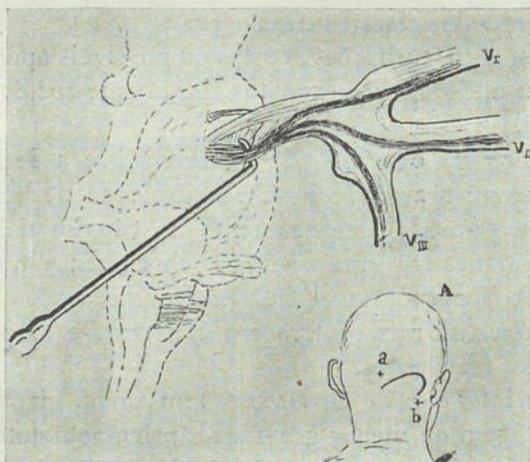


Fig. 8

Esquema imitado de DANDY ilustrando a sua teoria da individualização das fibras condutoras da dor na raiz sensitiva do trigémio.

A — Localização e forma da incisão cutânea na intervenção de DANDY. *a* — Pertuberância occipital externa. *b* — Ponta da mastoideia.

então a aracnoídea que cobre a cisterna, deixando escapar o líquido céfalo-raquidiano. A saída de líquido céfalo-raquidiano permite obter espaço suficiente para levantar o hemisfério cerebeloso e explorar a região do ângulo. Sem evacuação do líquido céfalo-raquidiano, a intervenção não se pode realizar sem lesar o cerebello.

A cisterna subaracnoídea lateral, que se expõe, ao levantar o cerebello, envolve o bulbo e a protuberância e cobre todos os nervos cranianos da região do ângulo ponto-cerebeloso. A delgada membrana aracnoídea que forma a parede dessa cisterna rompe-se facilmente entre o nervo auditivo e a veia petrosa. Aberta

a aracnoídea, aspira-se com cautela o líquido céfalo-raquidiano; feito isto, vê-se imediatamente a raiz sensitiva do trigémio junto da protuberância.

A raiz sensitiva do V par craniano, quando está na sua posição típica, forma a bissectriz do espaço triangular, limitado pela veia petrosa, o cerebello e o nervo auditivo. Está porém num plano um pouco mais profundo.

Identificada a raiz do trigémio, passa-se um gancho de cabo comprido (fig. 8) sob o bordo posterior da raiz, transfixando-a mais ou menos a meio. Com uma tracção ligeira rompem-se então as fibras nervosas englobadas no gancho. Ficam assim cortadas as fibras da metade ou dois têtços posteriores da raiz sensitiva do trigémio. Por vezes ao longo da raiz sensitiva correm pequenas veias que tornam muito difficil a passagem do gancho. Nestes casos deve-se usar, de preferéncia, uma pinça de disseccção fina e comprida, com a qual, a pouco e pouco se vão dilacerando as fibras nervosas.

Terminado o corte das fibras nervosas, a dura encerra-se sem drenagem.

Vantagens e inconvenientes da operação de Dandy. — Sendo tão satisfatórios os resultados da operação de FRAZIER, pareceria inútil considerar a operação de DANDY, certamente de execução muito mais delicada. Na realidade é ainda essa a opinião de muitos cirurgiões.

A operação de DANDY, com a condição de ser executada por um cirurgião possuidor de todos os recursos técnicos e materiais da neuro-cirurgia, não oferece grande perigos.

Contudo, entendemos pessoalmente que apenas existe uma indicação nítida para se preferir a intervenção de DANDY. Referimo-nos às nevralgias bilaterais, porque junto da protuberância, região onde se atinge a raiz sensitiva nesta intervenção, a raiz motora situada mais anteriormente está separada com nitidez da sensitiva, não sendo atingida no corte. Nenhum cirurgião é capaz de garantir que não lesa a raiz motora na intervenção de FRAZIER. Na operação por via posterior pode ser sempre poupada sem difficuldade.

Também nunca se registaram, na operação de DANDY, paralisias do facial. Não há, evidentemente, traumatismos do córtex cerebral com as possibilidades de hemorragia e suas complicações.

Uma conseqüência inesperada desta intervenção, posta em dúvida para muitos, mas que últimamente tem sido confirmada, é a seguinte: destruindo apenas metade ou os dois têtços posteriores da raiz sensitiva do trigémio, obtem-se uma anestesia dolorosa e térmica em *tôdas* as zonas de distribuição periférica do trigémio, ao passo que a sensibilidade táctil se conserva em *tôda* a sua área de distribuição, evitando assim a incômoda sensação de «adormecimento» ou «encortiçamento» da face, que tanto perturba alguns doentes operados pela técnica anterior. Diminuem-se também as probabilidades de lesões oculares.

A explicação fisiológica dêste facto de observação clínica não é evidente e por isso muitos puseram em dúvida as descrições de DANDY. Hoje, dada a experiência de outros neuro-cirurgiões, torna-se inegável o facto, seja qual fôr a sua interpretação anátomo-fisiológica.

Segundo DANDY, a explicação seria a seguinte: as fibras condutoras da dor no trigémio são, como provavelmente em todos os nervos sensitivos, distintas das que conduzem a sensibilidade térmica e táctil. Nos ramos periféricos os vários tipos de fibras estão misturadas umas com as outras, sem sistematização. À saída do gânglio de GASSER, pelo contrário, as fibras conduzindo formas diferentes da sensibilidade separar-se-iam, de modo análogo ao que sucede na medula, formando os condutores da dor e das sensações térmicas um feixe individualizado. Êste feixe viria colocar-se, pouco depois da sua saída do gânglio, na porção mais posterior da raiz sensitiva, da qual ocupa a metade ou os dois têtços posteriores. Interrompida a condução da metade posterior da raiz sensitiva, ficariam cortadas as fibras dolorosas provenientes de todos os três ramos do trigémio, ao passo que ficariam intactas tôdas ou grande parte das fibras da sensibilidade táctil dos mesmos territórios cutâneos.

A fig. 8 mostra um esquema imitado de DANDY e que ilustra a sua teoria. A operação de DANDY seria assim, até certo ponto, comparável (1) à cordotomia, onde a interrupção do feixe espino-

(1) Comparável como resultados, anátomicamente são bem diferentes, a intervenção de DANDY incide sôbre o primeiro neurone sensitivo, a cordotomia sôbre o segundo.

Nestogéno

LEITE EM PÓ NESTLÉ

(NOVA FORMULA)

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

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

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

ANALISE:

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

INDICAÇÕES:

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

LITERATURA:

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

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

Amostras à disposição de V. Ex.ª

SOCIEDADE DE PRODUTOS LACTEOS

PORTO

AVANCA

LISBOA



IMPÕE-SE

NO TRATAMENTO DAS

Perturbações gastro-intestinais

PEDIDOS DE AMOSTRAS À

SOCIEDADE DE PRODUTOS LACTEOS

PORTO

AVANCA

LISBOA

-talâmico no cordão ântero-lateral da medula poupa as fibras tácteis e da sensibilidade profunda de tracto diferente.

A maior gravidade e dificuldade técnica da intervenção de DANDY é razão, quanto a nós — a-pesar das vantagens apontadas — para se preferir, nos casos correntes, a operação de FRAZIER, mais fácil, melhor regrada, e da qual uma experiência extensíssima nos ensina as vantagens, e de cujos perigos, a grande maioria evitáveis, temos perfeito conhecimento.

É possível que uma maior experiência da intervenção de DANDY venha, de futuro, a impô-la na prática.

ESQUEMA GERAL DO TRATAMENTO DO «TIC DOLOROSO DO TRIGÉMIO»

Indicamos aqui os processos terapêuticos que, julgamos, se devem usar no tratamento da neuralgia do trigémio.

Insistimos principalmente nos tratamentos cirúrgicos, por serem os mais freqüentemente empregados. Descrevemos apenas aquêles de que podemos ter uma opinião pessoal. Omitimos alguns processos cirúrgicos clássicos, mas actualmente abandonados, perante as intervenções intracranianas de FRAZIER e DANDY. Também os tratamentos médicos e fisioterápicos cujo uso nos parece limitado no «tic doloroso do trigémio», não foram tratados em pormenor.

Mesmo assim encaramos uma gama de tratamento, indo da administração de medicamentos até as grandes intervenções intracranianas.

Não nos parece, portanto, inútil indicar algumas directrizes para a escolha do tratamento mais apropriado em determinados casos.

O tratamento médico deve ser limitado aos casos pouco graves e em início. Quando as crises são espaçadas e pouco intensas, não impedindo o doente de se alimentar e repousar convenientemente, é razoável tentar um tratamento medicamentoso. Iniciamos, em regra, o tratamento médico com a administração de salicilato de sódio em altas doses. Também nos parece ter conseguido resultados apreciáveis com o acónito (salicilato de aconitina, aconitina ou preparados farmacológicos de aconitina).

Os anti-nevrálgicos correntes pouca ou nenhuma acção têm

sob o «tic doloroso do trigémio». A maior parte dos doentes, porém, quando procuram o médico, já estão convencidos da sua ineficácia, pois por sua conta e risco já experimentaram a maioria dos que se podem encontrar no mercado.

As drogas susceptíveis de provocarem habituação, devem ser, evidentemente, cuidadosamente evitadas.

Deve-se acompanhar o tratamento médico, sempre que fôr possível, com a fisioterapia: diatermia de ondas extra-curtas, irradiações infra-vermelhas ou de raios X.

A roentgenterapia, na nevralgia do trigémio, deve ser entregue a um radiologista bem informado sôbre a técnica a empregar.

O tratamento médico nunca deve ser inútilmente prolongado. Se nas primeiras duas semanas, o máximo, não se obtêm resultados apreciáveis, deve-se recorrer, sem hesitação, às alcoolizações ou tratamento cirúrgico. Nunca deve ser tentado, nos casos graves.

Nos casos de intensidade média, de alguns meses de duração, que nos procuram, em geral, já depois de terem tentado variadíssimas terapêuticas médicas e fisioterápicas, o tratamento deve começar sempre pelas alcoolizações. A nevralgia é, como vimos, mais freqüente no maxilar superior, e, nestes casos, a terapêutica inicia-se pela alcoolização do nervo no orifício infra-orbitário.

Se a nevralgia é do maxilar inferior apenas, o que é raro, está indicada a alcoolização ao nível da saída dos ramos terminais no orifício do mento. Como já dissemos, esta alcoolização não dá resultados satisfatórios; por isso preferimos, nesses casos, a alcoolização do maxilar inferior à saída do buraco oval.

Em casos de nevralgia nos dois ramos maxilares, deve-se iniciar o tratamento pela alcoolização do maxilar superior.

Sem que se possa dar dêsse facto uma explicação satisfatória, é de observação corrente ver cessar a dor nas duas ramificações, pelo menos temporariamente, após a alcoolização de apenas um ramo.

Quando a nevralgia se limita ao ramo oftálmico, pode-se também tentar a alcoolização dos respectivos ramos terminais; mas os resultados são tão inconstantes que preferimos fazer imediatamente o arrancamento das terminações nervosas.

Muitos neuro-cirurgiões preferem, nestes casos, recorrer imediatamente à radicotomia retro-gasseriana. A nossa experiência

peçoal mostra-nos porém que a simples intervenção sôbre as terminações periféricas do oftálmico pode fazer cessar a nevrálgia por perto de dois anos. Tratando-se, quasi sempre, de pessoas idosas, um período de dois anos é já um tempo considerável; a acalmia do síndrome doloroso melhora o estado geral do doente, permitindo realizar em melhores condições a intervenção intracraniana, logo que a nevrálgia reapareça. A intervenção periférica em nada prejudica a realização da radicotomia, dando mesmo ao doente uma maior confiança no conselho do médico e melhor disposição em se sujeitar a uma intervenção, pois pode verificar os benefícios que obteve.

O mesmo critério se deve aplicar à nevrálgia do maxilar superior nos casos, raros, onde não foi possível realizar a alcoolização. Na maioria dos casos a alcoolização é fácil e eficaz; num outro, porém, devido, provavelmente, a uma disposição anatómica especial, a introdução da agulha no orifício infra-orbitário é impossível.

Nestes casos, em nossa opinião, deve-se tentar o arrancamento do nervo na órbita antes da radicotomia. Num dos nossos casos, passados dois anos, ainda não reapareceu a nevrálgia.

Na grande maioria porém das nevrálgias limitadas ao maxilar superior obtem-se com a primeira alcoolização a cessação dos fenómenos dolorosos durante um período médio de seis meses a um ano, que se estende, por vezes, até dois anos e mais, ou, pelo contrário, em alguns casos a dor é suspensa apenas durante dois a três meses.

A anestesia cutânea provocada pelas alcoolizações tem uma duração variável, que não está em relação com a suspensão das crises dolorosas. Assim, após uma primeira alcoolização, por exemplo do maxilar superior, a anestesia cutânea atenua-se e desaparece, em regra, muito antes de reaparecerem as dores. Se o doente fôr sujeito a mais alcoolizações, pode-se observar o fenómeno inverso, isto é, voltar a nevrálgia, mantendo-se a anestesia cutânea.

Êste facto serve-nos de guia para avaliar da utilidade de repetir uma alcoolização.

Emquanto houver recuperação da sensibilidade cutânea, deve-se repetir a alcoolização, se a nevrálgia de novo se manifestar;

mas quando as dores reaparecem, a-pesar-de haver anestesia cutânea, é inútil a alcoolização.

Em regra só as duas ou três primeiras alcoolizações são eficazes, a segunda menos que a primeira e a terceira menos que a segunda. Os períodos de alívio vão sendo sucessivamente menores, por exemplo: se com a primeira alcoolização se obteve um alívio de um ano, com a segunda a suspensão durará apenas metade desse período, e com a terceira só durante um mês ou dois tem o doente uma melhoria notável.

A duração da cura, após o arrancamento dos ramos nervosos terminais, parece ser mais prolongada que depois de uma alcoolização; mas, possivelmente, não atinge um período superior ao que se pode obter com alcoolizações sucessivas.

Em todos os doentes, pois, que após um período de alívio determinado por alcoolizações, tronculares ou periféricas, voltam a queixar-se das suas dores, e que mostrem, à observação, ter anestesia cutânea na área do nervo alcoolizado, deve-se pôr, sem hesitação, a indicação cirúrgica (radicotomia retro-gasseriana).

Em todos os casos graves, isto é, naqueles em que a intensidade da nevralgia ou a freqüência das crises dificultam a alimentação, perturbam o sono, alterando o estado geral do doente e anulam a sua actividade social, a indicação cirúrgica deve ser inicial. Mais imperativa é essa indicação se a nevralgia abranger os três ramos do nervo.

Protelar nesses casos a intervenção pode trazer as mais graves conseqüências. A miséria física desses doentes, atormentados pela dor, enfraquecidos pela falta de alimento, exaustos por não poderem dormir, não admite que, sem arriscar a vida do doente, se perca tempo em tentativas terapêuticas.

A radicotomia retro-gasseriana tem as indicações de uma intervenção de urgência; protelá-la implica, para o médico, responsabilidades idênticas a de adiar qualquer outra operação urgente.

As nevralgias bilaterais serão tratadas de modo idêntico às unilaterais; quando esteja indicada a intervenção cirúrgica, deve-se preferir, nestes casos, a operação de DANDY à operação de FRAZIER, pelas razões já expostas.

Em resumo: nos tipos mais freqüentes de nevralgia e em doentes que foram seguidos desde o início do seu sofrimento, o tratamento deve seguir as seguintes linhas gerais:

1.º — Tratamento médico e fisioterápico, mantido apenas enquanto o doente sente com êle alívios notáveis, nunca prolongado inútilmente.

2.º — Alcoolizações dos ramos periféricos, repetidas duas o máximo três vezes, alcoolização dos troncos principais (maxilar superior e inferior) ou arrancamento dos ramos periféricos segundo os casos.

3.º — Radicotomia retro-gasseriana (vulgarmente segundo a técnica de FRAZIER).

SÔBRE A ENCEFALITE EMBÓLICA NA ENDOCARDITE LENTA E ESPECIALMENTE SÔBRE AS LESÕES DO CORNO DE AMMON NESTA AFECÇÃO

POR

FRIEDRICH WOHLWILL

Prosector do Hospital Escolar de Lisboa

E, há muito, conhecida a existência de focos encefalíticos em casos de endocardite. Já foi mencionada, em 1878, por HUGUENIN, mais tarde por LEYDEN, LEICHTENSTERN e outros. FLATER, em 1924, estudou especialmente as alterações vasculares nestes casos. Foi porém no meu instituto de S. Jorge, em Hamburgo, que se observaram as particularidades que apresentam a êste respeito os casos de endocardite lenta do tipo SCHOTTMÜLLER-OSLER (provocados, na sua grande maioria, pelo estreptococo viridans), particularidades que dizem respeito tanto à freqüência como à qualidade daquelas alterações.

Com efeito, o meu discípulo KIMMELSTIEL que, a meu conselho, estudou sistemáticamente o cérebro, na endocardite lenta, pôde verificar que, nesta forma de endocardite, só excepcionalmente faltam alterações do cérebro e da medula espinal. Todavia o que mais interessa são os caracteres histopatológicos especiais, que embora não sejam específicos para autorizar um diagnóstico seguro, são suficientemente pronunciados para permitir destrinchá-los das alterações que aparecem em casos de endocardite aguda.

Sucintamente estas particularidades consistem na quantidade e na variabilidade das alterações encontradas. Tais alterações observam-se isoladamente também em outras formas de endocardite e mesmo em afecções sépticas sem endocardite. Em nenhuma destas outras formas, porém, encontramos tantas e tão variadas lesões como na endocardite lenta.

Os mais importantes achados, segundo foram descritos por KIMMELSTIEL e como eu pude confirmar em doze casos por mim

estudados posteriormente ao aparecimento do trabalho de KIMMELSTIEL, são os seguintes :

Nos vasos encontramos :

1) Obstrução, raramente por trombose verdadeira ou por embolia, mais freqüentemente por leucócitos ou massas fibrinosas.

2) Tumefacção e proliferação das células da parede, quer dizer, dos endotélios nos capilares e das células adventíciais nos vasos maiores.

3) Processos inflamatórios, sobretudo exsudação de fibrina que não desempenha um papel importante nas outras encéfalo-mielites, com excepção das infecções pneumocócicas, mas que é freqüente nos nossos casos. Acrescem as conhecidas infiltrações dos espaços de VIRCHOW-ROBIN, constituídas por linfócitos e *Plasmazellen*, mas também por granulócitos e por histiócitos que — transformados em macrófagos — contêm às vezes pigmentos. Estas infiltrações não se limitam muitas vezes ao tecido mesodérmico, mas, atravessando a barreira encéfalo-vascular, penetram no parênquima nervoso. No interior dos espaços linfáticos estas células infiltrantes estão muito próximas umas das outras; no tecido nervoso estão mais afastadas, constituindo infiltrações mais laxas (fig. 1).

4) Necroses da parede dos vasos.

5) Hemorragias.

Lesões análogas se observam nas *leptomeninges*, havendo, além disso, infiltrações mais difusas (fig. 2), sendo estas algumas vezes também mais acentuadas na vizinhança de vasos.

Não são menos polimorfos as alterações do *parênquima* encéfalo-espinal, podendo-se distinguir processos, quer focais, quer difusos. Quanto aos primeiros, há quatro formas, por assim dizer, puras, a saber: focos de amolecimento, focos de rarefacção da substância cinzenta (fig. 3), proliferações da nevroglia em forma de nódulos e finalmente abscessos (fig. 4).

Desejando, mais tarde, referir-me às duas primeiras formas, quero dizer, sôbre as últimas, que freqüentemente, mas não sempre, estão situadas em volta de vasos: há tôdas as transições entre abscessos perivasculares e infiltrações exclusivamente granulocitárias dos espaços linfáticos, com perfuração das membranas terminais. Não é raro encontrar os estreptococos não sômente nos abscessos, mas também no lume dos vasos inflamados.

mesmo não alterados, e muito mais freqüentemente do que, por exemplo, numa afecção dos rins que histologicamente se assemelha à encefalite embólica, a nefrite embólica em focos de LOEHLEIN.

Além destes quatro tipos puros, há combinações freqüentes. Especialmente características são as proliferações nevróglícas de

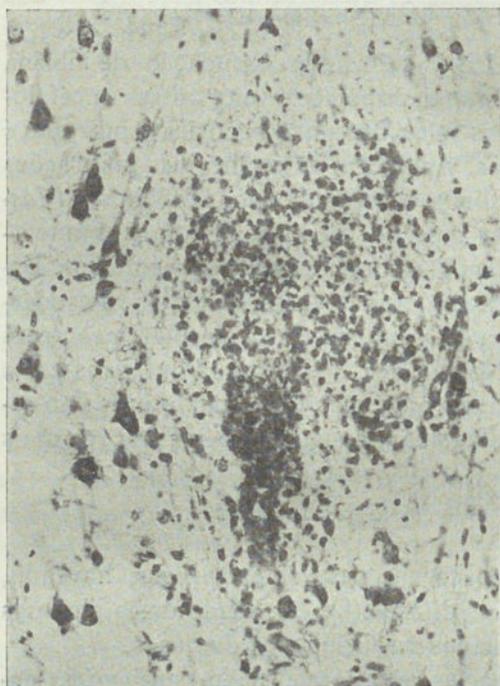


Fig. 1

Vaso infiltrado e disseminação dos leucócitos no parênquima nervoso vizinho

mistura com granulócitos. E certo que combinações destas se observam também em endocardites de outra etiologia e mesmo numa doença infecciosa dum tipo completamente diferente, no tifo exantemático. Para fazer um diagnóstico diferencial é preciso, como sempre, não atender apenas aos pormenores, mas considerar o conjunto do quadro histológico.

Os abscessos verdadeiros são freqüentes nos casos de endocardite ulcerosa aguda e às vezes mesmo muito abundantes, como se vê na fig. 5, proveniente

dum caso de endocardite puerperal. Nestes últimos casos não surpreende, mas, pelo contrário, já é de estranhar o seu aparecimento nos casos de endocardite lenta, doença onde é característica a falta de abscessos nos outros órgãos. Também na endocardite lenta os infartos, por exemplo do baço e dos rins, costumam ser assépticos. É este um facto sem excepção e assim a existência, nestes órgãos, de abscessos verdadeiros permite excluir a endocardite lenta. Contestou-se portanto ao estreptococo viridans a capacidade de provocar supurações. Parece, no entanto, que não

se trata duma característica especial daquêle germen, como o prova não só o aparecimento de abscessos miiars no cérebro em infecções pelo estreptococo viridans, verificadas bacteriológicamente, mas também o facto de termos conseguido por injeções intracardiacas (no ventrículo esquerdo) de culturas dêste estreptococo uma endocardite com formação de abscessos não apenas no cérebro, mas em outros órgãos, por exemplo, nos rins. O aparecimento ou a falta de abscessos deve pois depender das qualidades

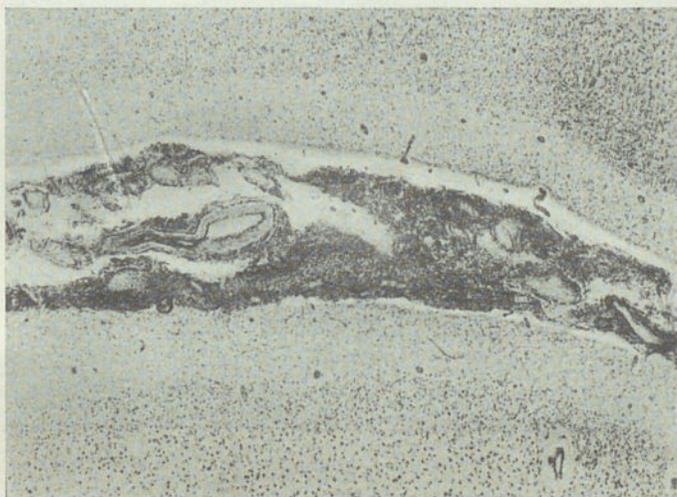


Fig. 2
Meningite

do terreno invadido. Não quero entrar no discutido problema de saber se o estreptococo viridans representa uma espécie bem definida de bactéria ou se as suas particularidades nos meios de cultura, assim como os caracteres do quadro clínico e patológico, derivam de relações recíprocas entre um germen especificamente adaptado e um organismo sensibilizado. Desejo apenas frizar que das nossas pesquisas resulta que não se trata somente de alterações humorais comuns a todo o organismo, mas também de influências em relação com o tecido invadido.

Finalmente devo mencionar alterações difusas que se manifestam sob a forma de afecções da célula nervosa, como cromató-

lise, formação de vacúolos, processos de dissolução com e sem neurocitofagia. DIAMOND descreve dois casos de encefalite tóxica que se caracterizavam pelo predomínio destas afecções citológicas. Observámos mais, ainda, extensas proliferações gliais, sem que todavia existisse sempre um rigoroso paralelismo entre tais proliferações e as alterações das células nervosas, tanto mais

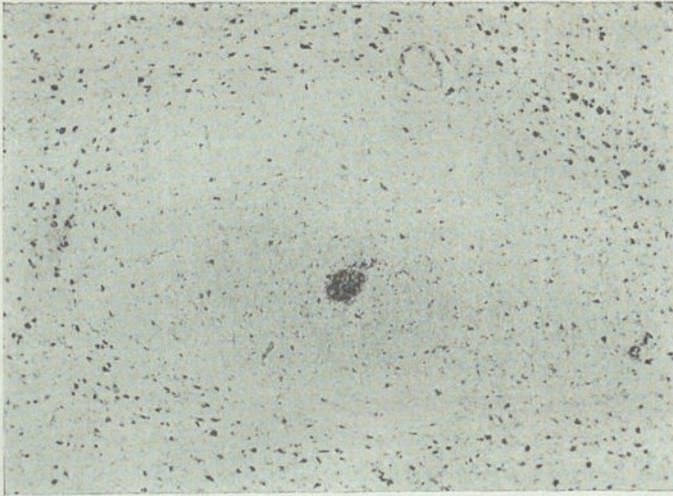


Fig. 3

Foco cortical de rarefacção com pequeno abscesso central

que a gliose se observava especialmente na zona marginal, onde não existem, como é sabido, células nervosas.

Como se vê, é extraordinariamente grande o polimorfismo das alterações que se observam no cérebro e na medula, em casos de endocardite lenta.

Os resultados das nossas investigações foram mais tarde confirmados em todos os pontos pelos trabalhos de: DIAMOND, WINKELMAN e ECKEL, ZOLOTOWA, HECHST, MELCHER e outros. Também DIAMOND,—que conhecia bem o trabalho de KIMMELSTIEL, mas que de forma alguma dá a entender, na sua publicação, que quasi tôdas as alterações descritas por êle, já tinham sido mencionadas por KIMMELSTIEL —, refere a mais apenas a existência de células gigantes, achado êste que aliás é com certeza muito raro e cer-

tamente sem importância na endocardite lenta, porquanto o não encontrei em nenhum dos vinte e dois casos por mim estudados. ZOLOTOVA aponta a existência de alterações das leptomeninges e dos plexos coroideus, alterações estas cuja existência posso confirmar, fundamentado nos casos que ultimamente estudei (fig. 2).

Até há pouco, raro se têm ocupado os autores com os sinto-

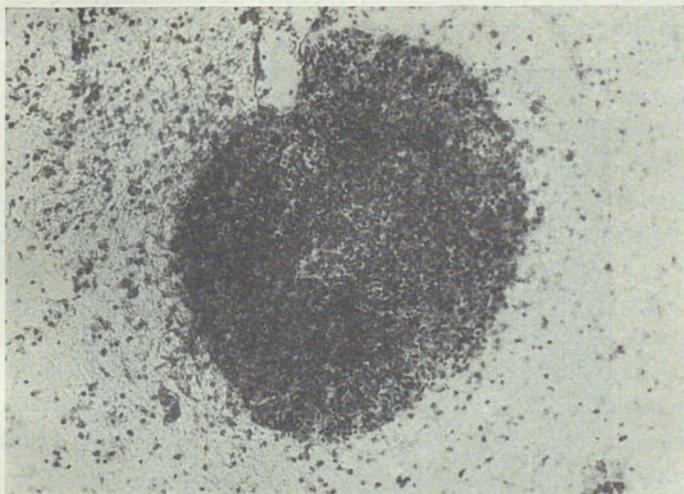


Fig. 4

Abcesso num caso de endocardite lenta

mas *clínicos* condicionados por estes processos encefalíticos. A gravidade da infecção geral absorvia toda a atenção dos clínicos e mal permitia talvez que se fixasse sobre os sintomas nervosos (que por via de regra só aparecem em períodos tardios da doença). Até ao ano de 1934 conheço apenas a comunicação do meu discípulo NATHAN — que igualmente trabalhava no Hospital de S. Jorge, em Hamburgo — e que conhecendo o trabalho de KIMMELSTIEL e as alterações por êle descritas, pôde, num caso típico de endocardite lenta, verificar sintomas nervosos de certa importância e assim diagnosticar clinicamente esta «encefalite embólica». Por isso o trabalho de MELCHER me parece especialmente digno de apreço. Êste autor, em sete de dez casos, pôde atribuir uma parte ou todos os sintomas clínicos de ordem neu-

rológica a esta encefalite. Vê-se, portanto, o que aliás já era de esperar, que conseqüências clínicas não são de modo algum tão raras como seria lícito concluir das investigações de KIMMELSTIEL. Pelo que respeita à natureza de tais sintomas clínicos, êles são, segundo as investigações de MELCHER, tão variados como as alterações anátomo-patológicas.

A explicação mais plausível desta variabilidade dos quadros histológicos deve residir nas diferenças de quantidade e de viru-



Fig. 5

Abcessos múltiplos num caso de endocardite puerperal

lência das bactérias aderentes às massas destacadas das válvulas cardíacas e veiculadas através dos vasos para o cérebro.

Em geral, como se sabe, é relativamente pequeno o número de germens nestas vegetações valvulares destacadas e o facto de se encontrarem muitas vezes no cérebro e sempre nos outros órgãos alterações como as condicionadas por simples obstrução asséptica das artérias leva-nos a concluir, nestes casos, pela reduzida e insuficiente virulência para provocar reacções inflamatórias. Quando, junto a êste processo puramente embólico, se associa, em alguns casos e em alguns órgãos, a acção irritante do estreptococo viridans, obtêm-se lesões combinadas, ao passo que a simples acção dos micro-organismos provoca unicamente abcessos.

Nas considerações precedentes baseei-me na hipótese de as alterações cerebrais serem condicionadas por processos embólicos. Mas esta explicação patogénica, aliás a mais plausível, foi contestada, como é conhecido, pelo menos quanto a lesões análogas de outros órgãos. Em primeiro lugar dois autores franceses, MERKLEN e WOLF, dão a maior importância a processos produtivos das células das paredes vasculares que verificaram nos capilares e nas pequenas e médias artérias, chamando a êste processo: *Endotelite*. Estas alterações, segundo a sua opinião, não são subordinadas, mas sim coordenadas, às lesões valvulares do coração, e os coágulos, quando se encontram nos lumes, o que aliás é raro, segundo as suas experiências, devem ser de natureza trombótica e não embólica e provocados pela afecção dos vasos. Sem entrar a fundo nesta questão, quero todavia observar que a interpretação dos autores franceses não me parece aceitável para tôdas as alterações cerebrais. É certo que tumefacções e proliferações de elementos vasculares desempenham um papel importante nesta encefalite. Não encontrei, porém, provas de que os amolecimentos, os nódulos gliais, os abscessos, dependam daquelas lesões vasculares. Observei, por exemplo, num caso, a chamada *endotelite* muito pronunciada nas camadas externas do córtex; os focos gliais e glio-granulocitários, porém, não existiam precisamente a êste nível, mas sim predominantemente na substância branca e aí apresentando relações topográficas nítidas com vasos inflamados.

Sou portanto de opinião que os processos embólicos, se não são os únicos em causa, desempenham pelo menos um papel muito importante e que por isso a expressão: *Encefalite embólica*, que eu tinha proposto há muitos anos, é adequada. O meu discípulo KIMMELSTIEL chamou-lhe *Encefalite do viridans*; esta designação, porém, já não me parece muito exacta, pois sabemos hoje que o quadro típico da endocardite lenta pode ser condicionado, se bem que raramente, por outros germens. Eu próprio possuo um caso de infecção pelo bacilo coli, exactamente com o mesmo quadro histopatológico da endocardite lenta, inclusivè as alterações cérebro-espinais. Quero mencionar também sucintamente os casos interessantes de endocardite por enterococos, germen êste semelhante, morfológicamente e nas culturas, ao estreptococo viridans. Em dois casos observados por mim e publicados pelo meu discípulo ROSENBERG, a tendência para a formação de infartos

infectados era um pouco mais pronunciada do que nas endocardites pelo viridans. Quanto ao resto, o quadro era o mesmo e em especial as lesões cerebrais não diferiam das encontradas nas endocardites pelo estreptococo viridans.

Voltemos agora aos focos condicionados por simples isquemia. Como já disse, devemos distinguir rarefacções (*Verödungen*) e amolecimentos. Tanto umas como outros são bastante frequentes na substância *branca*. Nas primeiras só o tecido nervoso está lesado, reconhecendo-se a desintegração das fibras nervosas apenas pelo aparecimento de produtos lipóides. A nevroglia está conservada e apresenta uma proliferação que excede muitas vezes a que se encontra nos simples processos de reparação. Sobretudo as proliferações em forma de nódulos considero-as, de acôrdo com a opinião de SPIELMEYER, como o resultado duma reacção independente, causada pela presença das bactérias embolizadas, e pertencente, portanto, ao quadro da inflamação.

São muito mais raras as rarefacções e os amolecimentos da substância *cinzenta*, sobretudo do córtex. Na primeira destas alterações observámos a afecção isquémica das células nervosas descrita por SPIELMEYER, que é caracterizada por atrofia e palidez do corpo celular, pela sua forma alongada e triangular, por hiperchromasia dos núcleos e cariorexis e perda da maior parte dos prolongamentos celulares, a ponto de que por fim apenas resta de algumas células uma pálida sombra, quando não chegam mesmo a desaparecer totalmente.

As zonas alteradas destacam-se, por isso, pela côr pálida. Aparecem, na sua maioria, sob a forma de focos mais ou menos circunscritos. As destruições laminares são mais raras, ainda mais raros os amolecimentos verdadeiros limitados ao córtex. Encontrei-os apenas duas vezes em vinte e dois casos.

Foram especialmente dois autores, BRINKMANN e BODECHTEL, que ligaram especial atenção a estes processos puramente degenerativos. BRINKMANN pensava em influências tóxicas, enquanto BODECHTEL responsabilizava exclusivamente perturbações circulatórias e especialmente de natureza funcional. Êste autor chega mesmo a considerar processos nitidamente inflamatórios, e parece mesmo que abscessos, como uma consequência secundária de tais perturbações circulatórias. Segundo êle, as bactérias circulantes do sangue só secundariamente viriam a fixar-se exactamente

naquelas regiões lesadas pelas perturbações circulatórias, isto é, fixar-se-iam num *locus minoris resistentiæ*. BODECHTEL não traz porém qualquer argumento em favor do seu ponto de vista. O facto de observarmos em cérebros com abscessos múltiplos também focos necróticos, freqüentemente isentos de bactérias, pode muito bem ser explicado pelas diferenças de virulência do material transportado.

Por que me pareceu ser êste um problema de certa importância, dediquei-lhe especial atenção e fiz, mais uma vez, investigações sistemáticas nesse sentido. Estudei especialmente o corno de Ammon, região que, como sabemos, se mostra especialmente vulnerável aos mais variáveis agentes. Devo referir que também BODECHTEL, nas suas investigações sôbre a topística das lesões do corno de Ammon, inclue casos de endocardite.

Conhecemos, pelas investigações de SOMMER, BRATZ, SPIELMEYER, UCHIMURA, WOHLWILL, SCHOLZ e outros, as estranhas alterações que esta formação apresenta em casos de epilepsia e de outras doenças com convulsões no seu decurso. Entre nós tratou dêste assunto ALMEIDA DIAS. Observa-se nestes casos a alteração isquémica, já mencionada, das células nervosas, seguida de desaparecimento mais ou menos completo destas últimas. Tais lesões apresentam uma disposição em forma de estrias, sendo determinadas zonas muito mais vulneráveis do que outras. Pertence àquelas, em primeiro lugar, o chamado sector de SOMMER, o ponto de encurvamento da faixa de células piramidais com a convexidade voltada para o corno esfenoidal do ventrículo lateral e, além disso, a porção terminal (*Endblatt*) da faixa mencionada, que quer dizer, a porção cercada pela camada granulosa da *fascia dentata*.

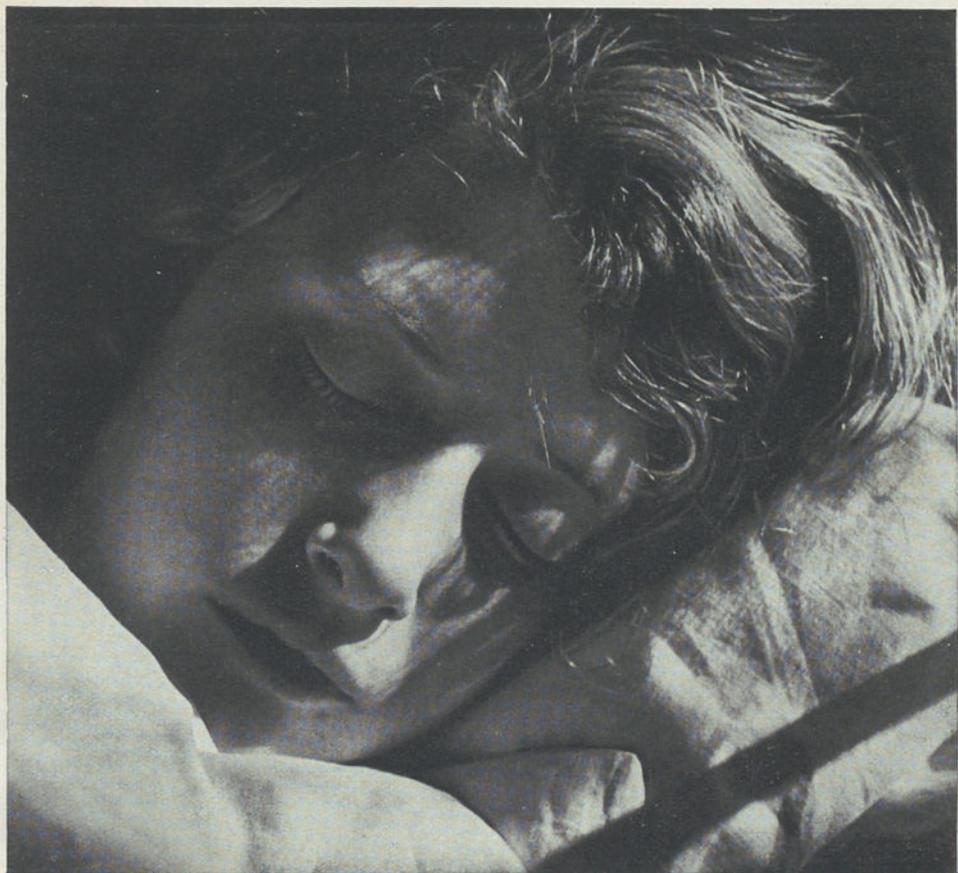
Só excepcionalmente, porém, e muito menos intensamente, costuma ser atingida a zona situada na porção dorsal e entre a porção terminal (*Endblatt*) e o sector de SOMMER, o que levou SPIELMEYER a chamar-lhe a «zona resistente». Da mesma maneira considera-se a camada granulosa da *fascia dentata* como relativamente indemne de alterações. SPIELMEYER expôs, com argumentos sugestivos, que estes processos não são nem a origem nem a consequência dos acessos epilépticos, mas que são provocados por alterações funcionais da circulação, precedendo os acessos convulsivos, e que a susceptibilidade de algumas zonas e a resistên-

cia de outras depende de particularidades da irrigação sanguínea. SPIELMEYER encarregou o seu discípulo UCHIMURA de estudar êste assunto. A diferença de vulnerabilidade que existe entre o sector de SOMMER e a porção resistente deve depender, segundo estes autores, do facto de a última ser irrigada por três vasos diferentes, ao passo que o sector é servido por uma única artéria. Esta tem um trajecto muito extenso dentro do septo situado entre a *fascia dentata* e a circunvolução do hipocampo e não dá ramificações notáveis, senão depois de ter terminado o seu extenso trajecto. SPIELMEYER ainda faz valer em favor da sua hipótese os seguintes argumentos: em primeiro lugar, o facto de as alterações das células nervosas corresponderem às encontradas em lesões isquémicas, e em segundo lugar, o facto de alterações iguais se encontrarem em alguns processos de origem circulatória não discutida.

Pelo que toca ao ponto mencionado em primeiro lugar, vêm à colação, principalmente, os resultados de NEUBÜRGER nas embolias gorda e gasosa do cérebro e bem assim os de G. MÜLLER e BODECHTEL observados na laqueação, ou na embolia da carótida. Modificações semelhantes encontradas em consequência da estrangulação (BINGEL e HAMPEL) deixam entrever também a possibilidade duma base puramente isquémica do processo. Em outros casos, como na eclâmpsia da tosse convulsa e da gravidez, na uremia, etc., não pode excluir-se, como em tempos sustentei, a componente tóxica ao lado da circulatória.

Ocupando-me agora dos resultados pessoais na endocardite lenta, posso afirmar que as alterações do corno de Ammon se observam com frequência surpreendente. Nunca faltaram nos casos em que encontrei quaisquer outras lesões cerebrais. Ao lado desta frequência é de acentuar a *multiplicidade* das lesões do corno de Ammon, que não se evidencia apenas nas particularidades histológicas, como nas outras alterações cerebrais em casos semelhantes, mas também e sobretudo na intensidade, na extensão e na disposição dos processos, que mostram as maiores diferenças nos nossos casos. Ora se trata apenas de alterações celulares mais ou menos espalhadas, ora de destruições celulares focais ou laminares, ora, como num caso, de amolecimento laminar completo.

As destruições focais aparecem, umas vezes, sob a forma de



Na dificuldade para adormecer e no despertar precoce

EVIPAN

Ação rápida. Sono profundo e tranquilo. / Típico hipnótico para adormecer, rapidamente eliminado pelo organismo e podendo por isto ser dado também, mesmo depois da meia noite, nos casos em que se desperta cedo demais.

Um sono reparador favorece a cura e acelera a convalescência. Por este motivo deve-se usar o

PHANODORMIO

o famoso **hipnótico para dormir a noite toda**. Adormecer rápido. Sono tranquilo, de 6 a 8 horas de duração. Despertar lucido, sem sensação de fadiga pelo dia adiante.

Cincoenta Anos
1888  1938
PRODUTOS
FARMACÉUTICOS

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



Os processos de fabrico, consagrados por muitos anos de pratica, e o exame rigoroso efetuado no Instituto Nacional de Terapeutica Experimental, são a garantia para a confiança tributada em todo o mundo ao

NEOSALVARSAN

o preparado padrão para o tratamento intravenoso da sífilis.

Para injeções intramusculares

SOLU-SALVARSAN

o Salvarsan em solução pronta a ser usada. / O uso do Neosalvarsan e do Solu-Salvarsan no tratamento da sífilis dá ao medico uma sensação de segurança absoluta e garante o maior efeito terapeutico e a melhor tolerancia.

Cincoenta Anos
1888  1938
PRODUTOS FARMACEUTICOS

claros ou empalidecimentos de côr, mal delimitados, outras, de lacunas, de contornos nítidos, completamente falhas de células, em meio da formação celular do corno de Ammon, ou também na camada celular da *fascia dentata*, aliás, por via de regra, raramente atingida. As lesões desta última formação apresentam-se com o aspecto de lacunas em parte com interrupções completas, em parte com a aparência dos tecidos roídos pela traça (fig. 6).

As destruições laminares têm, a maior parte das vezes, a

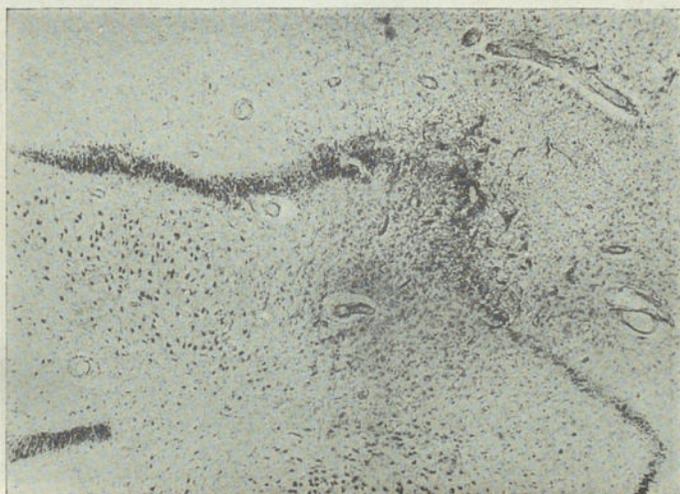


Fig. 6

Foco de destruição embólica na *fascia dentata*

sede típica no sector de SOMMER e no folheto terminal (*Endblatt*), mas interessam também outras partes mais raramente atacadas, como o *subiculum*, quási sempre imune, conforme se sabe das publicações sôbre a matéria. O segmento mais resistente, de SPIELMEYER, estava também, nos meus casos, quási sempre intacto ou, quando muito, ligeiramente tocado. Estes processos laminares abrangem umas vezes tôda a largura da formação celular, outras vezes uma faixa mais ou menos larga dentro dela e na maior parte dos casos (em nada menos de quatro dos meus) a *concauidade* do sector de SOMMER, que assim aparece como que escavado. No território, em forma de meia lua, resultante, faltam

não só completamente as células nervosas, nalgumas das quais só restam, reduzidos a uma sombra, alguns dendrites ou o axono, mas estão muito diminuídas em número as células de glia. Em dois dos meus casos encontrei neste território numerosíssimas «incrustações do retículo de GOLGI» (fig. 7). Partindo da *escavação* geral insinuam-se algumas vezes as rarefações celulares, com a forma de reentrâncias limitadas, na direcção das camadas conservadas, que por essa maneira podem sofrer uma completa

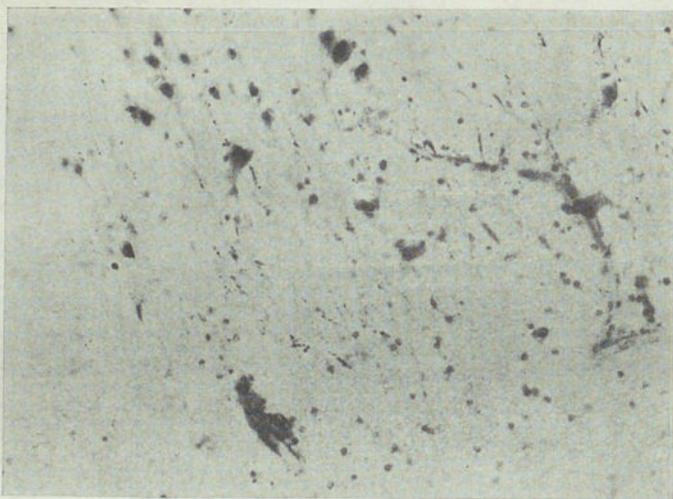


Fig. 7

«Incrustação do retículo de GOLGI» no corno de Ammon

interrupção. As células que neste caso ainda são susceptíveis de reconhecer-se mostram, além disso, com freqüência, o aspecto da doença isquémica.

Em um outro caso estava apenas atingida uma zona média do sector de SOMMER, de forma fasciculada, de modo que ficava conservada, para o lado externo, uma fita estreita de células nervosas contínua e, para o lado interno, uma outra fita interrompida em vários pontos (fig. 8). De uma destas interrupções partia uma proliferação glial em direcção ao segmento intermediário rarefeito, que aliás também era muito pobre de células de glia, proliferação glial que se espalhava para ambos os lados por debaixo do segmento conservado da camada interna.

O *amolecimento* laminar mencionado, que observei em um caso, localizava-se igualmente, de preferência, no sector de SOMMER, mas atacava também, além disso, o *subiculum* e numa extensão considerável (fig. 9). No território do amolecimento, bem limitado à faixa celular, encontrava-se neoformação capilar extremamente intensa com acumulação de granulócitos tanto no lume como no lado externo da parede capilar (fig. 10). A zona do amolecimento laminar estava separada, em ambas as extremida-



Fig. 8

Destrução laminar na camada das células piramidais do corno de Ammon

des, das zonas normais por uma mancha de rarefacção com a estrutura conservada e proliferação da glia. No limite com a parte mais resistente tomava esta zona tôda a largura da faixa celular, por forma bem regular e com os limites bastante nítidos de ambos os lados (fig. 11); na outra extremidade as células normais apareciam primeiro no bordo côncavo. Nesta altura encontrava-se ainda mais uma zona média de tecido rarefeito e uma zona externa de tecido amolecido. Esta subdivisão em três camadas dava depois, pouco a pouco, lugar a uma estrutura normal em tôda a largura. Dentro do amolecimento em forma de fita encontrava-se, mais para o lado da sua extremidade periférica, um foco, não muito circunscrito, no qual o tecido estava alterado no

sentido de uma necrose de coagulação (SPIELMEYER) e no centro do foco a formação de um abscesso que em alguns cortes da série mostrava uma pequena artéria central através de cujas paredes se viam passar, por assim dizer, os granulócitos. Não pude observar bactérias neste território.

Nos restantes casos a componente inflamatória do processo

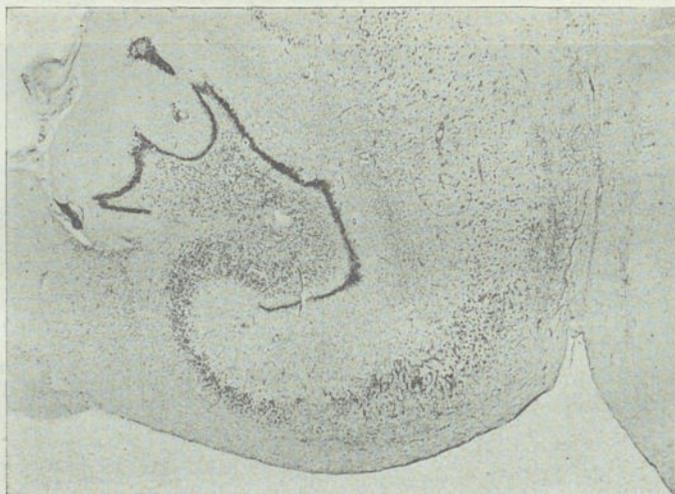


Fig. 9

Corno de Ammon, aspecto de conjunto. Amolecimento e foco de rarefacção na camada das células piramidais

marca-se com intensidade muito variável. Em alguns falta de todo, de modo que o processo se nos apresenta como degenerativo puro. Afora isto podem as paredes vasculares apresentar-se completamente normais ou mostrar tumefacção ou proliferação das células da parede em diferente grau de intensidade. O lume dos vasos está, em geral, nestes casos, nitidamente apertado, como acentua a escola de SPIELMEYER; só no caso de amolecimento se dá o contrário: o lume está muito dilatado, abstraindo dos capilares neoformados na zona de coliquação. Em nenhum dos casos pude observar embolias no território do corno de Ammon.

Nas precedentes descrições ficou já dito que a reacção glial mostra notáveis diferenças: ora a glia é destruída juntamente

com os elementos nervosos, ora apresenta aspecto sensivelmente normal, ora proliferação difusa ou focal, mais ou menos acentuada, na qual tomam parte a macro e a microglia, esta última com formação de células em bastonete. Proliferações focais sob a forma de nódulos unicamente gliais ou mixtos, (glio-granulocitários), encontram-se também fora dos territórios de tecido ner-

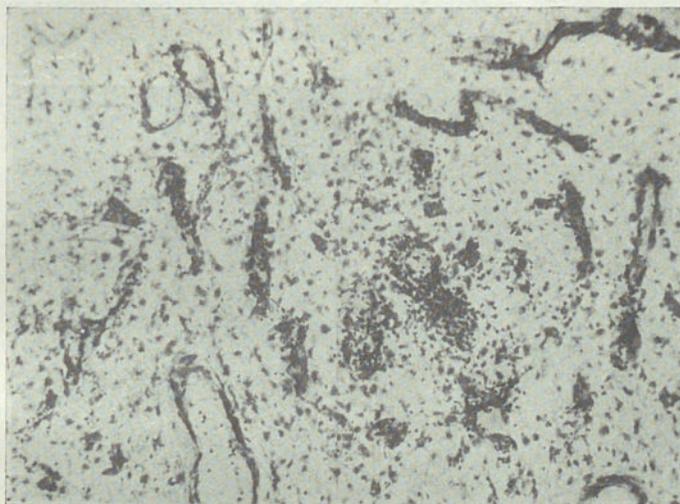


Fig. 10

— Corno de Ammon. Foco de amolecimento embólico com inflamação

voso alterado no sentido degenerativo, como também acontece nas restantes regiões do cérebro (veja pág. 56).

Até agora assentámos nos resultados histológicos. Queria ainda acentuar mais uma vez a sua multiplicidade. É possível atribuir tudo quanto observamos, sem forçar a nota, a perturbações circulatórias. Em primeiro lugar poderia o abscesso, que existia em plena zona de amolecimento do corno de Ammon, ser atribuído, de acôrdo com as ideias de BODECHTEL, a uma fixação secundária dos cocos num tecido com uma nutrição fortemente alterada. É opinião minha que um tal ponto de vista nem se pode refutar nem demonstrar. Quero, todavia, acentuar que nos outros casos com afecção intensa do corno de Ammon, afecção que todavia não ia até ao amolecimento, não havia abscessos em tal re-

gião, se bem que os houvesse em outras regiões do cérebro. Pelo que respeita aos processos puramente degenerativos, as múltiplas variantes da sua localização, em casos da mais diversa génese, foram descritos especialmente por BODECHTEL. Queria, porém, salientar, ainda mais do que êsse autor, que é impossível atribuí-los todos a impermeabilidade orgânica ou funcional dos vasos sanguíneos. A obstrução da artéria que irriga especialmente a região do sector de SOMMER, descrita por UCHIMURA, não

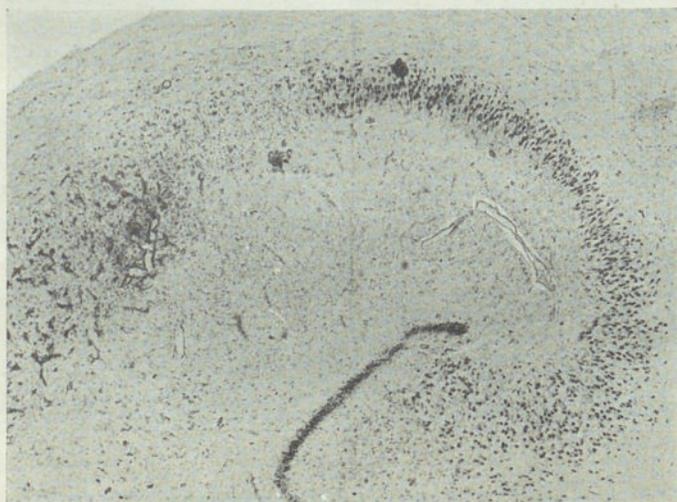


Fig. 11

Foco de amolecimento com foco de rarefacção contíguo,
na camada das células piramidais do corno de Ammon

explica, de-facto, tal distribuição. Sabemos, é certo, que em embolias e laqueações, muitas vezes apenas uma parte do território irrigado pela respectiva artéria sofre graves alterações nutritivas, facto que talvez seja de atribuir a espasmos localizados a pequenos ramos arteriais, como VILLARET, CACHERA e FAUVERT os observaram experimentalmente em animais, após embolias dos vasos cerebrais. Desta forma podiam explicar-se os pequenos focos de destruição (*Ausfallsherde*) já referidos neste nosso trabalho. Já pelo contrário, um tal critério, só muito forçado, serviria para explicar os focos de destruição laminar, bem mais fre-

qüentes, que apenas atingem uma faixa do corno de Ammon. Não há órgão algum do corpo em que os territórios vasculares tenham uma tal configuração. Era preciso, pois, aceitar a existência de perturbações funcionais no território de *numerosas arteriolas*, que aliás teriam ainda que ter uma localização muito especial para que os focos isquémicos viessem, no seu conjunto, a ter uma disposição em estria. Parece-me que os autores que se têm ocupado dêste problema não deram o verdadeiro valor às dificuldades para explicar, dentro de tal concepção, as destruições laminares não só do corno de Ammon como de outras regiões do cérebro. NEUBÜRGER e BODECHTEL apontam-nas, mas apenas de passagem.

Sem dúvida as já mencionadas tentativas para explicar a especial vulnerabilidade do sector de SOMMER pelas particularidades do trajecto e distribuição da artéria aferente — feitas especialmente por UCHIMURA — não têm cabimento algum no caso de tais destruições laminares *parciais*. Mas mesmo no caso em que está lesado *todo o território* da referida artéria, tenho as minhas dúvidas, se de-facto uma tal tentativa de explicação mecânica tem cabimento.

Para sermos sinceros devemos confessar que nada sabemos sobre se de-facto um trajecto extenso de uma artéria respectiva predis põe para perturbações da circulação. Já há muitos anos chamei a atenção para a hipótese de KOLISKO e de muitos outros que se lhe seguiram, que explica a necrose do *globus pallidus* na intoxicação pelo óxido de carbono, pelo estreito calibre da artéria irrigante em relação ao seu comprimento e pelo seu trajecto retrógrado. De maneira semelhante se explicou a afecção da região situada em volta do aqueduto de SYLVIVS na polioencefalite hemorrágica superior de WERNICKE, pela circulação desfavorável desta zona, que é irrigada por artérias terminais que sobem num trajecto quási vertical, da base do cérebro para cima, em sentido contrário à gravidade. Se fôssem certas estas explicações meramente mecânicas, deveríamos perguntar porque é que o alcoolismo não provoca a necrose do *globus pallidus* e porque o amolecimento na intoxicação pelo óxido de carbono não se localiza nos núcleos dos oculomotores.

Para a doença de WERNICKE esta tentativa de explicação perdeu entretanto o seu valor, desde que sabemos hoje, depois das

investigações de GAMPER, NEUBÜRGER e outros, que em tal doença os corpos mamilares são sempre atingidos e pelo menos com tanta intensidade como a região dos núcleos óculo-motores. Penso que as teorias vasculares, puramente mecânicas, como estas, para explicar a patogenia das lesões do sector de SOMMER, virão a ter a mesma sorte, por não assentarem sobre bases mais sólidas.

Ainda menos suficiente me parece a explicação que tentou dar UCHIMURA para a vulnerabilidade da porção terminal (*Endblatt*) em comparação com a resistência da *fascia dentata*. Ambas são irrigadas por pequenos ramos próprios da artéria cerebral posterior, de modo que não tem valor a interpretação dada para a sensibilidade específica do sector de SOMMER. Mas, segundo UCHIMURA, a porção terminal tem uma rede de capilares de malhas largas; a *fascia dentata*, pelo contrário, tem uma rede de malhas muito estreitas. UCHIMURA julga que uma região que dispõe duma capilarização tão rica esteja muito melhor protegida contra as consequências de alterações da circulação do que regiões com menor número de capilares. Tenho dúvidas que esta idea seja justa. Imaginei sempre que cada tecido e cada parte dum órgão recebe a quantidade de sangue de que precisa. O facto de haver em qualquer região poucos capilares não me parece provar que tal região tenha uma circulação insuficiente, mas sim que não precisa duma irrigação mais ampla. É portanto de esperar que, havendo perturbações da circulação, regiões destas sejam antes menos do que mais sensíveis em comparação com as zonas que dispõem duma rede capilar mais rica.

Estes pontos de vista já os apresentei a-propósito da comunicação de dois casos de destruição laminar cortical em afecções convulsivas de etiologia obscura. Do meu conhecimento nenhuma objecção foram feitas contra êsses meus pontos de vista.

Queria salientar mais uma vez que, fundamentado nas impressionantes observações em embolias gasosas e gordas e algumas outras afecções, considero como absolutamente demonstrada a *possibilidade* de tais destruições laminares resultarem exclusivamente de perturbações circulatórias. O que desejava acentuar era apenas que estamos ainda bastante mais longe de saber interpretar tôdas estas coisas do que a maioria daqueles autores que defendem a teoria circulatória pura parece julgá-lo. Penso ter

demonstrado que somos forçados a admitir hipóteses bastante complicadas para aceitarmos a distribuição das destruições celulares exclusivamente como a consequência de perturbações circulatórias. Há, pelo menos, que aceitar que, além da obstrução — orgânica ou funcional — dos vasos, intervém um outro factor até agora ainda desconhecido. Se assim é, não me parece lícito concluir, do que se conhece em casos de alterações condicionadas aparentemente apenas por perturbações circulatórias, que destruições dessa natureza sejam sempre e exclusivamente determinadas por causas vasculares. ¿ Não intervirão também particularidades do tecido nervoso atingido? Não é forçoso aceitar que tais particularidades sejam pre-existentes ou fisiológicas, como VOGT o pretende na sua concepção da patoclise. BODECHTEL faz intervir o estado fisiológico das células pelo que respeita à assimilação e desassimilação num dado momento. Podia também pensar-se na possibilidade de uma lesão prévia de determinadas células ou grupos de fibras nervosas. Tal possibilidade há que considerá-la especialmente nos casos em que intervêm conjuntamente factores infecciosos, como, por exemplo, na eclâmpsia da tosse convulsa, ou ainda mais, como no caso especial de que nos ocupamos, isto é, na endocardite lenta.

Quero acentuar, muito especialmente, que tais considerações constituem apenas hipóteses não demonstradas nem mesmo demonstráveis. Refiro-as apenas para mostrar que, ao concluirmos pela insuficiência das explicações patogénicas, unicamente fundadas em perturbações circulatórias, o não fazíamos sem razões plausíveis.

A acção conjunta de causas *várias* desempenha seguramente um papel muito mais importante na génese da doença do que aquêlle que o nosso raciocínio, após simplificações e esquematizações, tenderia a aceitar. Mesmo num pequeno problema tão circunscrito, como êste de que nos ocupamos, as coisas são bastante mais complicadas do que à primeira vista podem parecer, e devemos precaver-nos contra a tendência a explicar as várias alterações observadas apenas por um único mecanismo patológico. Também pelo que respeita às perturbações circulatórias em si, não nos parece que, nos casos de endocardite lenta, sejam apenas de natureza funcional, como aliás é de aceitar para outras afecções, de acôrdo com a doutrina de SPIELMEYER e da sua es-

cola. Na endocardite lenta devem intervir também obstruções orgânicas e entre essas, especialmente, as que são condicionadas por embolias, trombozes e talvez mesmo pelos processos de endotelite, descritos pelos autores franceses (veja pág. 61).

ZUSAMMENFASSUNG

Verf. konnte die s. Zt. von seinem Schüler *Kimmelstiel* in Faellen von Endocarditis lenta am Gehirn erhobenen Befunde in weiteren 12 Faellen bestätigen. Er betont die grosse Mannigfaltigkeit der, teils auf reinen Kreislaufstörungen — einschl. aseptischer Embolie — teils auf Verschleppung kokkenhaltigen Materials beruhenden, Veraenderungen in histopathologischer Beziehung. Diese Mannigfaltigkeit unterscheidet bis zu einem gewissen Grade diese Form embolisch-metastatischer Encephalitis von solchen anderer Aetiologie. Er geht dann besonders auf die Veraenderungen am Ammonshorn ein, die in diesen Faellen mit besondrer Regelmässigkeit in Form von Verödungen und Erweichungen in Erscheinung treten. Diese bevorzugen zwar, wie die analogen Veraenderungen in Faellen anderer Genese, den Sommerschen Sektor und das Endblatt, zeigen aber andererseits in der Intensitaet, Lage und Ausbreitung der Veraenderungen die allergrössten Verschiedenheiten. Verf. setzt auseinander, dass die Ausfalle in keiner Weise Gefaessversorgungsbezirken entsprechen und dass es demnach unmöglich ist, sie allein auf Kreislaufstoerungen in einem oder mehreren bestimmten Gefaessgebieten zurückzuführen. Die Versuche, durch die Besonderheiten des Verlaufs der versorgenden Arterie und durch die Beschaffenheit des Kapillarnetzes die Empfindlichkeit bestimmter und die Widerstandsfähigkeit anderer Bezirke zu erklären, halten einer strengeren Kritik nicht stand. Obwohl auch Verf. an der massgebenden Bedeutung von Zirkulationsstörungen für die Entstehung dieser Vorgaenge nicht zweifelt, glaubt er doch die Pathogenese derselben nicht einseitig auf solche beziehen zu dürfen. Auch die vorangehende Schädigung bestimmter Zellgruppen durch das für die Affektion massgebende schädliche Agens muss in Erwägung gezogen werden.

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA DIAS, A. — A anatomia patológica no estudo das doenças mentais. Conferência realizada no Instituto Rocha Cabral em Maio de 1933.
- BINGEL, A. e HAMPPEL, E. — Spättdod nach Erhängen. *Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psych.* 149. Pág. 640. 1934.
- BODECHTEL, G. — Befunde am Zentralnervensystem bei Spätnarkosefällen etc. *Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psych.* 117. Pág. 366. 1928.
- Die Topik der Ammonshornschädigung. *Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psych.* 123. Pág. 485. 1930.
- Gehirnveränderungen bei Herzkrankheiten. *Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psych.* 140. Pág. 657. 1932.
- BRINKMANN, F. — Ueber histologische Befunde im Zentralnervensystem bei Endocarditis infectiosa. *Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psych.* 114. Pág. 734. 1928.
- DIAMOND, I. B. — Brain changes in malignant endocarditis. *Arch. of Neurol.* 27. Pág. 1175. 1932.
- FLATER, A. — Endocarditis und Gehirn. *Klin. Wochenschr.* Pág. 2094. 1924.
- GAMPER. — *Deutsche Zeitschr. f. Nervhk.* 102. 1928.
- HECHST. — Ueber Gehirnveraenderungen bei Endocarditis ulcerosa. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.* 149. Pág. 365. 1933.
- HUGUENIN. — Ziemssens Handbuch d. spez. Pathol. u. Therapie Bd. 11. Págs. 738/39. 1878.
- KIMMELSTIEL, P. — Ueber Viridans-Encephalitis bei Endocarditis lenta. *Zieglers Beiträge.* 79. Pág. 39. 1927.
- LEICHTENSTERN. — *Deutsche med. Wochenschr.* Pág. 93. 1892.
- LEYDEN. — *Verh. d. Ges. f. innere Med.* Pág. 103. Berlin, 1901.
- MELCHER, A. — Ueber Encephalitis bei Endocarditis lenta. *Schweizer Arch. f. Neurologie.* 34. Pág. 299. 1934.
- MERKLEN, P. et WOLF, M. — Participation des endotheliites artério-capillaires au syndrome de l'endocardite maligne lente. *Presse Médic.* Pág. 97. 1928.
- MUELLER, G. — Zur Frage der Altersbestimmung histologischer Veränderungen am menschlichen Gehirn, etc. *Zeitschrift. f. d. ges. Neurol. u. Psych.* 124. Pág. 1. 1930.
- NATHAN, H. — Ueber Viridans-Encephalitis. *Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psych.* 126. Pág. 536. 1930.
- NEUBUERGER, K. — Zur Frage der funktionellen Gefäßstörungen unter besonderer Berücksichtigung des Zentralnervensystems. *Klin. Wochenschr.* 37. 1926.
- Ueber cerebrale Fett- und Luftembolie, etc. *Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psych.* 95. Pág. 278. 1925.
- Ueber Hirnveränderungen nach Alkoholmissbrauch. *Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psych.* 135. Pág. 159. 1931.
- ROSENBERG, G. — Zur Kenntnis der Enterokokken-Endocarditiden. *Klin. Wochenschr.* Pág. 359. 1932.
- SPIELMEYER, W. — Die Pathogenese des epileptischen Krampfes. *Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psych.* 109. Pág. 501. 1927.

- UCHIMURA, I. — Ueber die Gefäßversorgung des Ammonshorns. *Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psych.* 112. Pág. 1. 1928.
- Zur Pathogenese der oertlich-elektiven Ammonshornerkrankung. *Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psych.* 114. Pág. 567. 1928.
- VILLARET, M., CARCHERA, R. et FAUVERT, R. — Spasmes des artères cérébrales provoqués par l'embolie expérimentale du cerveau. *Comptes rendus de la Soc. de Biol.* 125. Pág. 58. 1937.
- WINKELMAN, N. W. and ECKEL, I. — The brain in bacterial endocarditis. *Arch. of Neurol.* 23. Pág. 1161. 1930.
- WOHLWILL, FR — Ueber mykotische Endocarditis. *Arch. f. Psych.* 79. Nr. 4.
- Nicht-eitrige Entzündungen des Zentralnervensystems. Spezielle Pathologie und Therapie von Kraus-Brugsch. Bd. 10. Tl. 2. Pág. 455.
- Allgemeine pathologische Anatomie des Nervensystems. *Fortschritte d. Neurol.*, etc. 1. Pág. 409. 1929.
- Ueber akute pseudolaminäre Ausfälle in der Grosshirnrinde bei Krampfkrankheiten. *Monatschr. f. Psych. u. Neurol.* 80. Pág. 139. 1931.
- ZOLOTOVA, N. A. — Gehirnveränderungen bei Endocarditis. *Virch. Arch.* 277. Pág. 420. 1930.

Revista dos Jornais de Medicina

As narcoses endovenosas. (*Le narcose endovenose*), por CARLO RE (Turim).
— XXVII Congresso Italiano de Ortopedia e Traumatologia. *Bibliografia Ortopedica*. Ano XX. N.º 3. Págs. 198-199. Maio de 1937.

A experiência do A. sobre o uso das narcoses por via endovenosa baseia-se em 734 casos, dos quais 280 submetidos a injeção endovenosa de evipan sódico e 454 a injeção de eunarcon. Não teve a lamentar qualquer complicação e apenas em 1 caso houve um estado momentâneo de colapso, que foi logo vencido com os meios terapêuticos usuais.

O seu uso sistemático, particularmente para o evipan como narcótico de base, é um erro, porque o A. não crê que êles se possam considerar, como muitos autores fazem, como verdadeiros narcóticos basais.

No seu emprêgo não se pode seguir esquema algum, tanto pelo que respeita à técnica da injeção como da preparação (evipan); a quantidade de narcótico, posto que obedecendo a algumas regras que podem valer para a maior parte dos casos, varia bastante de um indivíduo para outro e só a experiência do anestesista pode permitir regular-se da melhor maneira em cada caso isolado.

Indivíduos particularmente adaptados à narcose com evipan sódico e com eunarcon são os indivíduos duma certa idade e os affectados por doenças debilitantes ou de coração, isto é, em más condições de saúde. Nos indivíduos novos e robustos e já em estado de ansiedade durante a vigília, os narcóticos citados não são recomendáveis, pela intensa agitação post-narcótica, ao que nem sempre se pode obviar com os meios terapêuticos de que dispomos.

Tanto na narcose com o evipan como na feita com o eunarcon, o A. nunca fez uma injeção prévia de morfina ou de preparados semelhantes, e não encontrou diferença alguma notável no emprêgo de um ou do outro, no que respeita ao aparecimento do sono e à duração do sono profundo; teve, todavia, a impressão de que o sono post-narcótico é de mais curta duração usando o eunarcon.

Nem com uma nem com outra destas drogas observou necrose da pele, por injeção paravenosa, como outros autores observaram com o eunarcon. O A. acha-as particularmente adaptáveis às pequenas intervenções (redução de luxações, de fracturas, osteotomias, incisão de fleimões, limpeza de focos osteomiélticos, fasciotomias, tenotomias, amputações, etc.).

Áparte tôdas as outras vantagens dêstes narcóticos, quando prudentemente usados, têm o mérito principal de poupar notavelmente o psiquismo do doente, que, se tiver de ser eventualmente submetido por segunda vez à

intervenção operatória, infalivelmente reclamará a anestesia por injeção no braço.

MENESES.

Contribuição para o tratamento operatório das fracturas do raquis. (*Contributo al trattamento operatorio delle fratture del rachide*), por G. PIERI (Udine). — XXVII Congresso Italiano de Ortopedia e Traumatologia. *Bibliografia Ortopedica*. Ano XX. N.º 3. Págs. 208-209. Maio de 1937.

O A. interveio em 25 casos, entre 87 casos de fracturas vertebraes observadas nos últimos catorze anos. Abstem-se nos casos recentes de fracturas com paraplegia simétrica, rectoplegia e cistoplegia (num caso do género tentou, sem resultado, a transplantação radicular); entende que se deve intervir com a laminectomia se os sintomas de lesão nervosa não são demasiado graves: em 4 casos dêesses obteve melhoras notáveis.

Nas fracturas do corpo das últimas vértebras dorsais e das vértebras lombares faz a transplantação óssea de Albee: 14 casos operados com 13 óptimos resultados.

Nas fracturas inveteradas onde se instalou a espondilite traumática (doença de Kümmell-Verneuil) é aconselhável intervir com transplante ósseo: num caso operado, o bom resultado mantém-se há onze anos. Nas fracturas inveteradas com *reliquat* nervoso (das quais o A. operou 5 casos), convém intervir se a lesão não é demasiado antiga. O A. operou, finalmente, 2 casos de espondilolistese com transplante ósseo de Albee, mantendo-se a cura num caso há quasi dois anos e noutro há quinze meses.

MENESES.

As ciáticas vertebraes. (*Le sciatiche vertebrali*), pelo Prof. NICOLA FRANCESCHELLI (Roma). — XXVII Congresso Italiano de Ortopedia e Traumatologia. *Bibliografia Ortopedica*. Ano XX. N.º 3. Págs. 162-163. Maio de 1937.

Pode empregar-se a denominação de «ciáticas vertebraes» nas formas em que a ciatalgia não é senão um sintoma que surge secundariamente a alterações do trato sacro-lombar da coluna: IV-V lombares, sacro, articulação sacro-iliaca.

As ciáticas vertebraes podem distinguir-se, segundo a origem topográfica da algia, em funiculares e plexuais.

As ciatalgias plexuais são secundárias a processos mórbidos (inflamatórios, neoplásicos, traumáticos ou de outra natureza) que atingem o sacro ou a articulação sacro-iliaca.

Todos os ramos do plexo, isoladamente ou em grupo, podem ser abrangidos. A algia origina-se, verosimilmente, no mecanismo da distensão ou da compressão (neoplasmas) ou com a difusão, pelos ramos do plexo, da irritação flogística irradiada por focos osteíticos ou osteo-artríticos do sacro ou da articulação sacro-iliaca.

É evidente que nestes casos o tratamento directo da lesão esquelética ou articular primitiva influirá benéficamente sôbre o síndrome ciatálgico.

As ciatalgias funiculares têm origem em alterações que atingem a IV-V lombares e I.^a sagrada.

A sintomatologia nervosa origina-se ao nível do buraco conjugado intervertebral. Os nervos que tomam parte na aparição da algia são o IV-V.^o lombar; o mais atingido é o V.^o. A algia é secundária a uma neurodocite do canal conjugado e atinge o nervo na sua porção funicular. São as ciáticas neurodocíticas, as mais vulgares na prática clínica.

A neurodocite deriva, por sua vez, duma artrite vertebral (apofisária, intersomática), a qual se estabelece ou secundariamente a processos môrbidos espondilíticos, ou espondilartríticos de natureza específica, ou em consequência de dimorfismos (congénitos ou adquiridos), anomalias, desequilíbrios estáticos que atingem a coluna somática ou a coluna arcal, especialmente nos componentes articulares.

Trata-se, na maior parte dos casos, de artrites crónicas específicas, estáticas, recidivantes, justificáveis quasi sempre de um tratamento incruento adequado.

Onde isto não resulte, impõe-se um tratamento cirúrgico: bloquear, mediante uma artrodese extra-articular, o segmento lombo-sagrado do raquis, ou demolir directamente (transversectomia, artrectomia) a espinha irritativa fundamental, da qual deriva o padecimento nervoso.

MENESES.

Considerações sôbre 19 casos da lesão de Monteggia. (*Considerazioni su 19 casi di lesione del Monteggia*), por ANTONINO DI PRAMPERO (Bologna). — *La Chirurgia degli Organi di Movimento*. Vol. XXIII. Fasc. 2. Págs. 108-133. Dezembro de 1937.

O quadro clínico vulgarizado sob o nome de «fractura de Monteggia», é conhecido: luxação da tacícula do rádio concomitante com fractura do cúbito. É rara, segundo a estatística do A. 4,70% das fracturas do antebraço, e pode ser produzida:

1.^o — Por *trauma directo* actuando na direcção pósterio-anterior sôbre a face posterior do antebraço (luxação anterior) ou na direcção pósterio-anterior e médio-lateral (luxação ântero-lateral) ou na direcção ântero-posterior, queda sôbre a face anterior do antebraço ligeiramente flectido, estando a mão apoiada no terreno (luxação posterior).

2.^o — Por *trauma directo e indirecto*, queda sôbre a face posterior do antebraço (fractura do cúbito); tentativa de levantamento do pêso do tronco sôbre a mão: luxação posterior por extensão do fragmento cubital proximal (contração do tricipete e desvio posterior do rádio expulso passivamente do ligamento anular).

3.^o — Por *trauma indirecto e directo*: queda sôbre a palma da mão (fractura do cúbito pelo 3.^o médio) e, num segundo tempo, queda sôbre a face posterior do antebraço (luxação anterior).

4.^o — Por *trauma complexo*.

O A. apresenta desenhos elucidativos destes 4 casos, figurando o trauma e a par-dê a lesão produzida.

Pode ser complicada por lesões cutâneas, fracturas associadas, lesões nervosas e muito raramente lesões vasculares. Em casos inveterados pode ser complicada por artrite deformante, aderências, neo-artroses, deformidades, pseudo-artroses, laxidão articular, rigidez, hipotrofia muscular, hipovalidez do membro.

Para o diagnóstico clínico, o mecanismo do trauma, se fôr bem contado pelo doente, pode trazer-nos dados do maior valor, que serão confirmados pelo exame objectivo.

A lesão cubital é mais facilmente reconhecível, a qual, excepcionalmente isolada, deve induzir a procurar a luxação radial revelada pela palpação do côndilo fora do lugar.

A tumefacção do cotovêlo, às vezes enorme, se não permite sentir a cabeça do rádio, será porém suficiente para fazer suspeitar de luxação; do mesmo modo, eventuais paralisias do radial, posição em pronação, obstáculo à supinação, dados objectivos estes mal explicáveis admitindo apenas a fractura do cúbito. Fracturas associadas são difficilmente diagnosticáveis clinicamente. A radiografia é, por isso, indispensável em todos os casos.

O tratamento incruento, que deu os melhores resultados, é o realizado por tracção segundo o eixo do antebraço em supinação e extensão; pressão sobre a tacícula radial associando-lhe movimentos de pronosupinação e flexo-extensão para afastar elementos anatómicos eventualmente interpostos entre o rádio e o côndilo, causa de possível relaxação. Obter-se-á a redução da fractura em consequência da redução da luxação. A imobilização em flexão de ângulo agudo e em supinação foi mantida durante quinze a vinte dias.

O tratamento cruento torna-se indispensável nos casos de falhar o resultado do tratamento incruento ou nos casos inveterados. A técnica operatória e o tipo de incisão devem ser escolhidos para cada caso. Há, todavia, condições especiais em que a intervenção merecerá considerações ponderadas.

O A. apresenta, brilhantemente ilustradas, as observações dos seus casos.

MENESES.

Sobre 21 casos de sacralização, operados de apofisectomia. (*Sopra 21 casi di sacralizzazione, operati di apofisectomia*), pelo Prof. FRANCESCO DELITALA (Veneza). — XXVII Congresso Italiano de Ortopedia e Traumatologia. *Bibliografia Ortopedica*. Ano XX. N.º 3. Pág. 167. Maio de 1937.

O A. considera o problema apenas sob um aspecto: o da sacralização. Apresenta casos de megapófise, de verdadeira sacralização, de apófises normais, operados porque sofriam há anos, submetidos inútilmente a todos os tratamentos. Obtiveram-se resultados nulos quando não havia nem sacralização nem megapófise. Simplificou a técnica, usando uma agulha comprida como ponto de referência.

Não descobriu a causa da ciática; o problema requiere ainda estudo.

Estatística:

Três produtos clássicos nas afecções pulmonares

Pneumonias gripais e post-operatórias

Profilaxia e tratamento com

TRANSPULMINA

O produto clássico de quinina, cânfora e óleos voláteis

Caixas de 6, 12, 25, 250 e 500 ampôlas de 1,2 cc.

Tratamento abortivo da pneumonia cruposa

SOLVOQUINA

Solução de quinina a 25 % e fenildimetilpirazolona
Aumento rápido do nível da quinina no sangue
— Aplicação indolor —

Caixas de 3, 12 e 50 ampôlas de 2,2 cc.

*Tratamento da pneumonia no período de estado
e como profilático:*

SOLVOQUINA - CÁLCIO

Reune o efeito anti-pneumocócico da Solvoquina
à acção antiflogística do cálcio

Caixas de 3 e 5 ampôlas de 2 1/2 e 5 cc.



*30 anos de uso confirmam as virtudes terapêuticas do anal-
gésico e antipirético*

COMPRIMIDOS TREUPEL

Fenacetina — Codeína — Acido acetilsalicílico
em combinação especial com os sais laxativos de Band Homburg
Isentos de efeitos nocivos

Tubos de 10 comprimidos de 0,5 e 1 gr.

Fabricantes : — Chemisch-Pharmazeutische A. G. Bad Homburg / Alemanha

Representantes : — Estabelecimentos Herold, L.^{da}



Tecido pulmonar firme e abafado

Pneumonia

QUANDO, a princípio, se suspeita a pneumonia, mas não há confirmação, a aplicação imediata de um colete de *Antiphlogistine*, está indicado para evitar, se for possível, o desenvolvimento da moléstia.

Uma vez confirmado o diagnóstico, o emprêgo da *Antiphlogistine*, ajuda o paciente a atravessar sem perigo o período da crise.

Antiphlogistine

AMOSTRAS
SOB 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

ANTIPHLOGISTINE é iperémica, descongestiva e relaxante, e contribue para o alívio da dor pleurítica

Número de ciáticas: mulheres, 62; homens, 240. Operados: mulheres, 6; homens, 15.

Resultados: próximos: bons, 15; estacionários, 6. Afastados: bons, 17; estacionários, 3. Sem notícias, 1.

MENESES.

Sobre a hipervitaminose B₂ experimental (intoxicação pela Lactoflavina) nos ratos. (*Ueber die experimentelle B₂—Hypervitaminose [Lactoflavinvergiftung] bei Ratten*), por W. WESLAW, B. WRÓNSKI, A. WRÓBLEWSKI e B. WRÓBLEWSKI. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 50. 1937.

Os AA. referem-se, em primeiro lugar, aos trabalhos empreendidos nos domínios da constituição química da vitamina B e, em particular, às investigações que, nos últimos tempos, incidiram sobre o seu factor B₂ e abordam, em seguida, os conceitos geralmente admitidos acêrca das propriedades biológicas da mesma substância nas suas variadas relações com os processos fisiológicos de oxidação que se passam no interior das células animais, lembrando as possíveis relações entre a vitamina em questão e a secreção hormonal das supra-renais, relação esta que se entrevê pelos trabalhos de v. Euler, Adler e Hellström e outros.

As experiências dos AA. foram feitas em ratos brancos, submetidos a uma alimentação conhecida, e a administração da Lactoflavina «Bayer» foi feita subcutaneamente, tendo alguns animais sido submetidos a tratamentos especiais por radiações e, finalmente, todos sujeitos ao exame histológico dos órgãos considerados importantes para a interpretação do quadro da hipervitaminose B₂.

Verificou-se que a Lactoflavina tem uma forte acção tóxica, mais tóxica mesmo que as de outras vitaminas já estudadas neste sentido. Esta acção tóxica, que se manifestou nos animais de experiência por diarreias, alterações musculares, das orelhas e olhos, etc., depende, dentro de certos limites, da irradiação sofrida pelo animal.

As alterações anátomo-patológicas foram encontradas nas supra-renais e consistiam, macroscopicamente, em hipertrofia e alteração da cor e, microscopicamente, em hiperemia e alterações na quantidade dos lipóides celulares. No fígado achou-se aumento das gorduras celulares e no baço, atrófico, encontraram-se alterações estruturais importantes, sobretudo ao nível dos corpúsculos de Malpighi e isto, especialmente, nos casos que decorreram com sintomatologia muito aguda.

OLIVEIRA MACHADO.

A quantidade de xantoproteínas contidas no sangue no reumatismo.

(*Der Blutxanthoproteingehalt bei Rheumatikern*), por FRIEDRICH KNUCHEL. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 52. 1937.

O A., depois de citar as doutrinas recentemente expostas acêrca da génese das doenças articulares e nas quais se pretende interpretar as razões que determinaram a electividade de acção sobre determinado órgão dos

agentes tóxicos, ou não, determinantes dos variados sindromas produzidos pela mesma causa, procura esclarecer a possibilidade de intervenção de substâncias do grupo dos xantoproteínas, hipótese já apresentada e encarada acêrca do ácido homogentisínico e outros corpos fenólicos com afinidade especialmente marcada para as articulações.

Relata o método usado na determinação da quantidade de substâncias em estudo no sangue e esclarece que se trata do de Becher, com leves transformações achadas convenientes. As determinações foram feitas em grande número de casos de afecções reumatóides e os resultados são catalogados em três tabelas, onde se verifica que houve, em grande número de casos, aumento dos xantoproteínas em relação às cifras consideradas normais.

Fica sem resolver, no entanto, o problema fundamental da questão em jôgo; cabe perguntar se só são causadores do quadro os xantoproteínas ou se intervêm outros produtos e, na hipótese de acção fundamental xantoproteica, resta saber se o aumento das substâncias provém de alterações intestinais por transtornos da flora bacteriana ou se antes a explicação se coaduna melhor com avariações da função eliminadora do rim que provoque a retenção dos mesmos produtos.

OLIVEIRA MACHADO.

Sôbre o diagnóstico electrocardiográfico tardio do infarto do miocárdio por meio da derivação torácica. (*Zur elektrokardiographischen Spätdiagnose des Miokardinfarktes mittels thorakaler Ableitung*), por FRANZ KISCH. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 52. 1937.

O A. discute o interêsse dos sinais electrocardiográficos para o estabelecimento do diagnóstico tardio do infarto do miocárdio nos diferentes territórios do músculo cardíaco, em face das dificuldades clínicas, para se certificar do diagnóstico pelos meios semiológicos habituais. Refere-se particularmente à importância da chamada derivação torácica e estuda minuciosamente a sua influência e o seu valor na localização do território cardíaco atingido pelo infarto.

É sôbre êste último capítulo que o trabalho do A. se torna particularmente interessante e é sôbre esta questão que se citam mais larga e especificadamente as investigações anteriormente realizadas por outros autores, entre os quais destaca, sobretudo, Weinstein, Jervell, Lévine, Wilson e muitos outros.

São relatadas várias histórias clínicas, juntamente com os dados de observação colhidos e, por último, são resumidos, pelo A., os resultados das suas investigações, citando-se então os sinais electrocardiográficos considerados importantes para o diagnóstico do quadro clínico em questão, sobretudo quando o território vascular afectado determina infarto da face anterior do miocárdio e dizendo estes sinais respeito, especialmente, a alterações de curva correspondente ao complexo denominado ventricular.

OLIVEIRA MACHADO.

Sobre a pleurite exsudativa primária. (*Ueber die primäre Pleuritis exsudativa*), por FRIEDRICH ERNST SCHMENGLER. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 50. 1937.

O A. inicia o seu trabalho criticando as denominações de pleurite primária e secundária e expõe, resumidamente, os critérios que a tais denominações têm levado, razões que assentam, sobretudo, na maneira como se instala o quadro clínico em relação à existência de lesões primárias pre-existentes assentando, ou não, nas imediações do espaço pleural. Refere-se à opinião, geralmente admitida, de que as pleurites primárias são, com extraordinária freqüência, de origem tuberculosa, como se demonstra pelas provas laboratoriais da pesquisa do bacilo no exsudado e de inoculação nos animais de experiência, mas interroga-se se não será a doença em questão uma manifestação alérgica, e é para o esclarecimento de tão importante assunto que o A. dirige especialmente a sua atenção no trabalho presente.

Em seguida, citam-se duas histórias clínicas, que se fazem acompanhar dos dados colhidos na observação dos doentes, tanto na clínica como na laboratorial, incluindo-se nestas últimas as imagens radiográficas correspondentes.

Do estudo cuidado dos casos citados, o A. tira conclusões que reforça com opiniões apontadas por outros autores e termina concluindo que a patogenia das pleurites primárias é diferente da das pleurites secundárias a tuberculose, afirmando que estas têm como base um processo claramente inflamatório dos folhetos pleurais, enquanto que aquelas, embora possuindo, as mais das vezes, uma base fisiopatológica tuberculosa, devem corresponder a uma reacção alérgica de tipo antigénio-anticorpo, como parece poder concluir-se das observações clínicas e da crítica científica que constituem este trabalho.

OLIVEIRA MACHADO.

Os sinais radiológicos nas crianças. (*Röntgenologische Scheinbefund bei Kindern*), por WOLFGANG JANDER. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 50. 1937.

O A. pretende estabelecer a grande importância que, para o diagnóstico radiológico das doenças nas crianças, possui o momento da respiração durante o qual a imagem radiográfica é colhida. Para tal demonstração o A. cita um caso de observação própria numa criança sofrendo de uma doença pulmonar. Foram colhidas radiografias em diversos momentos, tendo em consideração a posição inspiratória ou expiratória do tórax, e verifica-se, claramente, a extraordinária diferença existente entre as variadas imagens radiográficas, diferença que não diz respeito somente às imagens correspondentes às costelas, mas também ao aspecto dos desenhos produzidos pelos vasos e até pelo próprio parênquima pulmonar.

O caso clínico estudado é acompanhado da história, dados da observação tanto clínica como laboratorial e radiológica.

OLIVEIRA MACHADO.

A asma e seu tratamento pela insulina. (*Asma y choque insulínico*), por A. BASILE e M. ELFERSY. — *La Prensa Médica Argentina*. Ano XXIV. N.º 45. 1937.

Se passarmos em revista tôdas as tentativas que têm sido postas em prática no capítulo de tratamento da asma, verificamos que muitos dos problemas que dizem respeito a êste quadro mórbido se mantêm insolúveis, sobretudo quando se pretende abordar a sua patogenia.

A bibliografia que diz respeito à terapêutica da asma é muito vasta, surgindo recentemente Wegierko a indicar a insulina como uma droga que se não deve desprezar no tratamento dêste síndrome.

É curioso que actualmente se observa a tendência de ampliar as indicações da insulina, inclusive na psiquiatria, provocando-se acentuadas hipoglicemias por meio da injeccção de elevadas doses de hormona pancreática.

Os AA., impressionados com os resultados que Wegierko apontou, trataram numerosos doentes de asma brônquica (isentos de insuficiência circulatória e de avançado enfisema pulmonar), seguindo a técnica anteriormente indicada, injectando, em jejum, 40 U de insulina por via subcutânea.

Os doentes submetidos a êste tratamento foram cuidadosamente estudados (tensão arterial, análises de urina, de glicemia, reserva alcalina, etc.), repetindo-se êsses exames não só durante as três horas que se seguiram à injeccção da insulina, mas também meia hora depois da introdução, no organismo, de glicose, que se administra com o fim de suspender a crise de hipoglicemia.

Os AA. apresentam neste trabalho tôda a documentação do cuidadoso estudo laboratorial dos doentes, sendo flagrante a sensação de tranqüilidade que êsses doentes apresentaram no fim de meia hora, com diminuição muito acentuada da dispneia, caindo até alguns num estado de sonolência, com sudção abundante, queixando-se outros de vertigens, obnubilação, apatia, tremor dos membros, etc., o que se deve atribuir à baixa de glicemia.

Os AA., quando nesses doentes se aperceberam dum estado de inferioridade orgânica, resultante do empobrecimento do sangue em glicose, recorreram à administração de 40 grs. de açúcar, por via oral ou por meio de injeccção de sêro glicosado.

No decorrer dêste drama aparente é que se operam as modificações humorais, observando-se oscilações descendentes na curva da glicemia, mantendo-se a reserva alcalina, na maioria dos casos, dentro dos limites normais.

Os AA., pelo que observaram, não duvidam que a insulina tem a faculdade de diminuir a dispneia paroxística do asmático, mas não afirmam que exista paralelismo entre o momento em que cessa a dispneia e a maior ou menor intensidade do choque insulínico, observando-se casos em que a perturbação humoral foi leve, mas o resultado brilhante, e vice-versa.

A duração da crise, que se suspende por meio da ingestão de glicose, é condicionada pelo desaparecimento da dispneia, havendo contudo vantagem em demorar levemente êsse período de hipoglicemia.

A crise dispneica pode reaparecer no fim de vinte e quatro horas ou mais, recorrendo-se mais uma vez à insulina, que não só exerce uma acção bené-

fica imediata, mas também, após vários choques, se observa uma diminuição na frequência das crises dispnéicas.

BARREIROS SANTOS.

A intervenção do lóbulo anterior da hipófise nos fenómenos diabéticos e a sua acção pancreatotrópica. (*The anterior pituitary and its diabetogenic and pancreatotropic activity*), por A. ELMER, B. GIEDOSY e M. SCHEPS. — *Acta Medica Scandinavica*. Vol. XCIII. Fasc. IV-V. 1937.

As recentes investigações experimentais sobre diabetes mostram que o campo em que se discute a fisiopatologia do metabolismo dos hidratos de carbono é mais extenso do que se julgava, estando êste dependente não só da hormona pancreática, mas também da que é elaborada pelo lóbulo anterior da glândula pituitária.

A literatura que aborda o problema revela opiniões de vários autores, algumas até discordantes, podendo considerar-se divididas em dois grupos.

O primeiro dêstes grupos atribue ao lóbulo anterior da hipófise o papel de aumentar a taxa de açúcar do sangue, fazendo-o por meio duma hormona com acção oposta à insulina, enquanto que o outro núcleo de investigadores, à frente dos quais está Anselmino e modernamente Chrzanowski e Grzycki, afirma que a hipófise glandular segrega uma substância que provoca o empobrecimento do sangue em glicose.

Recentemente Hoffmann afirma que pelo método da ultrafiltração conseguiu isolar essas duas substâncias de acção antagónica.

Os AA., impressionados pela discordância das conclusões, lançaram mãos ao trabalho, fazendo um cuidadoso estudo experimental, cuja orientação resumem no seu curioso artigo.

Utilizaram o extracto de pituitária anterior, preparado pelo método de Loeb, verificando que os resultados obtidos dependiam em grande parte da via pela qual se fazia a introdução da substância no organismo. Assim, a infecção subcutânea (na dose de 0,25-0,50 grs. por quilograma de peso do animal), não provocou a mais leve alteração da glicemia, enquanto que a injeção intravenosa ou intra-raquídea, mesmo em doses inferiores, produziu um acentuado aumento de glicemia, que se manifestou dentro das duas primeiras horas, para se dissipar no fim de cinco ou seis horas.

Essa elevação da taxa de açúcar no sangue apresenta oscilações muito variáveis, até mesmo dum para outro animal, uma vez que se injecte a mesma dose, o que deve depender não só do estado de nutrição, mas também da riqueza em glicogénio do fígado e dos músculos.

Os resultados obtidos pelos AA. confirmam os da escola de Houssay, com a diferença de que êste observou a reacção glicémica para além das vinte e quatro horas e, por consequência, tardia, certamente porque as doses de ensaio foram cêrca dum quinto das que os AA. administraram.

A mesma alteração sanguínea pode ser obtida por meio de sangue de doentes portadores de estados hiperfuncionais do lóbulo anterior da hipófise, tais como a acromegalia, e certamente a notável resistência à insulina que

esses doentes apresentam deve residir na superprodução duma hormona hipofisária de acção antagonista.

Os AA. levantam, em certa altura do seu trabalho, a seguinte questão: se de-facto o lóbulo anterior da hipófise segrega uma hormona bem individualizada e possuindo uma acção diabetogénica, ou se esta resultará da influência de outras substâncias, tais como a hormona tireotrópica ou a que regula o crescimento.

Houssay e os seus colaboradores verificaram que nos animais tiroidectomizados a modificação da glicemia pela acção do extracto da hipófise anterior é sensivelmente igual à que se observa nos cães não operados, facto que os leva a afirmar que na verdade existe um princípio activo elaborado na hipófise independente daquele que tem acção tireotrópica.

As experiências recentes de Regan, Barnes e outros confirmam por completo esta idea, isolando perfeitamente o princípio activo de origem pituitária que influe sobre a glicemia da hormona tireotrópica.

Os estudos que os AA. fizeram não concordam inteiramente com os resultados anteriormente apontados, verificando que o aumento da glicemia, pela injeção de extracto pituitário anterior, nos ratos tiroidectomizados ou nos animais não operados, mas em que o extracto ficou isento de hormona tireotrópica por ultrafiltração, foi inferior ao que se deu nos animais de *contrôle*.

Os AA. defendem a sugestão de Collip, quando afirma que não devemos aumentar o número de hormonas que se atribuem à hipófise e algumas delas que se têm isolado devem resultar da preparação laboratorial, havendo a libertação artificial de albuminas, componentes de moléculas proteicas mais complexas.

Para completar o seu estudo, os AA. não desprezaram a idea dum grande número de investigadores, entre os quais está Anselmino, que atribuem ao lóbulo anterior da hipófise o papel de excitar a secreção endócrina do pâncreas, aumentando a combustão dos hidratos de carbono e provocando, conseqüentemente, a hipoglicemia.

Fizeram um estudo experimental muito completo, inclusivamente com o *contrôle* de preparações-histológicas do pâncreas, declarando que, na sua opinião, o lóbulo anterior da hipófise não segrega qualquer hormona com acção pancreatotrópica.

BARREIROS SANTOS.

A diabetes na criança. (*Il diabete nei bambini*), por R. BETTICA. — *Minerva Medica*. N.º 1. Ano XXIX. Vol. I. 1938.

A diabetes surge-nos com certa frequência na idade infantil, traduzindo-se, umas vezes, por simples perturbações digestivas, outras por alteração do desenvolvimento físico, com fadiga fácil ao menor esforço e queda intensa do estado geral.

Lembra o A., confirmando assim a opinião de Baize, que devemos investigar a diabetes, sempre que a criança, além da poliúria ou polaquiúria, apresente as perturbações gerais anunciadas anteriormente, suspeita que é

fortalecida pela existência de diabetes nos antecedentes hereditários do doente.

O A., seguindo o critério de Baize, considera três tipos de diabetes infantil:

a) De notável intensidade com desnutrição, emmagrecimento muito rápido, glicosúria e glicemia elevadas, tendência precoce para a acidose com diminuta tolerância aos hidratos de carbono.

b) Diabetes de forma menos grave, mas com acentuada repercussão no desenvolvimento.

c) Forma benigna com sintomas atenuados.

Excluídos os casos leves, em que a dietética resolve facilmente a situação, temos necessidade de recorrer à insulina, variando a dose de 10 a 45 U. por dia, dividida em duas ou três frações. Associada a esta droga, aconselha o A. a administração, em alta dose, de vitamina B, cuja intervenção no metabolismo dos hidratos de carbono é manifesta, diminuindo a glicosúria, normalizando a glicemia possivelmente pelo aumento de tolerância do organismo aos hidratos de carbono.

Simultaneamente devem administrar-se ao doente os alcalinos e os estimulantes da nutrição, como o licor de Fowler, ferro, iodo, cálcio, etc. A oioterapia hepática e pancreática poderá facilitar os processos de digestão e assimilação.

Um recente e curioso trabalho de Mikulowski, que o A. recorda, levanta a questão da etiologia sífilítica da diabetes e a vantagem no tratamento específico.

No que diz respeito ao tratamento dietético, indica o A. o que segue para os doentes com cêrca de 25 quilogramas de pêso, com um valor energético aproximadamente de 1500 calorias, lembrando que as restrições rígidas dos hidratos de carbono na alimentação levam os doentes à acidose, em que a criança apresenta uma acentuada queda do estado geral, vômitos e, por vezes, a sensação de «barra epigástrica».

O A. recorda o facto dêstes doentes entrarem facilmente em acidose, chegando, inclusivê, ao cõma, mas apresentando uma notável resistência ao colapso cárdio-vascular.

BARREIROS SANTOS.

O tratamento do abcesso pulmonar pelo guaiacol intravenoso. (*The treatment of lung abscess by means of guaiacol intravenously*), por C. H. NAMMACK e A. U. TIBER. — *The Journal of the American Medical Association*. — Vol. CIX. N.º 5. 1937.

O uso do guaiacol intravenoso no tratamento dos abcessos do pulmão começou, na clínica dos autores, em 1922, e os resultados obtidos foram tão satisfatórios que os levou a estudar mais detalhadamente êste método. Ao todo foram tratados cinqüenta casos, mas o presente artigo ocupa-se apenas da descrição de vinte.

Por experiências laboratoriais observou-se que era possível aumentar a quantidade de guaiacol eliminado pelos pulmões, desde que se empregasse

êste fármaco, livre das suas habituais combinações, mas para isso seria preciso dissolver primeiro aquela substância em álcool etílico, para o tornar solúvel na água, que de resto para estabilizar o soluto deveria ser adicionada de iodeto de sódio. Só assim se pode empregar em injecções intravenosas.

Os resultados foram os mais favoráveis possíveis, e em todos os casos tratados se verificou uma notável melhoria, num espaço de tempo muito curto, com diminuição da febre, tosse e quantidade diária da expectoração, que ao mesmo tempo perdia a sua fetidez de cheiro; por seu lado as radiografias feitas em série mostravam tôdas uma repressão rápida das largas zonas pneumónicas que envolviam a cavidade do abcesso, e, por fim, a sua desapareição total. Verificou-se também que a eliminação de todos os focos de infecção da bôca, nariz ou garganta, assim como uma restricção moderada de tôda a actividade até à cura completa, é essencial para que os resultados dêste tratamento sejam permanentes.

J. ROCHETA.

O pneumoperitônio terapêutico na tuberculose. (*Il pneumoperitoneo terapeutico nella tubercolosi*), por V. DE MICHELIS. — *Minerva Medica*. N.º 33. 1937.

O pneumoperitônio, usado primeiramente em radiologia, com um fim diagnóstico, para melhor pôr em evidência algumas vísceras abdominais, passou depois a ser empregado sob o ponto de vista terapêutico, quando se verificou, e por mero acaso, que os doentes melhoravam após a sua aplicação.

Os efeitos da insuflação do gás na cavidade peritoneal — e quer seja azoto, oxigénio ou ar filtrado — não estão ainda perfeitamente elucidados, mas podem considerar-se como de duas espécies: mecânicos e reflexos. Os primeiros derivam do facto do ar introduzido constituir um amortecedor da aspiração pulmonar e das contrações musculares, exercendo assim uma acção protectora sôbre as vísceras, diminuindo as influências externas sôbre elas e permitindo portanto que elas desenvolvam as suas próprias funções com maior liberdade, o que, como se compreende, pode ser de grande utilidade quando as vísceras estão lesadas. A acção mecânica porém estende-se até ao tórax; a elevação do diafragma que o pneumoperitônio provoca, e a diminuição das excursões dêste músculo fazem com que os pulmões sofram uma certa distensão, quer estática, quer dinâmica, semelhante, até um certo ponto, àquela provocada pela frenicectomia bilateral. Os efeitos reflexos traduzem-se sôbre as funções digestivas, nos tuberculosos com enterite, por uma regularização da motilidade gástrica, da acidez e do fluxo secretório, que em geral estão alterados nestes doentes; sôbre a própria funcionalidade respiratória, verificou Monaldi, como a alguns doentes operados, à esquerda, de frenicectomia ou de toracoplastia e que apresentaram após a intervenção crises asmatiformes, lhes desapareciam os acessos depois do pneumoperitônio.

As indicações são as seguintes: Peritonite exsudativa tuberculosa, com bons resultados, substituindo o derrame líquido por gás. Tuberculose intestinal, cuja primeira aplicação se deve a Zaveg, em 1924, tem sido empregado por numerosos autores com resultados satisfatórios, principalmente pelo que

respeita ao número de evacuações, das dores e do apetite. Síndrome gástrico após operações à esquerda, caracterizado habitualmente por anorexia acentuada, eructações, náuseas, vômitos, dores no epigástrico, que melhora ou desaparece completamente pela introdução do ar no peritônio. Hemoptises e lesões tuberculosas do pulmão, particularmente nas tuberculosas activas *post-partum*, no intuito de tornar menos desfavoráveis as conseqüências dum brusco abaixamento do diafragma.

J. ROCHETA.

Feridas do coração e electrocardiograma. (*Herz verletzung und Electrocardiogramm*), por L. FISCHER. — *Archiv für Klinische Chirurgie*. 188 Band, 3 Heft. 1937.

Apresenta o A. um caso de ferida do coração, provocada por uma navalha, ao nível da face anterior do ventrículo direito, e cuja extremidade infero-interna se encontrava tão próxima da coronária descendente esquerda que esta foi laqueada pela sêda da sutura, quando se procedia à costura da ferida. A cicatrização fez-se normalmente e o doente pôde retomar a sua vida, passados três meses. Fischer apresenta êste caso, na idea dum melhor esclarecimento de dois pontos que a esta questão se referem, e sôbre os quais não há concordância.

Primeiro: há quem afirme que as feridas do coração não pioram de prognóstico pelo facto de ter sido atingida uma das coronárias, quer no momento do acidente, quer por inadvertência, na ocasião da sutura do miocárdio, contrariamente àqueles que julgam que tal circunstância complica bastante as possibilidades prognósticas. Evidentemente esta questão é de muita importância para o cirurgião, que tem ou não de preocupar-se com mais problemas, num momento em que todos os cuidados são poucos. Kment afirma que não há um único caso assinalado que prove a morte definitiva do coração humano por laqueação de uma das suas artérias, sobretudo tendo em conta que, na sutura do miocárdio, é muitas vezes abrangido o endocárdio, donde partem reflexos que podem provocar a síncope. Sôbre êste ponto, particularmente, o caso do A. não permite conclusões. Mas na mesma ordem de ideas interessava também saber qual o futuro do operado depois da laqueação feita à artéria; a evolução do caso foi bastante favorável, sem sinais clínicos de infarto, se bem que o electrocardiograma os revelasse dum modo exemplar. Tal facto também não pode de resto ser tomado como padrão, pois a evolução de casos desta natureza depende de vários factores, entre os quais avulta o do estado anatómico do sistema circulatório cardíaco do paciente à data do acidente.

O segundo ponto debatido é o valor do electrocardiograma no diagnóstico de ferida coronária, quando é ferido o coração; o electrocardiograma, no caso do A. feito dois dias depois da intervenção cirúrgica, revela a forma típica da laqueação da coronária anterior e que sucessivamente vai passando por tôdas as fases já conhecidas da cicatrização da necrose provocada. Apoiado neste facto e na crítica a que submete os casos da mesma natureza publicados ultimamente, chega o A. à conclusão de que quando há lesões vasculares de

certa importância o traçado eléctrico é um auxiliar poderoso para o seu diagnóstico, mas para isso é necessário que aquêle seja feito precocemente.

J. ROCHETA.

O problema da sede dos nódulos de Simon. (*Zur Frage der Sitzes des Simonschen Herde*), por D. REINDERS. — *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*. 90 Band, Nund 2 Heft. 1937.

Simon descreveu pela primeira vez, em 1925, a presença, nos clichés radiográficos de crianças tuberculosas, de nódulos isolados mais ou menos calcificados, de dimensões e em número variáveis, que se encontravam nos vértices pulmonares; desde então tais nódulos receberam o nome daquele autor e foram considerados, quasi unânimemente, como o *reliquat* duma disseminação hematogena post-primária de natureza benigna e que tinha mais particularmente atingido o vértice por ser esta a região predominantemente preferida para a infecção tuberculosa segundo a teoria conhecida.

Simplesmente estas imagens radiográficas não coincidem com os achados anatómicos, que mostram, na grande maioria, a raridade de cicatrizes apicais antes dos 14 anos e com mais razão a ausência de focos calcificados antes daquela idade na mesma região. Desta disparidade de resultados se pode concluir, no entender do A., que deve pensar-se na possibilidade dos referidos nódulos se encontrarem fora dos ápices pulmonares. Esta possibilidade é-nos dada pelo facto das sombras calcificadas, então visíveis a êsse nível, serem produzidas pela calcificação de gânglios supra-claviculares, os últimos da cadeia ganglionar cervical, e também, embora mais raramente, por gânglios intra-costais, mas sobretudo pelos gânglios que acompanham o tronco braquiocéfálico e se encontram no ângulo venoso da sub-clávia e jugular interna, e constituem os últimos gânglios da cadeia que pode ser atingida por infecção primária pulmonar; de aí a maior frequência dêstes nódulos do lado correspondente à infecção primária. Dêste modo nega-se aos nódulos em questão uma origem hematogena e admite-se a sua sede linfática. Uma segunda característica dos nódulos de Simon é o seu aparecimento brusco e a sua duração imutável, sem que até hoje se desse uma explicação clara para tal facto. Com a nova tese do autor, pode pensar-se que os gânglios, antes da deposição calcárea, não davam imagens visíveis em radiografia, o que sucederia se o processo inicial assentasse no parênquima pulmonar.

J. ROCHETA.



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdades de Medicina

Do Porto

O Conselho da Faculdade nomeou o Dr. Guilherme Hennan Pinto Harberts assistente voluntário da cadeira de Fisiologia.

De Coimbra

Para o cargo de bibliotecário da Faculdade de Medicina foi nomeado o Prof. Feliciano Augusto da Cunha Guimarães.

De Lisboa

O Prof. José Toscano de Vasconcelos Rico continuará a exercer o cargo de secretário da Faculdade.

— Foram nomeados assistentes: de Medicina Legal, o Dr. Flávio de Osório Melo de Gouveia; de Fisiologia e Química Fisiológica, o Dr. Jacinto Croner Santana e Vasconcelos Moniz de Bettencourt; de Cirurgia e Terapêutica Cirúrgica, o Dr. Fernando de Almeida e Silva Saldanha; e reconduzido no cargo de assistente de Bacteriologia e Parasitologia, o Dr. J. Cândido de Oliveira.

Hospitais

Civis de Lisboa

Pêlos bons serviços prestados, receberam medalhas de ouro ou de prata os seguintes directores e assistentes do serviço clínico dos Hospitais Civis de Lisboa: Drs. Luiz Carlos Simões Ferreira, Joaquim José Marquês da Silva

Araújo, Anibal Vítor Henriques e Castro, Alberto de Azevedo Gomes, António Balbino Rêgo, António Carlos Craveiro Lopes, Augusto Cândido Leite Lôbo Alves, Augusto Pires Celestino da Costa, Fernando Ferreira da Costa, Henrique Frederico von Bonhorst, João Pais de Vasconcelos, José Maria Damas Mora, Reinaldo dos Santos, Sebastião Cabral da Costa Sacadura, Adelino José da Costa, Alberto Mac-Bride, Carlos Arruda Furtado, Fernando Augusto Ribeiro Cabral, Francisco de Almeida de Assis Brito, João Manuel de Sousa Bastos e Alexandre Cancela de Abreu.

— O Dr. Luiz Adão inaugurou, como nos anos anteriores, o curso livre de cirurgia que realiza no Hospital de Santo António dos Capuchos. As aulas serão às segundas, quartas e sextas-feiras, às 17,30.

Militar Principal de Lisboa

Abriu-se concurso para prestação de serviço da especialidade de estomatologia no Hospital Principal de Lisboa, durante o ano de 1938.

*
* *
*

Sociedade das Ciências Médicas

Na sessão de inauguração dos trabalhos académicos da Sociedade das Ciências Médicas, o presidente, Prof. Francisco Gentil, falou sobre a representação da Sociedade nas comemorações do centenário da Universidade de Coimbra e referiu-se ao falecimento de três consócios, os Drs. Artur Ravara, Henrique Bastos e Feio e Castro.

O Dr. Manuel Vicente Moreira fez uma comunicação sobre habitações operárias, notas de inquérito a 407 famílias.

*
* *
*

Instituto de Oncologia

No dia 8 de Novembro próximo passado realizou-se a abertura do novo ano académico no Instituto Português de Oncologia.

O Prof. Francisco Gentil fez uma conferência sobre o trabalho realizado pelo Instituto que dirige e apresentou o programa dos novos trabalhos a realizar, entre os quais se conta uma série de conferências cujos autores e assuntos são os seguintes :

1.ª (15 de Novembro), Prof. M. Athias : Qual a actual posição científica do Instituto Português de Oncologia no meio internacional de cancerologia ?

¿ Quais os trabalhos de investigação científica realizados e quais as possibilidades existentes no Instituto Português de Oncologia ? 2.^a (22 de Novembro), Prof. H. Parreira e Dr. Campos : Os meios de diagnóstico laboratorial de que dispõe o Instituto Português de Oncologia ; trabalhos feitos, necessidades mais urgentes. 3.^a (29 de Novembro), Dr. Muñoz Braga : Serviços de fotografia do Instituto Português de Oncologia. Exibição de fitas e de fotografias. 4.^a (6 de Dezembro), Dr. Bénard Guedes : A obra da Comissão de Iniciativa particular de luta contra o cancro. Liga Portuguesa de Luta contra o Cancro. 5.^a (13 de Dezembro), Prof. F. Gentil : Nova organização do Instituto Português de Oncologia ; regime de trabalho ; situação administrativa e económica. 6.^a (20 de Dezembro), Prof. F. Gentil : A terapêutica do cancro no Instituto Português de Oncologia ; possibilidades e faltas.

Este programa cumpriu-se regularmente.

Maternidade Dr. Alfredo da Costa

No dia 5 de Dezembro findo a Maternidade Dr. Alfredo da Costa festejou o seu 5.^o aniversário com uma sessão solene.

Presidiu um representante do Chefe do Estado e assistiram numerosos professores, médicos e pessoal de diferentes serviços da Maternidade.

Sobre a actividade deste estabelecimento falou o seu director Prof. Augusto Monjardino.

Instituto de Medicina Legal

A actividade do Instituto de Medicina Legal, durante o ano de 1937, foi a seguinte :

O Conselho Médico-Legal emitiu 1.745 pareceres.

O número de documentos entrados na secretaria do Conselho foi de 10.049, expedidos 76, processos organizados 1.244 e 1.300 verbetes.

No Instituto efectuaram-se 11.833 exames, a saber : 10.708 na clínica médico-legal, 635 na secção de tanatologia, 82 exames bacteriológicos e 408 exames diversos, realizados nos laboratórios. Os exames de clínica médico-legal abrangem : 10.323 de indivíduos vítimas de crimes contra a segurança das pessoas ; 385 vítimas de crimes contra a honestidade (44 varões e 341 fêmeas). O número de exames de crimes contra a segurança das pessoas examinadas nas residências e nos hospitais foi de 687 (464 homens e 223 mulheres). Na secção de tanatologia efectuaram-se 506 autópsias de adultos, 127 de recém-nascidos e 2 exumações.

Os 408 exames efectuados nos laboratórios compreendem : 29 exames em vísceras, 30 de liga de moedas, 8 de sangue, 30 químicos diversos, 82 em instrumentos de crime, 69 em documentos, 3 em impressões digitais, 65 em roupas, 1 de comparação de fisionomia, 14 exames diversos, 7 em ossos, 70 em valores falsificados, assim distribuídos : 56 em moedas, 8 em notas, 1 de lotaria, 1 em vale, 3 em estampilhas fiscais e 1 em letra de câmbio. Na secretaria do Instituto entraram 7.790 documentos, saíram 3.572 e organizaram-se 2.740 verbetes.

Na secção de fotografia efectuaram-se 1.240 negativos, 2.344 positivos e colaram-se 2.229 esquemas e 920 fixas.

No arquivo dactiloscópico deram entrada 5.886 boletins de pessoas examinadas pela primeira vez na clínica médico-legal, 506 da secção de tanatologia, 2 de documentos e organizaram-se 10.710 verbetes. Foram enviados 5.886 boletins do Arquivo Geral do Registo Criminal e Policial.

Instituto de Medicina Tropical

O Dr. Luiz Fontoura de Sequeira foi nomeado professor efectivo da 3.ª cadeira (zoologia médica) do Instituto de Medicina Tropical.

Sociedade Portuguesa de Estudos Eugénicos

Durante as comemorações do IV Centenário da Universidade de Coimbra inaugurou-se a Sociedade Portuguesa de Estudos Eugénicos, que terá a sua sede no Instituto de Antropologia da Faculdade de Ciências da referida Universidade. O Prof. Rocha Brito pronunciou o discurso de inauguração.

Prof. Belo de Moraes

Uma comissão de amigos e antigos discípulos do falecido Prof. Belo de Moraes prestou-lhe uma solene homenagem na Vila do Crato, terra da sua naturalidade.

Inaugurou-se um monumento com o busto em bronze daquele mestre e

uma inscrição que diz: «A Carlos Belo de Moraes, Prof. da Faculdade de Medicina de Lisboa — 1869-1933 — a gratidão dos que serviu com a sua ciência, conselho e exemplo. Competência, carinho e dedicação como médico. Simplicidade, trabalho e exemplo como Professor».

Ao Crato acorreram numerosos professores, médicos e admiradores do homenageado.

Pronunciaram discursos os Profs. Adelino Padesca, Ricardo Jorge, Reinaldo dos Santos e Egas Moniz.

*
* *
* * *

Prof. Egas Moniz

A comissão constituída pelos Profs. António Flores, Cancela de Abreu e Eduardo Coelho e Drs. Romão Loff, Almeida Dias, Luiz Pacheco, Almeida Lima, Rui de Lacerda, D. Lúcia Manso Preto, Joaquim Imaginário, Abel Alves, Amândio Pinto, António Augusto Fernandes, Cândido de Oliveira, Diogo Furtado, D. Fernando de Almeida, Henrique Barahona Fernandes e J. Pereira Caldas, procurou o Prof. Egas Moniz, em sua casa, para lhe entregar o número especial da *Lisboa Médica* que lhe foi dedicado.

Fêz a apresentação o Prof. António Flores, a que respondeu o homenageado.

— O Prof. Egas Moniz foi eleito, mais uma vez, para o cargo de presidente da Academia das Ciências de Lisboa.

*
* *
* * *

Prof. Lopo de Carvalho

A seu pedido, o Prof. Lopo de Carvalho foi exonerado de presidente da comissão executiva da Assistência Nacional aos Tuberculosos.

*
* *
* * *

Prof. Reinaldo dos Santos

O Prof. Reinaldo dos Santos foi aos Estados-Unidos da América a-fim-de receber pessoalmente, como é do regulamento respectivo, a medalha Violette Hart, atribuída todos os anos aos investigadores no campo da cirurgia vascular. Esta medalha só tem sido conferida, até à data, a cirurgiões americanos.

— Por morte do Dr. José de Figueiredo também o Prof. Reinaldo dos Santos foi eleito presidente da Academia de Belas-Artes.

Prof. Borges de Sousa

O Prof. Borges de Sousa foi ao Cairo tomar parte no Congresso Internacional de Oftalmologia que ali se reúne.

Medicina colonial

Para a colónia de Moçambique nomearam-se os médicos Drs. José Simões Ferreira Júnior e César Augusto Simões, e para Angola o médico Dr. Adolfo Arez da Silva.

— O Dr. Mota Faria, do quadro de saúde da Guiné, foi autorizado a frequentar, como bolsista de estudo, um hospital da especialidade de obstetrícia e ginecologia, em Dublin.

— Foram aprovadas as novas directrizes a que deve obedecer a distribuição de medicamentos por todo o território da colónia de Angola, elaboradas pelo chefe dos serviços da mesma colónia, coronel médico Dr. Silva Neves, sendo distribuídas às delegações de saúde, além dos medicamentos que constituem a farmácia ou a ambulância respectiva, ambulâncias portáteis para tratamentos e socorros urgentes, destinadas a acompanhar os funcionários de qualquer serviço, principalmente os chefes de posto administrativo, quando tenham de se deslocar em trabalhos de construção e reparação de estradas ou recenseamento de cobrança do imposto indígena.

Nas referidas ambulâncias, além dos recursos para uso do próprio funcionário em viagem, incluem-se medicamentos e material de penso destinados a socorros urgentes a prestar aos indígenas doentes nas regiões afastadas das sedes dos postos sanitários.

— Os serviços de assistência médica aos indígenas da colónia de Angola contam mais três novas maternidades no Libolo, em Sanza Pombo e em S. Salvador do Congo. Está também quasi concluída a construção de mais quinze postos sanitários ao longo da fronteira de Angola, desde o de Buco-Záu, no Enclave e Cabinda, até os de Namacunde, no Baixo Cunene.

— Dotaram-se com verbas especiais os serviços de saúde da província de Benguela, na região confinante com o Quissama, que se encontra intensamente infestada com a doença do sono, e vão ser reorganizados os serviços de assistência, saneamento e vigilância sanitária, sobretudo na área do posto de Capêlo, da Delegação de Saúde do Pôrto Amboim.

— Autorizou-se o dispêndio de 228 contos, em material de cirurgia, para o apetrechamento dos hospitais principais e delegações de saúde, que devem ser, no próximo ano, dotados com verba idêntica.

— Os hospitais das sedes de província, bem como os do Huambo, Vila Luso, Ganda e Mossamedes, vão ser já apetrechados com material cirúrgico moderno, incluindo o apropriado a intervenções ginecológicas.

Partidos médicos

Está aberto concurso, pelo prazo de trinta dias, para provimento do lugar de médico municipal do partido com sede em Atouguia da Baleia (Peniche).

— Ficou sem efeito o concurso aberto para preenchimento da vaga de médico do partido municipal de Moreira (Ponte do Lima).

— O Dr. Américo Pais do Couto foi nomeado delegado de saúde no concelho da Mealhada.

— Abriu-se concurso para o lugar de médico municipal com sede em Águas Frias (Chaves).

— Também está aberto o concurso para os partidos médicos com sede no Pôrto de Ave (Póvoa de Lanhoso), e em Provezende (Sabrosa).



Saúde pública

Publicou-se o Decreto n.º 28.247, que regulamenta o serviço de saneamento da cidade do Pôrto.



Conferências

O Dr. Silva Carvalho realizou em Coimbra, por ocasião das festas do IV Centenário da Universidade, uma conferência sôbre «O elogio da obra de Dom Francisco de Lemos e a Medicina».

— No Hospital Militar da Estrêla tem-se realizado uma série de palestras médico-militares com a assistência de muitos médicos.



Viagens de estudo

O Dr. Álvaro Guimarães de Caires foi encarregado, em missão gratuita de serviço público, de estudar em Paris e, possivelmente, na Itália, dentro de sessenta dias, os progressos mais recentes da neuro-psicologia infantil e mais especialmente da reeducação de anormais.



Combate à lepra

A-fim-de colaborar no combate à lepra em Portugal, as corporações dos sargentos vão oferecer o seu sanatório da quinta do Pisão para internamento de leprosos.

Necrologia

Faleceram, no Funchal : o Dr. João Ferreira, inspector de Sanidade Marítima da Madeira ; na Aldeia de João Pires (Penamacor), o Dr. José Maria Rodrigues da Costa, tenente-coronel médico reformado ; em Lisboa, o Dr. Ave-lino Monteiro, antigo director de enfermaria do Hospital de S. José ; em Santarém, o Dr. Acácio Borges Pereira da Silva, coronel-médico, antigo Inspector Geral do Serviço de Saúde do Exército ; e na Chamusca, o Dr. José Maria Correia Gonçalves, médico em Alcochete.





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^r PLANTIER ANNONAY (Ardeche)
FRANCE

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

ALCACYL

Acetilsalicilato de cal com Alucol
Analgésico, anti-infeccioso, anti-térmico
1 a 2 comprimidos dissolvidos num pouco
de água assucarada; 4 a 6 vezes por dia
Sem acção nociva sobre o estomago,
rins e coração

DR. A. WANDER, S.-A., PERNE

— vende em todas as farmácias e drograrias e Esc. 108100
UNICOS CONCESSIONARIOS PARA PORTUGAL

ALVES & C.ª IRMAOS

RUA DOS CORREIROS, 41, 2.º - LISBOA



ALCACYL WANDER