

Ano VII

N.º 1

Janeiro de 1930



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,
Lopo de Carvalho, Pulido Valente, Adelino Padesca,
Henrique Parreira, Carlos de Melo,
António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

*A. Almeida Dias, Morais 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 Colonias

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. Prova que 2 a 4 por dia produzem diurese prompta, reanimam o coração debilitado, dissipam AGYSTOLIA, DYSPNEA, OPRESSÃO, EDEMA, Lesões MITRAES, CARDIOPATHIAS da INFANCIA e dos VELHOS, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

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

3, Boulevard St-Martin, Paris — PHARMACIAS.

RICINOSAL

OLEO DE RICINO EM PÓ EFERVESCENTE

Purgante eficaz e muito

agradavel de tomar

Verdadeiro substituto do

oleo de ricino vulgar

II INDICADO PARA II

CRIANÇAS • GRÁVIDAS • PUÉRPERAS

PREPARAÇÃO DE M. GIMENEZ - SALINAS

CALLE ARZOBISPO P. CLARET, 25 Y 23 — BARCELONA

PÁRA AMOSTRAS DIRIGIR-SE AOS REPRESENTANTES:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — RUA NOVA DA TRINDADE

LISBOA

Sala B

Est. 2

Tab. 1

N.º 25

Película EASTMAN

para Raios X

Contraste Dupli-Tized

Películas radiográficas

Pathé

A nova película Contraste Dupli-Tized representa um progresso considerável, devido á pureza das suas transparências, á sua resistência ao véu químico e á profundidade dos seus negros. A sua extrema rapidês permite obter imagens muito detalhadas e duma notável visibilidade. É absolutamente insensível ás marcas de fricção.

Dotadas duma grande sensibilidade aos Raios X, as películas radiográficas "Pathé", oferecem aos radiologistas diferentes variedades de emulsões, susceptíveis de adaptação aos mais variados trabalhos:

Películas radiográficas rápidas.
Películas radiodiaphanes.

Os Serviços Técnicos de Kodak Ltd., Rua Garrett, 33, Lisboa, respondem com o maior prazer a quaiquer consultas que lhes sejam dirigidas sobre assuntos radiográficos, e fornecem, contra pedido, plantas de instalação de laboratórios.

Kodak, Limited — Rua Garrett, 33 — LISBOA

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

BISMUTHOIDOL

"ROBIN"

Doenças ocasionadas pelos protozoarios,
Syphilis.

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

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

N.º 4748
3 Julho 1923

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

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos 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.

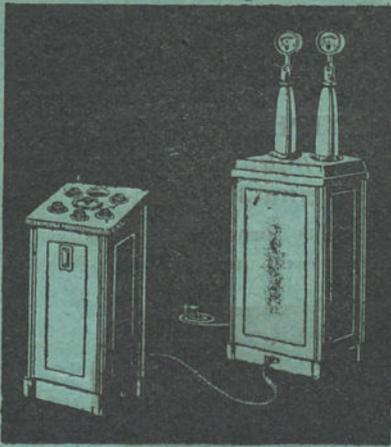
Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVIIe)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.ª, L.ª

45, Rua Santa Justa, 2.º
LISBOA



Os melhores
aparelhos de
RAIOS X

E

Electromedicina

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

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

Na sexta edição das
DOENÇAS PULMONARES

Sir Richard Powell e Sir Percival Harthley
 Recomendam o uso da ANTIPHLOGISTINE para
Pleuresias (página 107), *Bronquites* (página 188)
 e *Pneumonias* (página 312).

Estas recomendações autorizadas foram rubricadas
 pelos principais médicos do mundo.

Antiphlogistine
TRADE MARK

Mantém em todos os climas as suas propriedades
 asmóticas e caloríficas próprias.



Mediante pedido dão-se amostras e literatura.

The Denver Chemical MFG. Co., New-York

LABORATORIOS: — Londres, Paris, Berlin, Barcelona, Buenos
 Ayres, Sydney, Montreal, Mexico City, Florence, Rio de Janeiro.

ROBINSON, BARDSLEY & Co.

S, Caes do Sodré, S LISBOA

ALIMENTOSESPECIALIDADES**A L L E N B U R Y S**

da Fábrica ALLEN & HANBURY'S, LTD., fundada em 1715

- N.º 1** — Lacteo, para recém-nascidos
N.º 2 — Lacteo, dos 3 aos 6 meses
N.º 3 — Maltado, depois dos 6 meses e adultos
Diet — para dispepticos e velhos
Biscoitos — maltados, para o desmame
Farinha — para diabéticos, etc.

- Óleo de Fig. de Bac.** — com malte (B'ndol)
Parafina — contra prisão de ventre
Extracto de Malte — puro (Torch)
Pastilhas — mentol, eucalipto, etc.
Biberons — o melhor modelo
Sabonetes — «Baby Soap», para péis finas

Carne líquida, Leite maltado, Hemoglobina, Óleo de rícino, etc.**APRECIADOS PELOS MÉDICOS
PREFERIDOS PELA ÉLITE****Folhetos, tabelas e impressos aos Ex.ªs clínicos**TERMÓMETROS **HICKS** GARANTIDOSCLÍNICOS

N.º 1, 2, 3 e 17

marca



registada

GENUÍNOS

prismáticos, UM ou NCIO MINUTO

USADOS

{ pelo HOSPITAL DA MARINHA
 { pela ASSISTENCIA NACIONAL AOS TUBERCULOSOS, etc.

A' venda nas FARMACIAS de todo o mundo**INSULINA 'A. B.'**

Brand

Esta Insulina foi a l.ª apresentada na Inglaterra à classe médica e após 5 anos mantém a reputação de ser a de maior confiança e de mais seguros e satisfactorios resultados.

CARACTERÍSTICAS:

Uniformidade das unidades. — Potencia e inalterabilidade em qualquer clima. — Pureza e esterilidade completas. — Ausencia de proteímas que produzam reacção e portanto, dos seus desagradaveis efeitos.

A P R O V A D A:

pelo Ill.º Prof. Dr. ERNESTO ROMA pela ASSOCIAÇÃO dos DIABÉTICOS
 A de maior venda no país e
 A ÚNICA adquirida pela MISERICORDIA DE LISBOA

A acção da INSULINA 'B.' avalia-se por meio das mais completas provas fisiológicas e baseia-se na unidade convencional e no produto-padrão

Cada lote antes de sair da fábrica é visitado pelo Conselho Britânico de Pesquisas médicas

Fornece-se em duas forças:

20 UNIDADES POR C. C.
 5 c. c. (frascinhos de 100 un. ou 10 doses)
 25 c. c. (frascinhos de 500 un. ou 50 doses)
 40 UNIDADES POR C. C.
 5 c. c. (frascinhos de 200 un. ou 20 doses)
 A disposição dos Drs. clínicos o folheto «Notas Práticas Sobre o Tratamento pela INSULINA».

FABRICANTES UNIDOS:**ALLEN & HANBURY'S, LTD. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.**

Representantes: COLL TAYLOR, LDA. Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA — Telef. C. 1386. Teleg. DELTA

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

SPETON

PASTILHAS
ANTISEPTICAS
E
PROFILATICAS

O protector
ideal para
as mulheres

Conhecidas
desde ha mais
de 25 anos

Poderoso desinfectante
vaginal



GONOCIN

(Gonocidin)

Antiblenorrágico interno poderoso

Excelente desinfectante das
vias urinarias

Alivia e acalma as dores

É diuretico e anaphrodisiaco

Efeitos seguros em casos
recentes e chronicos de
gonorrea e cistite

Fabricante: TEMMLER-WERKE, Berlin-Johannisthal

Depositarios exclusivos: Henrique Linker, L.^a-Lisboa, R. D. Pedro V, 32-36

DOUTOR

Quando se trata de receitar a Valeriana tem por ventura receio de dar ao seu doente um medicamento de cheiro desagradavel?

Nesse caso receite o Valerianato Gabail Inodoro, ou o Elixir Gabail Valero-Bromurado, que tem uma açao tao eficaz quanto agradável é tomal-o.

Amstras a disposição dos Ex^{mos} Srs. Médicos

Representante: **LARANGEIRAS & AGOSTINHO, L. de**
Rua dos Fanqueiros, 366, 2.º LISBOA

SENHOR DOUTOR!

Sirva-se receitar em fumigação

o PÕ EXIBARD

Sem Opio nem Morphina

o qual allivia sem demora

a **ASTHMA.**

Para evitar as contrafacções
exija-se a assignatura

Exibard

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

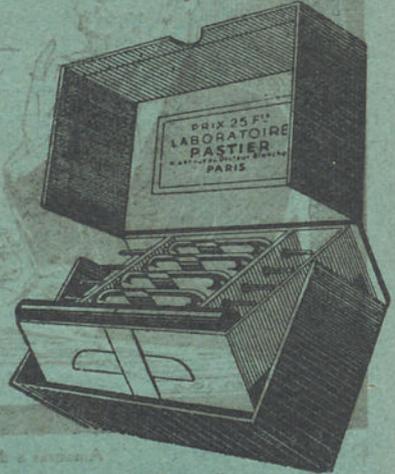
2 novidades em vacinoterápia

Dupla superioridade { Acção directa sobre o micróbio
Ausência de reacção febril . . .

colitique

vacina curativa anti-colibacilar
(segundo a técnica do Doutor FISCH)

a que melhor realisa
sob a forma bucal,
a **vacinação**
anti-colibacilar (1)



(1) Outras formas: injectavel e filtrado para applicações locais.

stalysine

vacina curativa anti-estafilococica
(segundo a técnica do Doutor FISCH)

A STALYSINE injectavel constituiu a melhor terapeutica das afecções estafilococicas.

A forma bucal (de mais facil administração) pode usar-se com o mesmo successo. (2)

(2) Outra forma: filtrado, para pensos sobre focos abertos.



Colitique e Stalysine

há mais de dez anos que são ensaiadas com successo em muitos serviços dos Hospitais de Paris.

Literatura e Amostras

LABORATOIR ASTIR — 45, Rue du Docteur Blanche — PARIS
ou nos representantes para Portugal e Colónias

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — R. Nova da Trindade, 9 - Lisboa



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Um caso de nistagmo labirintico voluntário</i> , por Carlos de Melo.....	pág.	1
<i>As anomalias do electrocardiograma no apêrto mitral</i> , por Eduardo Coelho.....	»	7
<i>Choques humorais e sua semelhança com algumas doenças</i> , por Manuel Joaquim da Costa.....	»	15
Notas clínicas		
<i>A sífilis cerebral</i> , por Romão Loff.....	»	32
Bibliografia		
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	»	37
<i>Biblioteca da «Lisboa Médica»</i>	»	50
<i>Necrologia</i>	»	52
<i>Notícias & Informações</i>	»	1

(Serviço de Oto-rino-laringologia da Faculdade de Medicina de Lisboa)

UM CASO DE NISTAGMO LABIRÍNTICO VOLUNTÁRIO

POR

CARLOS DE MELO

De superior interêsse scientifico é inegavelmente o caso que me é dado mostrar aos illustres clínicos do Hospital de Santa Marta, visto julgar que êle, além de extraordinariamente raro, é, por algumas das suas particularidades, único na literatura médica mundial.

Em março de 1928 foi o meu doente observado e tratado em Erlangen pelo Prof. Brochk, de cujo relatório traduzo as passagens seguintes:

G. G., de 24 anos, engenheiro electricista de nacionalidade alemã, foi operado na mastoideia esquerda aos dezóito meses de idade. Em 1921 foi novamente operado, tendo tido desde então, e até o ano de 1927, corrimento constante do ouvido esquerdo.

Abstraindo de sensação de pêso na região do ouvido esquerdo, de nada de importante se queixa. Não há dores, cefaleias ou vertigens. Tem estado constantemente sob vigilância médica, ultimamente feita pelo Prof. Brunnings de Iena e antes pelo Prof. Nager em Zürich.

Ouvido direito normal.

À esquerda e no fundo do conduto auditivo uma grande crosta aderente. Sob esta e numa depressão há granulações. Retirada a crosta e limpa a pequena secreção, que aquela escondia, descobriu-se uma perfuração na membrana de Shrapnell, através da qual saíam massas duras de colesteatoma. Nesta altura era fácil provocar nistagmo de compressão e aspiração.

O exame funcional da audição revelou não haver surdez absoluta à es-



INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

querda. A voz ciciante é ouvida a 3 centímetros. Com o ensurdecador de Bárány no ouvido direito ouve à esquerda a voz de conversa a 5 centímetros.

Por meio de lavagens do ático conseguiram extrair-se volumosas massas de colesteatoma. As lavagens eram muito difíceis no começo, já pela reduzida abertura da perfuração, já pela aparição de vertigens fortes quando se aumentava um pouco a pressão do líquido.

Para obter mais fácil acesso à região afectada foi-lhe ressecada a parede lateral do ático (Brock), o que permitiu extirpar o resto do colesteatoma e secar completamente a cavidade onde êle se alojava.

O doente appareceu-me para observação em fim de Novembro de 1929.

No ouvido esquerdo está conservada a maior parte da membrana timpânica, da qual só falta menos de um têtço ao nível da sua inserção superior (fig. 1). Acima da perfuração vê-se, formada à custa das paredes superior e posterior do conduto auditivo, uma cavidade arredondada, de cêrca de 1 centímetro de diâmetro, coberta de crostas e de numerosas lamelas de colesteatoma.

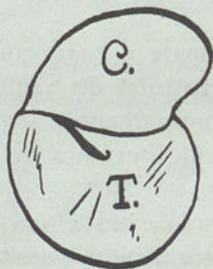


Fig. 1

A extracção das crostas e de camadas de colesteatoma, feita em sessões espaçadas, provoca vertigem violenta e nistagmo homolateral sempre que o instrumento empregado toca qualquer ponto da parede labirintica do ouvido médio. Nessas ocasiões o doente tem a sensação de desvio da cabeça e do corpo

para a esquerda e para cima, e, conseqüentemente, desvia-se para a direita e para baixo.

O nistagmo, muito nítido, é rotatório-horizontal esquerdo; os globos oculares são lançados em arco de círculo para a esquerda e um pouco para baixo (componente rápida), para regressarem menos depressa e por caminho inverso à posição primitiva (componente lenta). Como é próprio do nistagmo labirintico, a sua intensidade é maior se o examinando olha na direcção da componente rápida, para a esquerda no nosso paciente. Estes abalos nos globos oculares duram alguns segundos quando a pressão exercida sobre a parede interna da caixa do tímpano é ligeira e rápida. Uma pressão mais elevada e demorada não só aumenta a intensidade, a extensão e duração do nistagmo, como é acom-

3

FORMAS APERFEIÇOADAS
DA ACREDITADA DIURETINA



Calcio-Diuretina

perfeitamente tolerada, sem sabôr alcalino. Valioso complemento da acção da theobromina e do ácido salicylico por meio do calcio.

Iodo-Calcio-Diuretina

Combinação da Calcio-diuretina com o iodeto de potássio. Antiasthmatico e antiestenocardíaco por excellencia.

Rhodan-Calcio-Diuretina

Contra a hypertensão. Rápidas melhoras dos symptommas subjectivos devidos a uma pressão sanguínea elevada.

*Encontram-se á venda em
tubos de 20 comprimidos.*

KNOLL A.-G., Fabricas de Productos Chímicos,
LUDWIGSHAFEN / Rheno

LISBOA MÉDICA

PROFILAXIA E TRATAMENTO
“PER OS”
PELO
STOVAR SOL

de todas as
**ESPIROQUETOSSES,
DISENTERIA AMIBIANA,
PALUDISMO**

**Tratamento arsenical dos
estados de anemia e de astenia**

Embalagem: Em frascos de 28 comprimidos doseados a 0gr.25
— 70 — — 0gr.05
— 200 — — 0gr.01

O emprego do STOVAR SOL deve ser feito sob a vigilância do Médico

Société Parisienne d'Expansion Chimique
Marcas POULÉNC FRÈRES et USINES DU RHONE
86, Rue Vieille du Temple — PARIS - 3^e

Representante — **Carlos Farinha**
Rua dos Sapateiros, 30, 2.º — LISBOA

panhada de acentuado desvio da cabeça para o lado oposto, cobrindo-se o doente de suores frios.

A *prova do indicador* (*zeigversuch*) está em concordância com o nistagmo: há desvio do braço direito para fora e para baixo e do esquerdo para dentro e para cima.

Não é só tocando na parede labiríntica da caixa do tímpano que os fenómenos apontados se produzem. O mesmo se dá quando se comprime o ar no conduto auditivo externo (*nistagmo de compressão*) ou, pelo contrário, se diminui a pressão do ar no ouvido (*nistagmo de aspiração*). Claro que este último modo de produção de nistagmo o provoca dirigido para o lado contrário (direito) e com muito pouca nitidez, como aliás é clássico. É no entanto fácil, depois da aspiração, palpar os abalos dos globos oculares, quando o doente fecha os olhos durante a experiência.

O que há, porém, de extraordinário neste paciente é o facto de êle poder produzir o nistagmo homolateral à vontade, para o que lhe basta entoar em voz baixa um som grave. Emitindo esse som grave durante 2 a 3 segundos o nistagmo rotatório-horizantal esquerdo aparece nítido, sobretudo se o examinando olha para o lado do ouvido afectado. O nistagmo é acompanhado de ligeira sensação de vertigem.

A este nistagmo produzido pelo doente deu o Prof. Brock o nome de «Brumm-Nystagmus» (1) (nistagmo de grunhir), porque, em verdade, o som, que o doente emite para provocar os movimentos típicos dos globos oculares, dá idea de um grunhido surdo.

Quanto ao modo de produção do nistagmo no caso que nos interessa, a designação de «Brumm-Nystagmus» seria a mais adequada, segundo a minha opinião, se esse nistagmo se produzisse sempre que o examinando entoar o som grave referido. Mas isso não sucede. Para que o nistagmo apareça, é necessário que o doente, além de emitir um tom surdo, contraia de maneira especial o aparelho de articulação, o que êle refere, dizendo que precisa dar certo geito à garganta de um modo que não pode explicar.

(1) «Ausserdem besteht bei dem Kranken ein Symptom, dass ich als «Brumm-Nystagmus» bezeichnet habe. Wenn nämlich Herr G. einen bestimmten Ton brummt, tritt sofort Nystagmus und Schwindel ein».

O facto importante a salientar é, pois, que o sr. *G. emitindo o mesmo som grave pode provocar ou não nistagmo labiríntico conforme quere*: para o evitar, emite o som sem que contraia especialmente o aparelho de articulação; para o provocar com o mesmo som, contrai simultâneamente determinados músculos da garganta.

A aparição de nistagmo neste doente não está, pois, directamente subordinada à emissão de um tom, mas apenas indirectamente, porquanto é necessário, para que os globos oculares se movimentem, que, além do som, o doente dê voluntariamente ao seu aparelho de articulação uma disposição especial. Êste facto leva-me a preferir, para o nistagmo do nosso examinando, o térmo de «nistagmo voluntário» ao de «Brumm-Nystagmus» com o qual o colega Brock antes de mim o baptizou.

Admitindo que o nistagmo de origem auditiva seja provocado por movimentos da endolinfa nos canais semicirculares, seria de esperar em todos os indivíduos normais que um aumento de pressão do ar contido no conduto auditivo externo determinasse constantemente nistagmo. Efectivamente êsse aumento de pressão deveria propagar-se pelo estribo aos líquidos labirínticos e por êles à membrana elástica da janela redonda, determinando assim um movimento da endolinfa e, portanto, nistagmo. Que tal facto não sucede em criaturas normais demonstra-o a experiência de todos. ? A que attribuir então a ausência de nistagmo em indivíduos sãos, quando se comprime o ar do conduto? A resposta baseia-se na constatação de limitada mobilidade da soleira do estribo: uma elevação de pressão no conduto auditivo externo determina normalmente, não um movimento de linfa, mas apenas um aumento de pressão endolabiríntica.

Se êste aumento de pressão do ar do conduto fôr transmitido ao labirinto por via mais directa, como sucede, por exemplo, em casos de fístula nos canais semicirculares ósseos, então a endolinfa mover-se há mais fácil e enèrgicamente entre a janela redonda, coberta pelo tímpano secundário, que é elástico, e a nova janela, que a fístula representa: há, por consequência, produção de nistagmo.

Existem, de facto, afecções destrutivas do ouvido médio (colesteatomas), que não raro corroem a parede óssea de um

LISBOA MÉDICA

Nos estados febrís

em que a destruição dos proteidos

é muito intensa

o uso do

DRYCO

LEITE EM PO'

é extremamente útil

visto que, pelo seu grande valor em calorías e
pelo seu pequeno volume, facilita a

Super-alimentação do enfermo

The Dry Milk Company

15, PARK ROW — NEW YORK

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

Fornecem amostras e literaturas os

Depositários para Portugal, Colónias e Açores

GIMENEZ-SALINAS & C.^a

R. Nova da Trindade 9,-1.º — LISBOA

GARDAN

excelente antipy-
rético e analgésico

Acção pronta e intensa nos resfriamentos acompanhados de febre, em particular na gripe. No reumatismo e na nevralgia. GARDAN exerce um seguro efeito analgésico.



Embalagem: Tubos de 10 comprimidos a 0,5 grs.

I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT

Secção scientifica farmacêutica

"Bayer Meister Lucius"

LEVERKUSEN (Alemanha)

dos canais semicirculares, pondo a nu o seu endósteo e colocando portanto os doentes em condições idênticas às que se obtêm em animais de experimentação, nos quais se abriu operatòriamente parte de um canal semicircular. Nesses casos as variações de pressão artificialmente produzidas no conduto auditivo actuam directamente sôbre os líquidos do ouvido interno, põem-nos em movimento e determinam reflexamente nistagmo.

Quere isto dizer que a aparição de nistagmo, ligada a variações de pressão do ar no conduto auditivo, é sinal quási certo de existência de uma fistula nos canais semicirculares, e daí o nome de «sintoma de fistula» (*Fistel-symptom*) que os autores germânicos dão a êsse nistagmo. Na enorme maioria dos casos de sintoma fistular a perda de substância da cápsula labiríntica está localizada na proeminência do canal sem-circular horizontal, fenomeno êste que determina, segundo as leis empíricas que regem o nistagmo, a aparição de nistagmo aproximadamente horizontal, quando se produzem variações de pressão no conduto.

O meu doente não foge, quanto ao nistagmo de compressão e aspiração, à clássica regra da existência de uma fistula no canal semicircular externo, como claramente o demonstra a aparição de nistagmo rotatório-horizontal. De notar é também que basta um ligeiro aumento de pressão no conduto para o produzir, o que deve ser levado à conta, menos de uma hiperexcitabilidade do ouvido interno, do que da forma e extensão da perda de substância no canal semicircular ósseo.

Resta-me, antes de terminar, a interpretação do nistagmo voluntário no meu doente. Como foi já várias vezes acentuado, para o produzir não basta a simples emissão de um som grave, antes é necessário que o examinando dê um determinado «geito» à garganta. Esse «geito» deve consistir em uma contracção do dilatador da trompa de Eustáquio: uma vez dilatada esta, a corrente de ar expirado, entrecortada pelas aduções rítmicas dos lábios vocais durante a emissão do som, é canalizada sob pressão pela trompa até o ouvido médio, onde provoca abalos successivos e rítmicos na parede do canal semicircular horizontal membranoso e consequentemente nistagmo.

Em última análise, o nistagmo voluntário do meu doente é um puro nistagmo de compressão.

BIBLIOGRAFIA MAIS IMPORTANTE SÔBRE NISTAGMO FISTULAR

- BORRIS. — Wie entsteht das Labyrinthfistelsymptom? Zeitschrift H. N. O. Vol. ix, n.º 2. 1924.
- BORRIS. — Die Auslösungsstelle des Labyrinthfistelsymptomes. Ibid. Vol. xi, n.º 2. 1925.
- CHAROUSEK. — Die vestibuläre Erregbarkeit bei Labyrinthfisteln. Ibid. Vol. xiv, n.º 1 e 2. 1926.
- MYGIND. — Wie entsteht das Labyrinthfistelsymptom? Ibid. Vol. viii, n.º 4. 1924 e Vol. ix, n.º 3. 1924.
- RUTTIN. — Wie entsteht das Labyrinthfistelsymptom? Ibid. Vol. ix, n.º 4. 1925.
- RUTTIN. — Funktionsprüfung des Vestibularapparates. Berlin-Munich. 1926.

AS ANOMALIAS DO ELECTROCARDIOGRAMA NO APÊRTO MITRAL

(CONCLUSÕES DE UMA ESTATÍSTICA DE 28 CASOS)

POR

EDUARDO COELHO

Lewis chamara a atenção dos cardiologistas para o aumento da onda *P* no apêrto mitral, admitindo formalmente o seu valor diagnóstico. Gallavardin observou o mesmo fenómeno em vários doentes, permitindo-lhe a amplitude do acidente *P* fazer o diagnóstico do apêrto mitral mudo em dois casos, nos quais, apenas, a radioscopia mostrara a aurícula esquerda aumentada.

Clerc e Schwartzmann, e outros clínicos confirmaram essas observações.

As anomalias do complexo auricular no apêrto mitral não se reduzem à elevação do acidente *P*; compreendem o seu alargamento e desdobramento, e ainda a existência de chanfraduras.

O alargamento de *P* encontra-se mais frequentemente nos acessos de taquicardia dos doentes portadores de um apêrto mitral, aparecendo também na extrasistolia e na taquicardia paroxística auriculares.

O desdobramento da onda *P* na dilatação da aurícula esquerda consecutiva a um apêrto mitral não constitui novidade. Mas existe ainda noutras situações fisio-patológicas.

Invocaram-se diferentes hipóteses para explicar o mecanismo dêsse desdobramento:

1.^a — A existência do assincronismo das aurículas por efeito de perturbações de condutibilidade interauricular ou por hipertrofia de uma das aurículas.

2.^a — Perturbações de condutibilidade, retardando o progresso da onda de excitação desde o seio de Keith e Flack até o nódulo de Tawara.

3.^a — Existência do complexo auricular, possuindo normal-

mente dois acidentes, sendo o último obscurecido pelo complexo ventricular.

Nesta última hipótese, admitida principalmente por Groedel, objectava-se que no bloqueio aurículo-ventricular o retardamento ou a ausência do complexo ventricular punham em evidência o segundo acidente do complexo auricular. Em 16 casos de doença de Adams-Stockes que nos últimos 5 anos conseguimos reunir e estudar com o auxílio da electrocardiografia, apenas num caso a onda *P* se encontrava elevada e nitidamente desdobrada; a autópsia não mostrou apêrto mitral. A fig. 1 dá-nos o gráfico dessa doente.



Fig. 1. — Electrocardiograma na 2.^a derivação. Dissociação auricular completa com desdobramento das ondas *P*

Segundo essas hipóteses, o desdobramento de *P* encontrar-se-ia, em clínica: nas perturbações de condutibilidade interauricular, na hipertrofia da aurícula esquerda, e nas perturbações de condutibilidade aurículo-ventricular.

Para explicar o desdobramento de *P* no apêrto mitral aventa-se a existência do prolongamento da contracção da aurícula esquerda hipertrofiada, hipótese que envolve uma petição de princípio, pois admite que a segunda parte do complexo é devida à aurícula esquerda.

Emquanto uma onda *P* desdobrada é quasi sempre patológica, as chanfraduras desse acidente aparecem também no estado normal, e, patologicamente, só no apêrto mitral, onde são de uma frequência notável. A despeito das concepções de Hering, Eyster e Meek, supomos com Frédéricq que a chanfradura de *P* é devida ao assincronismo da contracção das duas aurículas. É o esbôço do que desencadeia o desdobramento, fenómeno idêntico ao assincronismo ventricular por bloqueio de um dos ramos do feixe de His.

No apêrto mitral outras anomalias electrocardiográficas se observam, relativas ao complexo ventricular cotejado nas três derivações.

Possuimos um número apreciável de casos de apêrto mitral estudados particularmente sob o ponto de vista electrocardiográfico.

Submetemos a leitura dos nossos traçados a certas regras e procuramos ver os ensinamentos que podiamos colher para o diagnóstico e prognóstico dessa doença. As conclusões dêste trabalho baseiam-se exclusivamente na nossa estatística pessoal.

As alterações electrocardiográficas que observamos incidiam sobre a onda *P* e ainda sobre os complexos ventriculares.

Temos traçados de 28 doentes: 18 têm apêrto mitral puro; 6 apêrto e insuficiência mitraes; 2 apêrto mitral e dilatação aórtica; 1 apêrto mitral e esclerose renal; 1 apêrto mitral e insuficiência aórtica. Os diagnósticos dêstes doentes — tanto os da clinica hospitalar como os da clinica privada — foram *controlados* pela radioscopia.

Alterações do complexo auricular. — É preciso examinar a onda *P* nas três derivações porque as anomalias podem aparecer só numa ou em duas.

P pode ser alargado, elevado, desdobrado, elevado e desdobrado, ou apresentar chanfraduras.

Nos mitraes puros (18), a onda *P* era elevada e desdobrada em 8, elevada em 4, elevada com chanfraduras em 2, francamente alargada em 1, normal em 3.

Nos casos em que havia outras lesões associadas (10), 2 apresentavam *P* elevado, 4 alargado e com chanfraduras, 2 desdobrado e 2 normal.

Acentuemos desde já que a anomalia mais freqüente consiste no desdobramento francamente evidenciado e nas chanfraduras, isoladamente ou associadas às outras modificações; a elevação isolada é muito menos freqüente.

Alterações do complexo ventricular. — Em 16 doentes observamos predomínio ventricular direito (dextrocardiograma), possuindo 8 equilíbrio ventricular.

Em 6 casos notamos chanfradura da onda *R* e alargamento dos complexos.

O apêrto mitral não condiciona o aparecimento constante de anomalias do electrocardiograma.

O traçado eléctrico pode ser normal, principalmente quando a estenose é compensada e despida de perturbações subjectivas.

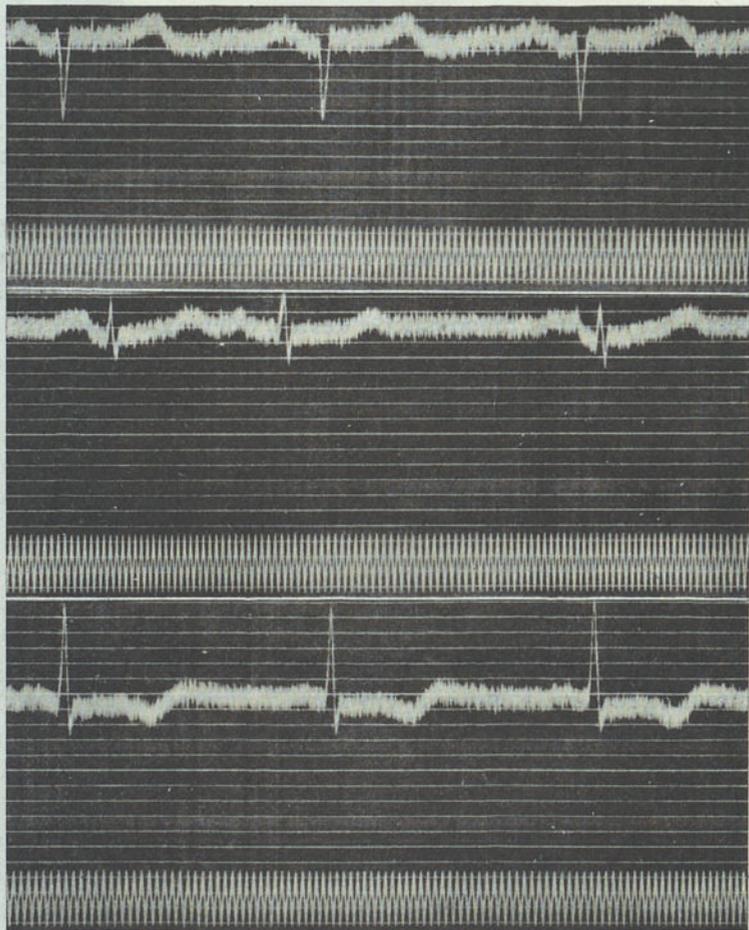


Fig. 2. — Electrocardiograma nas três derivações. Na 2.^a derivação há uma extrasístole auricular. Grande amplitude e alongamento de *P* com chanfraduras na 1.^a e 2.^a derivações, indo até o desdobramento em algumas das ondas *P*

As anomalias que observamos são quasi sempre tardias, e consecutivas às alterações das paredes auriculares. Primeiro, a onda *P* alarga-se, ou apresenta chanfraduras; depois desdobra-

-se, aumenta de amplitude, e o complexo ventricular apresenta predomínio direito.

A fig. 2 mostra-nos o electrocardiograma de tipo direito de uma estenose mitral em que êsses sinais se observam.

Não encontramos paralelismo entre o aumento da aurícula esquerda e as alterações do complexo auricular. Estas sobrevêm

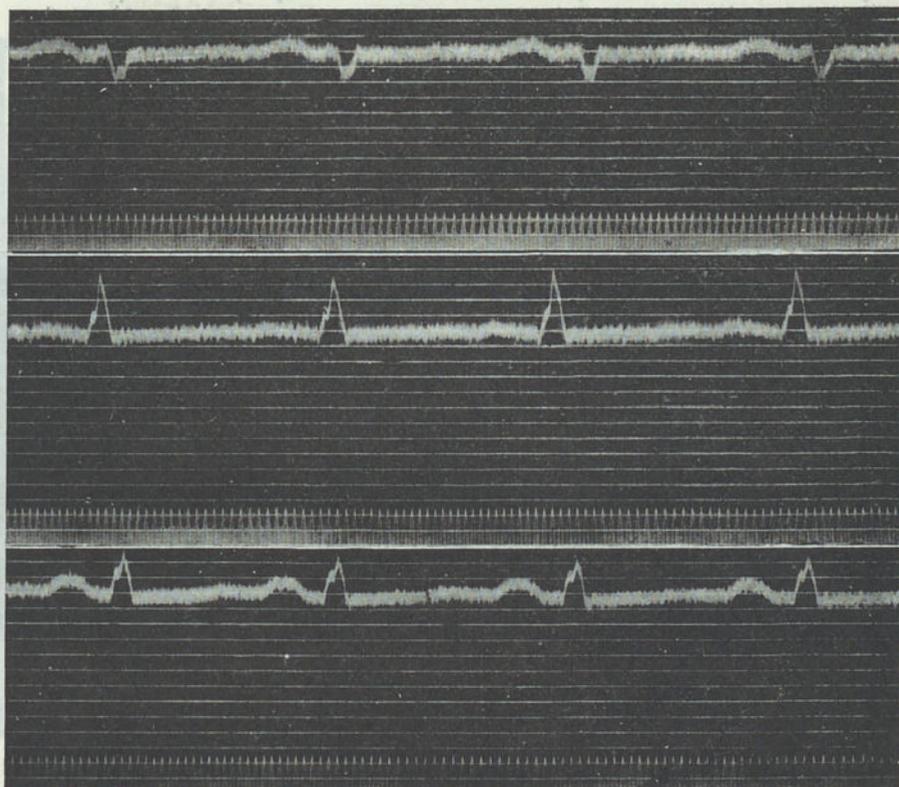


Fig. 3 — Electrocardiograma nas três derivações. Predomínio direito. Grande amplitude com alargamento e chanfraduras da onda P na 1.^a e 3.^a derivações. Anomalias dos complexos ventriculares

particularmente quando a aurícula direita se dilata, juntando-se à dilatação da aurícula esquerda, descompensando-se o apêrto mitral.

Torna-se quási sempre difícil averiguar qual das aurículas é a predominante. Todavia, cotejando a leitura dos traçados com os

sinais clínicos e o exame radioscópico, como fizemos para cada um dos nossos doentes, verificamos que parece ser a aurícula direita a interessada nas anomalias do electrocardiograma. As nossas observações corroboram as que Clerc e Schwartzmann relataram em idênticas condições.

As anomalias electrocardiográficas do apêrto mitral não desapparecem, a não ser que esta afecção se complique de taquicardia paroxística, de taquisistólia ou de fibrilação auriculares. Nestas circunstâncias o reaparecimento de *P*, com a sua anterior amplitude e as restantes anomalias, representa uma melhora da aptidão funcional do coração.

O alargamento dos complexos ventriculares e as chanfraduras da onda *R* raras vezes aparecem. A sua existência exprime

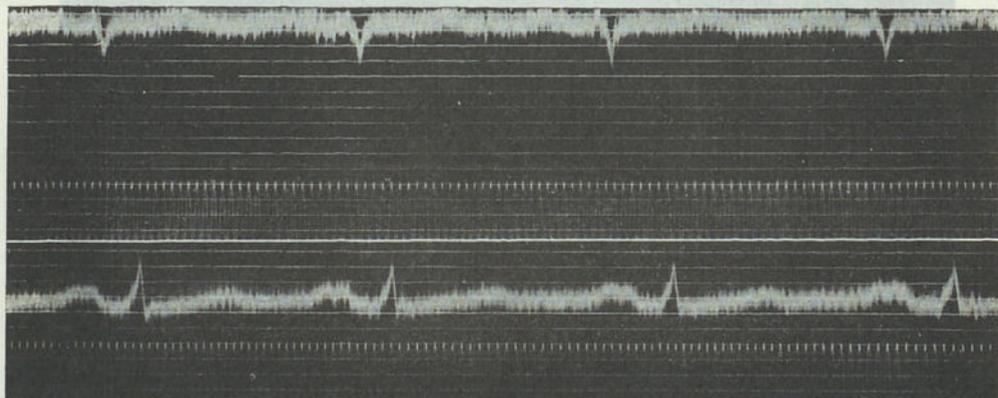


Fig. 4. - Electrocardiograma na 1.^a e 2.^a derivações. Chanfraduras na onda *P*, na 2.^a derivação. Predomínio direito

uma insuficiência do miocárdio, e mostra um agravamento funcional. Estas alterações não dependem do apêrto mitral. A fig. 3 apresenta um electrocardiograma dêste tipo: às anomalias de *P* (1.^a e 2.^a derivações) juntaram-se as aberrações dos complexos ventriculares.

Relativamente ao diagnóstico, poucas vezes as alterações electrocardiográficas nos prestam elementos decisivos; aquele aparece como consequência de um exame clínico correcto, não carecendo sequer da radioscopia a trazer a confirmação. Ocorre, por vezes, que esta é imprescindível. E em 2 doentes da nossa



EPIYOMIN SANAVIDA

Reconocido por los Sres. médicos que lo ensayaron como
el más eficaz de los **ANTIEPILEPTICOS**
(vómitos del embarazo-insomnios-tic-coqueluche)
Fórmula: Sales calc. (clor. calc.)-brom. potas.-ac. feniletilbarb.
Entusiásticos informes médicos españoles y alemanes

STAPHYLASE do D^r DOYEN

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

Tratamento específico das Infecções Staphylococcicas :
AGNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ, etc.

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

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

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

AMOSTRAS e LITTERATURA : **SALINAS**, Rua Nova da Trindade, 9, LISBOA

Gotas Sanguineas ROYEN

PEPTONATO DE FERRO, QUÁSSIA E ESTROFANTO

ANEMIAS, CLOROSE, DEBILIDADE, INAPETENCIA E DESARRANJOS MENSTRUAES

Doses: 8 gotas antes de cada refeição, diluidas em agua ou vinho

Depositarios para Portugal e Colonias: **Gimenez-Salinas & C^a**, Rua Nova da Trindade, 9, 1.^a Lisboa

LABORATORIOS HIGIONE DIPUTACION 73 BARCELONA

Em todos os resfriamentos, especialmente no catarro bronchial

CRESIVAL

Acção pronta e segura



**Embalagem original:
Frasco de 125 grs.**

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Secção scientifica farmacêutica
"Bayer - Meister Lucius"

LEVERKUSEN (Alemanha)

casuística, nem a radiografia era inteiramente elucidativa, e até ao próprio radiologista se pôs a dúvida de um apêrto mitral.

O electrocardiograma do primeiro destes doentes (fig. 4) apresentava na 2.^a derivação grande amplitude de *P* com chanfraduras e predomínio direito. Seis meses depois desse exame os sinais clínicos de estenose mitral tornam-se evidentes.

O segundo desses casos é particularmente interessante. Tratava-se de uma doente que entrara para o Serviço de M I B

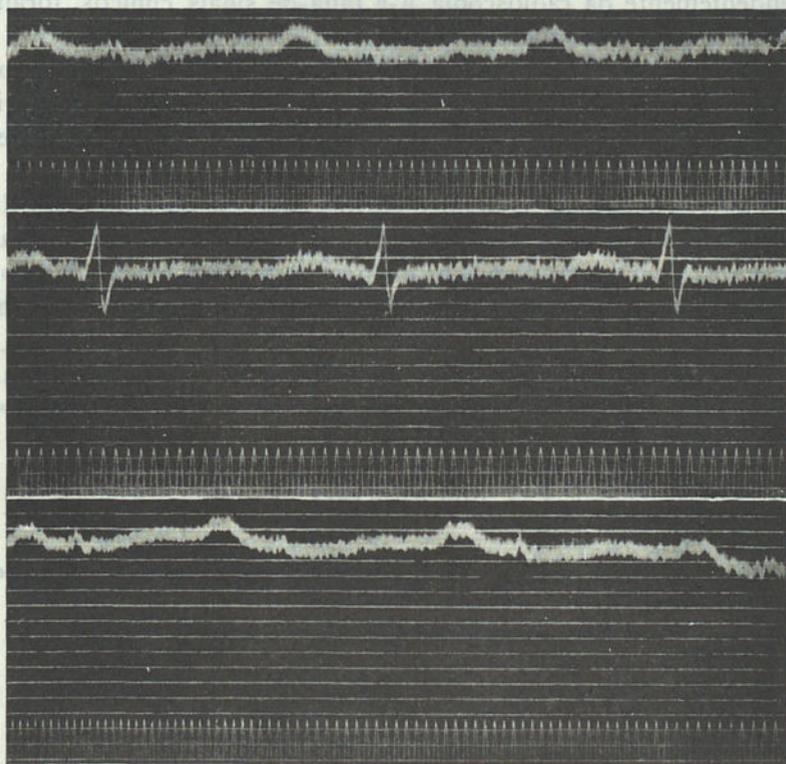


Fig. 5.— Electrocardiograma nas três derivações. Alongamento *P* na 2.^a e grande amplitude com chanfraduras na 1.^a e 3.^a. Complexos ventriculares anormais na 1.^a e 3.^a

com o diagnóstico de pericardite e insuficiência do coração direito. Á auscultação ouviam-se atritos que foram tomados por sinais de pericardite, e que não eram constantes; não havia outros sintomas à auscultação. A radiografia apresentava dilatação da aurícula direita. O arco auricular esquerdo, ligeiramente au-

mentado, não permitia assegurar definitivamente o diagnóstico. O electrocardiograma desta doente (fig. 5) mostrava as anomalias características do apêrto mitral: grande alargamento de *P* na 2.^a derivação; grande amplitude, com chanfraduras, indo até o desdobramento (3.^a derivação) na 1.^a e 3.^a derivações.

A autópsia mostrou apêrto mitral, ausência de pericardite e aderências pleurais esquerdas.

Nestes dois casos, as anomalias electrocardiográficas, independentemente da radioscopia e à falta de sinais clínicos, foram suficientes para diagnosticar a afecção.

É no prognóstico da estenose mitral que o electrocardiograma apresenta maior interesse. De feito, o aparecimento, primeiro, das alterações de *P*, e a sua acentuação, depois, com predomínio direito, indicam-nos um agravamento de afecção.

Como conclusão, podemos afirmar que, se as alterações da onda *P* acrescentadas das modificações do equilíbrio eléctrico raras vezes constituem os únicos elementos de diagnóstico, dão-nos muitas vezes, e sobretudo, indicações prognósticas de valor incontestável.

Entrementes, em dois dos nossos casos, o electrocardiograma deu a prova decisiva do diagnóstico.

BIBLIOGRAFIA

- CLERC, A. e SCHWARTZMANN, I. — *C. R. des S. de la Société de Biologie*, n.º 25. 1929.
- LEWIS. — *Clinical Electrocardiography*, 1 vol., 4.^a ed. 1928.
- MAHAIN, P. I. — *Ann. de Médecine*, n.º 5. 1927.
- MARTINI, M. e SCKELL. — *Deut. Arch. f. Klin. Med.*, p. 350. 1928.
- VEIL e CODINA ALTES. — *Traité d'électrocardiographie clinique*, 1 vol. 1929.
- WHITE, P. D., SYDNEY, C. e BURVELL. — *Arch. of int. Med.*, n.º 4. 1924.

Metodo cytóphylatico do Professor Pierre Delbet

Comunicações ás sociedades scientificas e em especial á Academia de Medicina.
(Sessões de 5 de Junho, 10 de Julho e 13 de Novembro de 1928)

DELBIASE

estimulante biologico geral

por hypermineralisação magnesia do organismo.

Unico produto preparado segundo a formula do Professor Delbet.

Principais Indicações :

**Perturbações digestivas - Infecções das vias biliares,
Perturbações neuro-musculares,
Asthénia nervosa,
Perturbações cardiacas por Hypervagotonia,
Pruridos e Dermatose - Lesões do tipo precanceroso,
Prophylaxio do Cancro.**

dose : 2 a 4 comprimidos, todas as manhãs, em meio copo d'agua

DEPOSITO : **LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE**
8, rue Vioienne, PARIS

A pedido mandam-se amostras aos medicos

I M P R E N S A
LIBANIO DA SILVA

Sucessor: JÚLIO DE SOUZA

TRABALHOS TIPOGRAFICOS
EM TODOS OS GENEROS

ESPECIALIDADE EM TRABA-
LHOS DE GRANDE LUXO

T. Fala-So, 24 - LISBOA - Tel. 3110 T.

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

(PAGAMENTO ADIANTADO)

Continente e Ilhas adjacentes: Colónias e estrangeiro:
Ano, 60\$00 Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO: 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

AMOSTRAS e LITTERATURA : **SALINAS**, Rua Nova da Trindade, 9, LISBOA

CHOQUES HUMORAIS E SUA SEMELHANÇA COM ALGUMAS DOENÇAS (1)

POR

MANUEL JOAQUIM DA COSTA

Assistente de Patologia Interna na Faculdade de Medicina de Coimbra

O estado coloidal é caracterizado pela existência de pequeníssimas partículas (micelas) em suspensão no meio líquido (*líquido intermicelar*), mercê dos valores da ionização, da pressão osmótica, da tensão superficial, da viscosidade, da grandeza das micelas, da concentração hidrogeniônica, etc. É um todo fisico-químico que se modifica constantemente mas adentro de valores que não arrastam a perda da suspensão micelar.

De todos estes valores, são os iões da superfície micelar que, embora em quantidades pequeníssimas em relação à grandeza da micela, desempenham o papel principal, constituindo talvez a causa primária donde todos os outros derivam.

É a êles que, pela sua colocação e pela actividade própria da matéria finamente dividida, pertence o principal papel nas reacções coloidais, explicando-se que quantidades mínimas de certos produtos possam produzir alterações bruscas e profundas. Pela faculdade de reacções múltiplas dos iões adsorvidos ao *grânulo* (micela sem iões) e dos iões do líquido intermicelar se explica a *não especificidade das reacções coloidais*, sem, no emtanto, deixarmos de admitir *uma certa electividade reaccional*, pois que os iões podem deixar de reagir com outros elementos por falta de afinidade química ou pela existência de cargas eléctricas do mesmo sinal.

(1) Os doentes onde fiz investigações eram das clínicas hospitalar e particular do illustre Prof. Morais Sarmiento, a quem devo o incitamento a fazer êste trabalho e a quem agradeço reconhecidamente todas as facilidades concedidas.

Pelos estudos de Loeb sabe-se que não só os iões (livres e adsorvidos) têm valor na dinâmica coloidal. Também o grânulo *albumina*, grânulo do colóide predominante dos seres vivos, tem uma função ácida ou básica, dando um sal de albumina ou um albuminato, consoante estiver num meio mais básico ou mais ácido do que o seu *ponto isoeléctrico*.

A albumina pode desempenhar estas duas funções químicas em virtude dos seus radicais ácido COOH e alcalino NH_2 . Isto não será indiferente para a conservação, quasi religiosa, no estado de saúde, da concentração hidrogeniônica do meio orgânico.

Além das albuminas, já tão variadas no mesmo indivíduo (sêro-albuminas, globulinas, esclero-proteínas, albumoses, peptonas, etc.), existem nos nossos humores, no estado coloidal, o glicogénio, as lícitinas, a colestérina, algum ácido úrico, etc., e ainda várias substâncias minerais como certos compostos de cálcio, fósforo, etc. Depois destes, encontramos compostos minerais em dissolução molecular, mais ou menos dissociados, conforme a sua característica química. Existem, assim, no meio orgânico todos os graus de dispersão da matéria, indo do estado iónico ao estado micelar.

O meio orgânico é pois um colóide muito complexo, consistindo nas mais variadas substâncias dispersas na fase micelar, num líquido, onde existem os mais variados compostos orgânicos e minerais mais ou menos dissociados.

Este todo fisico-químico é modificado continuamente pelas funções metabólicas necessárias à vida.

As reacções do nosso organismo têm, em grande parte, que obedecer e assemelhar-se às dos colóides, pois que, embora sendo um colóide complexo, deles tem a composição fisico-química.

Quasi podemos dizer que o mistério fisiológico e physio-patológico está no mistério, ainda existente, de muitas reacções coloidais.

O estado coloidal é caracterizado pela sua instabilidade, desaparecendo só excepcionalmente pela *lise* micelar, mas freqüente e naturalmente pela união micelar, originando a *floculação*.

Esta última, eventualidade habitual e expressão da perda da electricidade iónica (Lumière e Duclaux), parece poder também ser determinada por outros factores.

Quando a tensão superficial aumenta origina uma diminuição

do volume do colóide e aproxima as micelas, favorecendo a floculação (Zuns, La Barre, Kopaczewski).

Afirmam alguns autores (Kopaczewski e outros) que a diminuição da viscosidade de uma solução coloidal favorece a aproximação micelar.

Outros demonstram que quanto mais a concentração hidrogênica de um colóide anfotérico se aproxima do seu ponto isoelectrico, maior é a tendência floculante (Viés, Loeb, etc).

Experiências de muitos físicos dizem-nos que uma condutibilidade eléctrica diminuída, manifestando uma fraca ionização do colóide, é condição propícia à perda do equilíbrio coloidal (Phillipson, Kopaczewski).

Eu próprio já tive oportunidade de, quando frequentei um curso de físico-química, seguir a marcha de uma reacção que terminou na precipitação (floculação). Observei que esta se dava, precisamente, quando a viscosidade e a condutibilidade eléctrica atingiam o menor valor, e a tensão superficial o maior.

Aplicando estes raciocínios ao complexo coloidal humoral orgânico, podemos dizer que este será tanto mais lábil (mantidas no estado normal todas as outras qualidades físico-químicas) quanto menor fôr a ionização micelar, portanto a condutibilidade eléctrica, quanto maior fôr a micela e mais lento o movimento browniano, quanto menores forem a pressão osmótica e a viscosidade, e maior a tensão superficial.

Atendendo à interdependência destas condições físico-químicas, Kopaczewski pôde reduzi-las a três: condutibilidade eléctrica, tensão superficial e viscosidade. Uma alteração acentuada no sentido mencionado acima, é capaz, no seu dizer, de produzir a floculação do colóide.

Considera como normais no sôro sanguíneo os seguintes valores: tensão superficial — 67, 81 dines; viscosidade de 1,8 a 2; condutibilidade eléctrica (1) $(109 \text{ a } 111) \times 10^{-4}$; natureza da carga eléctrica dos colóides do sôro — negativa; pH — 7,5 (2). Índice

(1) Viola dá para a condutibilidade eléctrica a 37° valores mais elevados. Esta medida é feita em unidades inversas do ohm.

(2) Este valor é determinado a 18°. A 37° oscila de 7,3 a 7,4 nos indivíduos normais.

de refração - 1,3487 a 1,3517; tempo de coagulação do sangue - 10'.

A modificação ou a perturbação destas qualidades origina a floculação. O floculado formado bruscamente é a causa primária do choque humoral em qualquer das suas variedades.

Demonstra-se que assim é com as experiências seguintes:

a) Observa-se, quer pelo seroscópio de Dold quer pelo nefoscópio comparador de Lumière, que as misturas de um antígeno com um soro normal ou com um soro de animal sensibilizado por aquele antígeno, são diferentes, não havendo no primeiro caso floculação mas havendo no segundo. A primeira mistura quando injectada a um animal não produz choque; a segunda produ-lo.

b) Obtém-se com o sulfato de bário floculado, e outros colóides estado de floculação, verdadeiros choques.

c) Um soro que num animal não produz choque pode, pela junção com agar-agar, amido, inulina, bactérias patogénicas, turvar-se e ser capaz de o produzir. Demonstra Kopaczewski que não houve reacção química alguma, nem o azote existente em tais substâncias podia ter influência, visto lho ter tirado pelos mais rigorosos processos, dando-se todavia o choque.

d) Múltiplas experiências provam que os soros turvos, floculados e produtores do choque, se forem filtrados através da membrana de Berkefeld ou outra que retenha êsses flóculos, perdem essa faculdade.

e) O próprio repouso, originando a deposição dos flóculos, clarifica os soros, diminuindo ou tirando-lhes mesmo o poder chocante. Tirando o floculado que se depositou, e pondo-o em suspensão numa solução de CINa a 8 ‰, novamente se pode com êle produzir o choque. A centrifugação também tira aos soros caolinados essa faculdade.

f) Achard e Feuillé conseguem fazer a seguinte demonstração: peptona e sabão injectados separadamente em pequenas doses não produzem choque. Injectados a seguir na mesma dose já o produzem. Misturados cá fora, floculam; injectando este floculado há, evidentemente, choque.

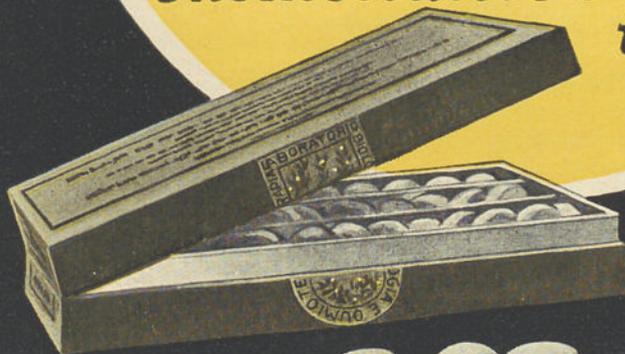
g) Demonstra-se (Friedberger, Nathan, Schmidt, Kopaczewski, etc.) tornando os soros tóxicos (capazes de produzir o choque) pelo amido, e com o auxílio da ultramicroscopia, que

Pulmác

Seiscas-Palma

O PULMÁC,

*enceria alem de calcários,
carbonatos naturais e sili-
catos, o suco pulmonar que
é hemostático e reconsti-
tuinte.*



**TUBERCULOSE
EM GERAL**



*Doenças
do aparelho
respiratorio:*

Raquitismo.

Gravidês. Remineralização.

Osteomalacia. Amamentação.

PULMAC

DR. SEIXAS-PALMA

FORMULA DO DR. CASSIANO NEVES

QUIMICA — O PULMAC é uma calcina natural (casca d'ovos), associada a silicatos, fosfatos e extractos organo-terapicos do pulmão e baço.

FARMACOLOGIA — Para uma recalcificação se dar é indispensavel: 1.º uma formula calcaria apta á reabsorção; 2.º, existirem as condições de assimilação do organismo. Ambas realiza o PULMAC porque a formula calcaria á de **reconstituição animal**, e os seus componentes organoterapicos estimulam a defeza organica e a assimilação do calcio pelos orgãos.

APLICAÇÕES CLINICAS — Tuberculose em geral, doenças do aparelho respiratorio, raquitismo, remi-neralisação, amamentação. (Para a falta de leite aconselhamos o nosso Lactogeno).

MODO D'APLICAÇÃO — 5 a 10 comprimidos durante o dia engulidos com agua antes das refeições, creanças 3 a 5 comprimidos ao dia.

EFEITOS — Aumento do apetite e das forças, diminuição da tosse, aumento de peso, melhoria geral.

VANTAGENS DO PULMAC — O seu diminuto preço. E não exigir dieta.

PROVAS DA SUA EFICACIA — Ter merecido o plagiato do estrangeiro.

DEPOSITARIOS GERAES:

VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, LDA.

Rua da Prata, 237, 1.º — Lisboa

existem, ao lado de grãos de amido corado pelo iodo, pequeninos corpúsculos não corados e luminosos.

h) Os fenómenos de choque humoral são acompanhados *in vivo* por uma baixa da tensão superficial e inversão da carga eléctrica, tal qual se passa nas reacções intercoloidais, *in vitro*, que têm como termo final a floculação.

Estes argumentos, tirados de experiências feitas em boas condições são tão lógicas, que Widal dizia «que só faltava ver o floculado *in vivo*».

Porém tal verificação está cheia das maiores dificuldades, porque o floculado, apenas formado, faz-se centro de coagulação, onde é difícil distingui-lo.

Para Kopaczewski, o floculado formado vai até o pulmão, e durante o seu trajecto venoso e em especial aí, como centro de coagulação que é, forma um número enormíssimo de embolias pulmonares (1) originando uma intensa dispneia e irritação do vago. A asfixia pelas alterações sanguíneas e a irritação vagal pelos fenómenos nervosos e vaso-motores a distância explicam todo o quadro sintomatológico do mais complexo e intenso choque.

Sabendo que os colóides floculam e que o fazem bruscamente e em grande quantidade nos choques anafiláctico e humoral (2), se conseguirmos demonstrar a semelhança da asma (3), hemicrânia, edema de Quincke, urticária e eczema com êles, temos justificada a idea que nos levou a indagar do estado mais ou menos lábil dos colóides humorais.

(1) Lumière, admitindo o floculado como causa primária do choque, como, de resto, quasi todos os autores, tem, no entanto, sobre a patogenia da anafilaxia, ideas de que, em absoluto, discordo. Sobre o mecanismo de acção do floculado na produção da sintomatologia do choque, localiza-o inicialmente nos endotélios vasculares cerebrais. A índole deste trabalho não permite demonstrar as deficiências de tal hipótese.

(2) O choque humoral difere do anafiláctico simplesmente em que não houve necessidade de um tempo prévio de sensibilização por um antigénio sensibilizador ou, pelo menos, não se conhece esse antigénio. Nos dois casos há a mesma instabilidade humoral e as manifestações são idênticas.

(3) Hoje já outras doenças como a gota, o reumatismo muscular e alguns casos de reumatismo articular, são considerados como sendo doenças alérgicas, isto é, doenças por sensibilização com a característica da instabilidade dos colóides humorais.

ASMA. — Afirma Sedillot que o acesso asmático é desencadeado pela floculação dos uratos nos capilares pulmonares. Esta precipitação urática seria consequência da oxidação dos uratos e a dispneia que sobrevinha uma reacção de defesa, diminuindo o oxigénio. O autor não consegue demonstrar o que afirma.

Mas o início brusco, o seu desencadeamento por causas mínimas, físicas ou químicas; a eosinofilia sanguínea e intrabrônquica e a dispneia expiratória; a existência de uma crise hemoclásica (leucopénia, índice de refração diminuído, hipercoagulabilidade sanguínea, diminuição da tensão arterial) precedendo a crise asmática; o caso bem demonstrativo de Ramirez fazendo lembrar o fenómeno da anafilaxia passiva (um doente recebe sangue por transfusão de um indivíduo asmático por sensibilização ao cavalo e 15 dias depois começa a ter acessos asmáticos quando se aproxima dos cavalos); enfim, de tudo isto decorre com toda a lógica que uma grande semelhança existe na etio-patogénese do choque e da asma.

Para se produzir o acesso asmático é pois preciso o seguinte:

1.º — Uma labilidade dos colóides humorais hereditária ou adquirida e, neste último caso, específica ou não.

2.º — Um desequilíbrio vago-simpático com a predominância de hipervagotonia, mantida por lesões pulmonares ou a distância (espinha irritativa) coincidindo com a labilidade humoral ou sendo consequência desta.

3.º — Uma causa excitante, específica ou não, actuando quer directamente perturbando os humores quer indirectamente por um fenómeno nervoso, como será no caso de cheiros, frio, humidade, etc.

HEMICRANIA. — Tudo parece indicar que a vaso-constricção é o tipo de reacção vaso-motora produtora da hemicrânia, seja qual fôr a modalidade desta, embora em territórios diferentes.

O *primum movens* desta vaso-constricção é o floculado actuando directamente sobre o endotélio dos capilares e pequenos vasos, assim excitando o simpático daqueles territórios.

Todavia diz-se que há hemicrânias de origem endocrínica, digestiva, útero-anexial, ocular, nasal, visual e esfenoidal. Mas se estas causas são constantes e a hemicrânia é uma manifes-

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 da Trindade, 9, 1.^o - LISBOA



IODALOSE GALBRUN

IDO PHYSIOLOGICO, SOLUVEL, ASSIMILAVEL

A IODALOSE É A ÚNICA SOLUÇÃO TITULADA DO PEPTONIODO
Combinação directa e inteiramente estavel 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 Iodothérapie physiologica pelo Peptoniodo.
LABORATORIO GALBRUN, 8 et 10, Rue du Petit-Musc, PARIS

LISBOA MÉDICA

Prokliman "Ciba"

Associação racional de hormonio
ovariano e de substancias seda-
tivas descongestivas e regula-
doras do sistema cardiovascular

Vidros de 40 drageas.

Específico dos
transtornos da

Menopausa

Amostras e literatura:

CATULLO GADDA,
RUA DA MADALENA 128, LISBOA,
unico representante dos Productos "Ciba" em Portugal



tação paroxística, alguma cousa mais influi na produção da crise: a labilidade humoral hereditária ou adquirida.

A prova disto está na semelhança com o choque. Com efeito, conhecem-se as seguintes particularidades da hemicrânia: aparecimento brusco com desaparecimento também, em regra, rápido; a sua existência em terreno humoral especial, antecedendo doenças como a asma, a urticária, o edema de Quincke, etc., alternando por vezes com elas; o aparecimento da crise depois da ingestão de certos alimentos (carne, ovos, leite, chocolate) e por inalação de certos cheiros rosa, (violeta, essência de terebintina, etc.); expondo o doente à causa desencadeante da hemicrânia após, uma crise desta, êle não sente o mais leve incômodo, tal qual se passa no choque anafilático.

Há doentes com hemicrânia e hemoglobinúria paroxística a *frigore*, a qual, tratada pela peptonoterapia, desaparece também. Esta hemoglobinúria é o tipo de doença por choque. A duplicidade do efeito curativo traz-nos, com lógica, a identidade da causa. Observei num doente, no fim de uma crise de hemicrânia, uma baixa considerável da tensão superficial do sôro sanguíneo, tal qual se passa no fim do choque humoral ou anafilático. Precedendo a crise da hemicrânia observam-se (Nast, Lubiers, Bouché, Hustin, Widál, etc.) as seguintes alterações sanguíneas, como no choque: inversão da fórmula leucocitária, leucopénia, hipercoagulabilidade sanguínea, diminuição do índice refractométrico.

Resta-nos finalmente recordar os efeitos curativos da terapêutica dessensibilizante pelo choque ou pelo método anti-choque e, ainda, a existência de uma hipercolesterinemia no sentido de favorecer a labilidade dos colóides humorais, pois a colestérina, aumentando a tensão superficial, favorece a floculação.

Como para a asma, podemos afirmar que a etio-patogénese da hemicrânia se compreende à luz dos seguintes factores:

1.º— Uma labilidade coloidal dos humores hereditária ou adquirida, e, neste caso, anafilática ou não específica.

2.º— Uma anfotonia, com simpaticotonia por hipovagotonia, embora precedendo a crise haja uma hipervagotonia. Esta anfotonia faz parte do estado humoral, ou é mantida ou aumentada por qualquer lesão orgânica que directa ou indirectamente perturbe o simpático.

3.º — Uma causa excitante, variável com o doente, actuando directamente perturbando os humores, ou indirectamente por uma acção reflexa.

Uma causa localizadora deve existir, de modo que uma maior sensibilidade vascular fixe neste ou naquele departamento as alterações vaso-motoras, originando assim a diversidade dos sintomas.

EDEMA DE QUINCKE E URTICÁRIA. — Quási pelos mesmos argumentos apontados para a asma e hemicrânia, se demonstra que em tais estados é necessária uma labilidade humoral, hereditária ou adquirida, anafiláctica ou não. Além desta há uma grande instabilidade vaso-motora.

No edema de Quincke deve haver uma causa localizadora, *locus minoris resistentiae*, à custa de uma irritação, de uma infecção, de um traumatismo, de uma cicatriz, etc.

ECZEMA. — A existência da labilidade humoral hereditária ou adquirida, anafiláctica ou não, é demonstrada pela sensibilização cutânea dos eczematosos a certas proteínas, pela acção benéfica dos mais variados agentes terapêuticos que não actuam especificamente e cuja explicação só se pode encontrar nas reacções intercoloidais e dos coloides com electrólitos; pelo aparecimento de um eczema pela introdução de um antigénio, pela alternância do eczema com a hemicrânia ou a asma.

Parece pois que todas estas doenças são expressões clínicas reveladoras de instáveis estados humorais, ainda hoje misteriosos quando se pretende saber concretamente em que consiste essa instabilidade.

Foi com o fim de alguma cousa mais saber desta instabilidade humoral que fizemos as seguintes investigações (1).

(1) Estas investigações foram feitas no sôro sanguíneo da seguinte maneira: a tensão superficial e a viscosidade respectivamente pelo tonómetro e viscosímetro de Kopaczewski, a uma temperatura de 15-18º.

O índice de refração pelo refractómetro de imersão de Zeiss com a redução dêsse valor à temperatura de 37º.

A condutibilidade eléctrica foi determinada à temperatura de 37º no Laboratório de Física da Faculdade de Ciências. Auxiliou-nos o assistente Dr. Almeida Santos, a quem agradecemos.

Asmáticos

Nome do doente Naturalidade	Tensão superficial do soro sanguíneo	Viscosidade do soro sanguíneo	Nome do doente Naturalidade	Tensão superficial do soro sanguíneo	Viscosidade do soro sanguíneo
J. A. Açôres	71,48	1,50	R. C. Viseu	69,74	1,60
A. C. P. Cantanhede	70,46	1,49	J. F. Fornos de Algodres	69,77	1,59
M. P. Lisboa	70,47	1,50	C. S. P. Beja	69,37	1,78
J. P. Valpaços	69	1,57	M. N. M. Barcelos	66,73	1,58
A. P. Coimbra	68,22	1,85	M. C. L. Murtosa	69,25	1,38
L. S. B. Lisboa	69,57	1,61	C. D. V. (b) Arez	67,38	1,43
J. Z. (a) Lisboa	71,38	1,60	L. C. R. Coimbra	68,93	1,68
J. T. M. Penafiel	72,25	1,60	F. B. A. J. Coimbra	69,60	1,70
A. A. Santa Comba- dão	69	1,50	A. M. F. Ferreira do Zêzere	70,48	1,69

O doente da letra (a) tem também um eczema; o doente da letra (b) tem, não bem uma asma brônquica, característica, mas sim uma dispneia paroxística *sine materia*, onde nos pareceu

A concentração hidrogeniônica foi determinada pelo processo clorimétrico, na impossibilidade de o fazermos pelo processo electrónico. Auxiliou-nos o assistente de química, Dr. Viana de Lemos, no Laboratório Químico da Faculdade de Ciências, a quem agradecemos. Essas investigações foram feitas à temperatura do Laboratório (15° 18°), dando-nos valores que se afastam muito do normal àquela temperatura, segundo Kopaczewski.

O estudo da fórmula leucocitária foi feito no Laboratório de Análises Clínicas do Hospital, pelo que agradecemos ao Dr. Miguel Ladeiro.

O tempo de coagulação foi encontrado pelo processo da gota do sangue sobre uma lâmina de vidro.

existir um fundo humoral alterado, responsável por aquela manifestação.

Os valores encontrados em 18 asmáticos autorizam-nos, portanto, a afirmar que a tensão superficial e a viscosidade estão afastadas dos números considerados normais: a tensão superficial no sentido de aumento, a viscosidade no sentido de diminuição.

Apenas os doentes M. N. M. e C. D. V. têm uma tensão superficial abaixo dos números considerados normais.

Portanto, em 18 casos, 16 têm um manifesto aumento de tensão superficial do sôro sanguíneo, isto é 88,9 0/0.

Quanto à viscosidade, apenas um doente (A. P.) tem um valor dentro dos limites considerados normais (1,85); todos os outros estão diminuídos, isto é, 94,5 0/0.

Doentes com hemicrânia

Nome do doente Naturalidade	Tensão superficial do sôro sanguíneo	Viscosidade do sôro sanguíneo	Nome do doente Naturalidade	Tensão superficial do sôro sanguíneo	Viscosidade do sôro sanguíneo
C. G.	69,64	1,30	L. L. Pôrto	70,61	1,47
M. P. O. Macedo de Cavaleiros	70,47	1,65	A. D. Pôrto	69,86	1,6
M. B. R. Vila Real	70,79	1,57	M. A. B. Coimbra	68,84	1,8
J. S. S. Leiria	63,93 * 69,54	1,51 * 1,77	A. C. P. Lisboa	68,97	1,53
A. F. C. Mealhada	68,18	1,30	A. P. R. Arcos de Val- devez	68,22	1,74
E. E. Ancião	68,97	1,50			

Os valores com os asteriscos foram determinados no final de um acesso de hemicrânia. E, cousa curiosa, encontramos uma enorme baixa de tensão superficial do sôro, como não encontramos em qualquer outro caso, tal qual, como diz o professor Kopaczewski, se observa no final do choque anafilático.

Em todos os outros casos, e até na mesma doente, fora da hemicrânia, encontramos uma tensão superficial do sôro sanguíneo aumentada (100 0/0), assim como uma viscosidade deminuída, excepto no doente M. A. B., portanto em 90 0/0.

Doentes com eczema

Nome do doente Naturalidade	Tensão superficial do sôro sanguíneo	Viscosidade do sôro sanguíneo	Nome do doente Naturalidade	Tensão superficial do sôro sanguíneo	Viscosidade do sôro sanguíneo
J. Z. * Lisboa	71,38	1,60	A. B. Lisboa	70,64	1,65
M. A. Z. Bragança	69,79	1,64	J. C. B. Vila Real	70,96	1,73

A doente do asterisco é também uma asmática.

Nestes 4 eczematosos encontramos um aumento acentuado da tensão superficial e uma deminuição, embora não tão grande, da viscosidade. Só o doente J. C. B. se aproxima do normal pela sua viscosidade (1,73).

Doentes com urticária, acompanhada em alguns casos de edema angio-neurótico, lembrando (a) o edema de Quincke; doentes com pruridos acentuados; doente com perturbações vaso-motoras das extremidades e a acroparestesias; doentes sensibilizados ao sôro anti-tetânico e à aspirina; individuo normal:

Nome do doente Naturalidade	Tensão superficial do sôro sanguíneo	Viscosidade do sôro sanguíneo	Nome do doente Naturalidade	Tensão superficial do soro sanguíneo	Viscosidade do soro sanguíneo
E. D. Agueda	66,72	1,50	M. G. C. Rio de Janeiro	69,80	1,50
M. A. L. Coimbra	69,43	1,60	M. P. P. Castelo Branco	69	1,60
A. C. Alfarelos	71,58	1,76	A. M. F. Ferreira do Zêzere	70,48	1,69

(a) Dizemos lembrando o edema de Quincke, porque não se tratava do edema de Quincke puro, visto não ser a única manifestação mórbida do doente. Pelo contrário, acompanhavam-no crises de urticária.

Nome do doente Naturalidade	Tensão superficial do soro sanguíneo	Viscosidade do soro sanguíneo	Nome do doente Naturalidade	Tensão superficial do soro sanguíneo	Viscosidade do soro sanguíneo
J. C. B. Oliveira do Hospital	69,80	1,67	J. P. C. Mirandela	70,47	1,60
A. V. C. Coimbra	70,17	1,49	J. M. L. Coimbra	68,50	1,46
A. C. Coimbra	71,45	1,30	G. S. Coimbra	67,38	1,87

Os doentes estão neste quadro dispostos em linha horizontal segundo a ordem pela qual os enumerei acima.

São 5 com urticária, tendo os dois primeiros também edemas fugazes; são 3 com prurido intenso, acompanhado em um caso de asma, noutro de tonturas e, finalmente, no outro, de fortes cefaleias; apenas um com as acroparestesias; 2 sensibilizados, um ao sôro anti-tetânico e outro à aspirina; e finalmente um indivíduo reputado normal.

Os valores encontrados dão-nos o mesmo desvio que observamos nos outros estados mórbidos. Só o primeiro doente tem uma baixa considerável da tensão superficial (66,72). Os valores obtidos no indivíduo normal são, de facto, os que mais se aproximam dos valores considerados normais.

De tudo isto pode, parece, concluir-se que certos estados patológicos necessitam de uma alteração física dos humores, para se produzirem as suas manifestações mórbidas.

A tensão superficial do sôro sanguíneo aumentada e a viscosidade diminuída são afirmações que me julgo autorizado a poder fazer nos mencionados estados patológicos. Se é certo que houve algumas excepções, elas foram tão poucas que em nada modificam a minha afirmação.

Alguns doentes puderam ser estudados com mais precisão. Em tais doentes levei as minhas investigações laboratoriais mais além, medindo o índice de refacção, a condutibilidade eléctrica e o pH do sôro sanguíneo, assim como o tempo de coagulação, mandando também proceder à contagem dos glóbulos brancos e à medida da fórmula leucocitária.

Vejamos os resultados obtidos:

Gibbalos brancos	Eosinófilos	Tempo de coagulação	Índice de refração	Valor do pH	Condutibilidade	Viscosidade	Tensão superficial	Factores variáveis no soro sanguíneo
								Nome do doente e diagnóstico
9.400	6,5 0/0	15'	1,35054	7,2 a 7,3	119×10^{-4}	1,70	69,60	E. A. S. Asma
4.900	6,7 0/0	13'	1,35021	7,4	110×10^{-4}	1,59	69,77	J. F. Asma
7.800	1,6 0/0	16'	1,34929	7,3	114×10^{-4}	1,69	70,48	A. F. Asma
7.000	1,6 0/0	20'	1,35069			1,60	69,74	R. C. Asma
9.800 4.900	2,1 0/0 0,4 0/0	6'	1,35059 1,34984		114×10^{-4}	1,77 1,51	69,74 63,93	J. S. S. Hemicrânia
		10'				1,30	68,18	A. F. C. Hemicrânia
8.600	5,5 0/0	25'	1,34951	7,2 a 7,3	$110,6 \times 10^{-4}$	1,74	68,22	A. P. R. Hemicrânia
5.600	1,3 0/0	12'	1,34836	7,2 a 7,3	129×10^{-4}	1,8	68,84	M. A. B. Hemicrânia
		23'	1,34892	7,2 a 7,3	100×10^{-4}	1,46	68,50	J. M. L. Fenômenos séricos pelo soro anti-tetânico
4.500	1,4 0/0	30'	1,34984	7,3	100×10^{-4}	1,30	71,45	A. C. Sensibilizado à aspirina
	4,9 0/0	12'	1,34862	7,3	111×10^{-4}	1,87	67,38	G. S. Individuo normal

Não podemos destes resultados tirar conclusões definitivas, nem tão pouco ser tão afirmativas como para os valores da tensão superficial e da viscosidade do soro sanguíneo, visto que, nos quadros mencionados atrás, nós tínhamos nada menos de 44 doentes, o que já nos parece um número suficiente,

Recordando os valores normais destas medidas, nós vemos que G. S., indivíduo em que nós de nada suspeitávamos, tem uns valores que muito se aproximam daqueles, alguns sendo mesmo idênticos, ou cabendo nos limites da variabilidade normal.

Quanto à tensão superficial e viscosidade, nestas medidas, nada há a acrescentar, pois já vimos atrás o que se passa com elas.

Quanto à condutibilidade eléctrica, obtivemos 2 valores abaixo do normal, 2 normais, 4 acima do normal.

Podemos portanto dizer que, em 50 0/0, a condutibilidade eléctrica está aumentada; em 25 0/0 está diminuída.

Com tão poucos casos, é mal fundamentada a opinião que eu tenha de que a condutibilidade eléctrica está aumentada.

Quanto à concentração hidrogeniônica, também de um modo definitivo nada podemos concluir.

A razão disso está em que empregamos o método colorimétrico, e por esse processo não avaliamos diferenças além das décimas da unidade. Todavia, se tomarmos para limites de variação do pH (18°) de 7,4 a 7,6, nós notamos que, excepto um caso que media 7,4, os outros 7 deram valores entre 7,2 e 7,3. Parece que haver em tais doenças uma *tendência* para acidez.

Quanto ao índice de refração, tomando como valor médio dêste 1,3502, em regime mixto, nós temos 4 valores acima dêle e 5 abaixo.

Não podemos pois concluir coisa alguma.

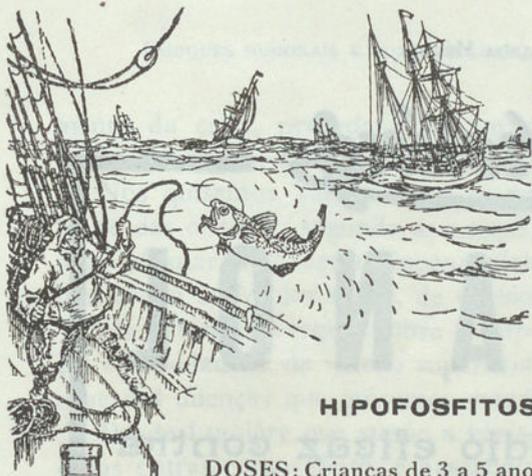
Quanto ao tempo de coagulação, afora um caso normal e um outro que foi menor, nós encontramos um aumento maior ou menor do tempo de coagulação.

Podemos portanto neste caso concluir pela *diminuição da coagulabilidade do sangue* em tais casos patológicos.

Quanto à contagem dos leucócitos, só em dois casos encontramos uma ligeira leucopenia. Não podemos pois dizer que há leucopenia nestes estados.

Quanto aos eosinófilos, em cinco casos havia eosinofilia, isto é, 50 0/0 aproximadamente.

Todos os autores são mais ou menos de opinião de que a alteração do índice de refração, o aumento de tempo da coagulação, a leucopenia e a eosinofilia existem, em especial, no mo-



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 FIGADO DE BACALHAU NO VERÃO**

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

‡Deposítários gerais para Portugal: **PESTANA, BRANCO & FERNANDES, L.ª**
Rua dos Sapateiros, 39, 1.ª — LISBOA

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

SPASMOSÉDINE

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

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

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:
GIMENEZ-SALINAS & C.ª
R. NOVA DA TRINDADE, 9 — LISBOA

LISBOA MÉDICA

Schering

ARCANOL

o novo remédio eficaz contra
a gripe e constipações

INDICAÇÕES:

Todas as afecções gripais especialmente catarros das vias respiratórias superiores e anginas. O ARCANOL reúne o conhecido efeito antiflogístico do ATOPHAN com o antipirético do ácido acetil-salicílico.

SCHERING KAHLBAUM A. G.

BERLIM

Pedir amostras e literatura ao representante:

Schering, Limitada — LISBOA, Rua Victor Cordon, 7

mento da crise, precedendo-a, em regra, não intervindo como factor etiológico, antes sendo um mero efeito.

Nós quisemos saber o que se passava com estes elementos longe das crises e, segundo as nossas observações, parece poder-mos afirmar uma certa hipocoagulabilidade sanguínea e a existência, em 50 % dos casos, de eosinofilia.

Os autores divergem sôbre a importância da condutibilidade, da viscosidade e da tensão superficial sanguínea, na etio-patogénese das doenças que quisemos estudar e dos choques humorais.

Desde Lumière que supõe a variação da primeira como causa e das outras como efeito, e passando por Widal que, falando na crise coloidoclásica, esquece as condições sob que varia a dinâmica coloidal, não ficam mal as minhas investigações no sentido de nos esclarecer se elas são próprias e permanentes nas doenças por sensibilização.

Aí fica pois, sem pretensão, o resultado que colhi: nenhum argumento por onde supor se modifique a condutibilidade eléctrica, *uma ligeira tendência para acidose (1) nos humores, um aumento de tensão superficial e uma diminuição da viscosidade sanguínea.*

BIBLIOGRAFIA

- A. BESREDKA. — Anaphylaxie et anti-anaphylaxie. 1917.
L'Immunité locale (Pansements spécifiques). 1925.
- AMEUILLE et FRANCIS BORDET. — Nouveau Traité de Médecine et Thérapeutique Appliquée, Émile Sergent. Appareil respiratoire. Asthme.
- ANDRÉ DOGNON. — Précis de Physico-Chimie Biologique et Médicale.
- ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE. — Numéros 1, 8, 9 de 1926; 1 e 3 de 1928.
- AUGUSTE LUMIÈRE. — Les Annales des Laboratoires Lumière de Physiologie Exp. et de Phar. 1921-1922.
— Théorie Colloïdale de la Biologie et de Pathologie. 1922.
— Théorie Colloïdale de la Vie et de la Maladie. 1925.
— Le rôle des colloïdes chez êtres vivants. 1922.
— La Vie, la Maladie et la Mort. (Phénomènes colloïdaux). 1928.
- L'Avenir Médical.
- BESANÇON et JONG. — Nouveau Traité de Médecine de Roger & Widal. Appareil respiratoire. Asthme.
- BIGWOOD. — La concentration des ions «calcium» dans le plasme sanguine. (Bul. de la Soc. de Chimie Biol.)

(1) Esta afirmação, repito, é feita com certa reserva, atendendo à pouca precisão da técnica que empregamos (método colorimétrico).

- BRUYNOGHE. — L'Imunité et ses applications. Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie. Numéros 2 e 8 de 1928.
- Clinique et Laboratoire. Généralités sur le symbole pH (signification et détermination clinique). 30 de Agosto de 1927.
- CYTROMBERG (Varsóvia). L'examen fonctionel de l'estomac au moyen des méthodes physico-chimiques. Arch. des Mal. de l'Ap. Digestif.
- D. NOICA et PARVULESCO. — Un cas d'oédème aigu de la face. Rev. de Neurologie. Maio de 1928.
- DUCLAUX. — Les colloïdes. 1925.
- E. LAMBLING. — Précis de Biochimie.
- ÉTIENNES BERNARD. — Asthme et saignée. Bul. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris. 1928.
- FIGLEY e EIROD. — Asma endemica debida al polvo de haba de ricino. The Journal of the American Médical Association. (trad. esp.)
- GUDZENT. — Gota y reumatismo. (Trad. do alemão).
- GUILLAUME. — Vagotonies. Sympaticotonies. Neurotonies. 1925.
- H. GOUGEROT. — La Dermatologie en Clinique.
- HAZARD. — Sang, organes hematopoiétiques, râte, os.
— Analyse physique et chimique du sang.
- J. CALVÉ. — L'Oédème.
- J. DANYSZ. — Origine, évolution et traitement des maladies chroniques non contagieuses.
— Théorie de l'immunité, de l'anaphylaxie et de anti-anaphylaxie. 1920.
- J. CHAUMETTE. — Le pH en biologie médicale (Sa détermination, ses variations pathologiques et expérimentales). Thèse. Nancy. 1927.
- JEANSELM et POMARET. — Étude expérimental des phénomènes de choc produits par les arsenos et les novarsenobensols. Annales de Médecine. Dezembro de 1921.
- JUNG. — Persistence des refléxes vaso-constricteurs au cours de choc peptonique. Bul. de la Soc. de Biol. Janeiro de 1928.
— Le choc anaphylatique chez le chien, après isolement de l'encéphale, par sections du bulbe et des vagues. Bul. de la Soc. de Biol. Março de 1928.
- KOPACZEWSKI. — Introduction à l'étude des colloïdes. — Essais de démonstration et de différenciation des chocs par contact in vitro. — C. R. de la Soc. de Biol. Séance du 6 Janvier 1922.
— Les colloïdes en thérapeutique. Presse Médicale. 7 de Junho de 1927.
— L'eau vivante. (Conférence donnée à Spa.
— Sur la dialyse de la maltase. An. de L'Inst. Pasteur. 1913.
— Transfusion sanguine.
— La turgoelectricité. Comp. Rend. de la Soc. de Biol. (Séance du 27 Juillet 1925).
— Pharmacodynamie des colloïdes.
— Les ions de H.
— L'extreme labilité de certaines eaux minérales.
— L'influence des acides sur l'activité de la maltase dialysée. An. de l'Inst. Pasteur. Março de 1915.

- KOPACZEWSKI et BORNOWSKI. — Les antagonismes physico-chimiques des microbes. *Comp. R. de la Soc. de Biol.*
- LOEB (Nova York). — I a théorie des phénomènes colloïdaux. (Trad. de l'Anglais par «Mouton»). 1925.
— Les protéines.
- LOPO DE CARVALHO e FERREIRA DE MIRA. — A reserva alcalina na tuberculose pulmonar. (Considerações sobre o equilibrio acidobase). Lisboa-Médica. Março de 1928.
- LOUIS RAMOND. — Conférences de clinique médicale pratique. La maladie du serum; l'asthme; l'hémophilie.
- M. ARTHUS. — De l'anaphylaxie à l'immunité.
- MANUEL JOAQUIM DA COSTA. — Valor prognóstico e terapêutico da intro-dermo-reacção ao sêro de cavalo nos sífilíticos. (Comunicação ao III Congresso Nacional de Medicina. Lisboa. Maio de 1928).
— Diagnóstico dos estados simpáticos. (Tese. 1925).
— Alergia tuberculosa, cuti-reacção e valor profilático desta. Conferência feita na Associação dos Méd. do C. de Portugal. 1928.
- MIKULOWSKI (Varsóvia). — Perturbations de l'équilibre colloïdal dans les enfants. *Arch. des Mal. des Enfants.*
- MORAIS SARMENTO (Prof.). — A crenoterapia e o humorismo. 1927.
- NOBÉCOURT. — La migraine des enfants.
- PASTEUR VALLERY-RADOT, BLAMOUTIER. — Cessation de certaines crises d'asthme anaphylatiques par la saignée. *Bul. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris.* 1928.
- PASTEUR VALLERY-RADOT, CARRIER, BLAMOUTIER et LODAT. — Urticaire et phénomènes de choc déclenchés par l'effort musculaire. (Étude des pathogéniques et thérapeutiques). *Presse Médicale.* Junho de 1927.
- PASTEUR VALLERY-RADOT, PIERRE BLAMOUTIER et JUSTIN BESANÇON. — Le coryza spasmodique équivalent de l'asthme d'après 188 observations. *Presse Médicale.* 19 de Maio de 1928.
- Revue de Neurologie. Rapports et communications sur la migraine. De la Soc. de Neur. de Paris. (Séance du 27 Mai 1925).
- ROBERT CLÉMENT. — Anti-anaphylaxie. Desensibilisation.
- ROGER et WIDAL. — Nouveau Traité de Médecine. Maladies anaphylatiques.
- ROSSIER. — Introduction à l'étude des points isoelectriques du sang. *An. de Médec.* Abril de 1928.
- SEDILLOT. — L'Asthme (Uricémie respiratoire spasmodique, d'origine hépatique). 1926.
- VIOLLE. — Mécanisme de l'uricémie goutteuse. *Presse Médicale.* 8 de Fevereiro de 1928.
- VIOLLE et DUFFORT. — Action des eaux minérales sur les colloïdes cellulaires et le mécanisme de la diurèse. *Presse Médicale.* 11 de Junho de 1927.
- VIGO CHRISTIANSEN. — Nouveau Traité de Médecine. Roger et Vidal. La migraine.
- WIDAL, ABRAMI et BRISAUD. — Considérations générales sur la protéinothérapie. *Presse Médicale.* 5 de Março de 1921.

NOTAS CLÍNICAS

A SÍFILIS CEREBRAL

POR

ROMÃO LOFF

Já Wunderlich e Fournier tinham notado que não existem sintomas característicos e constantes da sífilis cerebral e que a lues pode originar todos os síndromas meningo-encefálicos. Contudo, o polimorfismo e versatilidade dos sintomas das cerebropatias luéticas é alguma coisa de característico desses processos (Nonne) e, em presença de uma doença com caracter cerebral, nunca devemos deixar de pôr em consideração a etiologia sífilítica.

Por maior que seja a diversidade do quadro clínico das sífiloses cerebrais, em todo o caso os doentes que delas enfermam, quando bem examinados, apresentam grandes pontos de contacto. Quero referir-me à constância dos fenómenos prodrômicos que em geral precedem de muito tempo, meses até, o aparecimento da doença e à freqüência com que as cerebropatias sífilíticas se acompanham de anormalidade do líquido céfalo-raquídeo. Sabe-se, hoje, que na origem de quasi todas as sífilis nervosas existe um processo de lepto-meningo-vascularite que se traduz por aumento da permeabilidade meníngea e reacções anómalas do líquido céfalo-raquídeo. Este processo meningo-vascular não só acompanha a lues nervosa, como antecede, às vezes de alguns anos, de uma maneira latente, a explosão dos sintomas clínicos.

Diante, pois, de todo o síndrome meningo-encefálico, instalado mais ou menos abruptamente e em cuja etiologia pode haver suspeita de sífilis, devemos determinar esse factor pela investigação dos sinais prodrômicos e pelo estudo das reacções humorais.

Os pródromos raramente faltam: cefaleias, tonturas, insónia, dor vaga ou localizada à percussão do crânio, perturbações do estado geral (astenia, anemia, queda dos cabelos, perda do apetite). A análise do líquido retirado pela punção lombar revela-nos aumento de pressão, aumento da percentagem de albumina e de globulinas, hiperleucocitose. A reacção de Wassermann apresenta-se positiva em muitos casos de sífilis cerebral. De um poderoso auxilio são as reacções do ouro coloidal (Lange) e do benjoim coloidal (Guilain) que dão floculações ou *curvas* típicas de sífilis cerebral.

Entre os múltiplos síndromas que a sífilis, quer por processos arteriais, quer por processos meningo-vasculares, quer por processos gomosos, pode originar, recordaremos os mais freqüentes — lembrando também que muitas vezes se apresentam combinados.

1.º — *Monoplegia e hemiplegia*. — Raramente têm o começo abrupto do grande icto e nesse caso são precedidas de fenómenos paréticos passageiros nos membros que mais tarde hão-de ser atingidos. As alterações sífilíticas dos vasos não predispõem para a hemorragia, ao contrário das ateromatosas

(Nonne). Nos indivíduos novos que não apresentam lesão cardíaca ou renal, alcoolismo, diabetes, anemia perniciosa, doenças agudas, a sífilis cerebral é a causa mais freqüente da hemiplegia. Nestas condições, ao tratar um doente que acaba de ter um insulto apoplético, não devemos entreter-nos só com os drásticos e revulsivos e instituir um tratamento anti-sifilítico de urgência.

As arterites sífilíticas, conforme a sua localização, podem dar lugar à afasia, a hemiplegias alternas (síndromas de Weber, de Millard-Gübler, etc.) e não é raro serem acompanhadas de sinais pupilares.

2.º — *Epilepsia*. — A sífilis cerebral é responsável da maioria das crises convulsivas que surgem na idade adulta. Em geral a enfermidade é anunciada e acompanhada de sinais associados: cefaleia, tonturas, perturbações pupilares, paresias, torpor intelectual, etc.

Pode afectar a forma generalizada ou revestir o tipo jacksónico. Neste último caso freqüentemente as crises não se acompanham de perda do conhecimento: o doente é espectador do seu próprio ataque, após o qual persiste de maneira mais ou menos duradoura, uma paresia dos membros convulsionados.

Por vezes a sífilis cerebral origina, simplesmente, fenómenos de pequeno mal (ausências, vertigens, automatismo ambulatório, alucinações paroxísticas).

3.º — *Paralisias dos nervos cranianos*. — De grande freqüência, quasi sempre são indicadoras da meningite gomosa da base do cérebro. Os nervos mais vulgarmente afectados são: o óptico (nevrite óptica), os nervos óculo-motores, o facial, o auditivo.

Antes do exame oftalmoscópico revelar a nevrite óptica, pode existir já um estreitamento do campo visual, donde a necessidade de mandar fazer o exame perimétrico para que não passe despercebido um princípio de alteração do nervo.

A sífilis da base tem uma grande predilecção pelos nervos óculo-motores, principalmente o motor ocular comum. Dos seus ramos, é o levantador da pálpebra o mais vulgarmente atingido: uma *ptosis* que surgiu sem outros sintomas deve-nos fazer pensar sempre na sífilis em primeiro lugar. As perturbações pupilares são bastante freqüentes e bem conhecidas.

As lesões do nervo auditivo revelam-se a princípio por zumbidos e vertigens e depois por surdez grave.

A paralisia facial sífilítica faz-se quasi sempre anteceder e acompanhar pelos sintomas gerais.

4.º — *Síndrome meningea*. — É freqüente a sífilis cerebral iniciar-se, de uma maneira mais ou menos aguda, pelos sinais clássicos de meningite: fortes dores de cabeça, vômitos, aumento de temperatura, rigidez da nuca. Mais tarde costumam aparecer sinais que denotam extensão do processo ou à corticalidade (crises convulsivas, paresias dos membros) ou à base (paralisias dos nervos cranianos). A diagnose com a meningite tuberculosa oferece, por vezes, sérias dificuldades.

5.º — *Hipertensão craniana*. — As encefalopatias sífilíticas revestem muitas vezes a forma de tumor cerebral, revelada clinicamente não só por sintomas gerais (vômitos, dores de cabeça, tonturas, papila de estase) como por

sinais de localização. Daí a prática que alguns neurologistas adoptam, de instituir um tratamento intensivo de prova a todos os doentes que se apresentam com suspeita de tumor cerebral, mesmo que a anamnese e as análises humorais sejam negativas no sentido de lues.

6.º — *Neurastenia*. — Na sua forma larvada a sífilis cerebral pode traduzir-se por um síndrome neurasteniforme: impressões na cabeça, fadigabilidade intelectual, astenia neuro-muscular, inaptidão para o trabalho, parestesias várias. Ao observar um neurastênico devemos, pois, considerar a possibilidade da sífilis, prestando atenção à anamnese, examinando as pupilas e recorrendo às indagações laboratoriais, se o caso se nos apresentar suspeito.

7.º — *Psicose*. — Não falando na psicose que no período secundário da infecção sífilítica pode surgir e que apresenta o tipo das psicoses toxi-infecciosas (delírio onírico, estado confusional, turvação da consciência), a sífilis cerebral terciária é freqüentemente revelada por perturbações mentais. Estas perturbações não são características e todas as modalidades estão descritas, desde a forma depressiva até a forma maníaca. A *loucura sífilítica* de alguns autores é um delírio alucinatório, mais ou menos agudo, com agitação e turbulência, ou pelo contrário com estado estuporoso. Parece não ser hoje admissível a pseudo-paralisia geral sífilítica, psicose em que predominariam as perturbações demenciais e remediável pelo tratamento adequado.

Quando as lesões cerebrais são circunscritas, ao lado da psicose encontram-se sinais neurológicos de localização.

Não nos demoraremos em apreciar os elementos que permitem diferenciar a sífilis cerebral e a paralisia geral, doenças que por vezes apresentam grandes analogias clínicas. Alguns autores chegam a supor que as formas mentais da sífilis cerebral marcam sempre o início de uma paralisia geral ou evoluem para ela. É bom, contudo, que essa diagnose se faça com a possível exatidão, visto que hoje as indicações terapêuticas para a paralisia geral são claras (malariaterapia). Esse diagnóstico parece-nos basear-se nos seguintes pontos:

a) Caracteres de psicose (as alucinações na paralisia geral são raras, mesmo negadas por alguns psiquiatras).

b) A existência de sinais focais na sífilis cerebral (diplopia, paralisias oculares, crises convulsivas, paresias dos membros, etc.).

c) Sinais pupilares — muito mais constantes na demência paralítica.

d) Estudo do líquido céfalo-raquidiano. Na paralisia geral a reacção de Wassermann sempre positiva com fracas diluições, permanecendo positiva apesar do tratamento. Forte aumento de albumina, ultrapassando 1,5 ‰. Reacções de Lange e Guillain dando uma curva típica de floculação.

e) Cuti-reacção à luetina positiva nas sífilis alérgicas como o lues cerebral e negativa nas sífilis analérgicas como a paralisia geral.

O tratamento da sífilis do cérebro deve ser *precoce, intenso, prolongado*.

Para que o tratamento seja precoce, é preciso procurar com minuciosa atenção os sintomas iniciais e principalmente os sinais precursores e mesmo pre-clínicos. Com freqüência a punção lombar permite descobrir uma anormalidade do líquido raquidiano e demonstrar uma reacção meningia latente

NEO=PLASTINA

SEIXAS=PALMA

Emulsão aseptica de lecitina e luteinas em sôro-fisiologico

Este preparado não provoca reacção

Receitae a

NEO=PLASTINA

SEIXAS=PALMA

Em caixas de 10 ampolas de 1,5 c. c.

» » » 6 » » 5 » »

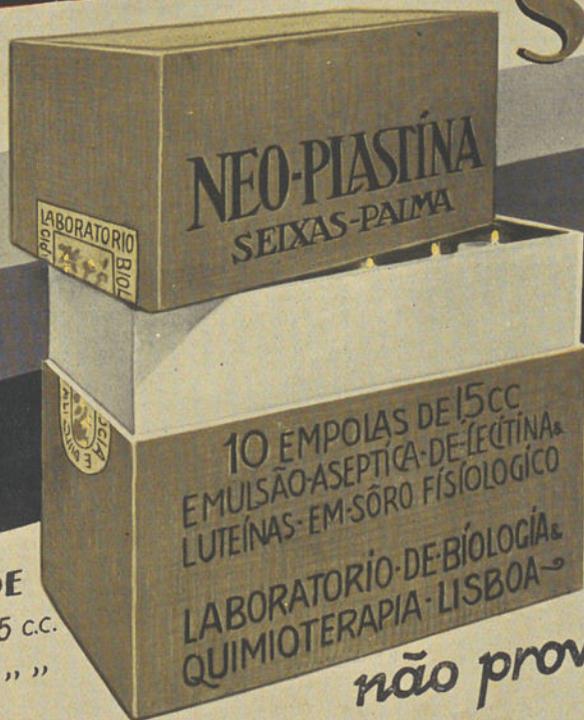
Porque é

DE ASEPSIA GARANTIDA
DE FABRICAÇÃO SEMPRE RECENTE
DE APLICAÇÃO INDOLOR
PRODUCTO PORTUGUÊS
O MAIS ECONOMICO DOS CONGÉNERES

TODOS OS EX.^{mos} CLINICOS PODEM REQUISITAR AMOSTRAS AOS NOSSOS DEPOSITARIOS :
VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, L.^{da} - Rua da Prata, 237 - LISBOA
LOURENÇO FERREIRA DIAS, L.^{da} - Rua das Flores 153 - PORTO

NEO=PLASTINA

SEIXAS=PALMA



EM CÂIXAS DE
10 ampolas de 1,5 c.c.
6 " " 5 " "

*Emulsão aseptica de lecitina
e luteinas em soro fisiológico*

*Este preparado
não provoca reacção*



que, não tratada, pode ser o início de uma sífilis nervosa grave. Por isso alguns sifilígrafos, nos seus doentes em tratamento, praticam a raquicentese de uma maneira periódica, pelo menos no curso dos primeiros anos após a contaminação sífilítica.

Instalada a doença na sua fase clínica e estabelecido o diagnóstico etiológico, devemos instituir sem hesitação, desde o primeiro dia, a terapêutica anti-sifilítica indicada: em certos casos uma injeção de Neosalvarsan torna-se tão urgente como proceder a uma sangria.

O tratamento precisa ser intensivo e completo. É facto conhecido que os tratamentos insuficientes podem ser mais prejudiciais do que úteis, tendo-se visto muitos casos agravarem-se às primeiras injeções e curarem-se com o prosseguimento sem tréguas da mesma terapêutica.

É também sabido que a sífilis cerebral apresenta uma grande tendência a recidivar. Um indivíduo que sofreu um icto hemiplégico que o tratamento debelou, permanece sempre na iminência de uma segunda apoplexia, se esse tratamento fôr descuidado. Ora é um erro limitarmo-nos à cura clínica. Necessário se torna obter, também, a cura humoral, muitas vezes mais demorada e difícil do que aquela. Daí a necessidade de interrogar freqüentemente a Wassermann no sangue e investigar as reacções do líquido céfalo-raquídio: enquanto persistirem as reacções anormais não devemos abandonar o doente.

A escolha da medicação é sempre problema delicado, hoje que dispo-mos de inúmeras preparações treponemicidas. Os compostos de bismuto, principalmente os insolúveis, estão nas boas graças dos sifilígrafos, por serem mais fáceis de manejar e possuírem uma actividade incontestável e incontestada.

Dos arsenicais complexos, o 914 continua com o favor dos clínicos por ser o mais conhecido e ter dado as suas provas no campo das sífilis cutâneas. Contudo, nas sífiloses cerebrais, o seu manuseamento é mais difícil, alguns mesmo o julgam prejudicial por fragilizar os centros nervosos, talvez em virtude do seu conhecido neurotropismo. Quando os nervos da base se acham tocados, recomenda-se prudência no seu emprêgo. Muitos especialistas contra-indicam-no nas nevrites do óptico e do acústico.

O mercúrio, entre nós, está sendo cada vez mais abandonado e, a nosso ver, sem razão. Antigamente empregava-se sob a forma de fricções mercuriais e os resultados na sífilis cerebral eram satisfatórios. O cianeto de mercúrio intravenoso veio marcar uma nova era no tratamento intensivo da sífilis nervosa e conseivamos dêle as melhores recordações. Julgamos mesmo que no comêço de accidentes nervosos graves em que interessa instituir um tratamento intenso mas bem regulado, o cianeto é de um alto valor; costumamos começãr por algumas injeções endo-venosas dessa substância a fim de preparar uma cura arsenical, pois esta deve sempre ser iniciada por doses fracas, e portanto pouco activas.

Convém associar às curas a medicação iodada e em especial o iodeto de potássio que presta os melhores serviços e que hoje não tem a corrente que já possuía — o que nos parece absolutamente injusto.

Nas sífilis rebeldes ao tratamento, quer empregando curas alternadas de mercúrio, bismuto e arsênico, quer empregando essas curas associadas, pode

lançar-se mão do método piretogénico (injecções de leite, nucleinato de sódio, de Dmelcos, etc.) o qual cada vez mais vai sendo substituído pela malariaterapia.

De uma maneira geral, a malarização dos sifilíticos cerebrais não produz os efeitos surpreendentes que por vezes se verificam no tratamento da demência paralytica, o que, aliado à dificuldade da sua técnica, lhe limita muito a indicação. Contudo, tem-se visto arterites rebeldes beneficiarem com o seu emprêgo, psicoses serem freqüentemente juguladas pela inoculação palúdica e algumas meningites latentes que não cederam à quimioterapia tem sido melhoradas, nas suas reacções humorais, com êste método.

A malariaterapia é pois um horizonte novo que se abriu no campo da terapêutica anti-sifilítica, um recurso para o clínico que vê improficuos os seus esforços e uma esperança nos casos angustiosos.

ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

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

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

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

SIPHILIS -:- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilização terapeutica).

PIAN — TRYPANOSOMIASES — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

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

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

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

LABORATORIOS CLIN . COMAR & C^{ie} — PARIS

GIMENEZ-SALINAS y Cia, Rua Nova da Trindade 9, 1^o — LISBOA

D. P. 158

CINNOZYL

Methodo de immunisação artificial do organismo tuberculoso

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

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

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

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

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

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

1627

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

VIGANTOL

Em todas as perturbações do metabolismo osseo, tais como :

Raquitismo, Osteomalacia, Artrismo deformans, Osteoartrópia, Tuberculose ossea com ou sem formação de fistulas, Raquitismo tardio, etc.

VIGANTOL

preparado de VITAMINA D, altamente activo

VIGANTOL regula o teor do sangue em fosforo e calcio e favorece os depositos calcicos dos ossos.

■

Embalagens originais :
Vigantol - solução - óleo.
Vigantol - Chocolatada em drageas.

I. G. Farbenindustrie
Aktiengesellschaft

Departamento Farmaceutico

"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

Revista dos Jornais de Medicina

Sobre o tratamento da esclerose múltipla com referência especial à terapêutica infecciosa. (*Zur Behandlung der multiplen Sklerose mit besonderer Berücksichtigung der Infektionstherapie*), por P. KRAUSE. — *Therapie der Gegenwart*. N.º 12. 1929.

O tratamento da esclerose múltipla dá ainda resultados pouco satisfatórios, embora o arsenal terapêutico não seja nulo como no tempo de Charcot que, em presença dum doente com esclerose múltipla, dizia aos seus assistentes: «Donnez-lui quelque chose».

O repouso físico e mental dá algum resultado e êle nos explica as melhoras passageiras dos doentes quando hospitalizados.

A balneoterapia bem conduzida, nem excessivamente fria, nem demasiado quente, provoca freqüentemente melhoras que duram meses. O tratamento eléctrico intensivo provoca pioras na maioria dos casos.

São extraordinariamente numerosas as tentativas de quimioterapia da esclerose múltipla. O A. obteve bons resultados com o arsénio (pílulas, gotas e melhor ainda na forma de *solarson* como injeção subcutânea). Pelo contrário a quinina, a prata e a fibrolisina não deram resultado apreciável.

O tratamento radiológico tem-se mostrado eficaz nas mãos de alguns autores (Raymond, Beanjard e Marinescu).

Krause tratou nos últimos anos oito doentes, não tendo obtido melhoras objectivas. A técnica empregada foi: 30 % de H E D, 180 KV., 30 cm. de distância focal, 95 mm. de filtro de cobre, tamanho do campo no crânio 10×15, na coluna 6×8. Irradiação diária.

A terapêutica pelo salvarsan e a proteínoterapia também não deram resultados apreciáveis.

O A. escolheu para a terapêutica infecciosa a febre recorrente, infecção espirilar de que observou milhares de casos na Macedónia e Sérvia, tendo constatado o efeito curativo maravilhoso do neosalvarsan nesta doença.

Em seis doentes empregou o A. a terapêutica infecciosa com espirilos da recorrente: quatro casos de esclerose múltipla, um de ataxia de Friedreich e outro dum estado post-encefálico não especificado pelo A. As experiências foram executadas no ano de 1925/26.

A primeira inoculação nem sempre dá o resultado desejado e num dos doentes só depois da quarta inoculação apareceu febre.

Em dois dos doentes tratados e que sofriam de esclerose múltipla conseguiu obter o A. melhoras apreciáveis. Os doentes devem ser observados durante anos. O A. aconselha esta terapêutica nos casos de esclerose múltipla renitentes a qualquer outro tratamento.

F. FONSECA.

Reconhecimento e tratamento dos bócios intratorácicos. (*Über Erkennung und Behandlung intrathorakaler Strumen*), por M. MARTENS. — *Therapie der Gegenwart*. N.º 12. 1929

Devem ser operados todos os bócios que determinam dificuldade respiratória por desvio ou compressão das vias aéreas,

No caso de dificuldade respiratória ou de manifestações tireotóxicas e quando pelo exame objectivo se não encontra aumento de volume da tiroideia, deve fazer-se um exame radiológico a fim de verificar se existe ou não um bócio subexternal.

F. FONSECA.

Sobre o comportamento dos vasos esplâncnicos no colapso. (*Über das Verhalten der Splanchnikusgefäße im Kollaps*), por M. REFKONVITZ. — *Therapie der Gegendarm.* N.º 12. 1929.

Nas graves lesões circulatórias com baixa da pressão sanguínea as veias e artérias do ventre estão fortemente dilatadas. No colapso as veias do abdómen, exactamente como as dos outros territórios da periferia, são mais estreitas do que as artérias.

Nestes casos o cardiazol, determinando constrição das artérias e aumento da pressão, põe em circulação o sangue estagnado no ventre, aumenta assim a quantidade de sangue circulante e levanta o estado geral.

F. FONSECA.

O tratamento dos bubões supurados com injeções de leite. (*Die Behandlung eitriger Bubonen mit Milchinjektionen*), por E. KROMAYER J.^{or} e *KLINISCHE WOHENSCHRIFT.*—N.º 51. 1929.

De Janeiro de 1926 a Julho de 1929 tratou o A. 131 casos de bubão. 45 foram submetidos apenas a tratamento local anti-inflamatório e os restantes 86 conjuntamente com esse tratamento fizeram injeções de leite.

Curaram-se espontâneamente, isto é reabsorveu-se o pus sem fistulização e sem intervenção cirúrgica :

6 dos casos tratados sem injeção de leite, isto é 13 0/0 dos doentes.

58 dos casos tratados com injeção de leite, ou seja, 67 0/0.

Em quási todos os casos o bubão foi causado por uma úlcera mólia do pénis.

O A. empregou a seguinte técnica :

Leite de vaca o mais recente possível, fervido em banho-maria durante trinta minutos, filtrado e aplicado em injeção intramuscular. A maioria dos doentes recebeu duas a quatro injeções no decurso de três a quatro dias. A quantidade de leite empregado nas primeiras injeções é de 6-10 c. c. e nas restantes 10-15 c. c.

Habitualmente observa-se o seguinte :

A temperatura eleva-se a 39º-40º e mais, algumas horas depois da injeção, voltando ao normal no dia seguinte.

No dia seguinte o bubão apresenta-se menos inchado e menos doloroso, desaparecendo a pouco e pouco a flutuação e o próprio tumor inflamatório no decurso de uma a duas semanas.

Noutros casos a injeção de leite acelera o processo de supuração, o bubão amadurece mais rápidamente e a operação é executada mais cedo. O A.

verificou que nos casos tratados com leite a cicatrização da úlcera mólia decorre mais rapidamente.

F. FONSECA.

Sobre o tratamento metálico dos carcinomas inoperáveis. (*Über die Metallbehandlung inoperabler Carcinome*), por R. HERBST e KLINISCHE WOCHENSCHRIFT. — N.º 44. 1929.

O A., apresenta o resultado das suas experiências sobre o valor do Wismut-diasporal na terapêutica do cancro. Êste medicamento, segundo Lasch e Neumann, dá resultados completamente negativos.

Kahn atribui o valor do diasporal, em primeiro lugar, ao reforçamento da irradiação provocado pela deposição do metal pesado no tecido tumoral (raios secundários), e em segundo lugar ao bloqueamento do sistema retículo-endotelial.

O A. investigou em primeiro lugar se o bismuto se depositava ou não no tecido tumoral, servindo-se do processo histoquímico de Christeller. As experiências foram feitas em três doentes: o primeiro com um carcinoma da face (histologicamente um carcinoma sólido), o segundo com um carcinoma da vulva (cancróide) e o terceiro com um carcinoma ulcerado da mama (histologicamente um carcinoma medular).

Nestes doentes o tratamento foi conduzido pela forma indicada por Kahn, cada dois dias 50 mgr. de Bi intravenoso, na dose total de 250 mgr. Antes e depois do tratamento foi feita uma biopsia da parte mais profunda possível do tumor.

Feitas as preparações pelo processo de Christeller, o A. verificou que elas não continham nem sequer vestígios de bismuto, o que o levou a excluir a formação de raios secundários.

Como Califano verificou, por experiências em animais, que o Bi-diasporal em injeção intravenosa é fixado pelo retículo-endotélio e pelo endotélio dos capilares pulmonares, é provável que todo o bismuto seja retido pelo pulmão e por êsse motivo não seja fixado pelo tumor.

A evolução ulterior da neoplasia nos três doentes estudados mostra a ineficácia do preparado.

F. FONSECA.

Reacção do lobo anterior da hipófise e líquido céfalo-raquidiano. (*Liquor- und Hypophysen-Vorderlappenreaktion*), por K. EHRHARDT e KLINISCHE WOCHENSCHRIFT. — N.º 50. 1929.

Os AA. seguiram na pesquisa da hormona do lobo anterior da hipófise a técnica indicada por Zondek e Aschheim. Observaram 50 líquidos céfalo-raquidianos de adultos e crianças obtidos por punção lombar, suboccipital ou ventricular. Das suas pesquisas tiram as seguintes conclusões:

- 1.ª O líquido céfalo-raquidiano de adultos ou crianças dá, em geral, uma reacção negativa.
- 2.ª Mesmo nas doenças que se acompanham de alterações morfológicas

ou funcionais do lobo anterior da hipófise (acromegalia, distrofia adiposo-genital, caquexia hipofisária, tumores da hipófise) nunca o A. obteve uma reacção positiva.

3.^a Notável é o facto de a maioria das vezes o líquido céfalo-raquidiano de grávidas dar uma reacção negativa. Esta constatação é tanto mais interessante, quanto sabemos que durante a gravidez o sangue contém um excesso de hormona do lobo anterior da hipófise.

4.^a O A. obteve reacção positiva do tipo I (nunca dos tipos II e III) nos seguintes casos:

a) No líquido céfalo-raquidiano de três casos de eclampsia. Êsses doentes apresentavam grandes edemas, hipertensão e ataques eclâmpticos. Numa outra doente com eclampsia o líquido céfalo-raquidiano deu reacção negativa.

b) No líquido céfalo-raquidiano duma grávida que tinha simultaneamente um carcinoma do útero.

c) No líquido céfalo-raquidiano duma grávida de 8 meses com sintomas pre-eclâmpticos.

d) No líquido céfalo-raquidiano duma grávida de 10 meses com uma dermatose gravídica.

5.^a É provável que nos casos com reacção positiva de tipo I a hormona do lobo anterior da hipófise passe do sangue para o líquido céfalo-raquidiano e não siga directamente da hipófise.

F. FONSECA.

A anemia da gravidez. (*Anemia of pregnancy*), por C. E. GALLOWAY. — *Jour. Am. Med. Ass.* 30 de Novembro, 1929.

Durante a evolução da gravidez, a maioria das mulheres apresentam sinais de anemia. A origem desta anemia não está até agora perfeitamente averiguada.

Em 222 doentes, 144, ou sejam 65 %, apresentaram valores de hemoglobina abaixo de 65 e um número de glóbulos rubros inferior a 4.00.000.

Em 382 grávidas observadas, com tratamento ou sem tratamento, anémicas e não anémicas, a média do valor da hemoglobina e da numeração dos glóbulos rubros foi, no 1.^o 2.^o e 3.^o trimestres, respectivamente, 73 % — 69 % — 60 % e 4.050.000 — 3.900.000 — 3.870.000.

Em face de tais números tem de concluir-se que a anemia se acentua à medida que a gravidez progride e com uma mais forte redução na hemoglobina do que nos glóbulos rubros.

A predisposição para a anemia é igual nas múltiparas e nas primíparas.

As duas últimas semanas da gravidez parecem acompanhar-se de uma ligeira elevação da taxa da hemoglobina e dos hematias, mas na altura do parto os valores voltam ao normal, na maioria dos casos.

A resposta ao tratamento médico — ferro, arsénio, figado, extracto hepático — manifesta-se em todos os casos sem excepção.

Qualquer foco séptico, (tonsilite, cária dentária, etc.) deve ser cuidadosamente eliminado, como primeira medida terapêutica.

Os exames do sangue e o tratamento da anemia devem constituir como que normas na rotina da assistência às grávidas.

Desde que certas pacientes manifestam sintomas de anemia grave nas proximidades do termo da gravidez, com tendência às hemorragias, e uma vez que pouco se sabe a propósito da origem da anemia perniciosa da gravidez, a transfusão está indicada em tais circunstâncias, como se demonstra praticamente pelos resultados benéficos que com ela se alcançam.

MORAIS DAVID.

A acção colagoga das lavagens rectais. (*Secretion of bile in repon. e to rectal instillations*), por A. L. GARBAT e G. JACOBI. — *Arch. Int. Med.* Setembro, 1929.

Entre as diversas medidas terapêuticas propostas para o tratamento das ictericias — independentemente da sua natureza — figura, desde os tempos antigos, o emprêgo dos clisteres.

Os autores pretendem precisamente estudar, através da experimentação, se na realidade as lavagens do intestino determinam qualquer estímulo na secreção biliar.

Em 8 doentes verificou-se, com a maior uniformidade, que 3 a 12 minutos depois da instilação no recto dos mais variados solutos, se produzia uma descarga de bilis e que esta se prolongava durante 18 minutos a 1 hora, sem interrupção.

A acção colagoga é independente da natureza química dos solutos; os mesmos resultados foram obtidos com o cloreto de sódio, com o carmin de índigo, com o leite peptonizado, com o azul de metilena, a dextrose ou a fenoltaleína.

A insuflação do intestino, com ar, não foi acompanhada do afluxo de bilis ao intestino.

Não se pode, portanto, atribuir a uma acção puramente mecânica, à distensão das paredes do intestino, o efeito das lavagens rectais.

A instilação dos líquidos no intestino provoca uma excitação da célula hepática por via reflexa ou, mais provavelmente, por intermédio da absorção do fluido através do sistema porta.

Com o auxílio dos raios X pôde comprovar-se que o afluxo da bilis provém de uma hiper-actividade da própria célula hepática e não de uma simples descarga das vias biliares.

A imagem da vesícula, visualizada pelo tetraiodo-fenoltaleína, mantém-se após a irrigação do cólon, a-pesar-do afluxo de bilis, ao passo que uma refeição com suficiente percentagem de gorduras é seguida do rápido desaparecimento da imagem radiológica da vesícula.

Os clisteres produzem então uma drenagem da bilis para o duodeno, sem contracção das paredes da vesícula biliar.

MORAIS DAVID.

A patologia do bócio tóxico. (*The pathology of toxic Goiter*), por H. L. Foss. — *Surg. Gyn. and Obst* Dezembro, 1929.

Os factos geralmente assentes são: 1) A glândula tiroideia mostra no bócio tóxico (hipertiroidismo, doença de Graves, tirototoxicosis, bócio exoftálmico), hipertrofia parenquimatosa e hiperplasia. 2) O iodo administrado, sob qualquer forma, é rapidamente assimilado pela glândula hiperplástica, provocando alterações regressivas e reduzindo-a a uma fase análoga à do estado de repouso ou do estado colóide. 3) A atenuação de todos os sintomas e manifestações clínicas marcha a par destas alterações e é marcada especialmente pela redução nas trocas respiratórias, na produção de calor e no consumo do oxigénio (metabolismo basal). 4) Estes resultados são transitórios. Apesar da administração continuada do iodo, na maioria dos casos, revela-se uma tendência para a reincidência da hipertrofia e da hiperplasia, com paralela recrudescência dos sintomas, em especial com elevação no metabolismo. 5) O conteúdo da glândula em iodo é inversamente proporcional ao grau de hipertrofia e hiperplasia e esta relação é constante para qualquer espécie animal. 6) Histologicamente o bócio nodular não é, como regra, adenomatose e a maioria das massas nodulares do bócio mostram fraca hiperplasia e não são de forma alguma tumores epiteliais ou adenomas, mas antes quistos ou colecções de substância colóide ou massas circunscritas de glândulas, em involução ligeira.

Outros factos referentes à patologia tiroideia são de data mais recente e sujeitos a controvérsia.

São êstes: 1) Posto que a hipertrofia e a hiperplasia estejam habitualmente associadas com o bócio tóxico, elas podem também aparecer sem determinarem sintomas. 2) O bócio colóide é um estado de hiperplasia da glândula em repouso, e é sempre precedido da hiperplasia. 3) O bócio nodular (corpos involutivos, quistos involutivos) seguem-se à hiperplasia e são invariavelmente precedidos por ela. 4) O adenoma tóxico (adenoma hiperactivo) é uma entidade diferente do bócio exoftálmico, mas tanto um como outro são fases ou manifestações distintas de uma mesma afecção. 5) O iodo combate os sintomas no bócio exoftálmico, e ou não produz efeitos terapêuticos no adenoma tóxico, ou pode ser manifestamente inconveniente em tais condições. 6) Quando a toxemia não está ainda patente no bócio adenomatoso, a administração do iodo leva o resto da glândula a um estado de hiperactividade donde resulta a toxemia do adenoma «hiperactivo» (Plummer) ou «hipertiroidismo iódico» (Jackson). 7) Nada ainda se descobriu que possa provar que um adenoma, aparte a doença de Graves, seja capaz de produzir um síndrome especial e distinto no qual o iodo seja menos activo do que na forma exoftálmica (Graham). 8) O bócio exoftálmico e o adenoma tóxico são variações clínicas de um mesmo estado mórbido (Graham, Warthin). 9) Poucos dos chamados adenomas são de facto adenomas. 10) Os esforços deliberados no sentido de produzir, por meio de largas doses de iodo, o estado denominado adenoma tóxico, têm fracassado, pondo em dúvida a existência de tais entidades, como o Basedow iódico ou hiperteroidismo iódico (Graham, Cutler). 11) Todos os casos de doença de Graves e do chamado adenoma tó

xico possuem um mesmo substracto constitucional patológico, que se manifesta pela presença constante de nódulos linfáticos hiperplásticos com grandes centros germinativos (diátese tímico-linfática).

MORAIS DAVID.

Diabetes açucarada. Lesões da medula espinal e dos nervos periféricos. (*Diabetes mellitus. Pathologic changes in the spinal cord and peripheral nerves*), por H. W. WOLTMAN e R. M. WILDER. — *Arch. Int. Med.* Outubro, 1929.

A nevrite diabética é principalmente uma lesão sensorial sem concomitantes alterações motoras.

A dor, as parestesias e a arreflexia são as suas principais características.

As lesões incidem com uma especial predilecção nos membros inferiores.

Os exames histológicos de 10 casos estudados clinicamente vêm descritos.

Dois destes casos são exemplos de polinevrite diabética, nos quais se encontraram feixes isolados de fibras nervosas em necrose.

A degenerescência da medula espinal é relativamente pequena, e é duvidoso o seu significado clínico. Estas lesões não têm paridade com as que se encontram na degenerescência medular combinada, da anemia perniciosa.

Os processos lesionais mais importantes localizam-se nos troncos nervosos e correspondem na quasi totalidade dos casos a um pronunciado engrossamento dos vasos intra-neurais.

As alterações degenerativas são mais acentuadas para a periferia.

Existem fortes razões para supor que nem a glicosúria nem a acidose desempenham uma parte directa na produção da nevrite diabética.

Nos 10 casos estudados a sífilis foi diagnosticada uma vez apenas e o papel patogénico de qualquer infecção ou intoxicação pôde ser afastado completamente em todos os casos.

A artério-esclerose representa o factor fundamental na génese das nevrites.

MORAIS DAVID.

Um estudo acerca de 156 autópsias consecutivas, em doentes não diabéticos. (*A study of one hundred and fifty six consecutive autopsies on non diabetic patients*), por S. WARREN. — *Arch. Int. Med.* Novembro, 1929.

O autor fez o estudo histológico dos pâncreas de 156 doentes não diabéticos, usando variadas técnicas, e procurou todas as alterações que, bem ou mal, têm sido o apanágio da anatomia patológica da diabetes.

Apurou o seguinte :

Quaiquer das lesões pancreáticas encontradas nos doentes com diabetes pode também encontrar-se nos pâncreas dos doentes não diabéticos, ainda que a sua frequência seja maior naqueles.

A pancreatite intersticial aparece em tal percentagem nos não diabéticos que perde todo o carácter de lesão própria da diabetes.

Em muitos exames a lipomatose está em estreita relação com a quantidade de gordura do corpo.

É impossível, só pelo exame do pâncreas, saber se se trata de um diabético ou não diabético.

MORAIS DAVID.

Dois casos de mal de Pott tratados pelo método de Albee; aparição dum novo foco vertebral. (*Deux cas, etc.*), por PATEL. — Soc. Chir. Lyon. 29 de Nov. de 1929. — *Lyon Chirurgical*. Tôm. xxvi. N.º 1. Jan.-Fev. 1928. Págs. 132-133.

O A. apresentou dois casos de Mal de Pott dorsal, em adultos, operados, um em 1922 e outro em 1924, segundo o método de Albee. Em ambos estes doentes o resultado immediato foi perfeito: as dôres cessaram, voltaram a andar, o estado geral era dos mais satisfatórios. A radiografia mostrava em ambos os casos uma soldagem exacta do enxêrto, traduzindo-se clinicamente por uma imobilização quasi total do segmento correspondente da coluna vertebral.

O A. tinha o direito de esperar uma cura definitiva.

Em ambos os doentes appareceu, porém, um novo foco de osteite vertebral, num seis anos depois, e noutro quatro anos.

No primeiro, o foco está acima da primeira localização, no segundo o foco está abaixo.

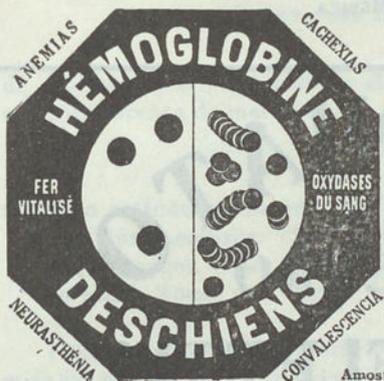
O A. crê ser interessante publicar estes resultados afastados. Representam uma proporção bastante grande de males de Pott de foco duplo, pois que fez a operação em sete casos. Não são motivo para fazer rejeitar a operação de Albee, cujos resultados, diz, são impressionantes. Tem o A. por provável que os doentes se cuidam mais curados do que realmente o estão e que, por isso, não tomam as precauções de repouso que seriam necessárias para assegurar uma cura mais perfeita.

Nota do redactor. — A referência a estes dois casos de Patel vem mais uma vez lembrar o que aqui temos escrito sobre este assunto.

A operação de Albee parece-nos melhor um complemento ao tratamento do mal de Pott, do que um tratamento propriamente dito. Um grande número de peças anátomo-patológicas vistas por nós no O. H. H., em Berlim-Dahlem, e provenientes de doentes de mal de Pott, atestam bem a frequência destes focos múltiplos na coluna vertebral, mais vezes ainda nos discos intervertebrais dos que nas próprias vértebras.

As lesões quasi sempre não se limitam às vértebras clinicamente atingidas, e vamos encontrá-las em discos intervertebrais afastados daquelas, interpondo-se zonas sãs. Por esse facto entendemos que só a imobilização da coluna na sua totalidade, como a realiza o leito de gesso de Lorenz, pode garantir-nos contra lesões tão extensas. O enxêrto de Albee, imobilizando apenas a região clinicamente doente, realiza um tratamento que se arrisca a ser insufficiente e nos pode fazer perder tempo.

A operação de Albee representa a nosso ver um magnífico amparo para a coluna após a cura clínica da espondilite, substituindo os vulgares aparelhos



Opothérapie Hemática

Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineræes do Sangue total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS

Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas

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

“**Ceregumil**”
Fernández

Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas

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

Insostituível como alimento nos casos de intolerân-
cias gástricas e afeccões intestinais. — Especial para
crianças, velhos, convalescentes e doentes
do estomago.

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

FERNANDEZ & CANIVELI MÁLAGA
Deposítarios: GIMENEZ-SALLERES & C.^a
Rua Nova da Trindade, 9-1^o
LISBOA

PILULAS **OPOBYL** PILULAS

TRATAMENTO PHYSIOLOGICO

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

Prisões de ventre chronicas, Estados hemorrhoïdarios.

COMPOSIÇÃO

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

**INSUFFICIENCIAS
Hepatica e Biliar**

PHARMACODYNAMIA

*Cholagogo, Reeducador das
funções entero-hepaticas,
Descongestivo do 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^o)

ARSENIA TO DE FERRO "ZAMBELETTI"

em gotas e ampolas

Ferro electro - negativo organico alimentar

RECONSTITUINTE

ABSOLUTAMENTE ASSIMILAVEL

E TOLERAVEL

Indicado em todos os estados de depressão orgânica, nas convalescenças de doenças longas e debilitantes, em todas as alterações da crase sanguínea e especialmente na ANEMIA e CLOROSE

Amostras para os Srs. Médicos.

L. LEPORI - Apartado 214

R. Vitor Cordon, 1-E-LISBOA

Hidrastis Canadensis, Viburnum Prunifolium
Ergotina Dializada, Cannabis Indica

são os componentes da

Metranodina Serono

em gotas

o que, só por si, a indica sobejamente em todos os casos de Amenorreia, Menopausa, Dismenorreia, Menorragia e Metrorragia

Suavisa os incómodos da interrupção e da supressão;

elimina as dôres e regularisa o fluxo menstrual;

reduz o fluxo à normalidade e estanca o derramamento sanguíneo.

L. LEPORI

Apartado 214

R. Vitor Cordon, 1-E

LISBOA

Amostras grátis á disposição dos Srs. Médicos.

de prótese cujos inconvenientes ela poupa aos doentes. Como tal a temos na convalescença do mal de Pott.

MENESES

Sôbre o método operatório que convém aplicar aos tumores conjuntivos dos membros. (*Sur la méthode opératoire*, etc.), por R. LERICHE (Estrasburgo). — *Soc. Chir. Lyon*. 29 de Novembro de 1928. *Lyon Chirurgical*. Tômo xxvi. N.º 1. Janeiro e Fevereiro de 1929. Págs. 136-137.

Fala-se apenas dos tumores de aparência benigna e encapsulados, tipo mixo-lipoma de Poncet, com infiltração de prolongamentos, sempre encapsulados, nos interstícios musculares, e que recidivam após alguns anos quando se faz a enucleação, sobrevivendo a morte após várias operações. O A. fez examinar as partes que ficaram após a clivagem, tendo-lhe sido respondido que era tecido conjuntivo infiltrado de elementos neoplásicos. Daí concluiu que não se deve fazer a clivagem destes tumores mas sim tratá-los como tumores dum músculo, isto é, ir até as ligações musculares e tirar o tumor sem o separar das partes vizinhas, com o bloco muscular que o comporta. Assim fez e não teve recidiva. A clássica enucleação deve-se substituir pela ressecção muscular, mesmo que o sacrificio seja grande, e rejeitar a inacção completa ou a amputação primitiva que parece fora de proporção com o que hoje se sabe da evolução tão longamente apenas local destes tumores.

O perigo na extirpação destes tumores parece residir unicamente no facto da clivagem, que deixa atrás de si interstícios conjuntivos contaminados. Deve-se renunciar a ela, mas devemos fazê-lo sem por isso tornar sistemática a amputação que, dada a localização habitual destes tumores, muitas vezes se transformará em desarticulação da anca, sacrificio enorme para um tumor benigno em si.

MENESES.

Reflexões sôbre o instrumental cirúrgico, sôbre a roupa e a iluminação das salas de operação. (*Réflexions sur l'instrumentation*, etc.), por R. LERICHE (Estrasburgo). — *Lyon Chirurgical*. Tômo xxvi. N.º 1. Janeiro e Fevereiro, 1929. Págs. 39-49.

A rotina domina muitos dos nossos hábitos cirúrgicos, tanto sob o ponto de vista puramente material como debaixo do ponto de vista intelectual. Confundimos com demasiada facilidade os costumes que se mantêm pelo facto duma certa incuriosidade do espírito com os que são filhos da tradição, que são uma cousa bem diferente.

É o que o A. pretende demonstrar, apenas sob o ponto de vista de ordem material.

Á prática cirúrgica são necessárias duas qualidades de instrumentos: os instrumentos sólidos e fortes e os instrumentos pequenos e delicados. Desde tempo antigo que os instrumentos de fôrça têm anéis grandes e cabos grossos e os instrumentos delicados, de precisão, têm cabos minúsculos e anéis

para dedos de criança e, no entanto, são as mesmas as mãos que se servem duns e doutros.

O A. mandou por isso construir instrumentos delicados e de precisão com anéis do mesmo diâmetro do dos fortes, e desde então muitos dos gestos inconscientes que os cirurgiões são obrigados a fazer ao insinuarem apenas as pontas dos dedos nos anéis acanhados dos instrumentos vulgares, são-lhes agora extremamente fáceis de executar.

O mesmo ilogismo se observa nas dimensões das pontas ou ramos das pinças grandes. Uma pinça grande é obrigada a ter pontas grandes, o que é absurdo, pois uma pinça comprida pode ser tão necessária para pinçar um pedículo como uma pinça pequena. O comprimento não é mais do que uma exigência da profundidade de certos órgãos.

O calibre duma artéria uterina não exige pontas maiores que o duma radial ou duma epigástrica. Não há vantagem em que na bacia o volume das pontas das pinças obrigue a esmagar sempre, com a artéria que devem pinçar, um pedaço de tecido celular e nervos. Pode dizer-se que para a uterina há as pinças de Faure, que representam um progresso, mas têm o defeito de ter dentes, e vulgarmente não as há sem êles.

Em seguida, o A. ataca a fundo a *sonda cânula*, a que chama instrumento brutal, perigoso, com o estúpido sulco que é um desafio à assepsia, com a sua extremidade espatulada em forma de lira, tradicionalmente fendida em atenção às parteiras que outrora, diz-se, a usavam para sob a sua protecção cortarem às crianças o freio da língua.

Todos nós estamos habituados a tê-la sôbre as nossas mesas e a exigi-la em todo o arsenal para a mais elementar ou a mais complicada operação; há no entanto quem a substitua pelos bicos da tesoura romba. O A. prefere à sonda cânula o *dissector* rombo, um instrumento que usa há 4 anos e do qual dá uma gravura, e que afinal é um vulgaríssimo instrumento muito conhecido entre nós e que nos arsenais cirúrgicos alemães é usado sob o nome latino *elevatorium*, e é destinado a descolar o perióstio. A êste instrumento dedica o A. algumas laudas.

Os *bisturis*, diz também L., sob influências alemãs e americanas, vão tomando formas estranhas, que acha absurdas. Dão-lhes umas linhas ventruadas, e as superfícies cortantes sofreram uma convexidade que impede todo o trabalho com a ponta ou em superfície. O manejo dum instrumento cortante é tanto mais preciso quanto mais estreita é a sua lâmina. Há porém, segundo a nossa maneira de vêr, circunstâncias em que muito úteis se nos tornam as formas que o A. condena, e não nos consta que dos recentes arsenais cirúrgicos alemães e americanos tenham sido banidas as lâminas estreitas e compridas em benefício das formas que L. classifica de bizarras. Continuamos a ver dumas e doutras.

A questão dos *cabos dos instrumentos* preocupou também o A. Um cabo que se destina a ser pegado com a mão toda deve ser redondo em vez de chato, antes pesado do que leve. Todo o instrumento ao qual se pede fôrça e precisão deve ser curto e um pouco pesado, como os cómodos instrumentos de que se servem os dentistas, boticões, etc. As ruginas devem ter cabos assim. Também os cabos dos osteótomos, dos escopros, às vezes são inverosím-

meis, terminando num botão ridículo ou numa aresta viva que desesperariam o mais paciente marceneiro.

O brilho da niquelagem dos instrumentos é também muitas vezes desagradável. Os afastadores abdominais, as valvas, são reflectores admiráveis que às vezes, porém, nos encandeiam. A simples desniquelagem não basta, é necessário procurar um pulimento simples que ainda não foi encontrado.

Os modernos processos da *iluminação* das salas de operações com lâmpadas scialíticas e asiáticas impõem certas modificações na sua concepção architectural e pictural. A pintura a branco é fatigante. Carrel usa uma côr cinzenta escura, bastante triste, e alguns cirurgiões russos ainda a escureceram mais, pintando funerariamente de preto as salas de operações.

L. usa na sua sala de operações um azul claro, com uma ligeira queda para o verde, que é muito calmante, e com êle pinta as paredes e o teto. Os operados assim o acham e os estudos de Heller, de Leipzig, mostram que êsse azul é o preferível sob o ponto de vista da absorpção da luz.

O *campo operatório* e as *blusas dos cirurgiões* devem também ser de pano de côr. O A. adoptou o azul claro, desde 1919. Assim, numa sala de operações, distingue-se o que está asséptico do que o não está. Num serviço onde passa muita gente, é necessario que os que entram numa sala de operações, e estão de branco, tenham a todo o momento presente que não são da mesma qualidade que os que operam, e que estão de azul. Persuadidos de que são um perigo, afastam-se dos operadores e das mesas dos instrumentos, também cobertas com panos azuis.

Estas invocações que ao princípio trouxeram a L. muitas críticas e muitas ironias, aperfeiçoam por certo as condições de trabalho. E se nem todas são duma originalidade absoluta, bom é transcrevê-las do artigo referido, de leitura agradável como todos os do Mestre de Estrasburgo, e pô-las em foco para o máximo bem comum.

MENESES.

A reunião a distância dos topos dos nervos periféricos nas lesões com grande perda de substância. Trabalhos experimentais. (*La riunione*, etc.), autoref. de LEINATI. — *Annali Italiani di Chirurgia*. Aprile, 1929. Págs. 456-457.

A reunião a distância dos topos nervosos nas lesões dos nervos com grande perda de substância constitui neste momento uma das maiores dificuldades, às vezes insuperável, da cirurgia do sistema nervoso periférico. Quando a distância é tal que pode ser compensada, o cirurgião tem o dever de recorrer ao mais oportuno dos artificios propostos e usados para poder fazer a sutura directa (posição da articulação, tracção nos topos, desvio do trajecto, ressecção de segmentos do esqueleto), porque com ela os resultados são muito melhores do que com qualquer outro método de reunião a distância. Só se deverá recorrer a êste nos casos de força maior; mas porque todos os métodos propostos — sutura a distância com *cat-gut*, sutura tubular, autoplastia e anastomose nervosa, transplantações de nervos, para não citar senão os mais importantes — têm dado uma percentagem de insucessos tal

que deixa ficar todos perplexos sobre o seu real valor, o A. quis experimentar um método novo: a sutura a distância por meio de fio de tendão homólogo, confrontando-o no mesmo animal com o processo de Edinger, que pareceu primitivamente ter resolvido a questão da reunião a distância dos topos dos nervos periféricos nas lesões com grande perda de substância.

Fez 24 experiências sobre o nervo sciático de 12 cães. Dos resultados tróficos e funcionais e dos relatos histo-patológicos das cicatrizes nervosas tratadas com o método fotográfico de Cajal e autopsiada a série, tira as seguintes conclusões:

O fio de tendão homólogo pode substituir com vantagem os fios de *cat-gut* e de sêda nas suturas a distância, porque não determina alguma reacção inflamatória, é mais resistente e é menos facilmente reabsorvível do que o *cat-gut*, e com soluções de continuidade dos nervos de 10 a 20 mm., em cães pequenos de tamanho, serve bem como condutor das fibras nervosas, coadjuvando assim a formação de uma boa cicatriz nervosa e uma boa neuronização do topo periférico. A sutura a distância com o fio de tendão deu nas suas experiências resultados anátomo-histológicos e tróficos, se não funcionais, muito melhores do que os obtidos com o método de Edinger; êste, segundo a opinião do A., deve ser banido porque não corresponde nem ao conceito sobre que se fundamenta, nem dá os resultados que deveria dar para satisfazer as necessidades da prática cirúrgica.

Porém, também com o método proposto pelo A. os resultados funcionais obtidos — pelo menos durante o período da sua observação que foi até 10 meses — são deficientes e correspondem, duma maneira muito geral, aos que se podem obter com os outros métodos de reunião a distância mais usados na clínica, ou sejam a autoplastia nervosa, as transplantações de nervos homólogos e heterólogos e a anastomose nervosa.

MENESES.

O exantema súbito. (*L'exanthème subit*), pelo Dr. D. TEITEL. — *Archives de Médecine des Enfants*. N.º 6. Juin de 1929. Págs. 327-335.

O diagnóstico de sarampo é muitas vezes feito com demasiada ligeireza, e daí o quasi todos os clínicos acusarem na sua clientela casos de indivíduos tendo sofrido mais do que uma vez a infecção pelo sarampo, sendo certo que os mais conceituados pediatras afirmam tal raridade nesse facto que se chega a duvidar da sua possibilidade. Assim, o nosso ditado popular que diz vir o sarampo sete vezes, deve ter a sua explicação nos frequentes erros de diagnóstico com vários outros eritemas morbiliformes de origem tóxica ou infecciosa.

Pôsto isto vamos descrever o exantema súbito, doença infantil que se assemelha muito ao sarampo e se caracteriza por três sinais essenciais:

- 1.º Subida repentina da temperatura, sem nenhuns pródromos.
 - 2.º Aparição dum exantema morbiliforme imediatamente após a queda de temperatura.
 - 3.º Desaparição da erupção sem descamação nem pigmentação ulteriores.
- As primeiras noções desta entidade mórbida foram dadas pelo médico

americano Zahorsky, que observou 33 casos de 1910 a 1913, descrevendo-os com o nome de *Roseola infantum*.

Em 1921, Weeder e Hempelmann descreveram 20 casos já com o nome de exantema súbito, querendo sublinhar nesta designação a aparição e desaparecimento súbitos do exantema. Estes autores traçaram o quadro clínico completo da doença, insistindo sobretudo no exame do sangue, cuja fórmula leucocitária seria, afirmam, o melhor apoio para o diagnóstico. Seguiram-se comunicações de Kozu (Japão), Lewy, Wescott, Fischer, Ruh, Greenthal e Garvin.

Em 1923, Glanzmann estuda 17 casos e faz a sua comunicação sobre esta doença a que chama *exanthema criticum*, tomando como sinal mais fiel da doença a aparição do exantema logo após a caída da febre em crise.

Em 1925, v. Bokay comunicou ao Congresso de Pediatria de Budapeste 11 casos de exantema súbito. No mesmo ano o japonês Kaschiro Sceda descreve 70 casos e Barshi 3 casos desta doença.

Em 1926 Miltstaedt, e em 1928 Brunstein publicam alguns casos de exantema súbito.

Assim, até a hora actual, ainda não foram publicados mais de 200 casos da doença. Importa divulgar as suas características de diagnóstico.

O exantema súbito é uma doença certamente infecciosa, pôsto que a sua contagiosidade não seja muito grande.

Ainda não se observaram casos de transmissão da doença duma criança a outra, ainda na mesma família.

É uma doença quasi exclusivamente da primeira infância, até a idade de dois anos; todavia descreveu-se um caso numa criança de dez anos e um outro numa de quatorze.

O início da doença é brusco, sem pródromos, com febre de 38°-40°. O estado geral da criança não está muito comprometido. A criança está um pouco agitada, come e dorme mal. Por vezes nota-se uma ligeira vermelhidão na face. Não há tosse, nem catarro, nem conjuntivite. O sinal de Filatow-Küplik falta também. Nada de anormal nas urinas. Coração e pulmões normais. Nada de notável no fígado e baço.

Ao quarto, e por vezes ao quinto e sexto dia, e num dos casos do A. ao sétimo, assiste-se a uma queda crítica da temperatura, depois da qual aparece, nas vinte e quatro horas que se seguem, um exantema morbiliforme, a maior parte das vezes no dorso, e que se propaga em seguida pelo ventre e pelas extremidades. No rosto, em geral, não aparece a erupção ou é fraca. Em algumas horas — nunca mais de vinte e quatro horas — o exantema desaparece sem deixar vestígios, não há descamação nem pigmentação. Algumas vezes, após a aparição do exantema, observa-se uma nova elevação de temperatura que, diga-se não dura muito tempo. Muito instrutiva é a fórmula leucocitária nestes doentes. Forte leucopenia (até 3.000 leucócitos), diminuição do número dos polinucleares, forte linfocitose com aumento do número dos mononucleares.

Esta fórmula leucocitária é muito característica e permite fazer o diagnóstico de certeza. É sobretudo preciosa nos casos duvidosos, quando se está em risco de fazer confusão do exantema súbito com a doença de Duker-Filatow, com o eritema tóxico, ou ainda, mais frequentemente, com o sarampo.

Mas no sarampo, o exantema aparece primeiro do que tudo no rosto, com febre concomitante e um estado geral mais ou menos atingido; por outro lado as manchas de Küplik, o síndrome catarral, a descamação e a pigmentação ulteriores, tudo isto não deixa confundir o sarampo com o exantema súbito.

O prognóstico é sempre benigno. Nunca se viram complicações. Não há tratamento específico.

O A. apresenta as histórias clínicas dos seus nove casos, e a bibliografia da doença.

MENESES.

O tratamento da circulação na malária. (*Die Behandlung des Kreislanfs bei der malaria*). — *Deut. med. Woch.*, n.º 50. 1928.

Durante o estado febril, o cardiazol «Knoll» actua como cardiocinético valioso.

Pode empregar-se *per os* (20 gotas \times 3 diariamente).

Durante o estado de colapso, administra-se o cardiazol associado à cafeína, lobelina, e, eventualmente e à estricnina, à estrofantina (injecção intravenosa de 20 c. c. de sôro glucosado a 40% com 1 c. c. de cardiazol e 0,2 mgr. de estrofantina).

Biblioteca da «Lisboa Médica»

Obras recebidas:

Biología y patologia de la mujer, por HALBAN e LEITZ, trad. espanhola. Tõmo II. — Editorial Plus Ultra, Madrid, 1929.

A poucos meses do 1.º volume, saiu o 2.º dêste notável tratado, bem conhecido dos médicos de cultura alemã. Neste tõmo estudam-se: a fisiologia dos órgãos genitais femininos, as relações entre os órgãos de secreção interna e as glândulas genitais, a fisiologia comparada dos órgãos sexuais femininos dos mamíferos, a higiene das raças, a higiene e dietética da mulher grávida, o trabalho feminino e as ginecopatias, e a sintomatologia geral e o diagnóstico das doenças ginecológicas.

Êste tratado não interessa só aos ginecologistas, mas também ao fisiologista e ao clínico geral.

Edição esmerada que honra a casa *Plus Ultra*, de Madrid, e tradução cuidada e fiel do original alemão.

Felicitemos a casa editora de Madrid por tão preciosa tarefa.

Bruxas e Medicina, por LUÍS PINA. — Extracto do fasc. II do vol. IV dos *Trabalhos da Sociedade Portuguesa de Antropologia e Etnologia*. Pôrto, 1929.

Ensaio sôbre a toxicidade da ergosterina irradiada, por AMANDIO TAVARES. — Sep. do *Portugal Médico*. 1929.

Fibrosarcome primitif du grand épiplon, por AMANDIO TAVARES e F. MAGNO. — Ext. dos *Ann. d'Anatomie pathologique et d'Anatomie normale médico-chirurgicale*. 1929.

Sesamoideus e corpos estranhos articulares, por HERNANI MONTEIRO e AMANDIO TAVARES. — Ext. do *Arquivo de Anatomia e Antropologia*. 1929.

Résection des nerfs splanchniques par voie sous-diaphragmatique, por SOUSA PEREIRA. — Ext. de *La Presse Médicale*. 1929.

— **Os nervos esplâncnicos em cirurgia**. — Sep. do *Portugal Médico*. 1929.

— **Sur trois variations musculaires chez le même sujet**. — *Bulletin de la Société Portugaise des Sciences Naturelles*. 1929.

Diverticulo congénito da uretra masculina, por A. TAVARES, ÓSCAR MORENO e SOUSA PEREIRA. — Sep. de *A Medicina Contemporânea*. 1929.

Um caso de hipertrofia congénita do membro superior, por SOUSA PEREIRA. — Sep. de *A Medicina Contemporânea*. 1929.

Cuidai das crianças pela alimentação e pela higiene. — 1929.

Folheto distribuido gratuitamente pela Associação dos Estudantes de Medicina de Lisboa, vulgarizando os bons preceitos de higiene infantil.

NECROLOGIA

Professor G. Mingazzini

Faleceu o professor Mingazzini, uma das grandes figuras da neuropatologia moderna.

Tendo publicado cerca de 200 trabalhos sôbre esta especialidade, o ilustre professor romano tornou-se especialmente conhecido pela sua excelente *Anatomia clinica dei centri nervosi ad uso dei medici e degli studenti*, que rãpidamente alcançou a sua segunda edição, em 1913, e que ainda hoje é útil livro de consulta.

Director do Instituto de Neuropatologia, de Roma, ali pôde elaborar as suas duas mais importantes monografias sôbre o *Corpo caloso*, publicadas em alemão, e outra sôbre as *Afãsias*. Ultimamente mais orientado no sentido dos estudos psiquiãtricos do que no dos neurológicos, as duas sciências afins lhe devem, particularmente no campo anatómico, preciosos ensinamentos. A sua assídua colaboração no *Monatschrifte für Psychiatrie* tornou o seu nome muito conhecido no mundo científico alemão a que estava muito ligado.

G. Mingazzini era professor desde 1896 e estava ainda em plena actividade, apresentando excelente saúde. Nada fazia prever a sua morte no momento em que ia iniciar o curso do corrente ano escolar.

A Academia das Sciências de Lisboa, de que era sócio correspondente estrangeiro, prestou-lhe homenagem numa das suas últimas sessões, tendo feito o seu elogio o professor Egas Moniz.



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

«Annales d'Hygiène», de Paris

Transcrevemos do n.º 11 dessa Revista :

LE JUBILÉ DU PROFESSEUR RICARDO JORGE

On vient de fêter, à Lisbonne, le jubilé du Professeur Ricardo Jorge : ce fut une belle manifestation de sympathie de la part de ses élèves et de ses amis.

Le Professeur Ricardo Jorge, directeur général de la santé au Portugal, membre du comité d'hygiène de la Société des Nations, est bien connu de tous les hygiénistes.

La liste de ses travaux comprend plus de 200 publications, parmi lesquelles nous citerons ses études sur le typhus exanthématique, sur l'encéphalite post-vaccinale et l'alastrim.

Sous son impulsion, les services d'hygiène ont été installés au Portugal d'une façon tout à fait moderne.

Le Professeur Ricardo Jorge compte en France de nombreux amis qui se réjouissent de la belle manifestation dont il vient d'être object.

*
* * *

Quinto Congresso Brasileiro de Higiene

De 17 a 22 de Novembro reuniu-se, em Recife, o Quinto Congresso Brasileiro de Higiene, sob a presidência do Professor Dr. Clementino Fraga, director geral do Departamento Nacional de Saúde Pública.

Em cinco sessões plenárias discutiram-se seis temas officiais. O número avultado de contribuições recebidas (120 ao todo) dá nota do grande êxito científico do Congresso e do desenvolvimento, no Brasil, da cultura sanitária, sobretudo se atentarmos no facto de, há poucos meses, ter-se realizado, no Rio, também com notável brilho, outro certame científico — a Conferência Sul-Americana de Higiene, em que foi vultosa a contribuição brasileira.

O Congresso mostrou-se favorável à criação de um Ministério de Saúde Pública associado ao Ensino ou à Assistência; salientou a necessidade urgente de se legislar sobre o exame médico pre-nupcial, como base de campanha em prol da eugenia; pediu a criação de um serviço de protecção maternal e de uma sociedade brasileira de antropologia e eugenia.

Congratulou-se o Congresso com o Governô do Estado do Rio pela criação, na sua nôvel Faculdade de Medicina, das cadeiras de Puericultura, Ti-



siologia e Doenças contagiosas; salientou a vantagem dos cursos de Puericultura em todos os estabelecimentos de ensino primário e da cadeira de Tisiologia nas faculdades médicas do país.

Histero-salpingografia

Do Dr. Moura Relvas, autor do artigo que com êste titulo publicámos nos dois últimos números, recebemos a seguinte carta :

«Em aditamento ao meu artigo, publicado nos números 11 e 12 da *Lisboa Médica*, venho comunicar-lhe o seguinte facto, de que só tive conhecimento depois da entrega do manuscrito. A H. S. a que foi submetida, por motivos de infecundidade, desde 7 anos, a doente da observação VI, foi seguida de gravidez. Deu-se um abôrto, explicável por *schaudinose* da doente (a-pesar-dô tratamento que tem feito), e ainda, em parte, pelo látero-desvio uterino. Aproveito êste ensejo para agradecer ao meu illustre Professor, Sr. Dr. Álvaro de Matos, a bibliografia de que me socorri para a elaboração do meu trabalho e que brevemente será publicada; ao Sr. Dr. Carlos Santos Filho, cuja competência radiológica só pode medir-se com a sua amabilidade, agradeço também a colaboração imprescindível».

Faculdades de Medicina

De Coimbra

Foi nomeado, por concurso, para o lugar de analista do Laboratório de Análises Clínicas da Faculdade de Medicina o Dr. António José de Moura Bastos.

— Por deliberação do Conselho da Faculdade, exarou-se na acta da última sessão um voto de sentimento pela morte do Dr. Oscar Beutmer, professor da Faculdade de Medicina de Paris.

— Foram eleitos delegados dos assistentes da Faculdade de Medicina ao Senado Universitário os Drs. Lúcio de Almeida e Mário Trincão.

Hospitais

De Santo António dos Capuchos

No Hospital de Santo António dos Capuchos inauguraram-se as consultas externas de cirurgia e medicina, que funcionarão todos os dias úteis ás 9

horas. As primeiras terão como directores os Drs. Azevedo Gomes, Balbino do Rêgo e Silva Araújo, e as segundas os Drs. Matos Chaves, A. Bonhorst, Gomes da Silva e Adriano Burguete.

Da Marinha

Reabriu neste Hospital o Gabinete de Estudos e Aplicações Clínicas dos Agentes Físicos.

Sociedade das Ciências Médicas

No dia 20 do mês findo reuniu-se a Sociedade das Ciências Médicas sob a presidência do Prof. Silva Carvalho.

Os Drs. Rui Canas e Tiago Marques falaram sobre os malefícios da piorreia alveolar.

O Dr. Borges de Sousa observou o assunto sob o ponto de vista oftalmológico.

— No dia 3 de Janeiro novamente se reuniu esta agremiação. Falou o Dr. Estêvão Pereira da Silva sobre dispensários anti-rábicos e sobre terapêutica da raiva.

Sociedade Portuguesa de Estomatologia

Na sessão de Dezembro findo, o Dr. Ferreira da Costa falou sobre prótese dentária.

O Dr. Alves Lopes ocupou-se dos accidentes da anestesia troncular.

O Dr. Pereira Varela apontou um caso de septicémia crónica de origem buco-dentária.

Associação Médica Lusitana

A Associação Médica Lusitana do Pôrto reuniu-se no dia 25 de Novembro findo a fim de eleger os corpos gerentes para o ano de 1930.

Foram eleitos os Drs.: Hernani Bastos Monteiro, Amândio Joaquim Tavares, Luís José de Pina Guimarães, Vergílio Marques Guedes, Cândido Henrique Gil da Costa, Hurgel Horta, José Nunes Prudente, Amândio Augusto da Costa Guimarães, Armando Henrique Pinto Leão, Júlio Mário Rodrigues Formigal, António de Sousa Pereira e Manuel Faria de Cardoso Araújo.

Em sessão extraordinária da assemblea geral foi deliberado nomear uma comissão com carácter permanente para, juntamente com a direcção de 1930,

tratar da efectivação da «Pró-Casa dos Médicos». A assemblea nomeou os Drs. Américo Pires de Lima, Vergílio Marques Guedes, Luís José de Pina Guimarães e Angelo das Neves.

* * *

Maternidade Júlio Denis

Como vão já adiantadas as obras da Maternidade Júlio Denis, do Pôrto, em breve se realizará uma série de conferências de vulgarização médico-social que se efectuará pela ordem seguinte :

Dia 20, «O Estado e o Município ante a mulher grávida e o recém-nascido», pelo Dr. Almeida Garrett; dia 21, «Sífilis e função de reprodução», pelo Dr. Vilas Boas Neto; dia 23, «Protecção à primeira infância», por D. Leonor da Silva; dia 26, «Mortalidade infantil — Ignorância e miséria», pelo Dr. Hernani Barbosa; dia 27, «Alienação mental e função de reprodução», pelo Dr. Alberto Brochado; dia 28, «Higiene da mulher que amamenta», pelo Dr. Gil da Costa; dia 30, «Protecção à mulher operária antes, durante e depois do parto», pelo Dr. Aloísio Coelho; dia 2 de Janeiro «Maternidade consciente», pelo Dr. Álvaro Rosas; dia 3, «Protecção médica da maternidade», pelo Dr. Alberto Saavedra; dia 4, «Um problema nacional», pelo Dr. Alfredo de Magalhães.

* * *

Instituto Clínico

No Instituto Clínico fundado pela Junta Geral do Distrito, foi prestada uma homenagem ao Dr. Xavier da Silva, seu director, em comemoração do primeiro aniversário da fundação daquele Instituto.

* * *

Bólsas de estudo

O *Diário do Governo* publicou a concessão de uma bôlsa de estudo ao Prof. Gualdino Baltasar de Brites, da Faculdade de Medicina de Coimbra, para proceder a trabalhos de investigação no país.

* * *

Instituto Português do Cancro

Comemorando o segundo aniversário da sua fundação, foi o Instituto Português do Cancro visitado, no dia 29 de Dezembro, pelo Presidente do Ministério e Ministro da Instrução,

*
* *
*

Curso de Medicina Sanitária

Está aberta a matrícula, na secretaria do Instituto Central de Higiene Dr. Ricardo Jorge, para o Curso de Medicina Sanitária. O prazo finda no dia 25 de Janeiro.

*
* *
*

Prof. Egas Moniz

O Prof. Egas Moniz foi eleito vogal do Conselho Superior de Instrução.

*
* *
*

Reunião de curso

No dia 14 de Dezembro reuniu-se num jantar de confraternização o curso médico de 1919.

*
* *
*

Prof. Francisco Gentil

Ao Prof. Francisco Gentil foi concedida licença para, no prazo de um ano e sem encargo para o Estado, visitar os principais estabelecimentos da Europa que se dedicam ao tratamento do cancro.

*
* *
*

Higiene industrial

O Dr. Dias Amado tem realizado umas lições de higiene industrial na Universidade Popular Portuguesa.

*
* *
*

Dr. Vasco Palmeirim

Partiu para Lourenço Marques, onde vai exercer o cargo de cirurgia do Hospital Miguel Bombarda, o Dr. Vasco Palmeirim.

Antes da partida a Misericórdia de Évora havia realizado uma sessão de homenagem em que se inaugurou o retrato dêste cirurgião.

Alguns médicos do Hospital de Santa Marta ofereceram-lhe um almôço de despedida.

Dr. José Alberto de Faria

No dia 24 de Dezembro foi prestada uma homenagem ao Dr. José Alberto de Faria, tendo presidido o chefe do Governo.

O director geral de saúde enviou às inspecções de saúde e serviços seus dependentes uma comunicação agradecendo a homenagem.

*

* *

Médicos municipais

Tomaram posse dos cargos de facultativos municipais dos concelhos de Gouveia e da Chamusca, respectivamente, os Drs. José Augusto Veiga da Fonseca e Armando Augusto Cumbre.

O Dr. Eduardo Fonseca e Almeida foi exonerado a seu pedido do lugar de facultativo municipal de Salvada, tendo sido nomeado interinamente o Dr. António Gomes Alves.

Partido médico

Está aberto concurso para o partido médico de Pedrógão Grande. Só poderão concorrer candidatos que tenham o máximo 25 a 30 anos de idade.

Médicos coloniais

Foi nomeado director interino dos serviços de saúde de Angola o Dr. Guilherme Vieira.

A vaga do Dr. José Janeiro, ultimamente falecido, foi preenchida pelo Dr. Alberto Soeiro.

Médico da policia

Foi nomeado médico da policia de segurança pública de Lisboa o Dr. José Luís Maciel Chaves.

Prof. Aníbal Bettencourt

Faleceu o eminente bacteriologista, que tanto dignificou a sciência portuguesa.

A *Lisboa Médica* publicará no proximo número um artigo do Prof. Ayres de Kopke de homenagem ao ilustre morto.

Junto do ataúde do Prof. A. Bettencourt pronunciou o Prof. Egas Moniz, director da Faculdade de Medicina, o seguinte discurso :

«Em nome da Faculdade de Medicina de Lisboa e como seu director, cumpre-me o doloroso dever de dizer o último e supremo adeus a Aníbal Bettencourt, ao professor ilustre, ao bacteriologista insigne, ao companheiro correctíssimo, ao amigo querido que acaba de desaparecer.

Veste de luto a Medicina portuguesa, porque o mestre eminente era um dos mais altos valores do nosso escol intellectual médico. Aníbal Bettencourt foi um grande professor, à moderna, compreendendo os seus deveres perante os alunos que ensinava primorosamente e perante as necessidades do seu espirito de investigador, tendo legado à sciência médica valiosissimos trabalhos, citados nos livros da especialidade dos meios mais cultos da Europa e da América.

«Não é êste o momento azado para se rememorar a sua obra sciëntifica. Quando a comoção domina, falta a serenidade para a crítica.

«Nem foi essa a incumbência dos meus colegas nesta hora de apartamento em que a saúde nos abrange em amplexo comum que passa para além das fronteiras da vida.

«Dessa interessante mentalidade que foi orgulho da nossa casa, dessa vigorosa actividade que servia de estímulo a todos nós, resta êsse ataúde que guarda os despojos de uma preciosa existência a que êles davam forma sem lhe denunciar o brilho. Mas alguma cousa resiste à acção demolidora da morte, alguma cousa que nos fica pertencendo, que é património da nossa Faculdade : a obra que nos legou. A memória do seu nome terá o culto de todos nós e das gerações que hão-de succeder-nos. Nessa pléiade sagrada dos nossos bacteriologistas Aníbal Bettencourt ficará, em lugar de relêvo, ao lado do seu mestre e amigo Câmara Pestana.

«Os médicos não melhoram as desventuras próprias, no convívio das desgraças alheias. Antes as intensificam na observação constante dos sintomas quando estes seguem a marcha impiedosa para a destruição irreparável. Aní-

bal Bettencourt verificou a existência do seu mal através do microscópio, o seu companheiro e confidente de todos os momentos. Por êle soube a má nova dos estragos que lhe iam nos pulmões, e deitando balanço à sua decadência física, previu a finalidade próxima da vida que dia a dia se ia escoando. Assistiu estóicamente, de ânimo erguido, a êsse desabar de energias. No seu cérebro debatia-se o entrecocar das saúdaes pelos que ficavam e a ânsia de um têrmo que ambicionava próximo.

«Não demorou infelizmente. Soube sofrer e soube morrer. Ainda última-mente teve ensejo de patentear mais uma vez a sua grande modéstia pedindo para evitarem esta romagem. E ainda quis ser médico além da morte evitando incômodos aos seus amigos. Bem lhe quadra a frase de Petrarca: *Un bel morir tutta la vita honora*».

O Sr. Presidente da República fez-se representar pelo Sr. comandante Pedroso Lima.

*
* *
*

Necrologia

Faleceram: no Rosmaninhãl, o Dr. José Adriano Marques Janela; em Gumeci, o Dr. Francisco das Neves Machado; em Espinho, o Dr. Alberto da Silva Tavares; em S. Teotónio, o Dr. Manuel Firmino da Costa; em Guimarães, o Dr. Armando de Sá Mascarenhas; em Lourenço Marques, o Dr. José Francisco Janeiro; em Águeda, o Dr. Benjamim Camossa; e em Lisboa, o Dr. Alexandre Norberto Correia Pinto de Almeida, vice-almirante.



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, Annomy (Ardèche) FRANÇA
Representantes para Portugal e Colónias: GIMÉNEZ-SALINAS & C.^a, Rua Nova da Trindade, 9-1.º — LISBOA

ADRENALINA BYLA

Solução a $\frac{1}{1.000}$

NATURAL

QUIMICAMENTE PURA

DOENÇA D'ADDISON — SINCOPES CARDIACAS — HEMOPTISES, ETC.

AGENTES PARA PORTUGAL: GIMÉNEZ-SALINAS & C.^a

RUA NOVA DA TRINDADE, 9 — LISBOA

O contágio de quasi todas as doenças



TODAS as epidemias, desde a angina ao terrível colera são de origem bacilosa. O nosso organismo, graças ás substancias imunisantes de que dispõe, tem muitas vezes defêsa aos germes da doença. Noutros casos porém, os meios de defesa são insufficientes e a doença triunfa. É principalmente pelos órgãos respiratorios que se dá a infiltração dos bacilos; é pois principalmente ahí que se deve tratar de os combater.

Um dos medicamentos que se tem revelado mais eficaz para este effeito é o aldeido formico, ou formol, o qual, devido as suas propriedades poderosamente anti-septicas, produz mesmo em dôse minima uma acção desinfectante eficaz.

O formol constitue o principio activo da pastilha de «Formitrol». Deixando derreter uma pastilha na boca preservará o contágio evitando doenças graves.



FORMITROL
evita o contágio

A venda nas farmacias e drogarias
EM TUBOS A ESC. 5400

DR. A. WANDER S. A. — BERNE
Unicos concessionarios para Portugal:
ALVES & C. (IRMÃOS)
RUA DOS CORREIROS, 41, 2.º — LISBOA

Sala
Est.
Tab.
N.º