

Ano V

N.º 11

Novembro de 1928



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECCÃO

PROFESSORES

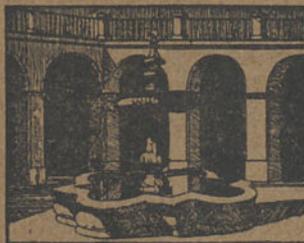
*Custódio Cabeça, Belo Moraes, Egas Moniz,
Pulido Valente, Adelino Padesca, António Flores,
Henrique Parreira*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

*Vasco Palmeirim, A. Almeida Dias, Moraes David, Fernando Fonseca
António de Meneses e Eduardo Coelho*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

FLUOTHYMINA

Com base de Fluoroformio e Thymina

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

COQUELUCHE E TOSSE REBELDE

Peça-se literatura dos agentes para Portugal e Colónias

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — R. Nova da Trindade, 9, 1.^o — LISBOA

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina, Paris 1889. Provam que 2 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 0,0004 **STROPHANTINE** CHRYST.

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

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

3, Boulevard St-Martin Paris — PHARMACIA

CARNE LIQUIDA

— do Dr. Valdés Garcia de Montevideo —
TONICO RECONSTITUINTE DE
— GRANDE PODER NUTRITIVO

Contem mais de 19% de verdadeira peptona de carne.

— INDICAÇÕES: Anemia, Debilidade geral, Afecções nervosas, Tuberculoses e convalescenças —

Peça amostras e literatura nos Depositarios para Portugal e Colónias:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a

Rua Nova da Trindade, 9-1.^o — LISBOA

APARELHOS
DE
Diatermia Dufлот
COM
Éclateur Fixo de Tungsténio

SEGURANÇA
ABSOLUTA.

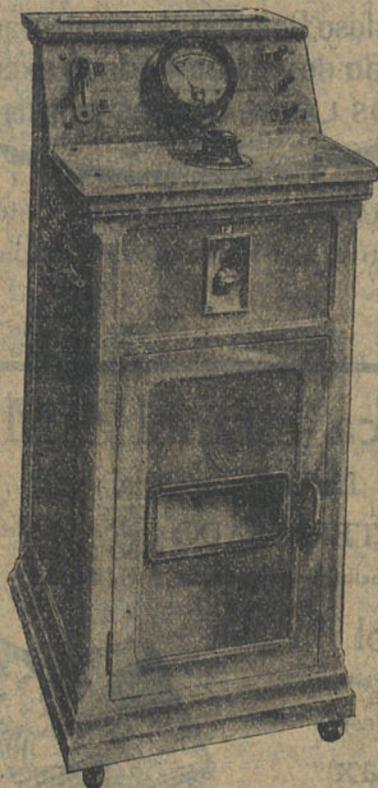
MANOBRAS
SIMPLES.

PRECISÃO NO
FUNCIONAMENTO.

RENDIMENTO Q
ELEVADO.

AUSENCIA DE
FARADISAÇÃO.

TRANSFORMADOR
TIPO INDUSTRIAL
SOB 75, 110, 150
E 220 VOLTS.



ÉCLATEUR
MODELO FIXO
TRABALHANDO AO
AR LIVRE E PO-
DENDO FUNCIONAR
LONGAMENTE SEM
DESGASTE.

CONDENSADORES:
DE GRANDE RENDI-
MENTO CONSER-
VANDO-SE SEMPRE
FRIOS.

MILIAMPEREMETRO
TÉRMICO
COMPENSADO DE
2 GRADUAÇÕES.

Visite-nos V. Ex.^a e encontrará o aparelho que lhe convem

DAVITA, L.^{DA}

Rua Eugénio dos Santos, 81 — LISBOA

MEDICAÇÃO NUCLEO-ARSENIO-PHOSPHATADA
GRANULADO, INJECTAVEL

NUCLÉARSITOL

"ROBIN"

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

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

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

Depositários para Portugal e Colónias:
GIMENEZ-SALINAS & C.^a-R Nova da Trindade, 9, 1.º-LISBOA

Diectetica infantil "MAX"

Lactação artificial pelo

LEITE MATERNISADO	N.º 1—1.º trimestre	
(Leite em pó, semelhante ao materno)	N.º 2—2.º »	
	N.º 3—3.º »	e seguintes

Albulactol

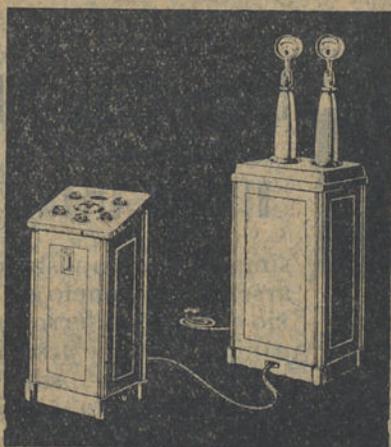
(Leite albuminoso, original
do Dr. Finkelstein-
GASTROENTERITES)

Dextromax

(Alimento malteado-
ENTEROCOLITES)

Amostras Literatura:
ANTÓNIO SERRA, Lt.^a
C. Mártires da Pátria, 196
LISBOA Telef. N. 3200





APARELHO DE RAIOS X «HELIODOR»
Próprio para pequenos hospitais e consultório

Os melhores
aparelhos de
RAIOS X
E
Electromedicina

são os da

SIEMENS REINIGER VEIFA

O melhor instrumental CIRÚRGICO, de DESINFECÇÃO, HOSPITALAR, é o da
casa M. Schaerer S. A., de Berna

Material para

Raios ultravioletas

Sempre em Armazem

Lampadas de vapor de mercurio (Bach e Jesioneck)

Lampadas Sollux

Lampadas de arco

J. Roma, L.^{da}, Engenheiros, RUA DOS FANQUEIROS, 334-LISBOA

Hämafopan

do Dr. A. WOLFF, BIELEFELD

Depositários:

Henrique Linker, L.da — LISBOA

Rua de D. Pedro V, 32-36

HEMOGLOBINA - FERRO

Extracto de Malte

RICO EM VITAMINAS

simples e composto com arsénio — brometo de cálcio — cálcio — ferro inorgânico — ferro e arsénio — gaiacol — iodo — silício — silício e cálcio — silício, cálcio e gaiacol.

Resultados excelentes!

Sabor agradável

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminocarsenofenol

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 606, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

92, Rue Miche -Ange, PARIS (XVie)

DEPOSITAR: OS
EXCLUSIVOS

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

LISBOA

Alimentos ALLENBURYS

para crianças e adultos

cientificamente adaptados a cada idade

N.º 1 — lácteo, para recém-nascidos.

N.º 2 — lácteo, dos 3 aos 6 meses.

N.º 3 — maltado, além dos 6 meses e adultos.

DIET — peptonizado, para doentes dispepticos e velhos.

BISCOITOS — para o periodo do desmame e dentição.

BIBERON prático, lavável, melhor modelo (2 formatos).

Representante da casa Allen & Hanburys, Ltd.-Londres, COLL TAYLOR, LTD.
Rua dos Douradores, 29-1.º-LISBOA — Telef. C. 1386 — Teleg. DELTA

AGENTES NO PORTO, BRAGA, ETC.

Termómetros HICKS

GENUINOS-CLINICOS

Usados em todo o mundo

A VENDA NAS FARMACIAS DO PAIZ

Agente geral: COLL TAYLOR L.ª - Rua Douradores, 29-1.º - Lisboa - Telef. C. 1386

INSULINA 'A.B.'



Brand

SOLUÇÃO ESTERIL PRONTA A INJECTAR

ESTA 1 — Rapidez e exactidão na dose.
MARCA 2 — Completa actividade e estabilidade.
ASSEGURA: 3 — Ausencia de reacção e dor na injeção.

20 unidades por c. c. em frascinhos de:
EM DUAS 5 c. c. = 100 unidades (ou 10 doses)
FORÇAS: 25 c. c. = 500 » (» 50 » 1)
40 unidades por c. c. em frascinhos de:
5 c. c. = 200 unidades (ou 20 doses)

Folheto grátis sobre o tratamento da Diabetes pela **INSULINA** — **À VENDA NAS FARMÁCIAS**

THE BRITISH DRUG HOUSES, Ltd. e ALLEN & HANBURYS, Ltd. - LONDRES

Representante em Portugal:

COLL TAYLOR, LDA. R. Douradores 29, 1.º-LISBOA—Telefone C. 1386

Opinião de alguns médicos: N.º 4

«O melhor agente medicamentoso na cervicite, e noutras doenças a ela associadas é, na minha opinião a



«Pode ser aplicada quente, num tampão de algodão, introduzido na vagina até junto do colo do útero e fixo com uma compressa de gaze e uma ligadura em T.

«Deve-se ter cuidado em não apertar demasiadamente de forma a impedir a drenagem.

«O prurido provocado pela irritação vaginal diminui em 24 horas com aplicações de Antiphlogistine.

«As propriedades osmóticas e hygrosópicas deste preparado, tornam-no um dos melhores processos de tratamento da congestão pelvica».

The Denver Chemical MFG, Co., New-York

LABORATORIOS :

Londres, Paris, Berlim, Barcelona, Buenos Ayres, Sydney, Montreal, Mexico City, Florence, Rio de Janeiro.

ROBINSON, BARDSLEY & Co.

8, Caes de Sodré — 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

(PAGAMENTO ADIANTADO)

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60,700

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80,700

NÚMERO AVULSO: 8,700 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. Eduardo Coelho, Secretário da Redacção e administrador da *Lisboa Médica*,—Hospital Escolar de Santa Marta, Lisboa.

I M P R E N S A LIBANO DA SILVA

Sucessor. JÚLIO DE SOUZA

TRABALHOS TIPOGRÁFICOS
EM TODOS OS GÊNEROS

ESPECIALIDADE EM TRABALHOS DE GRANDE LUXO

T. Fala-Só, 24—LISBOA—Tel: 3110 N.

Laboratórios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche

PARIS (França)

Registo comercial: Seine N.º 103 278

ARHÉOL $C^{15} H^{26} O$ 

Princípio activo da Essência de Sândalo
Blenorrágia, Cistite, Piélite, Pielonefrite.
Catarro vesical

KOLA ASTIER

GRANULADA

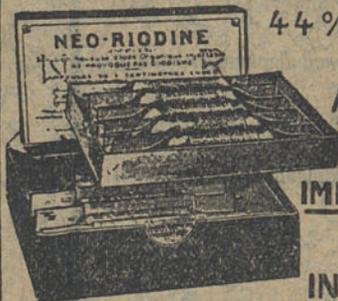


Antineurasténico. Regulador do coração
Gripe, Astenia, Surmenage.
Convalescência das doenças infecciosas

NÉO-RIODINE $C^3 H^6 O + I_2 Na$

Solução Aquosa de Iodo
Organico Injectavel

44% de Iodo

**ACÇÃO****IMMEDIATA****INTENSA**

Em injeções intramusculares e intra-venosas.
Dose: de 1, 2, 3 a 5 cm³ segundo os casos.

NÃO PROVOCAM ACCIDENTES DE IODISMO

Perturbações cardio-vasculares, Arterio-esclerose, Escleroses pulmonares, Affecções respiratorias chronicas, Rheumatismo, Lymphatisme, Escrofula, Tuberculose, Doenças especificas e em todos os casos em que a medicação iodada ou iodurada é indicada.

RIODINE $(C^{18} H^{33} O_3)^3 (IH)^2 C^3 H^5$

Derivado organico iodado
Ether glycerico
iodado do acido
ricinoleico.

ACÇÃO**LENTA****PROLONGADA**

Composto definido e estavel
Dose media: De 2 a 6 perolas por dia
após as refeições.



Depositários gerais para Portugal e Colónias:

GIMENEZ - SALINAS & C.^A — Rua Nova da Trindade, 9, 1.º — LISBOA



SUMARIO

Artigos originaes

<i>Contribuição para o estudo das reacções linfáticas, linfadenoses benignas, nas crianças, por Leonardo de Castro Freire</i>	pág.	761
<i>Corpos estranhos intra-oculares, por Anastácio Gonçalves</i>	»	768

Notas clínicas

<i>Tratamento da hemoptise, por Armando Narciso</i>	»	801
---	---	-----

Bibliografia

<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	»	807
<i>Notícias & Informações</i>	»	LXXXV

CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DAS REACÇÕES LINFÁTICAS, LINFADENOSES BENIGNAS, NAS CRIANÇAS

POR

LEONARDO DE CASTRO FREIRE

2.º Assistente de Pediatria

Foi Türk (1907) quem, pela primeira vez, descreveu este síndrome, a cujo conhecimento devemos ligar importância; na verdade, pelo aspecto clínico e mesmo hematológico, pela semelhança que tem, de perto ou de longe, com a leucemia linfática, aguda e subaguda, e com outros síndromas que com ela se relacionam (aleuquia, estados leucamóides, agranulocitose, etc.), podem tais casos no início, apresentar sérios embaraços de diagnóstico e, sobretudo, de prognose.

Adoece, p. ex., um doente com febre elevada, angina lacunar, hipertrofia generalizada do aparelho ganglionar linfático, baço incluído, e anemia mais ou menos acentuada; o exame do sangue revela, além da anemia, leucocitose intensa, redução marcada dos granulócitos que descem a 15, a 10 %, aumento das células mononucleadas (linfócitos ou linfo e monócitos), com predomínio de formas jovens, de tipo embrionário.

Desconhecendo a existência de reacções linfáticas benignas, o clínico facilmente estabelece o diagnóstico de leucemia linfática aguda, tornando o prognóstico mais que sombrio!

Foi o que aconteceu a Türk; dias depois, porém, a evolução

benigna do caso vinha mostrar o engano, pelo menos no respeitante ao prognóstico. A angina curou rapidamente e a reacção ganglionar foi cedendo a pouco e pouco.

Este tipo que nos serviu de exemplificação é o mais comum como etiologia, angina com reacção linfática.

Emparelha este tipo com o da angina monocitêmica, descrita primeiramente por Schwarz e Baarder, com um aspecto clínico absolutamente semelhante àquele, distinguindo-se apenas pelo exame histológico, monocitose em vez de linfocitose. Variados casos de um e outro tipo se encontram esparsos na literatura médica (Cabot, Marchand, Sprunt e Evans, Bloedorn e Houghton, Deussig, Jagic, Downey e Kinley, etc.).

Baarder e Hopman descreveram casos de angina monocitêmica com reacção de oxidase positiva, o que permite pensar na hipótese de um terceiro tipo de reacção sistemática em casos de angina: angina com mieloblastose (mieloblastose benigna).

As anginas com reacções sistematizadas, benignas, do aparelho hemopoético, teem sido encontradas sobretudo nos indivíduos novos e na idade juvenil.

Alguns casos foram apontados em crianças (Deussing, Naegeli, Baar).

Ao lado dos casos de angina, quasi sempre do tipo difteróide, outros há, muito mais raros, acompanhando a estomatite aftosa, ulcerosa.

Brogstetter pôde, por meio de hemocultura, verificar a existência de septicémias acompanhadas de reacções idênticas. Finalmente, estão também apontados um ou outro caso de linfadenoses benignas em processos infecciosos de etiologia desconhecida (Naegeli).

Nas crianças de tenra idade encontramos nas publicações dos últimos anos, referência a casos de linfadenoses similares, embora de etiologia diversa.

Um caso de gripe (criança de 9 meses) com bronco-pneumonia, pielite, reacção geral do aparelho ganglionar linfático com hipertrofia apreciável do baço e fígado (40.000 glóbulos brancos e 84 % de linfócitos); foi publicado por Cornelia de Lange (Monats. f. Kinderl. Bd. 37-H. 3).

Rosenbaum, na reunião dos pediatras turingo-saxónicos, em Leipzig, Dezembro de 1927, comunicou dois casos de anomalias



**OPOTERAPIA
FEMININA**

GINECINA

SEIXAS-PALMA

**EXTRACTO HORMONAL
PLURIGLANDULAR A' BASE DE OVARIOS,
CAPSULAS SUPRARRENAES,
HIPOFISES E TIROIDEA.**

**DE OPTIMO RESULTADO
EM TODOS OS CASOS DE:
IRREGULARIDADES MENSTRUAES
PERTURBAÇÕES DA MENOPAUSA
NEURASTENIA SEXUAL.
HISTERISMO.
ACIDENTES CONSECUTIVOS A' OVARIOTOMIA.
NEVROSES CARDIACAS.
ASMA NERVOSA.
NEURASTENIA GERAL.**

**LABORATORIOS
DE**

**BIOLOGIA E
QUIMIOTERAPIA
R. S. THIAGO 9 - LISBOA**

Foi para obviar as perniciosas consequências derivadas de insuficiência das glândulas endocrínicas que foi preparada a

GÍNECÍNA

que é isenta de princípios excitantes tornando-se mais económica e de resultados mais seguros que a tradicional ovarina.

Aproveitamos a oportunidade para chamarmos a atenção de V. Ex.^a para os seguintes preparados de criação própria, cujos resultados teem merecido os mais rasgados elogios:

EXTRACTO OVARICO COMPLETO — INDICAÇÕES: Histerismo, idade crítica, acidentes consecutivos á ovariectomia. Vomitos ocasionados pela gravidez. — DOSE: 2 a 3 comprimidos por dia antes das refeições

EXTRACTO OVARICO ANTIAMENORREICO — INDICAÇÕES: *Retenção ou desaparecimento da menstruação.* Começar o tratamento 8 dias antes da data em que devia aparecer a menstruação. — DOSE: 1 comprimido por dia e augmentar sucessivamente até 3.

EXTRACTO OVARICO ANTIAMENORREICO N.º 2 — Se depois de tomar 2 tubos de Extracto Ovarico Antiamenorreico não obtiver o resultado desejado, continue o tratamento com o *Extracto Ovarico Antiamenorreico N.º 2* — DOSE: 2 comprimidos por dia.

EXTRACTO OVARICO ANTICONGESTIVO — INDICAÇÕES: Hemorragias uterinas. — DOSE: 3 comprimidos por dia. Raras vezes este extracto falha, mas caso se registre este facto convidamos V. Ex.^a a recorrer á **TIROIDINA Seixas-Palma** em tubos de 75-80 comprimidos a 0,1.



constitucionais, acompanhadas de raquitismo e distonia vegetativa, com linfocitose e hipertrofia generalizada do aparelho ganglionar linfático (um com 40.000 glóbulos brancos e 80 % de linfócitos; o outro com 23.000 glóbulos brancos e 75 % de linfócitos). As duas crianças eram prematuras, pesando aos 2 anos, respectivamente, 5.600 kgrs. e 4.850 kgrs.; uma delas tinha concomitantemente perturbações dispépticas e anemia. Entre os linfócitos não havia formas embrionárias. Com o tratamento higiênico, dietético e banhos ultravioletas, com transfusões e hepatoterapia no caso complicado de anemia, deu-se a cura lenta e progressiva nos dois casos, cedendo a pouco e pouco a reacção linfática.

No estudo dos factores etiológicos das linfadenoses benignas, embora a grande maioria dos autores ligue uma importância grande à infecção, a ausência de especificidade do agente, o conhecimento dos casos comunicados por Rosenbaum, mais ainda a existência de reacções linfáticas descritas a seguir à administração de Salvursan (Juliusberg), não permitem relegar para um segundo plano o factor constitucional, se bem que a interpretação deste último seja difícil se atentarmos na raridade do processo, no seu tipo transitório, fugazmente passageiro tantas vezes.

Türck, p. ex., admite como substracto constitucional a aplasia do sistema granulocítico, perdendo o organismo a faculdade de reacção banal às infecções sépticas e respondendo a elas anormalmente por linfocitose.

Sendo assim, seria natural que os linfáticos reagissem com linfocitose aos processos sépticos buco-faríngeos (diftéria, angina de Vincent, estomatite ulcerosa, etc.) e tal não acontece. Mais ainda, se casos há em que uma criança que teve reacção linfática, pode reagir a um novo estímulo (injecção de leite, p. ex.), pela mesma forma, são em maior número aquelas observações em que precisamente, ao contrário, a novos estímulos reagem com polinucleose.

Seja como fôr, afigura-se-nos, por enquanto, mais sensato admitir a congregação de um elemento tóxico ou infeccioso com um estado anormal do aparelho hemopoético, embora esse estado exista apenas temporariamente. De resto, o número de observações publicadas sobre reacções linfáticas benignas é ainda bastante limitado e importa que novas observações venham esclarecer esta entidade mórbida.

As duas observações que vamos relatar, como contribuição para o estudo deste assunto, e que constituem dois casos raros, por se tratar de crianças com menos de 6 anos, são dignas também de interesse pelo lado etiológico, pois em ambas não existia angina nem outras lesões buco-faríngeas.

Observação n.º 1. E. C. M. F.; doente da clínica particular. Sexo fem. Parto normal. Antecedentes sem importância. Desenvolvimento normal até ao ano e meio. Aos 18 meses, típico ataque do eritema nodoso, seguido de conjuntivite bilateral rebelde, não flictenular.

Aos 3 anos tosse convulsa; meses depois bronco-pneumonia, que decorreu sem aspecto de gravidade.

Nos dois anos que se seguiram, a criança passa regularmente; corisas frequentes, por vezes acompanhadas de bronquite (tipo asmatiforme ligeiro).

8-VI-26 (cinco anos), a criança aparece com reacção geral do aparelho ganglionar linfático (pescoço, axilas e verilhas); os gânglios atingem o volume de amêndoas grandes, sem periadenite; esta *poussée* geral não foi precedida de febre nem perturbações do estado geral. A garganta apresenta apenas ligeira hipertrofia amigdalar, sem eritema nem outros sinais inflamatórios. O exame dos vários aparelhos é negativo. Não se nota tom anémico na pele e mucosas. Baço não palpável.

9-VI-28. Análise de sangue. (Laboratório da Clínica Pediátrica — Dr. C. Teixeira):

Eritrócitos	4.600.000
Glóbulos brancos	35.000
Hemoglobina (Sahli)	100
Fórmula :	
Monócitos	2 %
Linfócitos	86 %
Neutrófilos segmentados.....	9,5 %
» bastonêtes.....	2 %
Baófilos	0,5 %
(entre os linfócitos raros linfoblastos)	

11-VI-28. Mantem-se clinicamente o mesmo estado — Hipertrofia ganglionar estacionária. Apirética. Garganta, continua sem apresentar aspecto patológico. Prescreve-se: alimentação mixta, rica em vitaminas, e banhos ultravioletas.

13-VI-28. Dacriocistite flegmonosa do lado esquerdo acompanhada de temperaturas subfebris; aplicações quentes e proteinoterapia (injecções de leite).

18-VI-28. Dacriocistite cedeu rapidamente ao tratamento, estando hoje completamente curada. Reacção ganglionar em nítido retrocesso; não chegou a fazer actinioterapia.

BIOPLASTINA SERONO

Lecitina da gema de ovo e luteínas em soro fisiológico

RECONSTITUINTE EXCELENTE
 NÃO DÁ DÓR NEM REACÇÃO
 Injecções diárias de 1 1/2 cc. a 10 cc. (2 ampolas de 5 cc. de uma só vez.)



Caixas de 6 ampolas de 5 cc. e de 10 ampolas de 1 1/2 cc.
EFEITOS MUITO RAPIDOS
NENHUMA INTOLERANCIA

AMOSTRAS GRATIS PARA OS SENHORES MEDICOS

L. LEPORI

RUA VICTOR CORDON, 1-A

APARTADO 214 - LISBOA

Productos SERONO (Roma)

do Istituto Nazionale Medico Farmacologico Serono

Metranodina Serono — Hidrastis, canadensis, vibornum pronifolium, ergotina dialisada, cannabis indica.

Ipotenina Serono — Á base de nitratos e especialmente de nitritos, iodetos e lobelina.

Virosan Serono — Oleato duplo de mercurio, coestrina e albotanina em pilulas para os casos em que não seja possível a aplicação de medicações similares por via hipodermica.

CARDIOLO SERONO — ALUMNOSE SERONO — UROLITINA SERONO

OPOTERICOS SERONO

Extractos glicericos totais preparados com glandulas de animais recentemente sacrificados. 1 cc. corresponde a um quarto de grama de substancia glandular fresca. Por via hipodermica são levados á dose conveniente, diluidos, de preferencia, com soro fisiologico, para evitar a acção irritante da glicerina.

PEPTOPANCREASI SERONO (Fracos)

EPATASI SERONO (Fracos)

BILEASI SERONO (Pilulas)

OVARASI SERONO (Fracos e caixas)

ORCHITASI SERONO (Fracos e caixas)

SURRENASI SERONO (Fracos e caixas)

TIROIDASI SERONO (Fracos e caixas)

RENASI SERONO (Fracos e caixas)

IPOFISASI SERONO (Fracos e caixas)

LIENASI SERONO (Fracos e caixas)

MASTASI SERONO (Fracos e caixas)

EUGOZIMASE SERONO — TIPO MASCULINO (1 frasco Orchitasi, 1 Surrenasi e 1 Tiroidasi).

EUGOZIMASE SERONO — TIPO FEMININO (1 frasco Ovarasi, 1 Surrenasi e 1 Tiroidasi).

AMOSTRAS GRATIS PARA OS SENHORES MEDICOS

L. LEPORI

RUA VICTOR CORDON, 1-A

APARTADO 214 — LISBOA

Tempo de coagulação	7 ^m
» » hemorragia.....	2 ^m
Fórmula :	
Monócitos	6,5 %
Linfócitos.....	64 %
Neutrófilos segmentados..	18 %
» bastonêtes.....	8,5 %
Metamielócitos neutrófilos.....	1,5 %
Mielócitos	0,5 %
Eosinófilos	1 %

Entre os linfócitos encontram-se apenas quatro linfoblastos, em duzentos glóbulos contados.

Prescreve-se: Dieta rica em vitaminas; iodhümatopan e medula de osso; Actinioterápia; injeções de nucleinato de sódio.

30-IV-28. Melhoria acentuada do estado geral; apirético; melhor coloração da pele e mucosas. Reacção ganglionar e baço em via de regressão.

11-V-28. Bronquite gripal de marcha um pouco arrastada, mas sem gravidade.

24-V-28. Em franca convalescença. Apirético; bom estado geral; baço não se palpa; gânglios reduzidos ao volume de pequenos feijões.

Análise de sangue :

Eritrócitos	4.200.000
Glóbulos brancos.....	8.600
Hemoglobina (Sahli).....	54
Fórmula :	
Monócitos	2 %
Linfócitos.....	58 %
Neutrófilos segmentados.....	26 %
» bastonêtes	4 %
Basófilos ..	1 %
Eosinófilos	9 %

Epicrise : Reacção linfática benigna, acompanhada de anemia; a reacção linfática é neste caso muito menos marcada do que a primeira observação, embora a percentagem de 70 % de células mononucleadas para 27 granulócitos, seja já bem característica, mesmo em relação à idade da criança.

O aspecto clínico lembrava muito de perto uma leucemia em início, hipótese que afastamos pela raridade com que apareceram formas embrionárias (linfoblastos).

Fazemos notar ainda que apesar da neutropénia havia um ligeiro grau de reacção mieloide; este facto relacionado com a existência de ligeiras elevações de temperatura, fazem-nos pen-

sar na possível origem infecciosa d'êste síndrome, embora êste tipo de infecção seja bem diferente das formas septicêmicas com ou sem lesões buco-faríngeas que pela maioria dos autores tem sido descritas.

Sob o ponto de vista terapêutico, julgamos que neste caso as injeções de nucleinato de sódio exerceram uma influência benéfica na evolução do processo, ajudando, pela excitação do tecido mielóide, a restabelecer o equilibrio hemoleucocitário; sendo assim, pode-se estabelecer um paralelo com a influência exercida no primeiro caso pelo processo de dacriocistite associado à proteínoterápia. É certo que a linfadenose benigna que vimos estudando tem uma acentuada tendência para a cura espontânea e é possível que aquilo que julgámos ser uma influência não passe de uma simples coincidência; julgamos, no entanto, do que observámos, poder aconselhar em casos similares a estimuloterapia em qualquer das suas modalidades (nucleinato de sódio, proteínoterápia, autohemoterápia, sôro terebentinado, etc.).

RÉSUMÉ

L'A., après avoir rapidement passé en revue l'histoire et l'interprétation du syndrome, réaction lymphatique, lymphadenose bénigne, rapporte dans ce mémoire deux observations personnelles, d'étiologie obscure, évoluant vers la guérison dans un bref délai.

La connaissance de ce syndrome est importante pour éviter des erreurs dans le diagnostic des leucémies lymphatiques aigües, états subleucémiques, etc.

Dans les deux cas rapportés par l'A. il n'y avait pas, ou très peu, de formes embryonnaires, ce qui a permis d'écarter dans un cas compliqué d'anémie et de splénomégalie la possibilité d'une leucémie subaigüe, au commencement.

L'effet favorable que semble avoir eu dans l'une des observations une complication flegmoneuse associée à la protéinothérapie, dans l'autre les injections de nucléinate de soude, portent l'A. à recommander la stimulothérapie dans des cas semblables.

Sobre bibliografia, além da citada no texto, consultar o tratado de O. Naegeli «Blutkrankheiten und Blutdiagnostik». 4.^a edição. — Cap. «Diagnóstico das leucemias».

CORPOS ESTRANHOS INTRA-OCULARES

(TRABALHO DO INSTITUTO OFTALMOLÓGICO DE LISBOA)

(Continuação do n.º 10, pág. 734 — Outubro de 1928)

POR

ANASTÁCIO GONÇALVES

A acção do magnete grande consiste em fazer sair o corpo estranho do segmento posterior, ou para fóra do olho, ou para a câmara onde se torne facilmente acessível. A habilidade do operador reside em fazer seguir ao corpo estranho, puxado pela força magnética, caminho em que se não exponha a ferir órgão essencial. É sempre vantajoso conhecer a sua situação antes de intervir, mas, quando isso não suceda, presume-se com grande plausibilidade que esteja situado na parte inferior.

Se quizermos tentar exteriorizá-lo por ferida recente da esclerótica, o que dificilmente se consegue, faremos incidir a ponta do magnete grande na direcção da linha que une a porta de entrada à suposta situação actual. Nos modelos de magnete grande em que este não tem perfeita mobilidade é o operador que colocará a cabeça do doente na posição mais favorável e, em qualquer caso, tornará mais rigorosa a incidência da força magnética, fazendo que o doente olhe em determinadas direcções.

Quando se trate de trazer o fragmento de ferro para o segmento anterior é fazendo variar a cada passo a incidência da força que nós conseguiremos que elle percorra a boa via — contornar o cristalino, atravessando a zonula, seguir a face posterior da íris, evitando que a fisque e ali fique ensacado, trazê-lo para a câmara anterior através da pupila. Se fiska a íris torna-se mais difficil fazê-lo seguir o caminho natural. A insistência em tal circunstância pode ou, caso feliz, obrigá-lo a atravessar a raiz da íris sem maior dano, ou determinar uma irido-diálise, às vezes

com grande hemorragia. Porisso será preferível não teimar muito e ir buscá-lo antes à câmara posterior, a-pesar do risco de ferida do cristalino. Mesmo deixado nesta situação é, em regra, bem dispensável a iridectomia para que consigamos trazê-lo para o exterior.

Chegado à câmara anterior, se a cicatriz da ferida da córnea fôr ainda susceptível de ser forçada, podemos trazer o corpo estranho até ela e depois, com mais ou menos insistência, atravessá-la. Opera-se dêste modo sem tocar no órgão lesado com qualquer instrumento, facto excepcional em tôda a cirurgia.

A maior parte das vezes terá que se ir buscar o ferro à câmara anterior (1). Se êle estiver bem livre lá dentro tenderá a cair para a parte mais declive do ângulo irido-córneo, assim se ocultando quando pequeno aos nossos olhares, e em todo o caso se torna menos acessível à extracção. Usou-se últimamente com bom êxito o seguinte artifício para obviar a êste inconveniente. Antes de abrir a câmara faz-se actuar o magnete pequeno através da córnea, aplicando exteriormente a ponta por cima do corpo estranho e depois, deslocando aquela, arrasta-se êste, vindo depositá-lo sôbre a íris em correspondência do sítio onde vai fazer-se a queratotomia. Esta situa-se por via de regra em cima. Não há mais em seguida do que ir com a ponta do magnete pequeno puxar o corpo estranho para o exterior.

Foram 35 as vezes em que se conseguiu fazer sair o corpo estranho pela porta de entrada sob a acção exclusiva do magnete grande, operação ideal que livra dos accidentes infecciosos accesorios que a penetração por instrumentos cirúrgicos pode determinar, só expondo às possíveis perturbações mecânicas derivadas da acção do ferro no seu novo percurso.

Em 183 casos o ferro foi retirado pela acção combinada dos dois magnetes, o primeiro trazendo-o para a câmara e o segundo indo lá buscá-lo. Só de três casos sei em que, tendo-se o ferro revelado claramente à acção do magnete grande, não foi possível trazê-lo para o exterior. Serão talvez para considerar como falhas operatórias, mas são em percentagem mínima e, porque se não

(1) É útil instilar previamente um miótico para conseguir melhor protecção para o cristalino e para facilitar depois a reposição da íris.

penetrou no olho para tirar o corpo estranho, não correspondem a uma verdadeira intervenção frustrada.

Fizeram-se as duas primeiras extracções por este processo em 1902. Depois disso, até 1919, o magnete grande foi sempre usado com muita parcimónia por falta de instalação eléctrica apropriada. O estabelecimento dessa instalação deu azo a que desde 1919 se pudesse fazer uso sistemático daquele aparelho, com as vantagens já citadas.

A partir desse ano, fizeram-se 56,2 extracções de corpo estranho em cada cem casos, certos ou presumidos, de ferro no segmento posterior; antes dessa data só se fizeram 31,3.

A-pesar-de tudo o magnete grande, tal como hoje se usa, está ainda longe de ser instrumento infalível. Às vezes acontece que à prova negativa daquele magnete corresponde um exame sideroscópico positivo, um estado de siderose, simultâneo ou futuro, uma autópsia afirmativa da existência de ferro. Até sucedeu que, após a acção negativa do magnete grande, veio a extrair-se o corpo estranho uma vez por esclerotomia e duas vezes por queratotomia na mesma sessão da operação de catarata.

Houve ainda mais 18 extracções de corpo estranho de que não há menção relativa ao processo usado. Pela época em que quasi tôdas foram feitas deverão ter sido conseguidas quasi sempre pela acção do magnete pequeno com esclerotomia.

O *prognóstico* de um caso de ferro intra-ocular é sempre péssimo, mediata ou imediatamente, desde que este não seja extraído (1). Mesmo quando a tolerância nos parece perfeita e a visão ainda está conservada não deveremos deixar de empregar todos os processos, mesmo os mais arriscados, para conseguirmos a saída do pedaço de ferro, porque a perda da função, e mesmo do órgão, são infalíveis num espaço de tempo mais ou menos longo se não interviermos com êxito. Não deve nunca deter-nos a idéa de que o doente possa sair das nossas mãos com visão mais reduzida do que aquela com que entrou. Pouca que se lhe salve já é um bene-

(1) Exceptuados talvez os casos de fragmento de ferro do cristalino em que falei atrás.

ficio que se lhe presta; ainda que a leve abolida já representa uma vantagem a conservação do globo ocular.

Mesmo depois de extraído o corpo estranho, ainda fica reservado o prognóstico. São tantas as complicações que podem sobrevir que em nenhuma circunstância podemos estar absolutamente seguros de um bom resultado final, mesmo quando a extracção se fêz em condições ótimas. Após a saída do corpo estranho com freqüência ainda lá restarão, porventura, agentes infecciosos susceptíveis de desenvolvimento e sempre haverá as conseqüências traumáticas determinadas pela penetração do corpo estranho e pelas manobras da sua extracção. Impende sempre no prognóstico a ameaça destes dois factores e são, como veremos, múltiplas as maneiras de ela se efectivar.

Em igualdade de circunstâncias o prognóstico será tanto mais favorável quanto mais precocemente se intervenha. Essa precocidade está dependente sobretudo da maior ou menor rapidez com que o sinistrado busca os socorros clínicos, mas ao médico competente, principalmente nos casos recentes, operar sem tardança, como sendo uma verdadeira operação de urgência, porque só com a remoção do corpo estranho podemos evitar, fazer sustar e até regressar os malefícios que êle determina, por si ou pelos agentes infecciosos de que é portador. É mesmo caso de consciência que se não adie uma operação nestas condições.

Nem uma aparência de panoflmitite incipiente nos deve fazer deter. Hoje, ajudados pela acção brilhante da proteínoterápia que, com maior ou menor intensidade, deve por sistema ser usada, conseguimos resultados muitas vezes inesperados. Um olho, que se julgava em via de perda, entra por vezes numa fase de franca reparação, não raro se salvando todo o órgão e até boa parte da função.

Quando se relacionam os resultados finais do tratamento com o grau de precocidade da intervenção encontram-se todavia valores que não corroboram tão evidentemente esta asserção como a prática a afirma. É que os casos mais graves e mais alarmantes são os que levam mais depressa o doente junto do médico e nesses a acção terapêutica, embora precoce, é de resultados mais aleatórios.

Na tabela seguinte agrupam-se os casos conforme o tempo decorrido do desastre à acção clínica.

TABELA XVII

Distribuição dos casos segundo o tempo decorrido do desastre à acção clínica

	Primeiras 24 horas	1 a 3 dias	4 a 7 dias	8 a 15 dias	16 dias a 1 mês	1 mês a 1 ano	1 ano a 10 anos	Mais de 10 anos	?
N.º de casos	62	189	224	227	130	192	117	58	28
%	5	15,4	18,2	18,5	10,6	15,6	9,5	4,7	2,4

Por aqui se vê, coisa que já foi afirmada atrás, a relativa raridade dos sinistrados vindos nas primeiras 24 horas. Na grande maioria são da província estes doentes e, retidos muitas vezes por uma enganadora calma e outras, presos na preocupação de conseguir documentos que julgam indispensáveis para a hospitalização, só muito tarde chegam a tratamento. Note-se a percentagem elevadíssima dos que vieram em períodos adiantados depois do desastre. Os que vieram decorridos mais de 10 anos são quasi tantos como os que chegaram no primeiro dia. Houve-os distanciados de 30, 40 e até 50 anos.

No entanto, é preciso reconhecer que nos últimos tempos, ou espontaneamente, ou por instigação dos médicos, são muito mais diligentes em demandar socorros hospitalares. Assim a partir de 1919 (in) o afluxo foi muito mais precoce e isso se vê na análoga tabela seguinte:

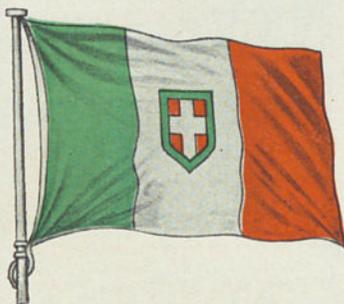
TABELA XVIII

Distribuição dos casos posteriores a 1918, segundo o tempo decorrido do desastre à acção clínica

	Primeiras 24 horas	1 a 3 dias	4 a 7 dias	8 a 15 dias	16 dias a 1 mês	1 mês a 1 ano	1 ano a 10 anos	Mais de 10 anos	?
N.º de casos	25	93	80	61	26	62	20	18	5
%	6,4	23,8	20,5	15,7	6,7	15,8	5,1	4,6	1,3

Productos
ZAMBELETTI
(Milano)

dos Estabelecimentos Dr. L.^o Zambelletti



Iodarsones Zambelletti

A mais agradável e tolerável preparação iodo-fosfo-arsenical.

Tónico-Depurativo de acção
trófica mineralisante e eupeptica.

Arseno-bromo-tónicas Zambelletti

Injecções Sedativas e reconstituintes

Histerismo. — Neurastenia. — Neuropatias. — Insomnias.

Arseniato de Ferro Soluvel Zambelletti

Apresenta os caracteres de tolerância, assimilação e eficácia do

FERRO FISIOLÓGICO ALIMENTAR

Gotas — injecções de 3 graus — com ou sem estricnina.

OUTROS PRODUCTOS ZAMBELETTI:

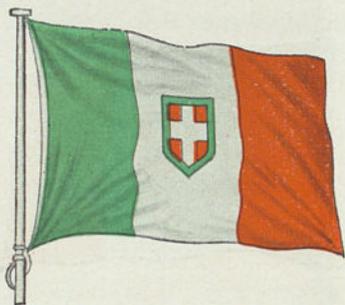
IODOSAN — TEOBROMINA COMPOSTA — SÔRO IODADO COM GAIACOL
INJECCÃO ANTIASMATICA — BISMARSOL

AMOSTRAS GRATIS PARA OS SENHORES MEDICOS

L. LEPORI

RUA VICTOR CORDON, 1-A

APARTADO 214 — LISBOA



Productos
BRUSCHETTINI
(Genova)

do Laboratorio di Terapia Sperimentale
Dott. Prof. A. Bruschetti

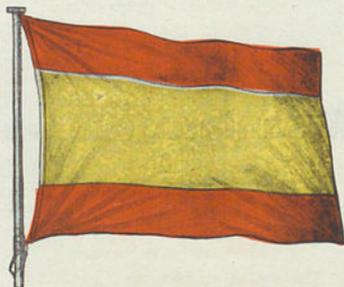
Vacina antiptogénica polivalente Bruschetti — Estreptococo piogénio, estafilococo piogénio aureo, bacilos perfringens, bacterium coli, pneumococo de Fränkel, b. piocianico, tipos de procedencias diversas. — Método Prof. Bruschetti.

Vacina antigonocócica Bruschetti — Tipos de gonococos de varias procedencias e tipos de gérmenes (piogénios), que costumam acompanhar o gonococo. — Método Prof. Bruschetti

Antituberculares Bruschetti — SÔRO VACINA — VACINA CURATIVA — VC-AC VACINA CURATIVA II GRAU.

Productos IBYS
(Madrid)

do Instituto de Biologia Y Sueroterapia



Atosferin IbyS (I e II Série) — Associação de éter e vacina contra a tosse convulsa.

Vacina contra a tosse convulsa IbyS — Emulsão do bacilo de Bordet Gengou e seus associados, na tosse convulsa. Contém 250 milhões de gérmenes por centímetro cúbico. Caixas de 5 ampôlas de 2 cc. — **Como curativa e preventiva.**

Bronconeumoserum IbyS — Sôro pneumo-diférico optoquinado. Ampolas de 10 cc.

Adrenoserum IbyS — Associação de sôro normal de cavalo e adrenalina (sôro equino adrenalínico). — Ampôlas de 10 cc.

AMOSTRAS GRATIS PARA OS SENHORES MEDICOS

L. LEPORI

RUA VICTOR CORDON, 1-A

APARTADO 214 — LISBOA

Nela se verifica que aumentaram tôdas as percentagens dos períodos próximos. Os sinistrados que vieram na primeira semana passaram de metade, ao passo que na totalidade não muito excederam um terço.

Adiante procurarei exprimir numéricamente as vantagens que para a evolução clínica derivam da precocidade no tratamento.

Para confronto com as tabelas, que atrás publiquei, dos estados da visão no comêço do tratamento, vejamos agora, também classificados no mesmo critério atrás adoptado, os estados de visão à saída dos doentes. A tabela XIX refere-se a todos os sinistrados de ferro intra-ocular.

TABELA XIX

Distribuição dos casos conforme os estados da visão no fim do tratamento

N.º de casos	Mais de 1/10 da visão normal	Visão de dedos até 5 m. de dist.	Percepção luminosa	Função abolida (1)			Visão desconhecida
				151	158	162	
	311	148	197	151	158	162	100
%	25,4	12,1	16	12,3	12,8	13,2	8,1
				38,3			

Da comparação com a tabela correspondente número VIII resulta à evidência que os estados bons de visão à saída são consideravelmente mais numerosos (de 11,4 a 25,4%), êsse aumento se fazendo sobretudo à custa dos de simples percepção luminosa, que os de visão reduzida a contar dedos ficaram quási estacionários, só acusando ligeiro decréscimo. Os casos de amaurose aumentaram como era de prever. Havia os 26% irreductíveis

(1) Dividi o grupo de função abolida em três categorias: aqueles em que houve conservação do globo, aqueles em que se fez enucleação e aqueles em que se fez exenteração.

do comêço e a êsses se juntaram depois muitos outros de evoluçãõ menos feliz e que tiveram a mesma terminaçãõ. Passaram de 26 a ser 38,3%, contando neste número aqueles em que ao mesmo tempo houve perda do órgão.

Devo dizer que mais favorável resultaria o confronto se todos os sinistrados tivessem readquirido a visãõ de que eram capazes. Muitos deles, por exemplo, não voltaram a fazer-se operar da catarata que resultou do traumatismo e assim ficaram a assombrar o quadro com uma simples percepçãõ luminosa quando poderiam ter recuperado visãõ perfeita. Muitos outros saíram antes que se tivesse dissipado todo o estado inflamatório que lhes estava ainda a desfalcar a visãõ. Em compensaçãõ, alguns, mas poucos, terão vindo ainda a sofrer as complicações tardias, em que adiante falarei, as quais lhes terão cerceado ou abolido a funcãõ.

Consideremos agora isoladamente os casos agrícolas e os casos industriais. As tabelas XX e XXI mostram os respectivos estados de visãõ à saída.

TABELA XX

Distribuiçãõ dos casos agrícolas conforme os estados de visãõ no fim do tratamento

N.º de casos	Mais de 1/10 da visãõ normal	Visãõ de dedos até 5 m. de dist.	Percepçãõ luminosa	Funçãõ abolida			Visãõ desconhecida
	244	120	152	121	112	147	75
%	25,2	12,3	15,7	12,4	11,5	15,2	7,7
				39,1			

TABELA XXI

Distribuiçãõ dos casos industriais conforme os estados de visãõ no fim do tratamento

N.º de casos	Mais de 1/10 da visãõ normal	Visãõ de dedos até 5 m. de dist.	Percepçãõ luminosa	Funçãõ abolida			Visãõ desconhecida
	27	6	23	15	15	5	11
%	26,4	6	22,5	14,7	14,7	5	10,7
				34,4			

Do confronto destas tabelas entre si e de ambas com a tabela XIX e com as tabelas IX e X se vê que os resultados se correspondem, de forma geral, nas duas categorias de sinistrados, mas nos casos da indústria os estados finais de visão reduzida ou abolida são, em regra, mais numerosos, a não ser no grupo dos exenterados, que êsses foram em quantidade consideravelmente menor.

Como devíamos deprender do que atrás dissemos a respeito das perturbações mecânicas e infecciosas determinadas pelos corpos estranhos nos vários serviços, é pois em geral o prognóstico nos acidentes industriais mais carregado do que nos acidentes agrícolas, tirante o mau prognóstico imediato por panofthalmitis, que êsse é mais sombrio nestes últimos, pois neles mais freqüentemente o ferro transporta para o interior do olho agentes virulentos da infecção.

Considerados os casos na sua totalidade não podemos tirar ilações quanto aos benefícios imediatos da extracção do corpo estranho. Porisso, é indispensável examinar separadamente o lote dos casos em que se teve êxito na extracção.

Na tabela XXII apresento os estados de visão à saída nos olhos que foram aliviados do fragmento de ferro.

TABELA XXII

Distribuição dos casos operados com êxito, segundo o estado da visão no fim do tratamento

N.º de casos	Mais de 1/10 da visão normal	Visão de dedos até 5 m. de dist.	Percepção luminosa	Função abolida			Visão desconhecida
	193	88	107	59	26	17	71
%	34,4	15,7	19,1	10,5	4,6	3	12,6
				18,1			

Por ela se vê que com a extracção não só se poupou o olho a uma perda futura inevitável como também com ela se melho-

raram consideravelmente os resultados funcionais imediatos. Assim os estados de visão superior a 1/10 passaram de 25,4, como eram nos casos considerados em conjunto, a 34,4%; aqueles que estavam reduzidos a contar até 5 metros passaram de 12,1 a 15,7. São, pois, em muito maior número as visões aproveitáveis e mais seriam se fôsse sempre possível levar até termo de tratamento aqueles que saíram com simples percepção luminosa, que neles, aliviado já o prognóstico com uma extracção feliz, fácil seria muita vez recuperar visão bem apreciável.

Mas não foi este o único benefício da operação. Os números de enucleações e exenterações reduziram-se consideravelmente (respectivamente de 12,8 e 13,2 a 4,6 e 3,0%). Devíamos esperar isso, *à priori*, porque raras vezes se tentou extracção num olho já de comêço condenado ao sacrifício, sobretudo nos casos de panoftalmite. Todavia as diferenças entre as respectivas percentagens são tão grandes que somos levados a concluir que a operação de per si terá evitado muita perda de olhos precoce, que, tardia, quasi sempre seguramente a evita.

As percentagens indicadas são ainda para os bons estados de visão inferiores à realidade. Como atrás disse e expliquei, os casos postos sob a rubrica de causa ignorada são quasi todos do segmento anterior; nesses o prognóstico é ordinariamente mais aliviado que nos restantes.

Da mesma forma que fiz para a totalidade dos casos supostos de ferro intra-ocular, considerarei agora isoladamente os casos agrícolas e os industriais a que foi feita operação bem sucedida. Dos estados de visão no exame derradeiro dizem, respectivamente, as tabelas XXIII e XXIV.

TABELA XXIII

Distribuição dos casos agrícolas operados com êxito, segundo o estado da visão no fim do tratamento

N.º de casos	Mais de 1/10 da visão normal	Visão de dedos até 5m. de dist.	Percepção luminosa	Função abolida			Visão desconhecida
	159	75	88	42	16	12	59
%	35,3	16,6	19,5	9,3	3,5	2,6	13,1
				15,4			

TABELA XXIV

Distribuição dos casos industriais operados com êxito, segundo o estado da visão no fim do tratamento

N.º de casos	Mais de 1/10 da visão normal	Visão de dedos até 5 m. de dist.	Percepção luminosa	Função abolida			Visão desconhecida
	17	6	14	8	4	2	
%	30,4	10,7	25	14,3	7,1	3,6	8,9
				25			

O resultado do confronto das duas tabelas conforma-se, de modo geral, com o que atrás dizemos no exame das tabelas XX e XXI: maior abundância de bons resultados nos casos agrícolas, maior de maus nos casos industriais. O que, porém, se não harmoniza com o que nesse exame averiguámos é o facto de serem agora em maior número as exenterações nos casos industriais.

Assim devia suceder todavia. Isento êste lote dos operados de quasi tôdas as panoftalmites iniciais, temos que os casos nele contidos ficam sobretudo sujeitos às condições de prognóstico inerentes aos caracteres do agente traumatizante e, como vimos, essas são piores para os fragmentos de ferro que penetraram durante o labor industrial.

Avaliar do prognóstico comparando estados de visão dispostos em agrupamentos, que limites forçosamente distantes abrangem, é processo que pode levar-nos a ilações menos rigorosas. Assim um sinistrado que entre com visão de um décimo e saia com visão normal é considerado naquele critério como não tendo melhorado e análogamente para a recíproca.

Para ficar, pois, completa a apreciação dos resultados é preciso averiguar em cada caso do estado final da função comparativamente ao do início e assim estabelecer as três grandes categorias de *melhorados*, *piorados* e *mesmo estado*. — Não é êste processo isento de defeito; são mesmo bastas as suas causas de êrro, algumas delas comuns ao anterior. — Perturbações funcionais bem passageiras devidas ao acto operatório podem fazer considerar como piorado um doente que, visto uma semana depois, passaria à categoria de melhorado. Resíduos inflamató-

rios, conseqüências do sinistro, podem quando vierem a dissipar-se dar lugar ao restabelecimento mais ou menos completo da função; um exame final prematuro, avaliado em graus de visão, iludirá sobre o êxito da acção clínica. Uma catarata que se completou naturalmente e que não chegou a ser operada veio fazer erroneamente inverter a categoria do doente portador.

Os olhos amauróticos, insusceptíveis de recuperar visão, são sempre considerados como saindo no mesmo estado e, não obstante o tratamento, pode neles conseguir resultados muito para apreciar.

Tôdas estas causas de êrro veem carregar indevidamente o prognóstico nesta maneira de o avaliar. Em compensação, não se contam na grande maioria das vezes as complicações tardias que podem sobrevir. Poucas elas são, relativamente, nos casos em que se fêz a remoção do corpo estranho, mas quási certas e levando pelo menos à perda funcional naqueles em que isso se não conseguiu.

Tendo em mente esta falibilidade das indicações dadas, são elas ainda preciosas para ajuizarmos do prognóstico. Quási sempre erram por defeito na quantidade dos bons resultados que nos revelam e isso nos evita cair em falsos optimismos quanto aos beneficios da intervenção terapêutica. Só, e insisto nisso, quando permanece o fragmento de ferro dentro do ôlho é que, embora os resultados imediatos sejam bons, o prognóstico tardio é para considerar péssimo.

Vistos os defeitos dos dois processos vou agora apresentar os resultados obtidos no uso do segundo. Se eles corroborarem as conclusões tiradas no uso do primeiro nós teremos mais garantias da exactidão delas.

Na tabela XXV menciono os resultados obtidos na totalidade dos doentes.

TABELA XXV

Distribuição dos casos conforme o estado final da visão referido ao inicial

	Melhorados	Mesmo estado	Piorados	Res. desconh.
N.º de casos ..	387	541	207	92
%.....	31,5	44,1	16,8	7,5

ATLAS ELEMENTAL DE ORGANOLOGÍA MICROSCÓPICA HUMANA

POR EL DR. LUIS G. GUILERA

LÁMINA X

APARATO GENITAL MASCULINO

EDITADO POR EL LABORATORIO BALDACCI

IODARSOLO

PRIMER PRODUCTO DE YODO Y ARSÉNICO

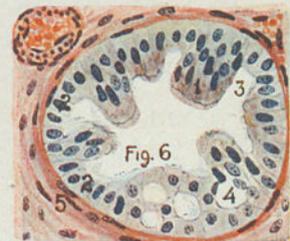
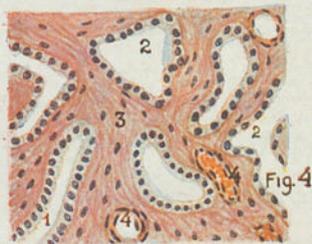
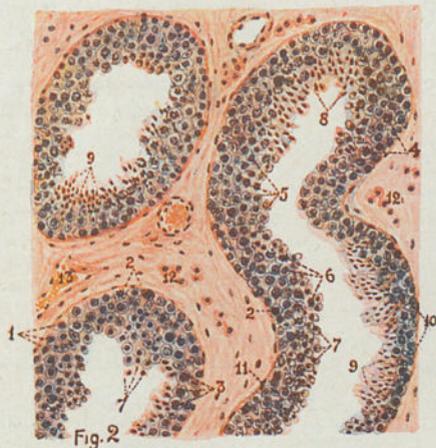
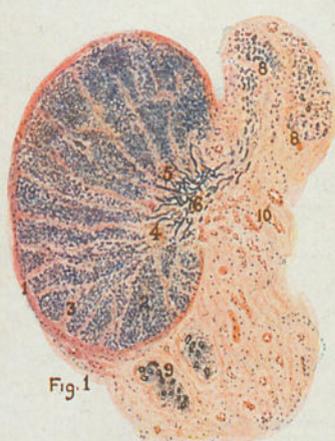


Fig. 1. — TESTÍCULO DE NIÑO CON EPIDÍMIDO. Corte longitudinal. Hematoxilina-eosina. 1. Albuginea. 2. Lóbulo testicular. 3. Septos conjuntivos interlobulares. 4. Mediastino o cuerpo de Highmore. 5. Canales rectos. 6. Rete testis. 7. Conductillos eferentes. 8. Lobulillos de la cabeza del epidídimo. 9. Cola del epidídimo. 10. Vasos.

Fig. 2. — TESTÍCULO DE JOVEN, Hematoxilina-eosina. 1. Espermatogonias. 2. Espermatogonias en mitosis. 3. Espermatocitos de I orden. 4. Id. en mitosis. 5. Espermatocitos de II orden. 6. Id. en mitosis. 7. Espermatides. 8. Espermatides transformándose en espermatozoides. 9. Espermatozoides. 10. Células de Sertoli. 11. Basal. 12. Células intersticiales. 13. Vasos.

Fig. 3. — CÉLULAS DEL TESTÍCULO. De 1 a 4, Del Rio rápido-oro. 5 y 8. Del Rio rápido-oro-rojo escarlata. 6 y 7. Hematoxilina-eosina. 1. Espermatogonia. 2. Espermatocito de I orden. 3. Espermatocito de II orden. 4. Espermatide. 5. Espermatóforo o célula de Sertoli. 6. Espermatozoides de frente y perfil. 7. Células intersticiales con cristaloides de Reinke. 8. Células intersticiales con lípidos.

Fig. 4. — CUERPO DE HIGHMORE. Hematoxilina-eosina. 1. Tubo recto con epitelio prismático. 2. Tubos de la rete con epitelio cúbico o aplanado. 3. Tejido conjuntivo condensado. 4. Vasos.

Fig. 5. — CABEZA DEL EPIDÍMIDO. Hematoxilina-eosina. Véanse detalles en la Fig. 6.

Fig. 6. — Corte transversal de un conductillo eferente, Hematoxilina-eosina. 1. Células epiteliales prismáticas altas a menudo ciliadas y provistas de lipo pigmento en las partes prominentes. 2. Células cúbicas, sin cirros, en los fondos o criptas. 3. Cripta. 4. Id. cortada de través. 5. Anillos laminares conjuntivos con fibras musculares lisas.

Fig. 7. — CUERPO Y COLA DEL EPIDÍMIDO. Hematoxilina-eosina. Véanse detalles en la fig. 8.

Fig. 8. — FRAGMENTO DE PARED DE UN CONDUCTO DE LA COLA DEL EPIDÍMIDO. Hematoxilina-eosina. 1. Epitelio prismático muy alto con largos cilios no móviles. 2. Capa profunda del epitelio. 3. Anillos conjuntivo-musculares. 4. Contenido segregado, con cabezas de espermatozoides más o menos alterados.

O primeiro produto de iodo e arsenio

IODARSOLO

O iodo en combinação tanico-proteica, intimamente ligado a molecula proteica, em quantidade fixa e de absoluta estabilidade; o acido arsenioso sob forma organica.

SABOR EXCELENTE

Em elixir.

Em injectaveis de 1.º e 2.º grado.

SEM YODISMO - NÃO PRODUZ INTOLERANCIA
ARSENICAL

ZIMEMA

Hemostatico fisiologico *fermento coagulante do sangue.*

Contem o fibrino fermento obtido segundo um metodo especial, que é o que realmente actua sobre o sangue o deste modo a sua acção é constante e segura.

ABSOLUTAMENTE INOCUO EN CUALQUER
PERIODO E IDADE

Caixas con empolas de 3 cc. para uso hipodermico.

Laboratorio Chimico Farmaceutico V. BALDACCII - Pisa
Agente para a Peninsula Iberica: M. VIALE - Provenza, 427 - Barcelona
Concesionario exclusivo para a venda em Portugal: Sociedade Industrial Farmaceutica
(Farmacias: Azevedo, Irmão & Veiga, Rua do Mundo, 24 - Azevedo Filhos, Praça D. Pedro IV) LISBOA
AMOSTRAS GRATUITAS AOS EXCMOS. SRES. MEDICOS

Nas tabelas XXVI e XXVII faço a mesma coisa, respectivamente para os casos agrícolas e industriais.

TABELA XXVI

Distribuição dos casos agrícolas, conforme o estado final da visão referido ao inicial

	Melhorados	Mesmo estado	Piorados	Res. desconh.
N.º de casos ..	313	446	157	55
%.....	32,3	45,9	16,1	5,6

TABELA XXVII

Distribuição dos casos industriais, conforme o estado final da visão referido ao inicial

	Melhorados	Mesmo estado	Piorados	Res. desconh.
N.º de casos ..	25	30	30	17
%.....	24,5	29,4	29,4	16,7

Na inspecção destas tabelas verifico em primeiro lugar que é muito limitada em geral a porção de casos em que se não conseguiu fazer sustar a baixa de valor funcional do olho atingido, pelo menos no tempo que imediatamente seguiu ao tratamento; em segundo lugar confirmo o que já atrás reconhecera do pior prognóstico em acidentes industriais — nestes as classes de *melhorados* e *mesmo estado* sendo cerceadas em benefício dos *piorados*.

Apliquemos o mesmo critério de classificação aos casos de extracção de ferro bem sucedida e obteremos a tabela XXVIII quando os considerarmos na generalidade e as tabelas XXIX e XXX quando atendermos só aos agrícolas ou industriais, respectivamente.

TABELA XXVIII

Distribuição dos casos operados com êxito, segundo os resultados funcionais obtidos

	Melhorados	Mesmo estado	Piorados	Res. desconh.
N.º de casos ..	250	124	134	53
%.....	44,6	22,1	23,8	9,4

TABELA XXIX

Distribuição dos casos agrícolas operados com êxito, segundo os resultados funcionais obtidos

	Melhorados	Mesmo estado	Piorados	Res. desconh.
N.º de casos ..	207	105	102	37
%.....	45,9	23,3	22,6	8,2

TABELA XXX

Distribuição dos casos industriais operados com êxito, segundo os resultados funcionais obtidos

	Melhorados	Mesmo estado	Piorados	Res. desconh.
N.º de casos ..	17	14	16	10
%.....	29,8	24,5	28,1	17,5

No exame destas tabelas e sua comparação com as anteriores logo salta à vista que a taxa dos de *mesmo estado* baixou consideravelmente, reduzindo-se a pouco mais de metade. Não nos deve isso causar surpresa se atendermos a que a extracção se não fêz e mesmo se não tentou na maior parte dos casos vindos em amaurose, os quais, pela sua invariabilidade, tinham entrado todos naquela rubrica das tabelas anteriores. Os de *mesmo estado* passaram a ser em número sensivelmente igual aos *piorados*.

As taxas dos *melhorados* e dos *piorados* aumentaram muito à custa dos intermédios, mas conservaram entre si quasi os mesmos valores relativos, com ligeira vantagem para os extraídos, na casa dos *melhorados*, sobretudo nos desastres da indústria.

A avaliar simplesmente por estes números podíamos concluir

DRYCO

O único leite em pó

TRATADO PELOS

Raios Ultra-violeta

☉ **leite ideal para a
alimentação infantil**

Contém todos os elementos indispensáveis para que as crianças se nutram e desenvolvam em condições sãs e vigorosas.

The Dry Milk Company

15, Park Row - New York

(Instituição Internacional para o Estudo e Preparação de Produtos de Leite Puro.)

PEDIR AMOSTRAS E LITERATURA AOS DEPOSITÁRIOS PARA PORTUGAL E COLÓNIAS:

Gimenez-Salinas & C.^a

Rua Nova da Trindade, 9, 1.^o

LISBOA



MYO-SALVARSAN

Dioxidiaminoarsenobenzol-dimetansulfonato sódico

para aplicação indolor

POR VIA INTRAMUSCULAR E SUBCUTANEA

na

SALVARSAN-TERAPIA

.....

Toxidade reduzida — Alto poder terapêutico
Boa tolerância — Não irrita os tecidos

....

Indicado especialmente em todos os casos que não permitem
 a injeção intravenosa do Neosalvarsan

.....

Aprovado pelo Instituto Nacional de Terapêutica
 experimental em Frankfort a. M. (Alemanha)

....

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Pharm. Verkaufs-Abteilung

“Bayer-Meister Lucius” Leverkusen a/Rh



....

Representante-depositário: AUGUSTO S. NATIVIDADE

Rua dos Douradores, 150, .º — LISBOA

pela pouca utilidade do acto operatório e podíamos até notar certa contradição com o que atrás vimos a respeito dos resultados funcionais dos operados com sucesso. Da utilidade da operação nos diz o que sabemos do péssimo prognóstico quando o fragmento de ferro é conservado no olho. A contradição citada é só aparente porque com grande frequência se conservam ou restabelecem bons estados de visão e a circunstância de não ser muito maior o valor relativo dos casos melhorados só resulta de que a maior parte das vezes não houve possibilidade de examinar o operado quando dissipada tôda a inflamação que derivou não só do traumatismo como do acto operatório. Esta precocidade forçosa no exame final fêz que, como disse, muitas vezes se considerasse negativo um resultado funcional que viria a ser positivo de alto valor. Também nem sempre se fêz a recuperação operatória de tôdas as possibilidades funcionais do olho lesado.

Mais uma vez o confronto das tabelas XXIX e XXX nos confirma o pior prognóstico dos acidentes industriais.

Falei atrás da necessidade obvia da intervenção terapêutica precoce nestes sinistrados. Vamos a ver se consigo exprimir em números as vantagens dessa precocidade. Visto que ela foi maior a partir de 1919, como vimos, vamos verificar se no período desde então decorrido se modificou favoravelmente a percentagem dos casos que beneficiaram imediatamente com o tratamento.

Considerarei simultaneamente a generalidade dos casos nos últimos anos tratados e só o grupo dos operados com êxito.

TABELA XXXI

Distribuição de todos os casos operados e dos só operados a partir de 1919, conforme os resultados funcionais obtidos

	Melhorados	Mesmo estado	Piorados	Res. desconh.
Lotes da totalidade	131	181	54	24
%.....	33,6	46,4	13,8	6,2
Lotes de operados com êxito.....	102	72	44	19
%.....	43	30,4	18,6	8

Do confronto desta tabela com as tabelas XXV e XXVIII se reconhece que aumentou, na generalidade, a percentagem dos *melhorados* e diminuiu sempre de modo pronunciado a dos *pio-rados*, resultados tanto mais notáveis quanto é certo que a precocidade na vinda muitas vezes significa gravidade dos sintomas clínicos.

Esta melhoria dos resultados obtidos não deriva todavia só da maior presteza da acção clínica, mas também de ter sido esta mais cuidada. Que, no entanto, uma terapêutica precoce de per si muito contribui para um bom êxito confirma-o, não só a nossa razão como também a concordância de melhores resultados, a partir de 1919, até naqueles casos em que se não conseguiu extrair o corpo estranho.

É intuitivo que o prognóstico deve variar consideravelmente com a localização do corpo estranho, conhecida como é a desigual aptidão que tem as várias partes do olho para reagir à infecção e suportar os efeitos mecânicos do traumatismo. Nos casos em que nos pudémos certificar dessa localização o resultado funcional foi o que consta da tabela XXXII.

Como era de prever, foi muito pior o resultado final no grupo dos do segmento posterior que nos restantes. A taxa dos melhorados andou nestes sempre pelo dôbro, a não ser no grupo dos cravados na esclerótica que nesses foi máxima a taxa dos que saíram no mesmo estado pela razão simples de que na maior parte a visão não foi afectada.

Mas ainda maior seria a desproporção se nós considerássemos como sendo do segmento posterior, o que plausivelmente quasi sempre terá sucedido, aqueles casos em que não foi possível ou se não tentou a extracção. Então obteríamos valores que tinham para os do segmento posterior significado mais sombrio do que os obtidos na tabela XXV. Desta, que corresponde à generalidade dos casos, teríamos excluído o lote dos de melhor prognóstico que são os averiguados do segmento anterior.

Vimos atrás que há vários processos de retirar do interior do olho um corpo estranho inacessível à nossa vista e profundamente situado no segmento posterior. Disse que havia partidários

dum ou doutros e mostrei já o rendimento de bons êxitos operatórios que com qualquer deles se colhe. Vamos agora a ver o prognóstico, sob o ponto de vista funcional, quanto ao processo utilizado. Disso nos diz a tabela XXXIII.

Atendendo só aos números desta tabela não temos critério seguro para seriar êstes processos na ordem dos seus benefícios funcionais. Alguns foram usados tão poucas vezes que são vãs as conclusões fundadas nos seus resultados. Outros deram uma taxa muito restrita de resultados maus mas também é reduzida a dos funcionalmente bons, tudo em pró da casa dos de função inalterada, que, aliás, já representam resultados muito vantajosos. E assim ainda outros empeços a uma boa classificação.

No entanto, vistas as coisas em geral e ajudando com o produto da nossa experiência, podemos facilmente discernir o valor relativo de todos êles.

Vemos que a operação que proporcionou melhores resultados funcionais foi a extracção só com magnete pequeno por via anterior após queratotomia. Devemos, no entanto, ponderar que êste processo, nem sempre indicado por não haver turvação completa do cristalino, se presta, como vimos, mais do que qualquer outro, a falhas operatórias e que os bons resultados indicados correspondem a olhos afacos e, portanto, muito defeituosos para a habitual utilização.

Vem depois, na ordem decrescente dos bons resultados, a extracção pela porta de entrada, utilizando só a acção atraente do magnete grande. Disse que seria esta a operação ideal, mas não podemos por sistema realizá-la, devendo antes ser considerada como um encurtamento desusadamente feliz do processo que utiliza o concurso dos dois magnetes.

Logo a seguir, sem grande intervalo e até mesmo se avantajando ao anterior da taxa dos *melhorados*, vem êste outro. As suas taxas elevadas de resultados felizes e o grande rendimento que dá em êxitos operatórios fazem que considere êste processo como de preferir.

O da extracção com magnete pequeno após esclerotomia, que ainda tem seus campeões, fica-lhe abaixo nas duas percentagens estimáveis ao passo que o excede, e muito, na odiosa dos *pio-rados* (38.7 para 24). E ainda nestes números não estarão traduzidas na totalidade certas complicações que tardiamente costumam

sobrevir com mais freqüência, como veremos, nos operados desta última maneira.

Da extracção pela ferida com magnete pequeno não falarei porque é processo de utilização fortuita e raras vezes indicado. Os resultados com êle obtidos não são aliás muito apreciáveis.

Complicações.

Falemos agora das *complicações* de vulto que podem, conforme o seu carácter e localização, afectar definitivamente o valor funcional do olho, a conservação do órgão e até a integridade do parêlho.

Disse atrás das perturbações mecânicas e estados infecciosos que um corpo estranho pode logo determinar ao penetrar no globo. Muitos deles regressam ou se limitam; outros pela sua persistência, agravamento ou complicações que originam podem vir a prejudicar consideravelmente o futuro da função, mesmo modificar fundamentalmente a anatomia do órgão e até forçar ao sacrifício dêste.

Uma ferida do cristalino produz uma *catarata* que muitas vezes será ou se tornará completa, causando assim a perda prática da visão.

Uma hemorragia poderá, se fôr lenta a reabsorver-se, dar aso a uma retinite proliferante ou a um *descolamento da retina*.

Uma uveíte rebelde e de certa intensidade, acompanhando ou não um abcesso do corpo vítreo, poderá também dar motivo a um descolamento da retina, levar à *atrofia* do globo e mesmo muitas vezes obrigar à enucleação.

Uma *infecção simpática* do olho lesado poderá ter repercussão sobre o outro olho.

Tôdas estas complicações as não consegue muitas vezes impedir a extracção bem sucedida do corpo estranho e até o acto operatório, pelo traumatismo que determina, pode concorrer para o aparecimento mais freqüente de algumas delas, como veremos quando falarmos do descolamento da retina.

Mas uma extracção do corpo extranho em tempo oportuno conseguirá evitar a *siderose*, outra complicação tardia de que adiante também falarei.

Vamos ver o que dizem os arquivos do Instituto a respeito da frequência e condições de aparecimento destas várias complicações.

Diz-se nos Arquivos de 281 *cataratas* completas. Mais deve ter havido que não vieram a ser contadas, ou por omissão casual nas notas clínicas, ou porque efectivamente não foi reconhecida a turvação do cristalino, tapada como estava quer por exsudado quer por uma oclusão pupilar.

Houve, como já disse, por cem sinistrados de ferro 22,9 *cataratas* completas.

Dessas 281 foram operadas 249 ao que corresponde uma percentagem de abstenções de 11,4, número que deve estar àquém da verdade, visto que todos os casos omitidos em que atrás falo foram de facto de abstenção, aliás se teria mencionado pelo menos o acto operatório.

122 vezes, isto é, sensivelmente metade delas, além da *catarata* se extraiu o corpo estranho; 53 vezes se tentou baldadamente essa extracção e nas 74 restantes, por pouca verosimilhança de êxito, se limitaram a procurar o benefício funcional correspondente à remoção da *catarata*, se bem que êsse benefício quási sempre devesse ser transitório.

Nos 32 casos de *catarata* em que se não interveiu para a extrair, 20 vezes se tinha retirado o fragmento de ferro do interior do olho. Foram doentes que, mandados aguardar a desapareição dos restos inflamatórios para que então se intervesse em mais seguras condições de êxito, não voltaram a procurar tratamento e assim deixaram de recuperar a boa visão de que eram na maior parte susceptíveis.

Os 249 doentes operados de *catarata* obtiveram com a operação os seguintes estados de visão, reconhecidos a quando do exame derradeiro.

TABELA XXXIV
Do valor funcional dos olhos sinistrados, operados de *catarata*

	Mais de 1/10 da visão normal	Visão de dedos até 5 m. de dist.	Percepção luminosa	Amaurose
N.º de casos	157	47	22	23
%	63	18,7	8,8	9,5

Foi grande a percentagem dos casos (81,7) em que a operação restituiu visão aproveitável, mas devemos descontar neste optimismo dos números dois senões de vulto. Em primeiro lugar estes olhos ficam afacos e, portanto, com um fortíssimo defeito de refração que embaraça ordinariamente a utilização da maior parte da sua faculdade de ver. Em segundo lugar muitos destes olhos, quando se não tenha tirado o corpo estranho, estão votados à perda funcional em mais ou menos longo prazo. Resultados relativamente consistentes são só os obtidos naquele grupo em que se fêz também a extracção do fragmento de ferro e ainda esses algumas vezes podem falhar, mercê da superveniência de outras complicações, como seja um descolamento da retina.

Mesmo o prognóstico imediato, no que diz respeito aos estados de visão consecutivos à remoção da catarata, varia conforme o corpo estranho foi ou não extraído. Na tabela seguinte vemos o valor relativo dos estados finais de visão nos vários grupos:—remoção da catarata com extracção de ferro bem sucedida, com extracção frustrada e sem tentativa de extracção.

TABELA XXXV

Do valor funcional dos olhos sinistrados, operados de catarata, conforme se extraíu, se tentou e não extraíu e se não tentou a extracção do corpo estranho

	Mais de 1/10 da visão normal	Visão de dedos até 5 m. de dist.	Percepção luminosa	Amaurose
N.º de casos de extr. de cat. com extr. do corp. estr.....	86	17	9	10
%.....	70,5	13,9	7,3	8,2
N.º de casos com extr. frustrada do corpo estr.....	23	12	10	8
%.....	43,4	22,6	18,8	15,1
N.º de casos sem tenta tiva de extr. do corp. extr.....	48	18	3	5
%.....	64,8	24,3	4,1	6,8

Por aqui se vê que os melhores resultados funcionais foram obtidos quando se fêz a extracção conjunta da catarata e do corpo estranho, os piores quando a extracção dèste falhou. Aproximam-se muito dos primeiros os resultados imediatos colhidos nas extracções de catarata desacompanhadas de tentativa de extracção do corpo estranho. Nem admira que assim seja, visto que eles não tiveram a nociva influência do traumatismo operatório correspondente a esta extracção e também porque, procurando-se nestes casos só uma melhoria funcional, terá havido sempre cuidado de não intervir sem probabilidades de bom êxito.

O *descolamento da retina* é complicação muitas vezes tardia e porisso nem sempre nos é dado reconhecê-la clinicamente. Verifica-se com freqüência máxima nas autópsias dos globos enucleados por ciclite com atrofia, que nesta, em regra, a retina se destaca das outras membranas, na desorganização e encarquilhamento que ela exprime. No entanto, encontra-se também nos olhos que conservaram o seu tamanho normal e até naqueles em que uma intervenção operatória bem sucedida deu aso a um bom resultado imediato de feliz agoiro. Parece mesmo que a operação de per si possa concorrer para facilitar o aparecimento desta complicação.

Da quantidade de descolamentos acompanhando atrofia do globo darei idéa na enumeração dos casos em que sobreveiu essa atrofia. Aqui mencionarei simplesmente aqueles descolamentos que se reconheceram nos olhos de forma íntegra e nos quais o descolamento parecia ser a lesão essencial.

Há notícia de 13 casos de descolamento observados ao oftalmoscópio. De muitos outros se poderá presumir a existência, naqueles olhos amauroticos ou de falsa projecção em que a opacidade dos meios vede o exame cuidado do fundo.

Em todos os 13 houvera intervenção operatória, bem ou mal sucedida. Cinco vezes o descolamento se averiguou imediato; nas restantes, a maioria, só veiu a reconhecer-se tardiamente, quando o doente voltou a queixar-se da perda da visão que lhe tinha sido conservada ou restabelecida. Este carácter tardio do advento de tal complicação leva-nos a supor a sua freqüência muito maior que a dada por êste número, pois que, conhecido o desleixo do nosso trabalhador pela saúde própria, é de crer que

GENATROPINA

(POLONVSKI & NITZBERG)

NOVO ALCALOIDE SUCCEDANEO DA ATROPINA

Toxicidade Mínima - Tolerancia Máxima

Dispepsia Hiperacida — Úlceras e Espasmos do Píloro — Dores Abdominaes — Cólicas — Enterocolites — Vagotonia

Granulos - Gotas - Empolas

LABORATORIOS AMIDO - 6, RUE DE LA BAIGNERIE - LILLE

AMOSTRAS E LITERATURA: ANTONIO SERRA, LTD.

Campo dos Martires da Patria, 96 - Telef. N. 3200 - LISBOA

Medicação antidiarreica

pelo

GELOTANIN

(Tanato de Gelatina)

Creanças : De 3 a 6 pacotes por dia, dissolvidos no
leite ou nos alimentos habituais

Adultos : 4 a 8 hostias por dia em qualquer
altura das refeições



Laboratoire CHOAY
48, Rue Théophile Gautier, PARIS

Amostrs e literatura: Antonio Serra, L. - Campo dos
Martires da Patria, 96 - LISBOA Telefone N. 32.0

- TREPOSAN -

(Succinato de Bismuto em suspensão oleosa)

Espiraiçida não toxico - Não produz reacções locais, estomatites ou albuminuria

SIFILIS: PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIAHEREDO SIFILISSIFILIS NERVOSA

Caixas de 6 e 12 empolas, com agulha

Caixas de 50 empolas, para uso de Clinica e Hospitales

AMOSTRAS E LITERATURA: ANTONIO SERRA, L.^{da}

CAMPO DOS MARTIRES DA PATRIA, 96 - TELEF. N. 3200 - LISBOA



VIGANTOL

Vitamina-D

Ergosterina sujeita ás
radiações ultravioletas,
muito activa e de dosagem
exacta, foi lançada no mercado!

*Algumas das principais
indicações:*

Rachitismo, osteomalacia, carie dos
dentes, estados espasmodicos (espasmo-
philia, tetano), diatese exudativa, anemias.

Prophylactico na gravidez e no periodo
da lactação,
nos partos prematuros, na constituição rachitica.

Formas Comerciaes: Frascos de 10 e 50 c. c. dum soluto
oleoso a 1 %; frascos de 50 pastilhas a 2 mgr. de Vigantol cada
uma; caixas em folha de 25 drageas cobertas de chocolate, a 4 mgr.

I. G. Farbenindustrie
Aktiengesellschaft
s. Myosalvarsan
"Bayer-Meister Lucius"
LEVERKUSEN

DEPOSITARIOS:

Augusto S. Natividade
Rua dos Douradores, 150-3.º—LISBOA
Sociedade de Anilinas, L.^{da}
Rua José Falcão, 199—PORTO

E. Merck

FABRICA DE PRODUTOS CHIMICOS
DARMSTADT

DEPOSITARIOS:

J. Wimmer & Co.
Rua 24 de Julho, 34
LISBOA
Rua Trindade Coelho, 1-C,
PORTO

poucas vezes êle volte ao médico a dizer de um acontecimento que o não inabilita quando o outro órgão esteja íntegro e que se realizou sem sofrimento físico que o alarme.

Onze vezes nas treze o descolamento seguiu uma esclerotomia só duas vezes a extracção com magnete grande: — as 310 esclerotomias deram 11 descolamentos (numa percentagem, pois, de 3,5), as 218 extracções com magnete grande só 2 descolamentos (0,9%). Descontando mesmo a circunstância de ter decorrido mais tempo sôbre a maior parte daquelas primeiras intervenções do que sôbre as últimas e, portanto, haver mais probabilidades de virem ainda a conhecer-se descolamentos que tenham complicado estas, fica, no entanto, largo saldo de malefícios desta natureza a sobrecarregar as extracções com esclerotomia.

E, na verdade, concebe-se bem que a extracção com esclerotomia facilite o descolamento. Já nas manobras de penetração da ponta na estreita brecha feita nas membranas pode acontecer que ela leve diante de si a retina facilmente destacável e assim prepare condições para um descolamento definitivo. Por outro lado, a hemorragia provocada pelo acto operatório, e em especial pela ferida da vasculosa coroidea, poderá, quanto ulteriormente o coágulo se organize e retraia, dar origem ao descolamento. Todavia, descolamentos determinados por esta causa, assim como pela acção de um monte de exsudado que siga a mesma via, podem sobrevir, qualquer que seja o processo operatório, que o sangue nem só poderá resultar de uma extracção com esclerotomia e o exsudado provirá quasi sempre da acção própria do corpo estranho. Mas compreende-se que maior seja a probabilidade desta complicação com tal patogénia num processo quasi sempre mais mutilante e mais exponente a infecções.

Outro dos estados funestos que podem derivar da penetração de um corpo estranho dentro do olho é a *atrofia* do globo. Faz êle seguimento a um intenso processo de irido-ciclite que desorganiza tôdas as partes do olho.

Notaram-se 118 casos de atrofia franca, consecutiva a tais accidentes. Muito maior número deve ter resultado dos 1227 casos que tenho estudado e assim a percentagem de 9,6 encontrada deve ficar muito aquém da realidade. Com certa freqüência deve succeder que olhos, partidos da observação clinica ainda com

dimensões conservadas, venham, num processo de desorganização lenta e calma, a chegar à atrofia. Poucas vezes, apenas duas, se contam destas atrofias mais tardas, muito posteriores à intervenção terapêutica;— só quando se reacende serodidamente um estado de irido-ciclite que faz sofrer é que os portadores acorrem para que os aliviem do seu penar. Ordinariamente os doentes que saem do Instituto vão em estado que exclui esta necessidade; as irido-ciclites que não permitem segurança futura determinam o sacrificio immediato do globo.

Dos outros 116 casos observados em atrofia 38 eram desastres antigos, de, pelo menos, dois meses de decurso, e chegaram já em condições de nada se poder fazer, com segurança de êxito, para evitar que a atrofia se completasse, quando completa não fôsse. Alguns mesmo tinham já, de sucedidos, anos que se contavam por dezenas. Portanto, só 78 vezes a atrofia se produziu debaixo da acção clínica e a-pesar dela.

Em 36 casos de franca atrofia, ou porque fôsse dolorosa ou por motivo de infecção simpática, teve que fazer-se enucleação.

Sendo a atrofia êxito ruinoso poderemos, relacionando-a com as circunstâncias da sua produção, obter índice que nos elucide sôbre a forma como essas circunstâncias influem no prognóstico.

87 vezes a atrofia derivou de accidentes agrícolas, 16 de accidentes industriais, 4 de britar pedra, 3 picá-la, 1 de trabalho com a enxó e 7 outras teve causa desconhecida. Os accidentes agrícolas deram pois 8,9% de atrofias, os industriais 15,7%. Mais uma vez se confirma a maior gravidade, atrás reconhecida, dos desastres na indústria.

Praticar ou não o acto operatório, ser ou não bem sucedido êsse acto, usar um ou outro processo de intervenção, são tudo circunstâncias que influem no prognóstico. Vamos ver se essa influência tem repercusão na abundância maior ou menor do número de atrofias.

Em 58 casos de atrofia não se tinha intervindo, operara-se em 60. Referindo o primeiro dêstes números ao de 334, que já averiguámos atrás ser o que conta os casos susceptíveis de intervenção em determinado tempo, mas em que ela se não fêz, nós obtemos uma quota de 17,4 atrofias por cada centena de abstenções. Nos casos de intervenção— com êxito ou frustrada— a quota foi só de 7,8.

Mas o prognóstico e, portanto, naturalmente, as possibilidades de atrofia são muito vários, conforme o bom ou mau êxito imediato da operação. Os casos em que a operação foi frustrada deram uma percentagem de 14 atrofias, resultado só na aparência diferente do que se encontrou nas abstenções, porque nestas muitas vezes se contaram casos que tinham tido evolução natural para atrofia, já em fase adiantada ou definitiva na ocasião do exame. Os casos em que a operação foi bem sucedida deram percentagem de 5,2 atrofias.

Seguiram extracção com queratotomia 10,6 % de atrofias; extracção com esclerotomia 9,7 % de atrofias; extracção com magnete grande 4,1 % de atrofias. Ainda aqui se reconhece a superioridade dêste último processo e maior ela nos aparece quando soubermos que transitam, respectivamente, para 14,4 e 11,2 aquelas primeiras taxas se consideramos também os casos em que as tentativas foram frustradas.

Disse do avultado número de *enucleações* feitas em olhos atrofiados. Maior é ainda o número delas que se efectuaram em estados que para tal caminhavam em virtude de um processo intenso de irido-ciclite que fazia sofrer ou que, se êsse fôsse o seu carácter, poderia expôr o outro ôlho ao contágio simpático.

A apreciação do conjunto de estados que levaram à enucleação completa pois êste estudo dos casos de atrofia, — que em parte máxima êsses estados teriam esta terminação.

Fizeram-se em consequência dos traumatismos que nos ocupam 164 enucleações (em 13,3 % dos casos). A esta deu aso 138 vezes uma simples irido-ciclite, que, como vimos, já em 36 casos tinha conduzido o ôlho a franca atrofia.

Quási sempre foi o sofrimento que determinou a enucleação, menos vezes o espectro da oftalmia simpática, só nove ou dez vezes a realidade dessa oftalmia. A enucleação por irido-ciclite fêz-se, portanto, em 84 % dos casos.

Das 26 restantes em 11 havia siderose bem declarada; àcêrca das 15 outras descreve-se um estado glaucomatoso sem enferrujamento verificado, que, na realidade, quási sempre terá sido também um estado de siderose menos evidente.

Fêz-se enucleação em 115 casos agrícolas, 16 casos industriais, 19 de causa vária e 14 de causa desconhecida. As percen-

tagens de enucleações de 11,8 e 15,7 obtidas, respectivamente, para os desastres agrícolas e industriais, confirmam mais uma vez o pior prognóstico destes.

Teve maioria absoluta — 85 — a prática de enucleações em casos antigos que não tinham sido na ocasião asada sujeitos a intervenção terapêutica. A êsses nada se poude fazer que impedisse o sacrificio do ôlho. Menos vezes — 70 — o doente viera sem grandes delongas (menos de dois meses), fôra sujeito a todo o possível tratamento e, a-pesar disso, veiu logo a acabar-se em enucleação. Nove vezes a operação foi tardia, relativamente à acção terapêutica, pelo advento tardio de sintomas que a tal forçaram.

Os que vieram mais precoces tiveram 8,7 % de enucleações, os que vieram atrasados tiveram 23,1 %.

Em 99 casos terminados por enucleação não se tentara qualquer espécie de acção cirúrgica para extrair o ferro; em 65 realizou-se essa acção, bem ou mal sucedida. Enucleou-se em 29,6 % dos casos de abstenção, em 8,5 % dos de intervenção.

Destrinçando, como quando das atrofias, os casos de operação feliz dos de infrutífera, encontramos que êstes últimos foram seguidos de 38 enucleações, isto é, 18 % de vezes, número a cujo valor restricto, se comparado com a taxa nas abstenções, devemos fazer a mesma reserva que atrás fizemos ao tratar das atrofias. As operações de bom êxito reduziram a percentagem das enucleações a 4,4.

A extracção por queratotomia foi seguida 2 vezes de enucleação (4,3 %); a por esclerotomia 19 vezes (12,3 %); a que utilizou a acção do magnete grande 6 vezes (2,7 %). Êste resultado corrobora mais uma vez as vantagens do magnete grande, mas se nós fizermos, como é de justiça, incidir a nossa apreciação também sôbre os casos em que se interveiu debalde pelos outros processos ainda mais a taxa 2,7 ficará distanciada das então obtidas (respectivamente 6,7 e 16,1) para representarem as percentagens de enucleações que seguiram tentativas de extracção com queratotomia e com esclerotomia,

Tendo tratado de enucleações e dos estados que a elas conduzem, seguir-se hia naturalmente tratar das exenterações do globo e das condições que as determinam. Foram estas, como

GLEFINA

LABORATORIOS ANDRÓMACO, S. A.

Pl. Central de Tibidabo, 3

BARCELONA

Preparada com:

EXTRACTO DE OLEO DE FIGADO DE BACALHAU. EXTRACTO DE MALTE.

HIPOFOSFITOS: De manganésio, de cálcio, de potássio, de ferro, de quinina e de estricnina.

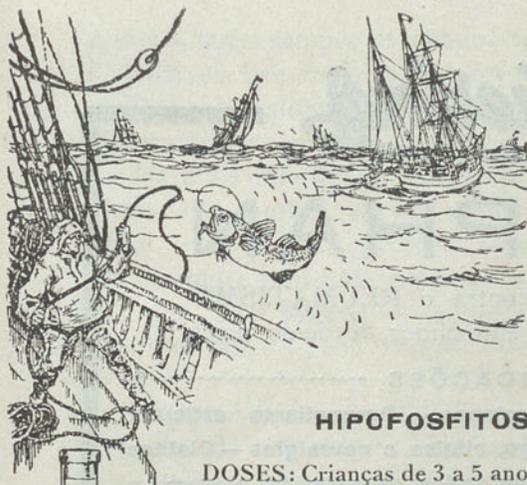
DOSES: Crianças de 3 a 5 anos, duas a três colheres das de café por dia. De 5 a 10 anos, de duas a quatro colheres das de doce por dia. De 10 a 15 anos, de duas a quatro colheres grandes por dia. Adultos, de três a quatro colheres grandes ao dia.

Tem um sabor agradável. Não produz transtornos digestivos

GLEFINA é o único meio que o médico tem para formular **ÓLEO DE FÍGADO DE BACALHAU NO VERÃO**

Outras especialidades: **TÓNICO SALVE:** Reconstituinte do sistema nervoso
GOTAS F. V. A. T.: Potente antiescrafuloso.

Depositários gerais para Portugal: **PESTANA, BRANCO & FERNANDES, L. da**
Rua dos Sapateiros, 39, 1.º - LISBOA



PILULAS

OPOBYL

PILULAS

TRATAMENTO PHYSIOLOGICO

das *Ictericias, Hepatites e Cirrhosos, Angiocholites e Cholecystites, Lithiasis biliares, Enterocolites,*

Prisões de ventre chronicas, Estados hemorrhoideos.

COMPOZIÇÃO

Extracto hepatico Saes biliares
Boldo e Combretum Rhamnus,
Podophyllo e Evonymina

**INSUFFICIENCIAS
Hepatica e Biliar**

PHARMACODYNAMIA

Cholagogo, Reeducador das
funções entero-hepaticas,
Descongectivo da figado
e dos intestinos.

MODO DE EMPREGO Uma a duas pilulas por dia, após as refeições.

Amostras gratuitas, a um simples pedido endereçado aos:

Laboratorios A. BAILLY 15 et 17, Rue de Rome, PARIS (8^e)



ATOPHAN

Remédio soberano contra o REUMATISMO
e GOTA poderoso eliminador do ácido úrico

INDICAÇÕES

Afecções reumáticas e gotosas — Reumatismo articular
agudo e crónico — Lumbago, ciática e nevralgias — Diatese
úrica e gota em todos os estados

O Atophan, fabricado sob a direcção do seu inventor, carece de todas as desvantagens do tratamento pelo ácido salicílico. Com o seu emprego evitam-se com grande segurança as complicações cardíacas. Os efeitos analgésicos e antiflogísticos que acompanham a acção causal do Atophan proporcionam quasi imediato
..... alívio aos enfermos.

Embalagem original: tubos com 20 comprimidos de $\frac{1}{2}$ g.
Para a aplicação parenteral do Atophan:

ATOPHANYL

**indicado especialmente
nos casos rebeldes.**

Para injeções intravenosas: Caixas com 5 ampolas de 10 c. c.
Para injeções intramusculares: Caixas com 5 ampolas de 5 c. c.



**CHEMISCHE FABRIK AUF ACTIEN
(Vorm. E. SCHERING.)
BERLIN**

Amostras e literatura pelo representante científico:
Schering, Limitada — LISBOA, Rua Victor Cordon, 7

é óbvio, quási sempre os estados de panoftalmite, só quatro vezes formidáveis hemorragias oculares tendo levado à mesma solução.

Das panoftalmites precoces falei atrás relacionando-as com as circunstâncias em que se produziram. Caberia aqui falar das vindas mais retardadas, que se podem designar de *secundárias*. Estas são, porém, só em número de onze e terão derivados quási sempre de infecções acessórias, como pode suceder em qualquer outro traumatismo ocular, especialmente naqueles em que deva intervir-se operatòriamente. Não me parece por isso que valha a pena considerá-las.

Citam-se nos arquivos das observações clínicas 48 casos bem definidos de *siderose*; 21 vezes se descreve um estado glaucomatoso sem menção de enferrujamento, em velhos casos de ferro intra-ocular, nos quais algumas vezes a presença do corpo estranho foi verificada em autópsia. Êstes estados glaucomatosos, em que muitas vezes se notou queratite bolhosa, considero-os também como de *siderose*. Neles a impregnação dos tecidos pelo ferro que se dessiminara terá sido menos perceptível à simples inspecção e porisso dela se não dá notícia. Fica dêste modo elevado a 69 o número de casos de *siderose* citados.

Mas não estará ainda assim expressa a totalidade dos casos. Muitas vezes em velhas atrofiás se terá omitido a menção dêsse estado ou por irreconhecível ou por se considerar de somenos interêsse a sua descrição. Só duas vezes, manifestamente poucas, em caso de atrofia se citou o aspecto ferrugento.

Ê muito variável o tempo decorrido da data do acidente até ao reconhecimento da *siderose*. Diagnosticou-se *siderose* num ôlho que sofrera acidente havia seis semanas e em dois lesados havia três meses. Na grande maioria decorreram menos de dez anos, só em catorze havendo um decurso superior. Duma vez o caso de *siderose* veiu ao fim de 24 anos para que se fizesse a enucleação.

Três vezes a *siderose* se manifestou em olhos vítimas de sinistros na indústria; nos restantes os desastres sucederam em trabalhos de campo. A quantidade relativamente pequena dos primeiros deve resultar do que os sinistrados fabrís, por vivem em meios de maiores recursos, menos vezes abandonam o caso à sua evolução natural.

Cincoenta e nove olhos siderosados nunca tinham recebido tratamento no Instituto. Nos dez restantes fizera-se tratamento e mesmo em três dêles se realizou tentativa frustrada de extracção por esclerotomia. Estes dez voltaram com intervalos de tempo variáveis: o máximo foi de doze anos.

Nos casos vindos em siderose fizeram-se ainda 17 tentativas de extracção de ferro, das quais 9 foram bem sucedidas. Não havia, é claro, intenção de curar a siderose, mas, a-pesar do que alguns digam, um olho ainda não em muita adiantada desorganização, pode, pela extracção do ferro, ser conservado e até manter certo valor funcional. como tenho observado.

Dos 8 operados com êxito 5 levaram visão igual ou superior a $\frac{1}{6}$ e é de esperar que, pelo menos em grande parte, a tenham mantido. Dois dêles que conservaram oito meses o seu ferro intra-ocular saíram com visão de $\frac{1}{2}$ e de $\frac{3}{4}$.

Tinha já um decurso superior a um ano (até três) metade dos casos em que se conseguiu extrair o corpo estranho. Nas tentativas feitas em casos de menos de um ano só uma vez fahou a intervenção.

Os bons resultados devem-se cinco vezes ao magnete grande, uma ao processo trans-escleral, duas á penetração por via anterior.

Os dois melhores êxitos citados correspondem a casos em que se fêz também a extracção do cristalino. Ainda um outro houve nas mesmas condições, mas com êxito menos perfeito (visão de $\frac{1}{6}$), se bem que a demora do ferro dentro do olho tivesse sido menor (só três meses).

Houve também casos de siderose em que se não extraiu o corpo estranho, mas que tiraram beneficio immediato da extracção da sua catarata. Foram em número de três e neles se conseguiu resultado funcional apreciável, mas absolutamente transitório, pois se mantinham as condições que determinariam a completa intoxicação do globo.

Aos nossos 1227 casos do corpo estranho intra-ocular só 11 vezes sobreveiu afecção no olho ileso, que pudesse ser classificada de *oftalmia simpática*. Ainda em duas delas o diagnóstico ficou incerto, tratando-se numa de neuro-retinite e noutra de simples irite, ambas incaracterísticas, de feição clínica mal definida e que, diga-se já, tiveram as duas evolução favorável.

Veiu pois esta complicação numa permilagem de 8,9, número que desce a 7,3 se excluirmos os dois casos duvidosos.

Nove vezes foi ela o motivo da hospitalização, duas vezes apareceu no decurso do tratamento do olho sinistrado e a seguir a uma tentativa frustrada de extracção do corpo estranho por via trans-escleral.

O tempo mínimo de decurso desde o incidente ao aparecimento da afecção simpática foi de 15 dias que é também o praso mínimo classicamente admitido. Tratava-se de um doente com abcesso no corpo vítreo do olho sinistrado.

Tinham passado 20 anos sôbre o desastre num dos casos e 18 noutro, demoras que ficam muito àquém do praso máximo que tem sido citado. Na maioria passara um interválo de três a sete meses.

O olho simpatizante vinha seis vezes em atrofia mais ou menos irritada; nos cinco casos restantes, havendo conservação do tamanho, havia também ciclite intensa e nenhum deles trazia visão aproveitável (quando muito percepção luminosa).

Fêz-se a enucleação do olho simpatizante dez vezes; na outra não se fêz, que a visão do simpatizado vinha já perdida, como aliás o estava também a do simpatizante.

No olho simpatizado em larga proporção se conseguiram resultados relativamente bons, mesmo nos casos bem averiguados. Duas vezes se conservou visão de $\frac{5}{6}$ da normal, uma vez a de metade, outra a de $\frac{2}{3}$ e outra a de $\frac{1}{8}$. Nas restantes ficou visão escassa e mesmo uma vez abolida.

II—CORPOS ESTRANHOS NÃO MAGNÉTICOS

Como é sabido e já foi dito atrás o carácter, magnético ou não, dos corpos estranhos intra-oculares domina completamente este ramo da patologia dos olhos, pois confere nos casos positivos possibilidades de tratamento, que nos restantes só existem em escasso grau, e assim induz particular modalidade de evolução clínica.

Já discorri sôbre os casos clínicos tratados no Instituto Oftalmológico nos quais havia ferro intra-ocular, único metal em que foi dado aproveitar a propriedade magnética. Agora falarei

mais sucintamente dos outros casos de corpo estranho ali tratados.

Veem no primeiro lugar de importância os sinistros com estilhaços de cobre, na quantidade de 168, muito depois os de chumbo em número de 29, depois ainda os de pedra, só seis averiguados, e finalmente um grupo de quatro casos, cada um com seu agente.

É certo que terá vindo maior número destes sinistrados, sobretudo portadores de cobre ou chumbo, os quais terão desistido de internamento ao saberem do triste augúrio do seu mal, das nenhuma probabilidades de se lhes conservar o órgão. Da rápida passagem desses não se pode colher fácil notícia nos Arquivos.

Cobre.

Nos 168 casos de cobre intra-ocular só uma vez o desastre não resultou da explosão de espoleta em arma caçadeira. Esse caso único deu-se num operário que batia bronze.

Da natureza do desastre deduz-se logo que será o homem muito mais atingido do que a mulher. Só quatro vezes esta foi a lesada e, pelo menos em dois casos, ela só assistia ao acto de disparar.

A idade que mais expôs ao acidente foi a dos 20 aos 30 anos (60 casos), desse decénio descendo com grande pendor a quantidade para um e outro lado.

A situação do cobre foi 21 vezes no segmento anterior, proporção maior (12,5%), do que vemos suceder nos casos de ferro. Não quer isto dizer que haja assim estranha preferência do cobre pela parte anterior do olho. Nem tampouco se pode invocar para justificação dessa pseudo-preferência a exiguidade dos estilhaços, como vimos acontecer em certas condições para o ferro, porque na realidade eles não são mais pequenos. A causa de tal reside no facto já mencionado de que muitos sinistrados com cobre, declarada a pouca eficácia do tratamento, desistem de o fazer regular e esses serão sempre aqueles que trazem o cobre profundamente, em situação de difícil acesso e onde malefício mais irreparável podem ter causado.

Em regra conseguiu-se tirar o cobre reconhecido no segmento anterior. Três vezes estava na córnea, penetrando na câmara

por uma extremidade, nove vezes na câmara, sete vezes na íris e duas vezes no cristalino. A extracção só falhou num dos casos de cobre sito na câmara. Foi-se por êle e perdeu-se nas manobras da extracção.

Nos 147 casos de cobre mais profundamente situado só se poudé retirá-lo 14 vezes, o que representa uma percentagem de 9,5, insignificante comparada à de quási quarenta em que se obteve a extracção de ferro identicamente situado.

Tirou-se o cobre 9 vezes por via trans-escleral, 4 por via anterior com queratotomia e uma vez pela ferida recente da região ciliar.

Fizeram-se 32 tentativas frustradas de extracção do cobre do corpo vítreo (21 com esclerotomia, 10 com queratotomia e 1 pela ferida). Houve 61% de operações frustradas ao passo que para o ferro só houve 35% e estas mesmas contando também os tempos em que se dispunha de recursos menos seguros.

Em 101 casos reconheceu-se inutilidade ou inviabilidade de êxito em intervir. Houve 68,7 abstenções em 100 casos, número também consideravelmente superior ao de 42,1 averiguado para os casos de ferro.

Aqui ainda mais do que para o ferro a precocidade de tratamento influi nas possibilidades de eficácia terapêutica. O cobre é tão mal suportado que, se não se lhe acode a tempo, a rápida desorganização do ôlho em breve terá conduzido a estado irreparável. O máximo decurso de tempo até uma extracção bem sucedida de cobre do humor vítreo foi mês e meio, e mesmo essa só foi compatível com a conservação de uma simples percepção luminosa.

No segmento anterior a tolerância é mais perfeita. Já tinham passado quatro meses sôbre extracções da córnea e da íris e os órgãos respectivos ainda conservaram visões de $\frac{3}{4}$ e $\frac{1}{3}$.

Das catorze operações bem sucedidas, executadas por fragmentos de cobre existentes no corpo vítreo, onze foram feitas nas duas primeiras semanas e oito logo na semana consecutiva ao traumatismo.

Pelo contrário, a quantidade das operações frustradas aumentou em rápida progressão com a demora em intervir. Por aqui se avalia bem quanto deve ser precoce a intervenção para ter nos resultados as escassas probabilidades em que falámos.

Nas 34 operações em que se realizou a extracção de cobre 17 vezes se conseguiu conservar uma visão boa (superior a $\frac{1}{10}$), 4 vezes a visão ficou limitada à contagem de dedos até 5 metros de distância e nas restantes ou se anulou ou se reduziu à simples percepção luminosa. Esta elevada taxa de bons resultados funcionais fica muito cercada se descontarmos os casos do segmento anterior. As catorze extracções de cobre de humor vítreo só três vezes foram compatíveis com a conservação de boa visão ($\frac{6}{60}$, $\frac{6}{30}$ e $\frac{6}{10}$); quatro vezes mesmo levaram à atrofia e uma à enucleação sem atrofia.

O valor funcional dos olhos que tiveram cobre no segmento anterior ficou quasi sempre bom. Uma vez, contudo, um olho a que se extraíra cobre da câmara anterior caminhou para a atrofia.

Entraram já em atrofia franca, e todos êles destinados a enucleação, vinte olhos portadores de cobre. Se juntarmos a este número o de dez que representa as atrofias consecutivas à intervenção terapêutica teremos 30 olhos atrofiados para 168 desastres. A percentagem de 17,9 é quasi dobrada da de 9,6 obtida para os desastres com ferro. E ainda o maior número de enucleações, que nos sinistrados de cobre se faz precocemente, não permite contar muitos casos que aquela operação interrompe num caminho seguro para a atrofia.

Fizeram-se 78 enucleações em consequência de estilhaços de cobre. Sacrificaram-se, pois, 46,4 % dos olhos sinistrados, muito mais do triplo dos que sofreram a mesma sorte por causa de estilhaços de ferro.

Estados de panoftalmite que levassem a exenteração do globo só houve dois e mesmo um dêles sem reacção orbitária.

Sobreveiu oftalmia simpática no olho ileso em dois casos de cobre intra-ocular, após um decurso de poucos meses.

Chumbo.

28 vezes nas 29 o corpo estranho foi bago de chumbo de carga de espingarda, da outra vez foi fragmento de bala que penetrou no cristalino de um militar por ocasião de um movimento revolucionário. Foi também este o único caso do segmento anterior, o único em que se conseguiu a extracção e ainda o único em que ela se tentou.



Vieram todos com visão abolida ou quási, a-pesar-de, na maior parte, terem chegado com demora inferior a duas semanas e até muitas vezes inferior a cinco dias.

Valor funcional aproveitável só o conservaram dois olhos tornados afacos: o já citado do fragmento de bala (visão de $\frac{3}{4}$) e um outro no qual a presença de chumbo me parece dever ser posta em grande dúvida (visão de $\frac{1}{3}$).

Foram enucleados 4 olhos com chumbo, 1 foi exenterado por panoftalmite, 3 ficaram em atrofia adeantada e muitos outros terão seguido depois o mesmo rumo.

Uma das enucleações foi feita ao fim de 4 anos pelo aparecimento de oftalmia simpática no outro olho; outra enucleação só ao fim de 11 anos por atrofia dolorosa.

Pedra.

Foram 6 os casos averiguados de existência de fragmento de pedra no interior do olho. Cinco vezes o acidente se produziu ao britar pedra e uma vez ao cavar. Atrás apresentei a razão porque, em meu entender, o trabalho de britar expõe mais do que qualquer outro a tal desastre.

Cinco vezes a pedra estava na câmara anterior, acessível à vista, e se diagnosticou a sua presença e natureza, outra vez foi um achado de autópsia no humor vítreo de um olho enucleado por irido-ciclite.

Os fragmentos existentes na câmara foram tirados ao fim de prazo variável de alguns dias a cinco anos e os olhos respectivos conservaram visão que ia desde $\frac{1}{60}$ a $\frac{1}{5}$.

Diversos.

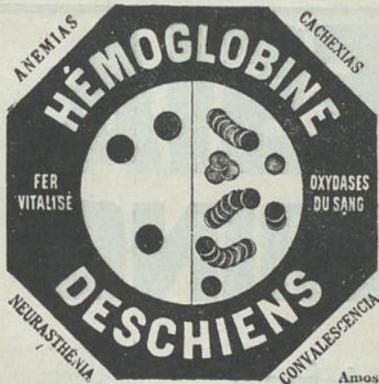
Para completar a notícia dos corpos estranhos intra-oculares devo mencionar ainda os quatro casos seguintes, todos de penetração na câmara anterior: uma falha e duas pestanas por pancada com um sarrafo, um fragmento de vidro pelo estilhaçar de uma garrafa, uma hastilha de palha e uma pestana de modos de penetração indeterminados. Só o vidro não foi possível reti-

rá-lo, nas duas tentativas que se fizeram, por ser de muito difícil apreensão. No entanto, foi relativamente bem tolerado emquanto do caso se teve conhecimento.

Ficam expostos de maneira sucinta os dados estatísticos que coligi no estudo dos casos de corpos estranhos intra-oculares tratados no Instituto Oftalmológico de Lisboa, e também as considerações e conclusões que tais dados permitiam.

O assunto é de si fastidioso; esforcei-me por tornar a sua exposição o mais clara e concisa possível, de forma a evitar o tédio e a fadiga de quem lêsse.

Poderia ainda ter considerado muitos outros valores e relações, mas a sua importância pareceu-me somenos e escusei-os para evitar que se tornasse excessivamente longo este trabalho.



Opothérapie Hemática

Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Minceas do Sangue total.

MEDICAMENTO RACIONAL DOS

Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas

DESCHIENS, D' em P.^a, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8^e)
Amostras e Littérature: SALINAS, rua Nova da Trindade 9, LISBOA

“

eregumil

Fernández

Alimento vegetariano completo em base
de cereais e leguminosas

Contem no estado coloidal:

*Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidrocarbonados
e principios minerais (fosfatos naturais)*

Insostituivel como alimento, nos casos de intolerân-
cias gástricas e afeções intestinaes. — Especial para
crianças, velhos, convalescentes e doentes
do estomago

Saber agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo

FERNANDEZ & CANIVELL Y C.^a — MÁLAGA
Deposítarios: GIMENEZ SALINAS & C.^a
Rua Nova da Trindade, 9-1.^o
LISBOA

”

MAGNESIA S. PELLEGRINO

Purga. Refresca. Desinfecta.

Colocamos á disposição do Corpo Medico as amostras
que necessitar para os seus ensaios

LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO MODERNO
— TORINO —

Representantes e depositarios para Portugal e Colonias:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — Rua Nova de Trindade, 9, 1.^o — LISBOA



IODALOSE GALBRUN

IDO PHYSIOLOGICO, SOLUVEL, ASSIMILAVEL

A IODALOSE É A ÚNICA SOLUÇÃO TITULADA DO PEPTONIODO
Combinação directa e inteiramente estável do Iodo com a Peptona

DESCOBERTA EM 1896 POR E. GALBRUN, DOUTOR EM PHARMACIA
Comunicação ao XIII^o Congresso Internacional de Medicina, Paris 1900.

**Substitue Iodo e Ioduretos em todas suas applicações
sem Iodismo.**

Vinte gotas IODALOSE operam como um gramma Iodureto alcalino.
DOSES MEDIAS : Cinco a vinte gotas para Crianças ; dez a cinquenta gotas para Adultos.

Pedir folheto sobre a Iodotherapia physiologica pelo Peptoniodo.
LABORATORIO GALBRUN, 8 et 10, Rue du Petit-Musc. PARIS

NOTAS CLÍNICAS

TRATAMENTO DA HEMOPTISE

POR

ARMANDO NARCISO

Diagnóstico de urgência.—O médico precisa intervir de urgência na hemoptise. Porque, além de poder levar à anemia aguda, ela produz no doente e naqueles que o rodeiam um estado de angústia moral, de terror, que compete ao médico acalmar com a sua intervenção pronta e tanto quanto possível eficaz.

Trata-se, quasi sempre, de doentes que vemos pela primeira vez nos serviços de urgência de hospital ou na clínica particular. E se no hospital, o médico, rodeado de pessoal de enfermagem, pode actuar com a calma necessária, em casa do doente, rodeado de gente desorientada, precisa conservar grande presença de espirito para encorajar o doente e *entourage*.

Além desta primeira dificuldade a resolver, há a do exame do doente, que é sempre difícil em tais condições. São doentes que não podem ser estudados com vagar. O médico tem de contentar-se com uma anamnese sumária e uma observação muito superficial. Porque não há tempo a perder e o doente não pode, sem risco, ser submetido a trabalhosas investigações semiológicas.

Primeiro do que tudo, é necessário averiguar se se trata duma hemoptise se duma hematemese. Isto é, necessário se torna, com poucas palavras, saber se se trata dum gástrico ou dum pulmonar. A febre, os suores, a tosse, a expectoração, a pontada levam ao diagnóstico presumptivo do pulmonar; a azia, a gastralgia, os vômitos ao diagnóstico presumptivo do gástrico. Não deve esquecer o aspecto do sangue: arejado e vivo quando do pulmão, quasi sempre digerido e misturado com alimentos quando do estômago.

Acontece, porém, que, nas grandes hemoptises, pôde o doente fazer hematemese e melena de sangue engulido e venha a ser êste que o médico examine. A hemoptise pode ser acompanhada de vômitos e a hematemese de tosse. Pelo seu estado de desnutrição, um gástrico pode parecer um tuberculoso. Um tuberculoso, por sua vez, pode sofrer de dispepsia, às vezes tão acentuada que tenha sido, durante muito tempo, a sua principal queixa. Por outro lado, gástricos há que se queixam de pontada tenaz e persistente, devida à irradiação torácica da gastralgia.

Complicação maior é a do gástrico averiguado que também é tuberculoso e faz hemoptise, ou daquele que foi diagnosticado de tuberculoso e que, além disso, é gástrico e faz hematemese. Acontece, porém, que do êrro de diagnóstico provisório, que confunde gástricos e pulmonares que sangram, não vem

mal ao doente, porque os processos de tratamento da hemoptise pertencem aos processos gerais da terapêutica médica das hemorragias e, porisso, também podem ser aplicados com proveito na hematemesa.

O mesmo se não pode dizer quando se confunde um cardíaco ou um aórtico com um pulmonar, o que às vezes também acontece. É bom não esquecer que depois dos 50 anos é mais freqüente a hemoptise dos cardíacos e aórticos do que a dos pulmonares. Porisso é preciso averiguar bem, nestes doentes, dados anamnésicos de asistolia e nunca deixar de lhes auscultar o coração, ainda que rapidamente. Porque, a-pesar-de certos tratamentos feitos aos pulmonares em hemoptises poderem aproveitar aos cardíacos, estes demandam de tratamento especial que não pode deixar de ser feito.

Supunhamos, porém, que chegamos ao diagnóstico certo ou presumptivo da hemoptise. Acontece que muitas vezes resta ainda averiguar a sede e a etiologia da lesão em causa, o que nem sempre pode ser estabelecido de urgência. Às vezes não é fácil saber qual o pulmão que sangra. Nos bilaterais é quasi sempre impossível saber de que lado vem o sangue, porque nem sempre é o lado de mais extensas lesões aquele que produz a hemorragia. Nos unilaterais, os sinais adventícios, provocados pela inundação brônquica, podem estender-se aos dois pulmões e, em vez de prestar auxílio, serem estôrvo de diagnóstico.

Finalmente, a etiologia da lesão pulmonar que produz a hemoptise pode ser vária e de difícil determinação. Como é sabido, nos pulmonares é a tuberculose que dá o maior contingente, mas a sífilis, a actinomicose, o abcesso, o quisto hidático, os tumores, a intoxicação pelos gases de guerra e indústria e os traumatismos do tórax também dão hemoptises. Dá hemoptise a embolia pulmonar e também a podem dar a pneumonia e a broncopneumonia. De origem respiratória, mas não pulmonar, são as hemoptises da bronquectásia e de lesões da traqueia, cordas vocais, epiglote e raiz da língua, principalmente polipos e varizes. Ainda pode haver hemoptise nos síndromas hemorrágicos, isolada ou acompanhada de outros fenómenos de discrasia sangüínea: epistaxis, purpura, etc. Estes sintomas, muito principalmente a epistaxis, podem aparecer nas últimas fases da tuberculose e serem a guarda avançada de hemoptises terminais.

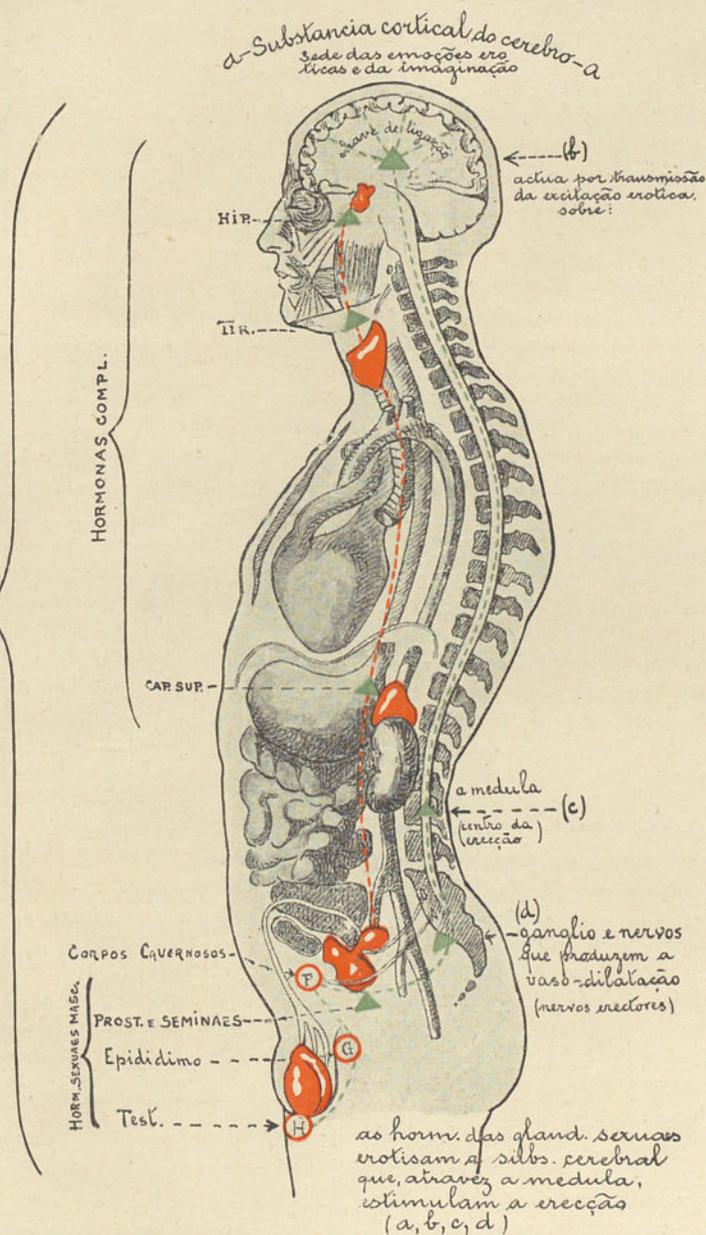
Tem ainda importância, para a terapêutica e prognóstico, saber se a hemoptise provém de congestão produzida em volta dum processo inflamatório ou da abertura de vasos por lesões ulcerativas. As primeiras são menos graves e de terapêutica mais fácil e podem aparecer durante toda a evolução da tuberculose pulmonar. As segundas são mais graves, irremediáveis geralmente, porque são de hemostase muitas vezes impossível e só aparecem numa altura avançada da doença — fase cavitária.

Rotina terapêutica. — ¿O que devemos, portanto, fazer junto dum doente com hemoptise?

O diagnóstico diferencial deve ser rápido. Interrogar de preferência as pessoas que rodeiam o doente. Exame clínico também rápido. Movimentar o doente o menos possível. Não percutir.

É preciso acalmar o doente e *entourage*, convencendo de que não há

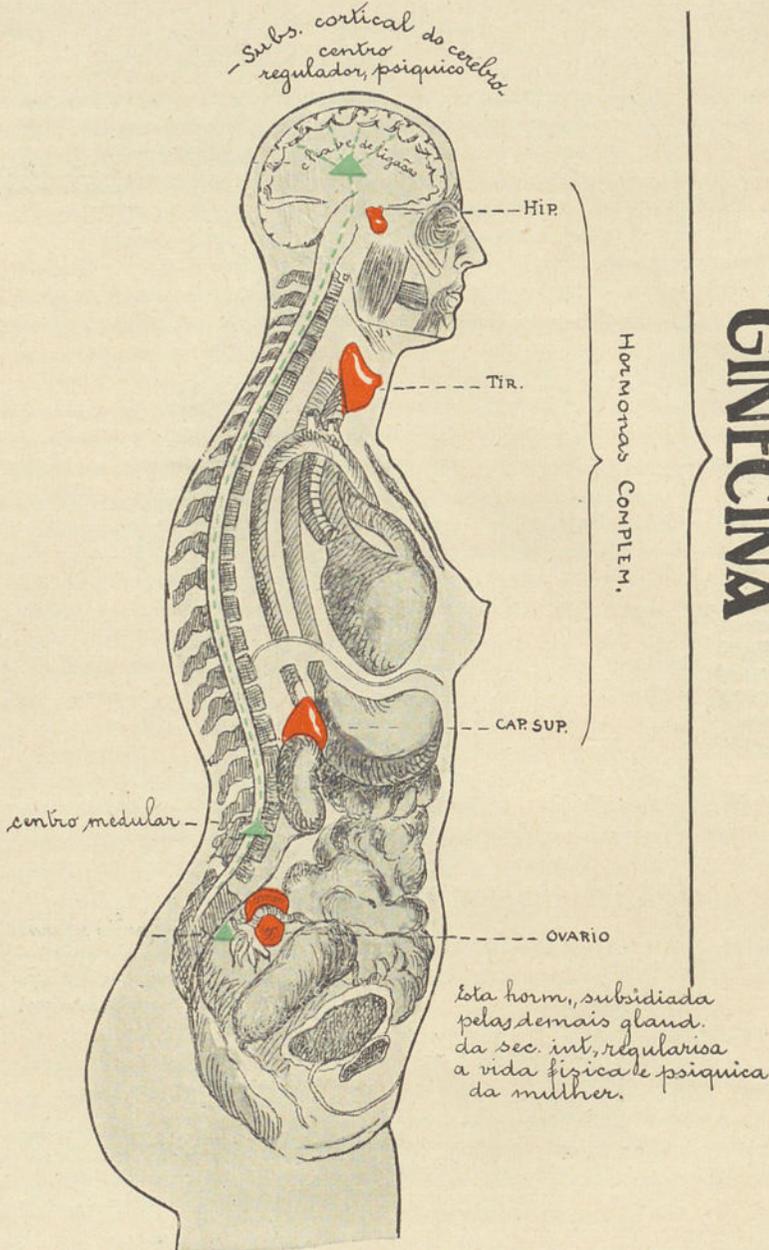
VÍRILINA



VÍRILINA, TONICO NATURAL, contendo a seiva das glandulas masculinas. A sua acção opera-se por influencia directa na nutrição por meio das seivas vitaes dos animais e não por excitação medular ou espinhal do organismo, como fazem os afrodisiacos, os preparados farmacologicos e as preparações secretas.

O QUE A **VÍRILINA** CURA

Neurastenia geral e doenças nervosas, nevroses cardiacas, asma nervosa, fraqueza geral, envelhecimento precoce, falta de appetite, prisão de ventre, insonias, melancolia, falta de memoria e concentração espiritual, esgotamento cerebral, cansaço, falta de energia.



GÍNECINA

HORMONAS COMPLEM.

Esta horm., subsidiada pelas demais gland. da sec. int., regularisa a vida física e psíquica da mulher.

GÍNECINA, TONICO NATURAL, de optimos resultados em todos os casos de:

Irregularidades menstruaes, perturbações da menopausa, neurastenia sexual, histerismo, accidentes consecutivos á ovariectomia, nevroses cardiacas, asma nervosa, neurastenia geral.

Para os grandes transtornos menstruaes recomendamos:

Nas deficiencias e faltas absolutas, **Extracto Ovarico Antiamenorreico.**

Nas hemorragias, **Extracto Ovarico Anticongestivo.**

No histerismo, vomitos ocasionados pela gravidez, **Extracto Ovarico Completo.**

gravidade no caso e que a terapêutica a empregar vai surtir o desejado efeito. E não é esta a assistência menos necessária, porque o doente deve conservar-se silencioso e imóvel, meio sentado na cama, ou em decúbito lateral sobre o lado sã. E isto nem sempre é fácil de obter se o médico não acalmar primeiramente o doente que vai encontrar quasi sempre excitado, falando e mexendo continuamente.

Não é só com palavras que o médico incute coragem e confiança. É também com obras e, porisso, não pode ficar inactivo. Assim, enquanto espera que chegue um medicamento ou que seja fervida uma seringa, vai prestando os primeiros socorros elementares. Faz ingerir soluto concentrado de cloreto de sódio, ou simplesmente coloca uma colherada de sal da cozinha na língua do doente. Manda fazer envoltimentos sinapizados nas extremidades. E, se o caso é grave, faz a constrição da raiz dos membros, de modo a impedir a circulação venosa, conservando a arterial. Como terapêutica também de fácil execução, e de efeito muitas vezes immediato, há a aspiração de nitrito de amilo (V a X gotas).

Mas para actuar com mais segurança, temos as injecções endovenosas de citrato de sódio e as de pituitrina. Do citrato de sódio injectam-se na veia 10 c. c. de soluto esterilizado, a 20 ou 30 por cento. Esta injecção produz quasi sempre opressão rápida, palidez, formigueiro nos lábios, constrição gástrica, vômitos, cefaleia e queda de pulso. Para evitar estes accidentes, deve fazer-se a injecção muito vagarosamente e pode juntar-se ao citrato de sódio o de magnésio que parece corrigi-lo:

Citrato de sódio	2 gr.
Citrato de magnésio	1 gr.
Água destilada	10 cc.

De efeito mais rápido, e mais certo ainda que o do citrato de sódio, é o da pituitrina. Mas para que o efeito seja seguro é necessário que a pituitrina seja recente e de bom fabricante. E é necessário ainda que a injecção seja endovenosa. A injecção subcutânea, ou mesmo intramuscular, tão activa em obstetricia, é aqui de acção inconstante e pouco notável. Acontece, porém, que a injecção endovenosa de pituitrina produz quasi sempre accidentes mais graves, ou pelo menos mais alarmantes, que a de citrato de sódio. Com ela o doente sente grande angústia, empalidece, arrefecem-lhe as extremidades, tem vômitos e pode mesmo ter perda de conhecimento. Esta symptomatologia pode prolongar-se durante algum tempo e fazer ao doente e ao médico passar um mau bocado. Para evitar tais accidentes deve-se sempre dar a pituitrina (0,5 cc.) diluida em soro fisiológico (10 cc.) e fazer a injecção com lentidão extrema.

Prestados êstes primeiros socorros, a hemostase fica geralmente assegurada, se a hemoptise fôr de origem congestiva. Mas, para melhor a assegurar, é conveniente que o doente se conserve imóvel, na posição aconselhada, sem falar e sem ingerir alimentos. Para melhor manter a quietude do doente e calmar a tosse, pode-se fazer um pouco de morfina (0,05 gr.), mas é conveniente empregar soluto recente, ou associá-la com o sulfato neutro de atro-

pina, nas doses usuais (0^{gr},000.5 de sulfato de atropina para 0^{gr},01 de morfina), que tem ainda a vantagem de actuar favoravelmente sobre a hemoptise. Tendo êste cuidado, evitam-se os vômitos e com êles esforços que podem provocar novamente a hemorragia. O saco de gêlo sobre o peito não deixa de ser conveniente, assim como o calmar a sêde com pequenos bocados de gêlo. Os drásticos, que alguns clínicos empregam, não são de aconselhar, mas não deixa de ser prudente um pequeno laxante de calomelanos ou de óleo de rícinos, que, além de limpar o intestino, evita os esforços da defecação. Em caso de hipertermia, deve-se empregar a piramidona e a criogenina, como de costume.

Passadas as primeiras 12 horas, sem que a hemoptise se repita, permite-se ao doente alimentação ligeira. De princípio leite «gelado», depois outros alimentos de fácil digestão. Se nada de anormal sobrevem, o doente pode levantar-se ao fim de 3 a 4 dias, mas deve ser seguido clinicamente e deve submeter-se ao tratamento da afecção em causa.

Nas hemoptises dos cavitários a terapêutica que fica enunciada nem sempre produz os resultados desejados. Neste caso, torna-se necessário recorrer ao pneumotorax, como meio terapêutico mais eficaz. Infelizmente as suas indicações nem sempre são facilmente determinadas. Compreende-se, pelo que ficou dito no princípio desta nota, como será difficil empregar a colapsoterapia em doentes muito sumariamente estudados, de que faltam quasi sempre a radiografia e o exame clínico cuidado. Mas quando a indicação fôr precisa, o pneumotorax é arma valiosa de que se torna necessário lançar mão. Para diminuir o perigo de acidente é, porém, conveniente fazer a primeira insuflação com oxigênio, e só no dia seguinte com ar ou azote, quando se possa trabalhar com mais calma e segurança.

Postos assim em prática estes meios terapêuticos, e mais ou menos assegurada a hemostase, necessário se torna por vezes tratar a anemia aguda, quando a perda de sangue tenha sido abundante. Neste caso, recorre-se ao sôro glicosado, ao sôro gelatinado, ou ao simples sôro fisiológico, e, ainda, em casos graves, à transfusão. São meios terapêuticos que, combatendo a anemia, também, como é sabido, contribuem para a hemostase.

Muitas vezes também se torna necessário proceder à tonificação cardíaca. Um dos melhores tonicardíacos a empregar neste caso será o óleo canforado, porque, além de actuar sobre a circulação, êle é, segundo autores modernos, um bom remédio da hemoptise. Mas para isso é conveniente empregá-lo em doses altas: 15 a 30 cc. por 24 horas. E devo ainda lembrar que o óleo canforado é empregado desde há muito na terapêutica da tuberculose pulmonar, tendo benéfica influência sobre o estado geral, a febré e os suores.

Outros meios terapêuticos.—Procedendo conforme esta rotina, tenho conseguido, a maior parte das vezes, triunfar de graves acidentes hemoptóticos. E digo a maior parte das vezes, porque hemoptises há de gravidade tal que a nada cedem, e às vezes nem mesmo dão tempo a nada se fazer. Mas estas, felizmente, são raras.

Doutros medicamentos nos podemos porém servir, ainda que de menor

eficácia, para combater a hemoptise. Necessário se torna conhecê-los porque podem bastar nos casos pouco graves, ou podemos ter que a êles recorrer na impossibilidade de nos servirmos dos que deixo enumerados.

Uma das medicações mais em voga, até há pouco, era a da ipeca. Os antigos clínicos empregavam-na até ao vômito. É exagêro desnecessário e mesmo inconveniente. De semelhante efeito ao da ipeca é o do tartaro emético, hoje abandonado pela sua acção profundamente depressora. A ipeca hoje emprega-se unicamente em doses nauseosas. Há quem a empregue associada à dedaleira, em injeccção. É terapêutica de que não tenho experiência e, porisso, dela não posso falar com conhecimento de causa. O mesmo não direi da emetina que tenho empregado muitas vezes na hemoptise com resultados satisfatórios: 1 a 2 cc., 3 vezes por dia, de soluto de cloridrato de emetina a 0^{gr},03 por cc.

Como hemostáticos, além da pituitrina já referida, tem sido empregados a adrenalina, o ergotino e a hidrastis. Hoje todos estão de acôrdo que, pelo menos na maior parte das vezes, a adrenalina é, na hemoptise, mais nociva que proveitosa. O ergotino é, pelo menos, inefficaz, se também não é nocivo. Da hidrastis, cuja acção nesta terapêutica também tem sido posta em dúvida, devo dizer que tenho tirado bons resultados nas pequenas hemoptises de repetição e nos escarros hemoptoicos de aparecimento periódico. Emprego nestes casos o extracto fluido de hidrastis e, quando os doentes tosem, junto-lhe a codeína:

Codeína..... 0,20 gr.
 Extracto fluido de hidrastis... 20 gr.
 XX gotas — 4 vezes por dia.

Semelhante resultado se consegue com a hidrastinina. Emprego-a sob a forma especializada de canadrast, 3 a 4 drageas, de 0,025 gr. por dia.

A proteinoterápia tem sido também empregada ultimamente na terapêutica da hemoptise, mas tem o inconveniente de poder provocar reacções febris, nestes doentes de pirêxia fácil.

Dos medicamentos actuando como coagulantes, além do citrato de sódio, do sôro gelatinado, do sangue em transfusão, a que já me referi, empregam-se também o cloreto de cálcio, o sôro fresco de cavallo, a zimema, o coagulen, a opoterápia hepática, etc.

Com o cloreto de cálcio, hoje muito em voga, devo dizer que nunca consegui na hemoptise resultados tão prontos como com o citrato de sódio e com a pituitrina. Tenho a impressão que é mais terapêutica preventiva do que de acção immediata. Julgo que pode ser empregado com proveito nos doentes que fazem pequenas hemoptises ou escarros hemoptoicos em série. Além disso, mesmo pondo de parte o pretenso beneficio da calcinoterápia, a sua acção sôbre os suores, os vômitos e a diarreia dos tuberculosos é incontestável. A sua maior efficácia obtém-se empregando a injeccção endovenosa: 10 c. c. do soluto a 10 por cento. É preciso fazer a injeccção vagarosamente e prevenir o doente de que vai ter sensação de grande calor percorrendo todo o corpo. Não tendo o médico êste cuidado, pode ver o doente cair em lipoti-

mia, julgando, à sensação estranha, que lhe vai succeder um grande mal. É também necessário fazer a injeção bem dentro da veia, porque o soluto, quando injectado nos tecidos, produz infiltrações dolorosas que podem ir até à escara.

Hoje, em vez do simples sôro de cavallo, está em moda o emprêgo do hêmostil em injeção ou injeção hipodérmica. A zimema e o coagulen, especialidades contendo extractos de plaquetas de sangue, também dão resultado apreciável, mas quando empregadas demoradamente, o que tem o inconveniente de ser terapêutica bastante cara.

A opoterápia hepática acaba de entrar em nova fase de bom crédito, não só na terapêutica da hemorragia, mas ainda, e principalmente, na da anemia. Não deixará, portanto, de ser aconselhável o método de Whipple nos doentes anemiados por grandes hemoptises.

Revista dos Jornais de Medicina

Contribuição clinica e anátomo-patológica para o estudo da mielite hemorrágica post-salvarsânica. (*Klinischer und pathologisch anatomischer Beitrag Zum Studium der Myelitis hämorrhagica postsalvarsanica*), pelo Prof. G. MINGAZZINI. — *Deutsche Zeitschrift fuer Nervenheilkunde*. Tômoo 104. Junho de 1928. Págs. 1-16.

Trata-se de uma doente que há anos vinha sofrendo de uma para-paresia espática, por meningo-mielite luética. Algumas horas após uma injeção sub-dural de 0,40 gr. de Stovarsol surge incontinência de urinas, anestesia acentuada dos membros superiores, paraplegia completa e dores difusas nos membros e torax. Passado pouco tempo escara sagrada e decorridos 10 dias, morte.

A autópsia mostrou macroscopicamente lesões antigas de espessamento da pia-mater, numerosas hemorragias, especialmente na substância cinzenta medular e pequenos focos purulentos na medula dorsal superior. Histologicamente meningo-mielite aguda com necrose hemorrágica estendendo-se o processo do 2.º ao 5.º segmento lombares.

São conhecidos casos de lesão grave dos centros nervosos após injeções dos arsenicais empregados no tratamento da sífilis. O relatório do «Salvarsan-Committee of the British Med. Researches Council» refere que uma grande percentagem dos casos mortais após injeção intra-venosa de salvarsan são causados por uma encefalite hemorrágica. Segundo o A. porém, não estava até agora estudado caso algum em que com segurança a morte pudesse ser atribuída a mielite hemorrágica da mesma causa.

É certo que Viets referiu em tempo um caso possível de mielite hemorrágica post-salvarsânica, mas não tinha autópsia a documentá-lo.

Há casos citados de mielite post-salvarsânica (Nonne, por exemplo) mas não de forma hemorrágica.

O do A. tem pois este especial interesse.

A. ALMEIDA DIAS.

Sobre a colesterinoraquia nas doenças nervosas, (*Zur Frage des Cholesteringehalts im Liquor cerebrospinalis bey Nervenkrankheiten*), por A. E. KULROW e D. A. SCHAMBUROW. — *Zeitschrift fuer die gesamte Neurologie und Psychiatrie*. Tômoo 113. 13 março 1928. Págs. 103-213.

Os AA. estudaram um total de 78 casos diferentes com doenças do sistema nervoso central ou periférico. 10 casos de P. G.; 8 de Tabes; 5 de lues cerebral e cérebro-espinal; 10 de esclerose em placas; 16 de meningite e meningo-encefalite; 6 casos de tumores do cérebro e da medula, e 23 casos diversos (epilepsia, encefalite epidémica, etc.).

O doseamento da colesterina foi feito pelo processo colorimétrico de *Autenrieth*.

A qualidade de L. C. R. extraído variou de 5 a 10 cc. Simultaneamente foram feitos em alguns casos doseamentos da colesterina no soro sanguíneo.

Em todos os doentes o L. C. R. era analisado para determinação do número de glóbulos, globulinas, reacções coloidais, R. W.

Sem quererem tirar do trabalho conclusões diagnósticas pertendem todavia os AA. fazer algumas considerações sobre as origens da colessterina do *liquor* e mostrar a tendência que ela tem a aumentar em certas formas de doenças nervosas.

Chegaram neste trabalho aos seguintes resultados que resumem no fim do artigo :

Em casos de etiologia luética (P. G., Tabes, lues cerebral e cérebro-espinal) a percentagem de colessterina do L. C. R. não excede a normal. No soro sanguíneo, nos casos de P. G. há uma certa tendência à hipocolessterinemia.

Em nenhum dos casos estudados se verificou qualquer relação entre a quantidade de colessterina no líquido céfalo-raquidiano e os resultados da R. W.

Os casos em que a quantidade de colessterina se mostrou mais elevada foram os de meningite e meningo-encefalite não luética.

Um líquido xantocrómico ou turvo mostra com frequência um aumento da colessterina, sem que haja todavia uma interdependência. Casos há de líquido xantocrómico em que a colessterina se mostra normal, como se conhecem outros em que a colessterina está muito aumentada sem que porém o líquido deixe de ser transparente.

Em alguns casos de meningite observou-se uma insignificante hipocolessterinemia.

O aumento da permeabilidade da barreira hemato-encefálica pelos processos patológicos deve ter uma importância capital no que respeita à percentagem da colessterina no L. C. R.

Em casos de tumor do cérebro ou da medula a colessterina mostrou-se aumentada.

Em casos de esclerose em placas, ou não se modifica a existência de colessterina no licor, ou em alguns casos a sua percentagem mantinha-se dentro do normal.

Uma série de casos de colessterinemia alta mostravam uma baixa percentagem de colessterina no liquor e vice-versa.

Casos esporádicos de outras doenças nervosas (23) — (epilepsia, encefalite epidémica, etc.) não mostraram aumento de colessterina no liquor.

Terminam por afirmar que não é todavia possível tirar qualquer conclusão diagnóstica das variações quantitativas da colessterina no L. C. R.

A. ALMEIDA DIAS.

Sobre a prova do lipiodol nas doenças da medula. (*Zur Lipjodoldiagnose bei Rueckenmarkskrankheiten*), por L. E. BREGMAN e P. SZPILMAN. — *Deutsche Zeitschrift fuer Nervenheilkunde*. Tómo 103. Maio de 1928. Págs. 302-308.

Referem os AA. dois casos, um deles mostrava clinicamente um quadro mórbido que levava a pensar numa esclerose combinada (mielite funicular) possivelmente por anemia. O lipiodol em injeção sub-occipital mostrou-se

na radiografia espalhado entre D₁—D₆ em gotas de tamanho variável. Passados alguns dias desceu até D₇—D₈. Nova injeção feita algumas semanas depois mostrou um quadro semelhante e além disso uma mancha semi-lunar à altura de D₁₀—11.

A autópsia mostrou alterações inflamatórias da medula, sem alteração alguma das meninges.

Num outro caso em que a sintomatologia clínica fazia pensar uma esclerose em placas, a existência de dissociação albumino-citológica no L. C. R. bem como a prova lipiodolada levaram os AA. a indicar uma laminectomia sem que todavia no acto operatório fosse encontrada qualquer formação dentro do canal raquidiano que justificasse o bloqueio do lipiodol.

Referem ainda casos de compressão medular em que o lipiodol pelo contrário não dá resultado positivo.

Não deixam é claro de citar os bons casos da prova de Sicard, que são muitos, mas querem acentuar que a-pesar do grande valor diagnóstico da prova, tanto os resultados positivos, como os negativos, nos podem induzir em êrro, devendo ser por isso muito ponderados, não esquecendo nunca os sintomas clínicos que por vezes dão uma indicação mais segura.

A. ALMEIDA DIAS.

A propósito das indicações operatórias ligadas à existência de quistos luteínicos coincidindo com uma mole hidatiforme. (*À propos des indications opératoires liées à l'existence des kystes lutéiniques coïncidant avec une mole hydatiforme*), por A. FRUHNSHOLZ. — *Gynécologie et Obstétrique*. N.º 3. T. XVIII. 1928.

Não está necessariamente indicado operar por via alta tãda a mole hidatiforme em evolução, que coincide persistentemente com grandes quistos.

Também não está necessariamente indicado operar por via alta quando persistem grandes quistos dois meses e meio depois da expulsão duma mole, mesmo que coexista corrimento uterino suspeito. Este corrimento pode ser devido a processos de subinfecção e subinvolução banais.

Uma raspagem uterina tardia pode determinar neste último caso a regressão uterina e secundariamente a involução ovárica.

Clinicamente a existência de quistos ováricos bilaterais com um útero aumentado de volume e perturbações menstruais deve recordar a possibilidade da existência duma mole histológica e só de urgência estará indicada a exêrese operatória.

F. FONSECA.

Encurtamento do parto normal. (*Raccourcissement de l'accouchement normal*), por A. OSTRCIL. — *Gynécologie et Obstétrique*. N.º T. XVIII. 1928.

O método preconizado pelo A. desde 1914, consiste no seguinte: 1.º ruptura da bolsa das águas depois de apagamento; 2.º dilatação digital do orifício externo; 3.º injeção intravenosa de pituitrina.

Durante estes quatro últimos anos, o A. empregou este método em 114 primíparas e 50 múltiparas com os seguintes resultados:

Nas primíparas, depois da injeção intravenosa de pituitrina, rasgadura das membranas e dilatação digital do orifício até ao tamanho dum centímetro, um franco ou dois francos, o parto demorou de uma a quatro horas e em média cento e oitenta minutos; para uma dilatação do orifício do tamanho duma moeda de cinco francos a duração foi de uma a três horas e em média cinquenta minutos e para a dilatação do tamanho duma palma da mão, a duração foi de um quarto de hora a uma hora e em média quarenta minutos. Nas múltiparas com um orifício do tamanho de um franco a duração foi de sessenta minutos, com um orifício como uma moeda de cinco francos até ao tamanho de uma pequena palma de mão vinte a quarenta e cinco minutos e em média trinta minutos e com um orifício do tamanho duma grande palma de mão cinco a quarenta e cinco minutos e em média vinte e cinco minutos. Todas as crianças nasceram e permaneceram vivas. As seqüências dos partos foram normais em todas as mães.

O efeito da pituitrina desaparece aproximadamente decorrida uma hora. Se o parto não terminou durante este prazo e, sobretudo, se o terceiro período do parto se instalou, podem reproduzir-se as contrações fracas do útero, que por um descolamento parcial da placenta causam hemorragia. É importante pensar nesta eventualidade e repetir a tempo a injeção de pituitrina que agora pode ser feita por via intramuscular.

O A. conclui por dizer:

Em virtude disto afirmo que se pode encurtar o parto pela rasgadura das membranas, dilatação do orifício e injeção de pituitrina sem risco algum materno ou fetal.

Entre as mãos dum parteiro experimentado este método simples produz um efeito quasi teatral... Mas não recomendo este método aos práticos... Os práticos poderiam ser seduzidos pela sua simplicidade não só para o usar, mas também para abusar.

F. FONSECA.

Alguns pontos particulares da técnica da operação de Zarate. (*Quelques points particuliers de la technique de l'opération de Zarate*), por R. VAUDESCAL e H. VAN DER HORST. — *Gynécologie et Obstétrique*. N.º 3. T. XVIII. 1928.

Os AA. sem quererem abordar a questão das indicações da sinfisiotomia, que foi demoradamente discutida no IV Congresso dos obstetricistas e ginecologistas (Paris, 1925), julgam interessante estudar alguns pontos da técnica da sinfisiotomia sub-cutânea tal como foi preconizada pelo Prof. Zarate (Buenos-Ayres) visto ser este o método que actualmente parece dar melhores resultados.

Das suas experiências concluem que, seguindo a técnica indicada por Zarate, se obtém um alargamento suficiente da cintura pélvica para permitir o parto numa bacia limitada; que este alargamento só se obtém quando a metade inferior de ligamento superior e todo o arcuatum foram seccionados;

que com o fim de limitar êste afastamento, evitar o risco de rasgadura das partes moles ou dos órgãos retro-sinfisários e emfim assegurar uma boa coaptação das superfícies articulares nas *suites* operatórias, é necessário respeitar a parte superior do ligamento superior da articulação. É capital o papel dêste freio superior constituído essencialmente pelo entrecruzamento dos pilares internos do anel inguinal.

F. FONSECA.

Estudo das anastomoses vasculares e do hidramnios na gravidez gemelar uni-ovular. (*Étude des anastomoses vasculaire et de l'hydramnios dans la grossesse gémellaire uni-ovulaire*), por M. MUTEL H. VERMELIN — *Gynécologie et Obstétrique*. N.º 3. T. XVIII. 1928.

O hidramnios é um acidente freqüente da gravidez gemelar: aparece em 57 % dos casos.

Nesses 57 casos o hidramnios é devido: 7 vezes à existência de anastomoses superficiais ou causas variáveis, que tanto podem encontrár-se na gravidez simples, como na gravidez gemelar.

50 vezes a condições anátomo-patológicas muito especiais à gemelar uni-ovular e em especial à existência de anastomoses profundas placentárias, constituindo uma circulação de transfusão: uma parte do sangue dum dos fetos passa para a circulação do outro.

A diferença de superfície dos territórios placentários ou a diferença de tamanho que pode existir entre os dois fetos não permite dizer qual é o receptor ou o dador, podendo êste último ser o maior ou o mais pequeno, consoante os casos.

A presença do hidramnios não permite diferenciar o dador do receptor. Só o exame dos vasos placentários permite fazer essa distinção.

O feto A é dador activo quando envia uma artéria para o território do receptor B, mas quer A seja maior, igual ou mais pequeno que B, pertencerá sempre à bolsa hidramniótica.

O feto A é dador passivo quando B envia uma veia para o território de A, mas quer A seja igual, mais pequeno ou maior que B, B pertencerá sempre à bolsa hidramniótica.

F. FONSECA.

Sóbre a acção experimental e clinica da dodecаметildiguanidina — Sintalina B. (*Über die experimentelle und klinische Wirkung des Dodekamethylendiguanidins — Synthalin B*), por E. FRANK, M. NOTHAMM e A. WAGNER. — *Klin. Woch.* N.º 42. 1928.

As altas diguanidinas teem a propriedade de provocar hipoglicémia no coelho em jejum, hipoglicémia essa que desaparece com a administração de açúcar e ainda de baixar ao normal a glicémia e glicosúria do cão diabético (diabetes pancreática).

Os AA. experimentaram primeiro a octometilendiguanidina que não

chegou a ter emprêgo clínico, depois a decametilendiguanidina, sintalina e, agora a dodecetilendiguanidina.

Das experiências em animais relatadas pelos AA. conclui-se que a dose bem tolerada da dodecadiguanidina é notavelmente maior do que a da decadiguanidina. Isto fêz pensar os AA. que o seu emprêgo no homem fôsse permitido numa dosagem superior à da sintalina sem que sobreviessem os sintomas de intolerância que por vezes acompanham a administração desta última.

O efeito da sintalina B é demonstrado em vários exemplos entre os quais se encontra o seguinte :

TABELA 7

Roberte Sch. 54 anos

Datas	Sintalina B	Urina		Glicêmia em jejum	Notas
		Quantidade l.	Açúcar grs.		
28-VI -1927	—	2,7	59,68	0,414	Dieta: A-77, G-III, 5 HC-176 (além disto, 210 grs. de pão)
29-VI "	—	2,8	57,4		
30-VI "	3 vezes 10	1,7	33,68		
1-VII "	3 vezes 15	1,3	17,7		
2-VII "	" " "	1,5	10,4		
3-VII "	" " "	1,	9,1	0,323	Pêso: 55,5 Kgs.
4-VII "	—	1,	6,84	0,306	
5-VII "	—	1,6	24,9		
6-VII "	—	2,1	49,1		Pêso: 56 Kgs.
7-VII "	—	1,9	49,3		Pêso: 57 Kgs.
8-VII "	3 vezes 10	1,5	26,6	0,323	
9-VII "	" " "	2,	17,1	0,306	
10-VII "	" " "	1,6	8,2	0,329	Pêso: 57 Kgs.
11-VII "	" " "	1,5	0,6	0,314	
12-VII "	" " "	1,5	vestígios	0,259	
13-VII "	" " "	—	—	0,241	Pêso: 57 Kgs.
14-VII "	—		1,02	0,222	
15-VII "	—		5,29		
16-VII "	3 vezes 10		21,64		Pêso: 57 Kgs.
17-VII "	" " "		2,58		
18-VII "	" " "		vestígios		

Trata-se dum diabético que de há meio ano vem perdendo 15 quilos. Há 4 semanas que faz tratamento com insulina e sintalina. A 9-VI-27 deu entrada na clínica. De comêço fêz apenas tratamento dietético. Depois de um dia de líquidos e dois de hortaliças e gordura ficou aglicosúrico. Depois de aumentos sucessivos dos albuminóides e hidratos de carbone foi levado a uma eliminação constante de açúcar. Com uma dieta de 77 grs. de albumina e

176 grs. de hidratos de carbone eliminava 59,68 e 57,4 grs. de açúcar. A medicação sintalínica baixou a glicosúria a 6,84 grs. Sustado o medicamento subiu novamente o açúcar da urina quasi a 50 grs. Uma nova administração de sintalina B durante seis dias fêz desaparecer por completo a glicosúria. A glicémia em jejum baixou de 0,414 a 0,222. O pêso subiu de 55,5 a 57 kgrs. no decurso de sete dias.

As experiências dos AA. reportam-se a 150 casos de diabetes de todos os graus. A dose de sintalina B é geralmente de 10 a 15 mgrs. Na maioria dos casos os AA. seguiram o esquema seguinte :

- 1.º dia — 3 vezes 5 mgrs.
- 2.º dia — 3 vezes 10 mgrs.
- 3.º dia — 3 vezes 10 mgrs.
- 4.º dia — pausa
- 5.º dia — 3 vezes 10 mgrs.
- 6.º dia — 3 vezes 10 mgrs.
- 7.º dia — 3 vezes 10 mgrs.
- 8.º dia — pausa

e assim sucessivamente: 3 dias a 3 vezes 10 mgrs. e o 4.º dia de pausa.

O equivalente glucose não é maior do que para a sintalina. A desapareição da glicosúria nem sempre é tão fácil de obter como no caso citado. O efeito da sintalina B começa muitas vezes mais lentamente do que o da sintalina. Muitas vezes só decorridos três dias de administração de sintalina B se começa a dar a baixa da glicosúria.

Exactamente como para a sintalina os AA., decorridas três a quatro semanas de medicação, fazem-na seguir de 8 dias de pausa, durante os quais usam a insulina ou reduzem a dieta. A acção sôbre a glicémia é semelhante à da sintalina. O mesmo succede quanto à acção da sintalina B sôbre a acedémia e acetonúria.

A diarreia, que por vezes acompanha a administração do medicamento, é passageira e cede facilmente aos preparados pancreáticos e cálcio.

Para combater as perturbações gástricas que são muito mais raras do que as causadas pela sintalina aconselham a decholin e bilival.

As indicações da sintalina B são as mesmas que as da sintalina.

F. FONSECA.

Adenoidite aguda prolongada e toque rino-faríngeo. (*Adenoidite aiguë*, etc.)
por ROBERT RENDU (Lyon). — *Archives de Médecine des Enfants*. Tômoo XXXI. N.º 2. 1928. Págs. 73-85.

A mira dêste trabalho é de atrair a atenção sôbre uma forma especial da inflamação da amígdala de Luschka que parece ainda não ter sido descrita e para a qual o A. propõe o nome de *adenoidite aguda prolongada*.

O A. entende que a par da adenoidite aguda clássica, cuja duração não passa quasi de uma semana, se deve descrever aquella outra, caracterizada

pela longa evolução (duas ou três semanas), pelo tipo septicémico da febre, e pela intensidade das reacções ganglionares cervicais.

Esta forma clinica atípica não deverá ser confundida nem com as complicações da adenoidite (otite, adeno-fleimão cervical ou retro-faríngeo, etc.) nem com as septicémias ebertiana ou tuberculosa, nem, emfim, com a «tifose diftérica» (Cathala e Giroire, 1924).

A brusca desapareição da febre, em três casos que o autor apresenta acompanhados dos respectivos gráficos, em seguida a um toque rino-faríngeo, leva o A. a pensar que êste actuou libertando um pequeno fóco de retenção purulenta incluído entre duas camadas de tecido adenoidico. A coïncidência foi, na verdade, tão precisa e igual nos três casos, que é lícito afirmar a possibilidade duma intervenção terapêutica na manobra que apenas tinha intuitos de diagnóstico.

Uma larga bibliografia acompanha o trabalho.

MENESES.

O tratamento preventivo da infecção puerperal pelo sulfarsenol. (*Le traitement preventif de l'infection puerpérale par le sulfarsenol*), por E. BREMON (Montpellier). — *Archives Franco-Belges de Chirurgie*. XXX.º Ano. N.º 4. Abril de 1927. Págs. 326-330.

Publicação de grande alcance prático, feita pelo chefe da clinica obstétrica da Faculdade de Medicina de Montpellier.

A profilaxia da infecção puerperal tem sido tentada por diversos meios entre os quais a imunoterapia passiva (séros) ou activa (vacinas) que não se generalisáram, mas é para a quimioterapia que parece que todos hoje se inclinam. Pensou-se logo em utilizar como preventivos, certos antisépticos gerais que tinham dado as suas boas provas no tratamento curativo. Os arsenbenzóis estavam nesse número.

Em 1923 preconizou-se o novarsenobenzol e em 1925 Ravière substituiu-o pelo sulfarsenol, com tão bons resultados que se mostrava convencido do dever de tratar preventivamente com uma injeção sub-cutânea de sulfarsenol toda a mulher que tivesse tido um parto mais ou menos complicado, terminado por intervenção difficil, sem esperar a aparição de fenómenos infecciosos.

A experiência prova que a asépsia relativa que se pode obter em obstétrica não basta para prevenir a infecção quando esta encontra condições favoráveis, as quais constituem outras tantas indicações para o tratamento preventivo. São elas:

a) *Parturiente infectada durante a gravidez*: por exemplo uma leucorreia gonocócica.

b) *Parturiente que foi infectada ou pode ser infectada no decurso do parto*: trabalho do parto demorado; dúvidas sobre a asépsia do operador, sobretudo quando intervêm a noção de epidemiologia; aborto e parto não vigiados ou simplesmente rutura das membranas sem o contróle obstétrico; expulsão dum feto morto muitas horas depois ou infecção amniótica; parto

complicado por intervenção, sobretudo se a mão ou o instrumento penetraram no útero; dequitudadura incompleta.

c) *Parturiente notavelmente diminuída nas suas defezas orgánicas*: causas gerais de enfraquecimento no decurso da gravidez; hemorragias graves durante a gravidez ou o trabalho; choque obstétrico; possíveis estados de receptividade para o estreptococo revelados por uma reacção de Dick positivo.

As contra-indicações são raras: perturbações hepáticas graves e urémia. A eclâmpsia não é uma contra-indicação, sendo necessário vigiar o coeficiente albuminúrico (Guinaudeau).

O sulfarsenol emprega-se em injeccões subcutâneas, de 12 centigramas cada injeccão, guardando-se as doses mais elevadas (0,18 grs.) para o tratamento de infecções já declaradas e apresentando uma certa gravidade.

Será suficiente a primeira injeccão, que deve ser feita após o parto?

Os autores bordeleses esperam a aparição da febre para a renovar, mas parece que assim se deixa aparecerem elevações de temperatura que poderiam ser evitadas, parecendo mais racional repetir a dose de sulfarsenol uma, duas ou três vezes segundo o risco da infecção foi maior ou menor.

Quando se chegou ao 4.º dia sem febre, deve-se pensar ter a infecção abortado e cessa-se com as injeccões.

Este tratamento profilático deve completar e não supplantar as precauções clássicas contra a infecção, como a injeccão intra-uterina iodo-iodetada que em geral se faz seguir a todo o parto de asépsia duvidosa.

O A. apresenta um quadro referindo-se a 67 casos.

Ligeiros incidentes comuns à administração do sulfarsenol, e que podem ser reduzidos usando o zinco-sulfarsenol.

Este novo derivado, apresentado por Lenhoff-Wyld é efectivamente duma toxicidade menor que o sulfarsenol e pode ser empregado em dose de metade da daquele (0,06 grs.) visto a sua maior actividade.

A acção do sulfarsenol deve ser devida às suas propriedades tónicas e microbicidas.

MENESES.

Efeito do extrato paratiroideo potente sôbre a quantidade de cálcio nas crianças. (*Effect of potent parathyroid extract on calcium balance in infants*), por LYMNE, HOAG, RIVKIN, WEIGELE e F. BERLINER. — *American Journal of Diseases of children*, Junho 1927.

Como sumário do exposto no seu trabalho expõem os AA. o seguinte: estudaram em 7 crianças (um normal, quatro raquíticos, dois tetânicos), a influência de extractos enérgicos de paratiroideas na quantidade de cálcio (e fósforo total). Durante a administração do extracto, mostraram diminuição da retenção cálcica uma criança normal e três raquíticas. O decréscimo não mostrou uma relação constante com a dosificação com o nível do cálcio no sôro. Nestes casos houve um aumento, absoluto e proporcional, de eliminação urinária de cálcio.

Num doente raquítico a quem se deu extracto paratiroideo diariamente

durante 25 dias, não se lhe pôde reconhecer mudança do cálcio no exame radiológico. Dois doentes com tetânia infantil mostraram uma ligeira tendência para o aumento da retenção cálcica durante os períodos em que se administrou o extracto.

Um raquítico com evidentíssimos sinais do metabolismo cálcico perturbado, mostrou um aumento acentuado na retenção do cálcio.

O método utilizado para determinação do fósforo total ainda está em apreciação. Pode notar-se que se segue à administração do extracto paratiroideo, um muito relativo aumento no fosforo ordinário.

Posto que a influência do extracto paratiroideo enérgico sobre a quantidade de cálcio não tenha parecido ser desfavorável, a sua administração com outro propósito que não seja a imediata e temporária elevação do cálcio no sôro sangüíneo, deve ser considerado como um método applicável à rotina clínica.

MENESES.

Tratamento da nevralgia facial pela alcoolização do simpático pericarotidiano. (*Traitement de la névralgie, etc.*), por ROBERT DANIS. — Société Belge de Chirurgie, sessão de 26-11-927. — *Journal de Chirurgie et Annales de la Société Belge de Chirurgie*. N.º 9, Nov. 1927. Págs. 180 e 182.

Kulenkampff considera a nevralgia do trigémio como uma perturbação vasomotora atingindo as artérias do gânglio de Gasser. Os seus argumentos são os seguintes: character intermitente e periódico da doença, aperto da fenda palpebral do lado atingido, perturbações tróficas regionais, dermatografia, ausência total de lesões centrais, ganglionares ou periféricas. K. compara a nevralgia do trigémio à angina de peito e à doença de Raynaud.

O gânglio de Gasser é irrigado por um pequeno ramo da carótida interna; um espasmo súbito desta artéria pode muito bem explicar, segundo K., a natureza e o character das crises.

A caimbra arterial seria motivada por uma irrigação periférica normal passando pelas terminações do trigémio ou mesmo por certas vias simpáticas centripetas; a nevralgia do trigémio seria pois uma nevrose vaso-motriz e não uma doença do próprio nervo.

K. porém, ficou, como tratamento, na alcoolização do gânglio. Nassaroff tirou da comunicação de K., deduções mais originaes.

Com efeito, diz N., se o retículo simpático que envolve a artéria carótida primitiva é o mesmo que, prolongando-se pela carótida interna, vai aos vasos do gânglio, a sua destruição deve trazer uma sedação das dores. Estando destruídos os vaso-constritores, o espasmo arterial do Gasser é impossivel.

N. tentou fazer a pincelagem com álcool da carótida primitiva. Os três doentes em quem fez essa operação ficaram sem dores.

Segundo o A., este método apresenta vantagens consideráveis: operação fácil e segura, mais fácil do que a injeccção de álcool no gânglio e nos ramos do trigémio, é sobretudo do que a neurotomia.

TERAPEUTICA DA
SIFILIS

O TRATAMENTO ARSENICAL
HYPODERMICO VERDADEIRA-
MENTE INDOLOR PRATICA-SE
COM O



ACETYLARSAN

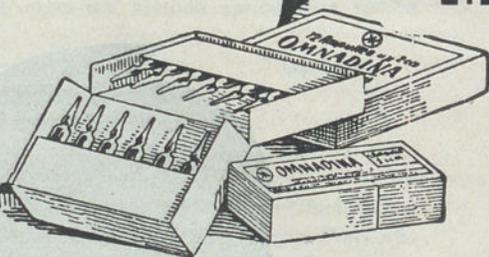
DE COMPOSIÇÃO ACTIVA E SEGURA

AMOSTRAS E LITERATURA

LABORATOIRE DES PRODUITS
"USINES DU RHÔNE"
21, RUE JEAN-GOUJON. PARIS

E. SCHWEICKARDT
AGENTE GERAL PARA PORTUGAL
133, RUA DA PRATA. LISBOA

Omnadina



Vacina total imunizante "MUCH"

Para o terapêutica não específica em todas as

Moléstias infecciosas e padecimentos reumáticos e neurálgicos

Mobiliza rapidamente e aumenta eficazmente tôdas as forças defensivas do organismo, assim como encurta consideravelmente a duração da moléstia

Fôrma comercial:
CAIXAS COM 3 E
12 AMPOLLAS
DE 2 c. c.



EMPACOTA-
MENTO ORI-
GINAL

I. s. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Pharmazentische Verkaufs-Abteilung

"Bayer-Meister-Lucius" Leverkusem a/Rh.

REPRESENTANTE-DEPOSITÁRIO:

Augusto S. Natividade

RUA DOS DOURADORES, 150, 3.º—LISBOA

Respeita os músculos mastigadores nas suas funções, bem como a sensibilidade cutânea, e evita dum modo absoluto as perturbações tróficas do olho.

O A. fez duas vezes a operação de Nassaroff. Numa doente, tendo sido ineficaz uma injeção de álcool no gânglio de Gasser, pôs a carótida a nú sob anestesia regional, e protegendo o mediastino com uma compressa engordurada, inundou a zona dissecada com álcool absoluto. As seqüências foram simples, salvo uma taquicardia durante dez dias.

Esta doente, seis meses depois de operada nunca mais sofreu. Sente no entretanto, um pouco de constrição no peito.

O segundo doente, tratado por pincelagem simples, sem imersão, da carótida primitiva, deixou de sofrer as suas dores imediatamente e teve alta curado, não tendo sido seguido durante muito tempo, infelizmente.

Os resultados do A. confirmam em absoluto as observações de Kulenkampff.

MENESES.

O papel da pele na infecção tuberculosa. (*Le rôle, etc.*), por P. WORINGER (Estrasburgo). — *Revue Française de Pédiatrie*. Tôm. IV. N.º 2. Abril de 1928. Págs. 170-184.

Muito notável artigo do distinto pediatra da capital alsaciana.

À luz de certos dados imunológicos, o sistema cutâneo aparece-nos como o principal órgão de imunização do corpo humano contra a infecção tuberculosa.

Dois modos de imunização teem a sua origem ao nível da pele: um, não específico (dermofilaxia), influenciado pela irradiação solar e por outros factores estranhos à infecção, outro, específico (dermo-antergia) desenvolvendo-se em seguida a uma infecção ou a uma vacina cutâneas.

A alergia, função distinta da imunidade, está igualmente ligada ao sistema dermo-epidérmico.

MENESES.

O tratamento fisioterápico da poliomielite. Relatório de DUHEM (Paris) apresentado ao Congresso da Associação dos Pediatras de Língua Franca. — Lausanne 1927. *Revue Française de Pédiatrie*. Tôm. IV. N.º 2. Abril de 1928. Págs. 224-226.

As noções de epidemiologia, de extensão do processo infeccioso a outros centros mais do que as células motrizes, a constatação freqüente de perturbações trofo-vasculares, tiveram por resultado a modificação dos dados terapêuticos antigos baseados quasi unicamente na electroterapia, e trouxeram o emprêgo duma terapêutica fisioterápica mais racional.

Antes de julgar o valor dum método é preciso esperar que o período de regressão espontânea da doença tenha decorrido e pode êle ser muito longo. Há casos que curam por si mesmos, há outros que não curam por si sós e outros que não curam de modo algum, e os resultados avaliados pelo que se

obteve nestes dois últimos casos são muito diferentes segundo os métodos empregados desde o princípio.

Hoje não se localiza já a acção terapêutica sobre tal músculo ou grupo muscular, procura-se antes de tudo combater as perturbações nutritivas profundas actuando sobre a circulação profunda e periférica e também sobre os elementos de proliferação conjuntiva que veem absorver as células da medula tocadas pela poliomielite.

É o papel da diatérmia, da balneação local quente e por outro lado da radioterapia.

É preciso abstermo-nos de processos excito-motores da fibra muscular sobre músculos doentes que apresentem ao exame eléctrico reacções de degenerescência caracterizadas. Mas desde que o músculo recomeça a ser excitável, que a contracção máxima deixa o tendão para se aproximar do ponto motor, que a lentidão do abalo diminui e que a sensibilidade à corrente farádica reaparece, não há melhor método para recuperar e activar a função muscular do que a galvanização ritmada no pólo negativo, com a condição de a empregar duma maneira muito prudente: *os músculos doentes não devem de modo algum ser fatigados.*

É preciso, bem entendido, juntar-lhe uma reeducação muscular muito correctamente dirigida. Muitos especialistas empregam a galvanização contínua, sem abalos excitadores, para combater as perturbações circulatórias. Os resultados são illusórios. As grandes críticas feitas a estes diferentes processos, quando são empregados por si sós, proveem sobretudo dos médicos chamados a ver doentes nas fases tardias de paralisias já instaladas, os neurologistas e sobretudo os ortopedistas, porque estes processos não previnem as perturbações trofo-vasculares e ósseas. E porisso veem-se obrigados a aparelhar membros frios, violáceos e encurtados, nos quais a circulação é muito defeituosa e que difficilmente suportam aparelhos que teem necessidade de aplicar aos doentes para os tornar válidos.

Não succede o mesmo quando desde principio se empregam processos de aquecimento, a *diatérmia* e a *hidroterapia quente local*.

Na diatérmia, à Joule, que é capital e que produz uma elevação da temperatura no próprio seio dos tecidos junta-se lhe sempre a acção bioquímica que acompanha sempre a acção dum campo magnético qualquer sobre a célula viva, a qual se traduz por um aumento de pressão osmótica e uma actividade mais considerável das trocas orgânicas.

Depois dos trabalhos de Souques e Heitz em 1918, Duhem junta sempre à diatérmia a *balneação quente local* que aquece os membros doentes exteriormente, de fora para dentro, enquanto a diatérmia eleva a temperatura na própria intimidade dos tecidos. Estes dois processos contribuem poderosamente para fazer reaparecer a excitabilidade motora dos músculos às correntes galvano-farádica e facilitam por consequência, com o tempo, o emprego dos processos excito-motores para actuarem sobre a fibra muscular propriamente dita.

Quanto à radioterapia, o processo poliomiéltico sendo um processo destrutivo, não é certo, experimentalmente, que a radioterapia actue verdadeiramente sobre a proliferação conjuntiva que invade o tecido medular.

Se os bons efeitos da diatermia e da balneação quente são factos cujo valor está experimentalmente verificado, não succede o mesmo com a radioterapia por duas razões: 1.^a O A. nunca a empregou sòzinha; 2.^a quando a não empregou os resultados gerais não se modificaram. Pelo contrário, num caso os progressos nulos durante os cinco primeiros meses, em que só se empregara a radioterapia só começaram a ser positivos no sexto mês em que se instituiu um tratamento pela diatermia e pela balneação local quente.

Acessoriamente a massagem e a mecanoterapia, sobretudo esta última, teem uma grande importância.

Em resumo, uma vez passado o primeiro período, febril, da poliomielite, começa o período em que é necessário fazer a fisioterapia. Os *banhos locais* deverão ser dados separadamente pelo menos *quatro vezes por dia*, a *diatermia três vezes por semana* ao mesmo tempo que a radioterapia.

A *mecanoterapia manual* será instituída diariamente segundo a topografia das paralisias e as deformidades verificadas. Desde que as paralisias estão instaladas, seguir com cuidado as reacções eléctricas e desde que o músculo a puder suportar, instituir a galvanização rítmica que será seguida mais tarde pela faradização prudente, quando o estado do músculo a permitir.

MENESES.

Complicações oculares da diabetes. (*Ocular complications of diabetes*),
por S. GIFFORD. — *Med. Clin. North Am.* Setembro de 1928.

As conclusões do artigo são as seguintes:

A verdadeira catarata diabética pode aparecer mas é rara, enquanto que a catarata senil é comum no diabético e não difere da catarata no indivíduo não diabético. Com um pequeno cuidado pre-operatório para reduzir ao mínimo o açúcar das urinas, a intervenção nestes casos não é sujeita a qualquer risco de importância. Tanto a catarata como as perturbações da refração no diabético, são provavelmente o resultado de alterações na pressão osmótica do sangue. A retinite aparece principalmente nos diabéticos com mais de 50 anos, muitas vezes com complicações renais ou vasculares, mas também sem elas e pode até ser o único sinal de uma condição patológica dos vasos sangüíneos.

O prognóstico da retinite diabética, quanto à sobrevivência e à visão, é relativamente bom, em contraste com o prognóstico da retinite albuminúrica.

MORAIS DAVID.

Tetania complicação da tiroidectomia. (*Tetany following thyroidectomy*),
por G. PRATT. — *Med. Clin. North Am.* Setembro de 1928.

O artigo relata um caso de hipertiroidismo, em crise aguda, operado depois de preparação pelo iodo, no qual sobrevieram, algum tempo depois, sintomas de tetania e refere também certas noções acerca da patogenia da doença e do seu tratamento.

A tetânia consecutiva à tiroidectomia apresenta-se na maioria das vezes de uma maneira surda, ao fim de certo intervalo do acto operatório; mais raramente se estabelece com uma rápida evolução e logo após a tiroidectomia.

Ainda que não haja por enquanto uma idéa perfeita dos factores etiológicos da tetânia, esta deve provavelmente prender-se com uma insuficiência das glândulas paratiroideias produzida ou por traumatismos exercidos sobre o parenquime glandular, ou por alterações inflamatórias e circulatórias que a operação também é capaz de provocar. A retracção da ferida operatória é, além dos que ficam apontados, um outro factor que pode determinar uma insuficiência da secreção paratiroideia. Se, como parece, a tetânia representa um quadro de hipoactividade das paratiroideias, o mecanismo íntimo da repercussão sobre o organismo não é por enquanto claramente conhecido.

Supõem uns autores que a tetânia está na dependência de uma hipocalcémia. Por efeito da baixa na percentagem do cálcio do sangue aumentam, a título compensador, as percentagens do potássio e do sódio e este exerceria sobre o sistema nervoso uma excitação anormal; outros autores imaginam que a tetânia é uma consequência da acção tóxica de determinados produtos de fragmentação da molécula proteica, de certas aminas formadas à custa de processos de putrefacção, com uma acção excitante análoga à da estricnina. As glândulas paratiroideias, nesta última hipótese, desempenhariam uma função anti-tóxica, tornando inactivos estes produtos de putrefacção.

Tanto uma como outra teoria tem confirmação em certas experiências animais e em algumas observações de ordem clínica; tem sido possível manter animais paratiroidectomizados sem crises de tetânia desde que sejam submetidos a uma dieta que exclua os processos de putrefacção proteolítica do colon.

O doente a que o artigo faz referência foi sujeito a uma dieta de leite, lactose, hidratos de carbone em quantidade para elevar as calorias da ração alimentar a um número suficiente e larga ingestão de líquidos. Como tratamento foi administrado o cloreto de cálcio em injeccção intra-venosa e *per os*. e ao mesmo tempo foi tratado com injeccções da hormona paratiroideia (paratormona de Collip).

A paratormona é um extracto aquoso de paratiroideia de boi, que se injecta por via intra-venosa ou intra-muscular e titulado de maneira a saber o efeito de determinada dose sobre a calcémia; 100 unidades elevam a calcémia de 5 mmgr. em 1 cão pesando 30 Kgr. e cada cc. do preparado contem 20 unidades. A acção da paratormona sobre a calcémia é muito pronunciada e carece de uma vigilância cuidada porque a calcémia que ultrapassa os números normais acompanha-se de fenómenos tóxicos graves e com o abuso da opoterapia paratiroideia é possível levar a percentagem do cálcio no sangue além da percentagem normal. O organismo tem largas condições de adaptação para o metabolismo de cálcio, nas condições de carência; por isso a terapêutica usualmente empregada na tetânia não precisa de ser mantida por largos períodos e o organismo consegue, depois, sem qualquer intervenção terapêutica sem perturbações, ajustar-se à situação de hipocalcémia permanente. Assim em animais com paratiroidectomia total a terapêutica inicial conduz a um estado de perfeita tolerância para as condições

excepcionais em que esses animais ficam, e isto em um prazo que varia entre 5 a 6 semanas.

MORAIS DAVID.

Observações clinicas ácerca do sistema cárdiovascular. Os progressos da última década. (*Clinical cardio-vascular observations. Progress in the past decade*), por PAUL WHITE. — *New Eng. Jour. of Med.* 5 Abril 1928.

Como se depreende do titulo do artigo, o autor reúne no seu trabalho um grupo de referências aos estudos e tratamentos de várias doenças do sistema cárdio-vascular e insere a propósito os progressos alcançados no decurso dos últimos 10 anos.

De entre os diversos capítulos destacamos os que tratam da medicação digitalica e do tratamento cirúrgico do *angor pectoris*, os quais passamos a transcrever:

Podê parecer extranho dizer-se que uma das maiores conquistas da última década consiste na maneira mais inteligente por que se manuseia a *digitalis*, mas esta afirmação é absolutamente verdadeira. Poucos médicos fazem caso das recomendações de Withering e de Mackenzie, que mandam administrar a droga em fortes doses e ainda menos a usam em dose suficiente. A dif. são das idéas sôbre *digitalisação* e sôbre a manutenção dose feitos *digitalis*, é muito recente.

Há 14 anos era ainda uma rotina fazer curas de dedaleira que atingiam as doses de digitalização em poucos dias. Estas curas, quando se tornavam necessárias, como por exemplo em casos de fibrilação auricular, manifestavam-se eficazes durante o tempo em que se mantinha o tratamento, mas os sintomas das doenças tornavam a aparecer dentro em pouco, desde que se suspendia o tratamento, incapacitando muitas vezes o doente de toda a actividade, comprometendo a sua vida e fazendo-o recair em condições de precisar uma nova cura de *digitalis*.

Actualmente estas recaídas são em grande parte evitadas ou pelo menos retardadas por espaço de anos, mercê do método simples e seguro do racionamento da dose diária do medicamento.

Sabe-se hoje em dia, por exemplo, que as pilulas ou os comprimidos de 10 centgr. de um pó de fôlhas tituladas, administrados em três doses diárias, durante uma semana, permitem uma digitalização progressiva e satisfatória, uma saturação para a *digitalis*, em um adulto. A administração de um comprimido ou de uma pilula de 10 centgr. de pó de fôlhas, por dia, permite manter a saturação da *digitalis* durante semanas, meses ou anos e, com ela, os seus efeitos benéficos.

Esta razão diária é baseada na quantidade de medicamento destruída e eliminada, como termo médio, no espaço de 24 horas.

Como se comprehende, existem diferenças individuais que fazem variar ligeiramente esta dose, facto que se reconhece sem dificuldades através da observação clinica e que, pela sua relativa raridade não tira o valor da regra formulada,



Por vezes torna-se indicado uma digitalização mais rápida; o esquema descrito, que comporta a duração de uma semana, pode ser concentrado em um período de tempo mais reduzido. A par da via digestiva pode também recorrer-se à via intra-venosa ou sub-cutânea como auxiliar da impregnação digitalica.

Quando em vez de pó se emprega a tintura de dedaleira a dose desta é o dobro da do pó.

Não há qualquer vantagem em usar outras preparações, como o infuso, ou outras drogas do grupo de dedaleira.

As curas de pequenas doses de *digitalis* teem uma acção problemática. Nestes casos estão as denominadas doses tónicas (6 e 3 centgr. de pó ou 10 a 5 gotas de tintura, diariamente) sem prévia saturação digitalica.

Um outro progresso notável na terapêutica pela dedaleira refere-se ao maior rigor conseguido na titulação de quási tôdas as preparações, desde que estas sejam suficientemente frescas.

Devem merecer atenção por um momento os processos cirúrgicos apregoados para o tratamento das doenças cárdio-vasculares. Alguns, como a simpatectomia peri-arterial e a valvulotomia para a estenose mitral teem sido de resultados descorçoantes. No entanto, duas medidas cirúrgicas carecem de maior discussão nomeadamente a simpatectomia cervical e as injeções para-vertebrais de alcool, qualquer delas propostas para o tratamento das formas graves e rebeldes de angina de peito.

Estes dois processos estão ainda numa fase experimental e aparentemente assim continuarão até que haja um conhecimento mais perfeito da verdadeira natureza do sindroma anginoso e das relações entre o coração, os vasos sangüíneos e o sistema nervoso.

A experiência feita é porém suficiente para mostrar que alguns casos clínicos obteem melhoras apreciáveis como resultado de qualquer destas duas medidas terapêuticas sem que isto possa significar uma maneira de agir e atenuar os processos de aortite e coronarite que habitualmente existem nos doentes que sofrem de crises anginosas e a insuficiência cardíaca ou as crises mortais podem sobrevir como nos casos não operados.

O A. conhece um caso, operado por Leriche, que depois de uma fase de considerável melhoria, foi seguida de morte a breve trecho, por insuficiência cardíaca relacionada provavelmente, como foi sugerido por Mackenzie, com a desapareção da sintomatologia dolorosa que servia de valioso aviso ao doente para o obrigar a uma vida calma conveniente.

Tanto a simpatectomia cervical como as injeções para-vertebrais de alcool devem considerar-se como simples medidas de terapêutica sintomática. Nem um nem outro método de tratamento deve ser proposto emquanto não se experimentarem todos os meios médicos aconselháveis (repouso, drogas e dieta).

MORAIS DAVID.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

O Problema da etiologia do cancro na Conferência Internacional de Londres

O facto dominante do Congresso de Londres foi o ataque às teorias etiológicas do cancro que se baseiam na infecção exógena. Depois da comunicação sensacional de J. B. Murphy, do Instituto Rockefeller, de Nova York, a teoria virular do cancro é posta à margem da discussão.

Nas suas experiências, J. B. Murphy obtém o sarcoma filtrável da galinha (sarcoma de Rous) a partir do testículo normal do galo.

Alguns patologistas aceitam as conclusões de Murphy, outros apelam para uma pretensa falta de técnica, e outros, ainda, perguntam se os galos empregados eram portadores de germens do sarcoma de Rous.

Supomos do maior interesse o conhecimento das novas idéas sobre a etiologia do cancro e por isso transcrevemos a comunicação de Murphy sobre *A natureza do agente filtrante nos tumores da galinha*:

«Desde 1912, em que Rous e eu chamámos a atenção para uma série de tumores da galinha transmissíveis por extractos filtrados ou dessecados, a natureza das substâncias separáveis das células foi amplamente discutida e investigada em todo o mundo. Recordemos que nas nossas comunicações falávamos dos factores causantes com o nome de «agentes», palavra que não envolvia nenhuma idéa concreta sobre a sua natureza exacta, com o que se evitavam compromissos aos investigadores. Ainda hoje, poucos são os que duvidam da natureza viva do princípio; e, o que é mais, tem havido alguns que cuidaram de construir uma teoria geral do cancro sobre esta base. Entretanto, o carácter dos resultados experimentais que fomos obtendo pareciam dar-me outra interpretação. Investigações posteriores durante anos sucessivos mais confirmaram a minha opinião; e agora, após longas séries de experiências, a natureza real do agente parece, por fim, esclarecer-se.

«Existiam dois factos que me faziam inclinar para a hipótese de que se tratava de substâncias químicas endógenas: o alto grau de selectividade e a especificidade dos tipos produzidos.

«1.º *Selectividade dos agentes dos tumores.* — O nosso tumor da galinha n.º 1, no começo, durante as gerações, crescia apenas em animais consanguíneos, numa variedade especial da raça Plymouth Rocks; durante 8 gerações cresceu ainda noutra variedade «pur sang» Plymouth Rocks, e só depois de muitas mais gerações é que conseguiu crescer numa outra variedade. Depois de muitos anos de passagens nunca conseguimos transferir o tumor a outras espécies de aves como patos, gansos e pombos. Nas primeiras gerações obtinham-se transplantações positivas numa pequena percentagem de casos, mas esta aumentou gradualmente até que praticamente 100 % das trans-

plantações foram positivas. A adaptação dos outros tumores de galinha foi igualmente difícil. Idêntico fenómeno se encontrou com fragmentos de tecido de tumor, filtrados e dessecados.

«2.º *Especificidade dos tipos produzidos.* — Obtivemos 4 tipos distintos de tumor nas nossas séries originais e vários outros foram descritos por diferentes investigadores. Os tumores diferem entre si, não só pelos seus caracteres histológicos, mas também pelo seu comportamento geral quando transplantados. Assim, o tumor n.º 1 é um sarcoma fusocelular e que produz abundantes metastases nos órgãos internos. O tumor VII era um tumor sólido composto de osso, cartilagem e elementos de medula óssea que crescia lentamente e não dava metastases; o tumor XVIII era um sarcoma sólido intracanalicular e que produzia metastases nos músculos de uma maneira característica.

«O tumor XXXVI era um sarcoma com numerosos seios sanguíneos. Outros investigadores descreveram igualmente tumores individualizados. A especificidade histológica e os caracteres bioquímicos são transmissíveis com minuciosa fidelidade tanto pelos filtrados e dessecados como pelos enxertos de células vivas, e nunca os diferentes tumores chegam a parecer-se, mas conserva cada um as suas características. Somente este facto parece com que a teoria parasitária seja dificilmente provável.

«Como indicações posteriores sobre a natureza das doenças deste grupo, tenho interesse, antes de mais nada, em expor brevemente o resultado das investigações que, embora não sejam absolutamente decisivas, esclarecem a natureza do agente causante.

«Teem aparecido várias comunicações sobre a resistência do agente dos tumores das galinhas aos raios ultravioleta. Os resultados gerais destes estudos consistem em que se requiere maior energia de luz ultravioleta para inactivar o agente do sarcoma das galinhas do que para matar bactérias. De colaboração com o Dr. Gates realizei um estudo completo desta acção. Sobre pormenores técnicos supomos que há necessidade de indicar que películas extraordinariamente delgadas de extracto de tumor eram expostas à luz de diferentes comprimentos de onda e em quantidades conhecidas. Para cada um dos 6 comprimentos de onda utilizados determinava-se o ponto em que a actividade do agente se reduzia a um nível tal que era incapaz de produzir tumores em mais de 50 % dos animais inoculados.

«As cifras finais baseiam-se em cerca de 400 observações. Escrevendo como ordenadas e abscissas a energia requerida para conseguir este resultado e os comprimentos de onda, obtém-se uma curva que permite comparar quantitativa e qualitativamente a acção da luz ultravioleta sobre o agente do tumor das galinhas com vírus típicos, bacterias e ainda outras substâncias submetidas a idênticos processos. Foram estabelecidos, dois pontos interessantes. Enquanto as bactérias e os vírus são destruídos por algumas centenas de unidades ultravioleta, o agente do tumor requiere uma exposição a milhares ou centenas de milhar de unidades antes de ser inactivado. O carácter da curva obtida para o agente do tumor é fundamentalmente diferente da obtida para bactérias e vírus.

«O segundo estudo feito pelo meu colaborador Dr. Durán Reynals refere-se ao que parece ter uma afinidade específica entre o agente do tumor e

certos tecidos. Se um filtrado não demasiadamente concentrado do agente do tumor se deixa em contacto com tecido muscular finamente dividido da galinha, único animal sensível, a actividade do filtrado fica muito diminuída ou abolida, de tal sorte que nem o líquido sobrenadante nem o tecido muscular produzem qualquer tumor, quando se injectam. O tecido muscular do animal não susceptível não produz qualquer efeito sobre a actividade do agente. A especificidade da reacção é ainda posta em maior relevo pelo facto de que certos órgãos como o cérebro, fígado e rim da galinha susceptível estão desprovidos de qualquer acção sobre o agente. Todas as tentativas feitas até agora para libertar o agente em forma activa da sua combinação com o músculo, se realmente tal é o facto, tem falhado. Digamos, de seguida, que experiências paralelas levadas a cabo com vírus típicos não demonstraram qualquer reacção com tecidos de animais sensíveis.

«Resumindo estes pontos: os agentes dos tumores da galinha são altamente específicos, pois produzem tumores só na galinha e cada um reproduz o carácter e a textura distinta do tumor individual; resistem mais aos raios ultravioleta do que qualquer célula viva até agora conhecida e estudada; formam ainda uma união química com certos tecidos de animais sensíveis.

«Nos nossos estudos mais recentes (nos quais colaboraram o Dr. Helmer e E. Sturm) dedicámo-nos a determinar especialmente a natureza dos agentes produtores dos tumores, que estimulam as células em evolução, mas a experimentar uma diferenciação em direcções específicas.

«O próximo grupo de experiências refere-se ao fraccionamento das proteínas contidas nos extractos de tumor da galinha n.º 1 das séries do Instituto Rockefeller. Devemos dizer que foram publicadas outras investigações feitas nesta direcção, mas os resultados não tem chegado a conclusões definitivas ou existiram faltas graves nas manipulações técnicas que originaram sérias dúvidas sobre a sua interpretação.

«Nas primeiras provas realizaram-se precipitações diferenciais, dialisando os sais por meio do engenhoso aparelho de Brontenbrenner. Depois de se concentrar o filtrado o conteúdo salino do concentrado era reduzido pela electrodiálise. No curto espaço de tempo de 3-7 minutos precipitava-se um material claro e mucoso, na sua maior parte à volta do pólo positivo. Este precipitado, inoculado em galinhas, mostrou-se activo na produção de tumores, enquanto o líquido sobrenadante, embora contendo consideráveis quantidades de proteínas, se apresentou inactivo. Demais, o agente do tumor pode precipitar-se em forma altamente activa por electrodiálise do soro de galinhas portadoras de tumores. Os resultados destas experiências podem interpretar-se como indicando que o agente activo tem uma carga eléctrica negativa, sendo atraído para o pólo positivo, ou, o que é mais provável, que o precipitado seja formado pela maior concentração de sais ácidos nesta região; e realmente a última interpretação foi a correcta, porque baixando o ponto isoeléctrico do concentrado com ácido fraco forma-se o mesmo precipitado, arrastando consigo toda a actividade do agente activo contido no líquido. Além disso, este precipitado pode ser redissolvido e reprecipitado repetidamente sem nenhuma perda de actividade.

«O grau de pureza da fracção proteica que leva consigo o agente activo não foi ainda determinado. Provas preliminares parecem eliminar a presença de muco-proteína, considerada no comêço como provável, porque não se encontra nenhuma substância redutora depois de hidrolisar com ácido sulfúrico.

«A presença de bases pícricas e de fósforo sugere que a maior parte da fracção contem núcleoproteína. A fracção dá também uniformemente a reacção de Feulgen característica do grupo do chamado ácido timonúcleico. É talvez desnecessário afirmar que esta fracção purificada, provavelmente uma núcleoproteína, produz tumores na galinha com grande regularidade e pode ser considerada como o agente essencial.

«É difficilmente concebível que a fracção activa obtida por êste processo, substância purificada por repetidas purificações, possa levar consigo, através de tôdas estas manifestações, algum organismo vivo ou um vírus. Para mim, ficou inteiramente estabelecido que o principio é de natureza semelhante a uma enzima, mas pode existir alguém que afirme que, a-pesar-de tudo, a possibilidade de um vírus não está excluída. A prova final e decisiva deve consistir na produção da mesma substância a partir de substâncias que não contemham um vírus. Isto já foi realizado. Por meio de técnicas semelhantes eu isolei de tecidos tão normais como testículos de galos normais, sem nenhum contacto com animais portadores de tumores, um agente similar com o qual produzi o tumor típico transplantável em mais de 90 % de experiências.»

A reforçar as conclusões das experiências de Murphy veiu Letsch, Director do Hospital do Cancro de Londres. Êste investigador conseguiu produzir um sarcoma típico, filtrável, injectando tecido pancreático do galo na galinha.

As achegas trazidas por Maisin, como conclusão das suas experiências, seguem orientação idêntica. Maisin verificou que as injeções de nitrato de iónio aceleram a evolução do cancro de alcatrão e aumentam as metastases. Nas galinhas portadoras de embriomas experimentalmente provocados, as injeções intravenosas de iónio produziram a transformação maligna sarcomatosa do embrioma, na maior parte dos casos. Maisin conclue que os electrolitos actuan neste caso, modificando o equilibrio humoral da célula.

Os factos experimentais apresentados por Murphy, Letsch e Maisin conduzem-nos a uma nova concepção patogénica do cancro, segundo a qual existem agentes, provavelmente compostos quimicos de origem nuclear, que procedem de tecidos normais, excitantes da multiplicação celular, multiplicando-se eles próprios quando as células excitadas se multiplicam.

Um outro facto importante relatado na conferência consiste em se acelerar extraordinariamente a evolução do cancro de alcatrão dos ratos quando se submetem êstes animais à dieta de fígado de Whipple, Minot e Murphy que, como é sabido, se emprega no tratamento das anemias nas doses diárias de 120 a 240 grs., números fixados pelos autores do método.

O Prof. Egas Moniz, doutor «honoris causa» da Universidade de Bordeus

Por acordo do conselho geral da Universidade de Bordeus, depois da proposta da Faculdade mixta de Medicina e Farmácia, o ministro de Instrução Pública, sr. E. Herriot, firmou um decreto, nomeando doutor *honoris causa* da referida Universidade o Prof. Egas Moniz.

A sessão solene do doutoramento foi realizada em 4 dêste mês.

No dia 7 o Prof. Egas Moniz fez na Universidade de Bordeus a sua annunciada conferência sôbre alguns dos seus trabalhos scientificos. Durante a sua estadia em Bordeus foi hóspede da Universidade.

Sôbre a estadia do Prof. Egas Moniz no Brasil

Transcrevemos da Revista de Medicina do Rio de Janeiro, *A Patologia Geral*, a seguinte local:

«Inserimos neste número, a conferência realizada pelo eminente professor da Faculdade de Medicina de Lisboa, Dr. Egas Moniz, na Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal do Rio de Janeiro. Honrando as columnas da *A Patologia Geral* com a publicação do notável trabalho, simultaneamente rendemos ao brilhante embaixador da culta mentalidade portuguesa o preito de admiração antiga e sincera que a sua estadia no Brasil veiu acentuar.

«Visitando o Rio de Janeiro e S. Paulo, em cujos institutos médicos e agremiações literárias se fez ouvir a sua palavra autorizada de mestre acatado e de festejado homem de letras, o Prof. Egas Moniz deixou a melhor e a mais profunda impressão. Personalidade complexa de clínico, didata, experimentador, polígrafo, orador, político e diplomata, o ilustre Presidente da *Academia das Sciências de Lisboa* soube, pela fineza do trato e pelas fulgurações do talento, actuar eficientemente sôbre a sociedade brasileira conquistando o aprêço e amizade.

«Foi curto o seu convívio, mas os que tiveram o ensejo feliz de se aproximar dêle na *Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro*, na *Faculdade de Medicina de S. Paulo*, na *Academia de Medicina*, na *Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro*, na *Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal do Rio de Janeiro* e na *Academia Brasileira de Letras*, nas quais foi recebido e consagrado como digno confrade, guardarão a lembrança

dêsse espírito de escol cuja preocupação dominante foi entre nós — como tem sido sempre do outro lado do Atlântico — colocar bem alto e merecidamente o nome glorioso da Pátria querida».

*
* *
*

O Prof. Ricardo Jorge, presidente da Secção de Higiene da Sociedade das Nações

Em Genebra, a Sociedade das Nações elegeu, por unanimidade, presidente da Secção de Higiene, o ilustre prof. Ricardo Jorge.

Este higienista foi ainda cumprimentado pela direcção da Câmara Portuguesa do Comércio e Indústria do Rio de Janeiro por ter sido eleito secretário honorário de Epidemiologia e Medicina do Estado, da Real Sociedade de Medicina de Londres, onde, à parte os representantes dos Domínios e dos Estados Unidos da América, para os restantes países só figuram os nomes do prof. Kitasato do Japão e do prof. Ricardo Jorge de Portugal.

*
* *
*

Faculdades de Medicina

De Lisboa

Instituto de Neurologia. — O conselho da Faculdade de Medicina resolveu por unanimidade propor ao govêrno a criação de um *Instituto de Neurologia*, sob a direcção do Prof. Egas Moniz.

— *Laboratório de Fisiologia Patológica.* — O conselho da Faculdade de Medicina aprovou por unanimidade uma proposta para a criação do *Laboratório de Fisiologia Patológica* (electrocardiografia, metabolismo basal, etc.) anexo à cadeira de Clínica Propedêutica, que fica instalado no antigo laboratório de Electrocardiografia, e encarregou da sua direcção o 2.º assistente de Clínica Médica, dr. Eduardo Coelho.

— Já tomou posse do cargo de director da Biblioteca da Faculdade de Medicina, o prof. Henrique de Vilhena, que havia sido eleito para aquele cargo por voto unânime do Conselho Escolar.

De Coimbra

O assistente da Faculdade de Medicina sr. dr. Morais Zamite foi indicado pelo sr. governador civil de Coimbra para, juntamente com o sr. dr. Viçente

Rocha e um official médico, ainda não escolhido, constituir uma Junta Médica que inspecionará os funcionários tuberculosos daquele distrito.

Do Pôrto

O Conselho Escolar da Faculdade de Medicina resolveu, na sua última sessão, nomear, por proposta do prof. Tiago de Almeida, assistente livre de Clínica Médica o antigo segundo assistente dr. Celestino Maia, que havia deixado este cargo em virtude da lei das acumulações. Foi exarado na acta das sessões do mesmo Conselho um voto de louvor ao prof. Sousa Pinto, vice-reitor em exercício, pelos esforços empregado na defesa dos interesses da Universidade e da Faculdade de Medicina.

Ainda foram tomadas as seguintes deliberações: nomear o prof. Alfredo de Magalhães para membro da comissão das obras de ampliação do edificio e construção da Maternidade; solicitar do govêrno autorização para contratar pessoa idônea afim de reger a cadeira de Psiquiatria e proceder aos exames periciaes, no impedimento do prof. Magalhães Lemos; marcar para o comêço do ano lectivo a sessão de homenagem à memória do prof. Luis Viegas, na qual fará o elogio respectivo o prof. Pires de Lima.

— No dia 29 do mês passado realizou-se a sessão solene de abertura das aulas da Universidade, tendo assumido a presidência o vice-reitor prof. Alexandre Alberto de Sousa Pinto.

A oração de sapiência foi proferida pelo prof. Américo Pires de Lima, o qual escolheu para tema a «Cultura do farmacêutico. Sua importância social e nacional».



Hospitais Civis de Lisboa

Novas enfermarias

Por decreto publicado no Diário do Govêrno, é transferida a enfermaria Oliveira Feijão do Hospital de Arroios para o Hospital de Santo António dos Capuchos.

As salas da extinta enfermaria de S. Mateus do Hospital de Arroios deverão admitir até vinte doentes de cirurgia do sexos feminino, os quais ficarão a cargo da enfermaria António de Almeida, do mesmo hospital.

Concursos

Na secretaria da Direcção Geral dos Hospitais Civis (Edificio da Escola Profissional de Enfermagem), está aberto concurso para 36 lugares de inter-

nos do 1.º ano dos Serviços Clínicos, 15 lugares de internos do 2.º ano de Clínica Médica, 17 lugares de internos do 2.º ano de Clínica Cirúrgica, 1 lugar de assistente dos Serviços de Fisioterapia, 5 lugares de assistentes contratados dos Serviços de Análises Clínicas dos Hospitais Cíveis de Lisboa.

Também tinha sido aberto concurso para 1 lugar de assistente da especialidade de Pediatria Cirúrgica, mas, por edital recente, esta deliberação foi julgada sem efeito.

* * *

Hospital Militar da Estrêla

A casa de saúde, para famílias de militares construída na cêrca do Hospital Militar da Estrêla, foi entregue à direcção do mesmo Hospital. Deverá ser inaugurada dentro de pouco tempo.

* * *

Instituto Português do Cancro

O Instituto Português do Cancro recebeu dos srs. Condes de Azarujiña o donativo de quinze mil escudos.

* * *

Sociedade de Estomatologia

Reuniu-se no dia 24 de Outubro a Sociedade Portuguesa de Estomatologia, tendo presidido o dr. Tiago Marques. Foram apresentadas as comunicações seguintes:

— *Osteomielite da mandíbula, na primeira infância* pelo dr. Tiago Marques — O A. baseia a sua comunicação numa série de casos que teve ocasião de observar, alguns dos quais de prognóstico grave. A mandíbula é pouco resistente nas crianças e daí a enorme facilidade em fazer fracturas espontâneas de difícil cura nestes doentes. O diagnóstico é, em geral, fácil. Como tratamento, pensa que se deve ser conservador, evitando intervenções por via externa; a via alveolar será a preferida para fazer a drenagem, devendo esta ser acompanhada de lavagens com soluto de permanganato, água oxigenada,

Dakin, e, mesmo, pequenas seqüestrotomias. Pode-se, nalguns casos, recorrer à proteïnoterápia.

— *Um caso de neoplasia maxilar superior*, pelo dr. Ferreira da Costa — O A. lê e comenta a história clínica de um doente que apresentava degenerescência duma epúlida operada havia um ano. Um tumor, a-pesar-de capsulado, invadia tôda a tuberosidade do maxilar. Na massa tumoral existia incluso um dente, facto que pode servir de argumento àqueles que admitem a teoria irritativa na etiologia dos tumores. Seguidamente o A. descreveu a intervenção, pondo em evidência a sua dificuldade.

*
* * *

Serviços de Saúde do Exército

Tomou possê do cargo de director do Serviço de Saúde do Exército o coronel-médico dr. Francisco Denis de Carvalho.

*
* * *

Serviços de Saúde Naval

Foi nomeado inspector dos Serviços de Saúde Naval o capitão de mar e guerra médico dr. José Jorge Pereira, que, por êsse motivo, foi exonerado do cargo de director do Hospital da Marinha. O novo director dêste Hospital é o capitão de mar e guerra médico dr. Henrique Carlos Rodrigues.

— O capitão de fragata médico dr. Coelho Montalvão foi nomeado para substituir o capitão de fragata médico dr. António Augusto Fernandes no cargo de chefe da Repartição dos Serviços de Saúde da Superintendência dos Serviços da Armada. É sub-chefe desta repartição o primeiro tenente médico dr. Dantas Barbeitos.

— Foram exonerados de presidente da Junta de Saúde Naval o capitão de mar e guerra médico dr. Henrique Carlos Rodrigues e de director do posto médico do Hospital da Marinha o capitão de mar e guerra médico dr. Samuel Augusto Pessoa.

*
* * *

Cargo suprimido

Pelo novo regulamento dos Serviços de Higiene foi extinto o cargo de sub-inspector de saúde, até à data desempenhado pelo sr. dr. Freitas Costa.

* * *

Congresso de Higiene

No 15.º Congresso de Higiene realizado há dias no Instituto Pasteur de Paris, falou sobre assuntos de higiene social e assistência pública o sr. dr. Lopes Martins, director do Instituto de Higiene da Universidade do Porto.

* * *

2.ª Conferência Internacional do Sono

O prof. Aires Kopke, director da Escola de Medicina Tropical, foi nomeado chefe da delegação portuguesa à 2.ª Conferência Internacional do Sono, que se efectuou, em Paris, no dia 5 de Novembro, por determinação da Sociedade das Nações. É vogal da mesma delegação o sr. dr. António Aires, médico-veterinário e delegado da sanidade pecuária de Lourenço Marques.

* * *

Combate à doença do sono

Em Tete, está trabalhando, sobre a doença do sono, a missão médica composta pelos srs. drs. Fontoura de Sequeira e Saraiva de Aguilar. Esta missão seguirá depois para Quelimane e leste dos terrenos da Companhia do Niassa.

* * *

Assistência Médica nas Colónias

Em Moçambique

O quadro técnico dos serviços de saúde de Moçambique foi, por proposta do governo geral desta província, aumentado em 15 médicos de 2.ª classe.

Em Cabo Verde

Está aberto, sem limitação de prazo, o concurso para médicos do quadro de saúde de Cabo Verde, para provimento de 3 vagas.

*
*
*

Curso de Bacteriologia e Parasitologia

O Instituto Bacteriológico Câmara Pestana abriu a matrícula no curso de Bacteriologia e Parasitologia para alunos voluntários, devendo os requerimentos ser entregues na respectiva secretaria das 11 às 17 horas.

*
*
*

Serviços de Pediatria

No concurso mundial realizado em Genebra para a classificação de desenhos de crianças, a Escola Infantil dos Serviços de Pediatria do Hospital de D. Estefânia recebeu uma menção honrosa.

*
*
*

Compressão de despêsas

Fôï resolvido em conselho de ministros declarar abrangidos pela disposição do § 2º do artigo, 17º do decreto n.º 15:538, sôbre as acumulações, os médicos que fazem serviço nos Hospitais Civis.

*
*
*

Dadores de sangue agraciados

O prof. Carlos de Melo, director do Hospital Escolar, fez há dias a entrega das medalhas e diplomas conferidos pela Cruz Vermelha a alguns ser-



ventes daqueles hospital, que teem dado o seu sangue para transfusão. Assistiram ao acto o prof. Custódio Cabeça e alguns assistentes, tendo o director do Hospital louvado o procedimento dos seus subordinados.

*
* * *

Reuniões científicas da «Corporação dos Assistentes do Hospital de Santa Marta»

Começam no dia 3o dêste mês as sessões científicas desta Corporação, com apresentação e discussão de casos clínicos. Realizar-se hão nos dias 15 e 3o de cada mês.

A *Lisboa Médica* publicará em cada número os *Boletins das sessões da Corporação dos Assistentes*.

*
* * *

Necrologia

Faleceram, em Lisboa, o dr. João Lopes do Rio, capitão de mar e guerra e inspector de Saúde Naval, e, em Paris, o dr. Francisco Cardoso de Lemos, formado em Medicina e Filosofia pela Universidade de Coimbra.





Tratamento completo das doenças do fígado e dos síndromas derivativos

Litíase biliar, insuficiência hepática, colemia amiliar,
doenças dos países quentes,
prisão de ventre, enterite, intoxicações, infecções



Opoterapias hepática e biliar
associadas aos colagogos

2 a 12 pílulas por dia
ou 1 a 6 colheres de sobremesa de **Solução**

PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos científicos

Lavagem
de **Extracto de Bilis**
glicerinado
e de **Panbiline**



1 a 3 colheres em 160 gr.
de água fervida
quente.
Crianças: $\frac{1}{2}$ dose

Depósito Geral, Amostras e Literatura: LABORATÓRIO da PANBILINE, Annonay (Ardèche) FRANÇA
Representantes para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a, Rua Nova da Trindade, 9-1.^o— LISBOA

A MUSCULOSINA BYLA, VITAMINADA

SUCO MUSCULAR DO BOI, CONCENTRADO, INALTERÁVEL

FORÇA,

DÁ

SAÚDE

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

Rua Nova da Trindade, 9 — LISBOA



JEMALT

Oleo de fígado de bacalhau desprovido do seu gosto característico desagradavel

Opinião dum medico:

„Felicito-vos por ter creado o JEMALT que é verdadeiramente um triunfo de tecnica farmaceutica. Minha mulher por exemplo, que nem mesmo suporta o cheiro do oleo de fígado de bacalhau, está eucantada com o Jemalt. Eu mesmo notei o seu gosto excelente e recitei-o largamente este inverno enquanto que até aqui não me decidia a atormentar as creanças com o oleo de fígado de bacalhau.

Dr. O. H. V.

O JEMALT é um extracto de malte contendo 30 % de oleo de fígado de bacalhau hydrogenado, sob a forma seca, sem gosto desagradavel e possuindo as mesmas propriedades que o oleo de fígado de bacalhau. Sempre que haja creanças escrofulosas, rachiticas ou fracas que precisem de oleo de fígado de bacalhau mas que o recusem, o JEMALT dá-lhes a cura, não havendo então produto que o substitua.

DR. A. WANDER S. A. BERNE

Unicos concessionarios para Portugal

ALVES & C.^a (Irmãos)

Rua dos Correeiros, 41-2.^o — LISBOA

Amostras e literaturas á disposição dos interessados

Sala

Est.

Tab.

N.^o