

COIMBRA MÉDICA

ANO XIV

FEVEREIRO de 1947

N.º 2

SUMÁRIO

	Pág.
INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA DO MÉXICO — dr. João Porto	55
SINDROMA CERVICO-BRAQUIAL E COSTE- LAS CERVICAIS — CURA POR ESTELECTOMIA E RESSECÇÃO DA COSTELA — dr. Nunes da Costa	64
COXA-PLANA OU OSTEOCONDRITE DEFOR- MANTE INFANTIL DA ANCA — dr. Luís Vale	84
LIVROS & REVISTAS	101
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES,	v

MOURA MARQUES & FILHO
COIMBRA

DIRECÇÃO CIENTÍFICA

Prof. Lúcio Rocha — Prof. Serras e Silva — Prof. Elisio de Moura
— Prof. Alvaro de Matos — Prof. Almeida Ribeiro — Prof. Rocha
Brito — Prof. Feliciano Guimarães — Prof. Novais e Sousa —
Prof. Egídio Aires — Prof. Maximino Correia — Prof. João Pôrto
— Prof. Lúcio de Almeida — Prof. Augusto Vaz Serra — Prof. Antó-
nio Meliço Silvestre — Prof. J. Correia de Oliveira —
Prof. Luís Raposo

REDACÇÃO

João Pôrto

Redactor principal

António Cunha Vaz
António de Matos Beja
António Nunes da Costa
Armando Tavares de Sousa
Francisco Gonçalves Ferreira

João de Oliveira e Silva
José Bacalhau
Luís Duarte Santos
Manuel Bruno da Costa
Mário Trincão

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

Continente, Ilhas e Colónias — ano 60\$00
Estrangeiro 80\$00
Número avulso — cada 10\$00

PAGAMENTO ADIANTADO

Só se aceitam assinaturas a partir do primeiro número de cada ano.

Dez números por ano — um número por mês, excepto Agôsto e Setembro.

Editor e Proprietário — Prof. JOÃO PORTO

Toda a correspondência deve ser dirigida
à Administração da “COIMBRA MÉDICA”

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

Em resumo, as experiências feitas para avaliar o poder inibitório e o poder antisséptico concluem-se que o Aseptal tem um alto poder antisséptico e inibitório sobre as bactérias patogênicas, o que torna valioso o seu uso na luta contra os microbios

Coimbra 14 de dezembro de 1910

Cláudio Teófilo



NA HIGIENE
ÍNTIMA
DA MULHER

“Aseptal.”
ANTISÉPTICO-PERFUME
PODEROSÍSSIMO E INOFENSIVO

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA NORMAL

Alcalinésia BISMUTICA

Hiper-acidez, gastrites, digestões difíceis, etc.

"Aseptal,"

Ginecologia, Partos, Usos antisépticos em geral.

BioLactina

Auto-intoxicação por fermentações intestinais, enterites, enterocolite, etc.

Bromovaleriana

Doenças de origem nervosa, insónias, epilepsia, histeria, etc.

'Diaspirina,

Gripe, reumatismo, enxaqueca, dor de cabeça, dor de dentes, neuralgias, cólicas menstruais.

DYNAMOL

Anemias, emagrecimento, tuberculose incipiente, neurastenia, fraqueza geral, depressões nervosas, convalescenças etc.

"Glucálcio,"

Descalcificação, tuberculoses, intaxismo, raquitismo, fraqueza geral, pleurisias, pneumonias, escrofulose, asma, etc.

hepatodynamol

Normalização da eritro-e da leucopoese, regularização da percentagem de hemoglobina e do valor globular.

"NARCOTYL,"

As indicações da morfina. Previne a habitação e morfomania dentro de certos limites

Proteion

Medicamento não específico actuando electivamente sobre os estados infecciosos.

PULMÃO-SORO

Doenças das vias respiratórias, inflamações da laringe, da traqueia e dos brônquios, pneumonia, etc.

SUAVINA

Laxativo suave e seguro. Comprimidos ovóides de sabor agradável.

Terpioquina

Medicação anti-infecciosa.

Transpneumol

Quininoterápia parentérica das afecções inflamatórias bronco-pulmonares.



INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA DO MÉXICO

O México orgulha-se de possuir um Instituto de Cardiologia, com edificios expressamente construídos para esse fim, segundo um programa previamente traçado e cuja função abraça o problema das cardiopatias sob a totalidade dos seus aspectos:

«Prevenção das cardiopatias sobretudo as infecciosas; estudos de ciência pura e aplicada sobretudo os que se prendem mais directamente com a realidade mexicana; estudo dos factores do clima e da altitude que lhes impõe a geografia; investigações farmacológicas da sua flora medicinal; possibilidades curativas dos seus balneários; obra social em beneficio dos cardiacos ignorados e dos avançados, de capacidade produtiva restricta ou nula, com o objectivo de se bastarem a si próprios e não constituirem estorvo social; educação médica que vai desde a formação dos estudantes de medicina e a renovação periódica dos conhecimentos do médico geral, até à formação de especialistas no grau e número de que o país necessita». Função educativa, científica, curativa, profilática e social. Programa o mais comprehensivo, como rede cujas malhas prendem a totalidade dos problemas cardiológicos.

Para o desempenho de tão extensas funções compreende o Instituto dois grandes corpos de construção:

Um destinado às Consultas externas, Investigação, Ensino e Serviço social;

Outro ao internamento hospitalar.

Consulta externa: — Conta esta Secção com número suficiente de Consultórios, com um gabinete de Raios X e outro de Electrocardiografia. É no mesmo bloco que se fazem as análises de que haja necessidade para conclusão do diagnóstico, sem terem os doentes de se deslocar ao Hospital.

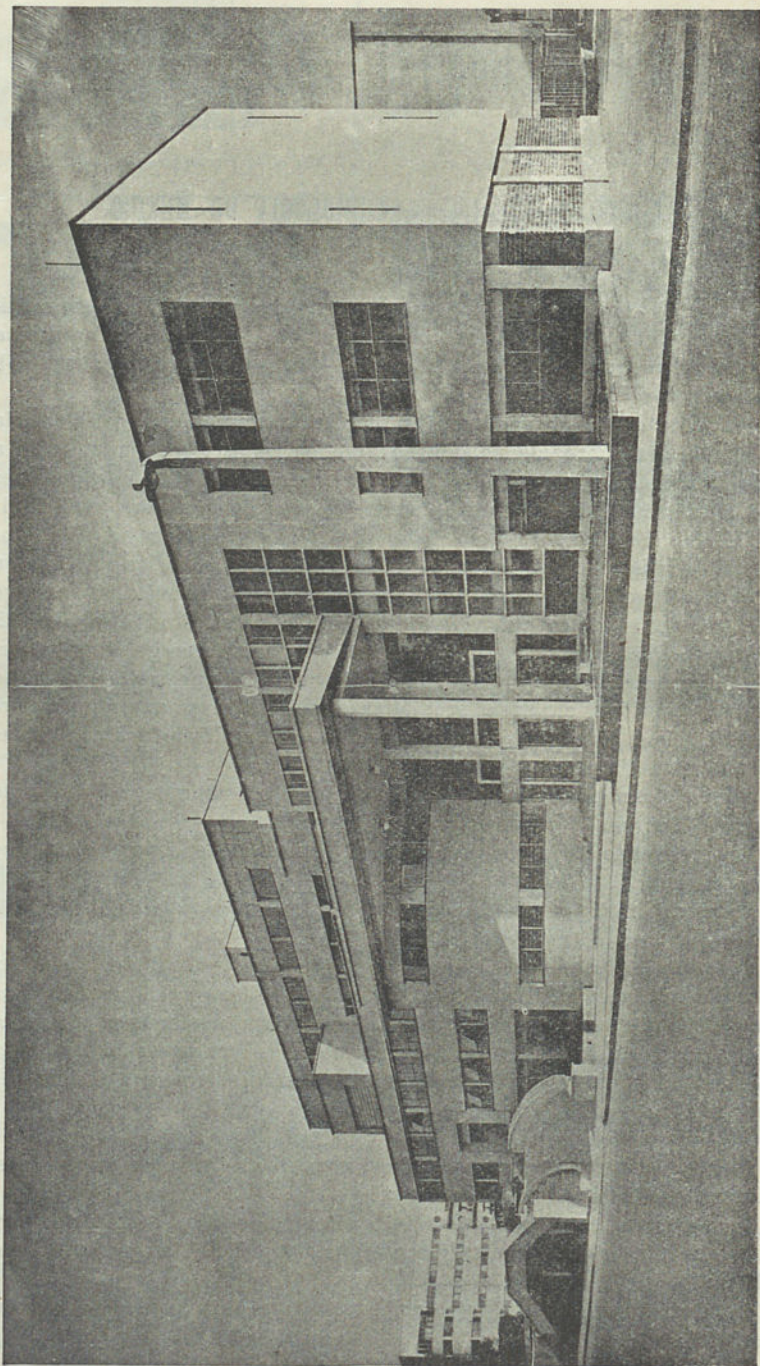
As instalações e apetrechamentos permitem se efectuem 12.000 consultas por ano.

Secção de Investigações. — Dispõe, para isso, o Instituto os seguintes Gabinetes, Laboratórios e dependências:

1) Departamento de Radiologia, com os elementos necessários para estudos de fluoroscopia, ortodiagrafia, radiografia, kimografia, angio-cardiografia etc.

2) Departamento de Electrocardiografia para estudos clinicos e experimentais.

3) Metabolismo basal.



A fachada principal do *Instituto*. Corresponde às Secções de Ensino e de Investigação

- 4) Hemodinâmica.
- 5) Química e provas funcionais.
- 6) Bacteriologia e imunologia.
- 7) Hematologia.
- 8) Departamento de Anatomia patológica com seus anexos correspondentes e fotografias, desenho, laboratório de histologia patológica, cultura de tecidos microcinematografia e museu.
- 9) Departamento de Fisiologia experimental, com suas duas secções fundamentais: de fisiologia circulatória e de farmacologia. Conta, além disso, com sua correspondente granja para animais de experiência.

10) Bioestatística.

11) Biblioteca.

Os Departamentos de Anatomia patológica, Fisiologia Experimental e de Electrocardiografia tem à frente investigadores que dedicam o seu tempo completo ao Instituto.

Secção de Ensino: — Além dos Gabinetes, Laboratórios, Consultas, Hospital, onde este se realiza, o *Instituto* dispõe, ainda, de um Salão (auditório) com capacidade para 325 pessoas, duas aulas e um pequeno anfiteatro para sessões anatomo-clínicas do pessoal. Todos estes locais dispõem de elementos para ilustrar as lições com projecções fixas, episcopia e projecção cinematográfica.

Para ampliar a difusão do seu ensino e dar a conhecer o resultado das suas investigações, o *Instituto* publicará a sua própria Revista e editará as monografias e os livros que escrevem os membros do seu pessoal.

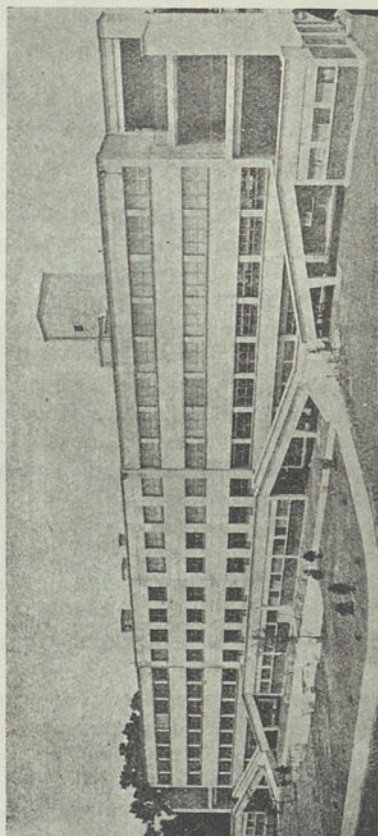
O programa de ensino nas disciplinas cardiológicas abarca os seguintes aspectos:

- 1) Educação dos estudantes de medicina, na clínica da especialidade.
- 2) Cursos periódicos para médicos gerais, que venham a renovar os seus conhecimentos.
- 3) Cursos intensivos para os que queiram aprofundar os problemas da especialidade.
- 4) Cursos sistemáticos para formar especialistas em Cardiologia.
- 5) Internato de 18 meses para jovens médicos, que pretendam familiarisar-se com as disciplinas que o *Instituto* cultiva.

Conta-se, para esse objecto, com 9 lugares de Médicos Internos, que receberão alojamento, alimentos, ensino e uma pequena gratificação que lhes permita cobrir suas despesas indispensáveis.

Quatro desses lugares são concedidos a médicos da capital, três a médicos da provincia, com compromisso de exercer depois, durante certo tempo, no lugar de origem, e prestar serviços quer na Faculdade quer no Hospital que os recomenda. Os dois restantes, reservam-se a médicos estrangeiros, preferentemente ibero-americanos, em função de intercambio.

Além disso o *Instituto* recebe médicos estrangeiros indicados por Instituições do México ou do estrangeiro, quer para estudos sistemáticos quer para estudo de problemas concretos de investigação.



Fachada posterior do *Instituto*. Corresponde à Secção do Hospital

Serviço social: — Ai há um Departamento de Serviço social, com Arquivo e ficheiro próprios, onde um grupo de assistentes sociais concentra os resultados dos seus inquéritos, suas fichas sociais, etc.

Em íntimo contacto com os serviços clínicos (Consultas e Hospital), domicilio e família de doentes elas são o traço de união entre uns e outros, como o são entre o doente e Instituições de comércio, indústria, ou de Beneficência pública ou privada de onde lhes poderia vir socorro material. Elas são ainda o complemento do médico, prolongando a sua acção no espaço e no tempo.

Assim: vão em ajuda dos economicamente debeis, vigiando-os nos domicílios, facilitando-lhes a cura quer chamando-os ao cumprimento das prescrições quer administrando-lhes directamente os medicamentos; contribuem quanto lhes é possível para lhes melhorar as condições higienicas da habitação e as materiais do seu trabalho; por que sejam reeducados profissionalmente, em mesteres suaves se contrairam a cardiopatia, ou orientando aqueles que ainda não haviam aprendido profissão alguma por forma a virem a bastar-se a si próprios e serem ainda um valor económico de produção, etc.

Além disso, se contribuem para a applicação de uma terapêutica social também fazem por realizar um diagnóstico económico pois são elas que, procedendo ao inquérito das condições familiares, económicas e sociais, habilitam quem de direito a fixar, a respeito de cada doente da consulta, ou bue se internou no hospital, o montante das taxas com que deve contribuir para a Instituição.

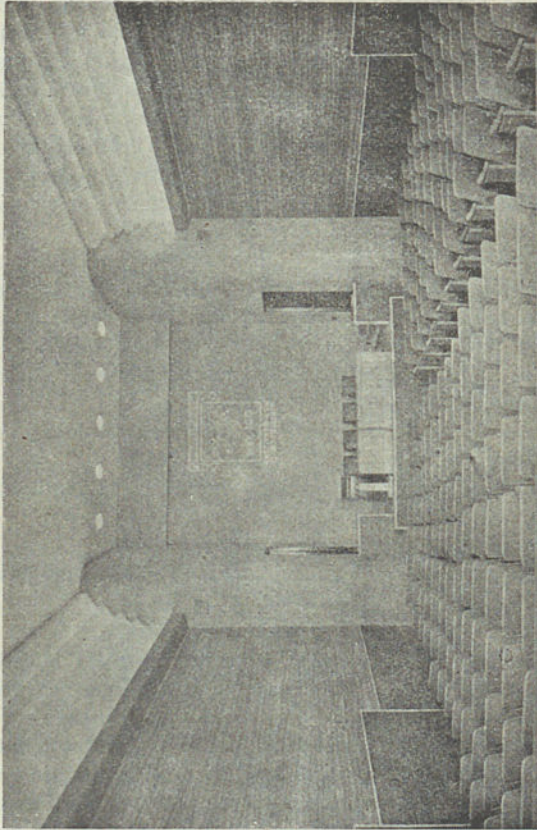
Sob o ponto de vista da capacidade económica os doentes distribuem-se em quatro categorias:

- a) Doentes que pagam os serviços segundo a tabela normal fixada de antemão.
- b) Os de quota média.
- c) Os que, entre os pobres, pagam segundo as suas possibilidades, e finalmente
- d) Os que nada pagam porque são indigentes.

Entre nós, desde recente data, a comparticipação de cada doente nos encargos da assistência é variável consoante as suas possibilidades, e o *Centro de Inquérito Assistencial*, é o órgão encarregado da averiguação destas. Mas o inquérito sobre as condições económicas dos doentes faz-se por intermédio das Assistentes sociais. Estas, na medida em que a sua actuação visa a applicação de uma terapêutica social, realizam medida agradável aos doentes e facilita-se-lhes a admissão no seio das famílias. Na medida em que a sua actuação visa o diagnóstico económico, é aceita como devassa, causa-lhes temor e dificultam-lhe a missão. Por isso, a assistente social, para colher maior rendimento da sua actividade, deve ocupar-se paralelamente de ambas as funções: Diagnóstico económico e terapêutica social.

Serão complementares uma da outra e a anulação da segunda só poderia prejudicar o primeiro.

Isso se faz no *Instituto Nacional de Cardiologia* do México e se realiza, também, entre nós. As próprias assistentes sociais do *Centro de Inquérito*



Salão de Conferências

7.500

UNIDADES
INTERNACIONAIS

de VITAMINA «A», associadas a
Quinina básica (0,03), Cânfora e
essências antissépticas, por c. c.

asseguram o valor
terapêutico da

Bronquitina

"JABA"

ampolas
xarope

TOSSES
ASMA
BRONQUITES
GRIPES

nas
afecções bronco-
pulmonares

Preparação dos

LABORATÓRIOS JABA

R. ACTOR TABORDA, 5 — LISBOA

Delegação no Porto:
R. Mártires da Liberdade, 120

Depósito em Coimbra:
Avenida Navarro, 53



Na convalescença da gripe...

○ peso aumenta tomando

NUTRICINA

Suco de carne crua + Oxihemo-
globina + Glicerofosfatos

Publicações Médicas LABOR

A doutrina da prática médica geral exposta por autores do máximo prestígio :

TRATADO DE PATOLOGIA MÉDICA, pelos professores Assmann, Beckmann, Bergmann, etc.

Um livro magistral de utilidade extraordinária :

ATLAS DE ANATOMIA HUMANA, pelo professor Dr. W. Spalteholz, 3 vol.

- I: Huesos, articulaciones y ligamentos.
- II: Regiones, músculos, aponeurosis, corazón, vasos sanguíneos.
- III: Visceras, encéfalo, nervios y órganos de los sentidos.

A melhor obra que existe hoje à disposição do médico :

TRATADO DE MEDICINA INTERNA, publicado sob a direcção dos professores Bergmann-Stahelin.

- I: Enfermedades infecciosas, 1.^a/2.^a parte.
- II: Enfermedades de la sangre.
- III: Enfermedades del aparato digestivo, 1.^a/2.^a parte.
- IV: Enfermedades de las vias respiratorias, de los pulmones y de la pleura.
- V: Enfermedades del sistema nervioso, 1.^a/2.^a parte.
- VI: Enfermedades de la nutrición. Metabolismo. Constitución. Idiosincrasias.
- VII: Endocrinología. Obesidad y enflaquecimiento. Huesos. Articulaciones y músculos. Enfermedades por causas físicas.
- VIII: Enfermedades del aparato circulatorio, del mediastino y del diafragma.
- IX: Enfermedades de los riñones, de las vias urinarias, de la próstata y de los órganos genitales.
- X: Intoxicaciones.

Obra que milhares de cirurgiões utilizam como fiel e constante conselheiro :

CIRÚGIA-TRATADO DE PATOLOGIA QUIRÚRGICA GENERAL Y ESPECIAL, publicado sob a direcção dos profs. Kirschner-Nordmann.

- I: Parte general.
- II: Parte general.
- III: Cabeza, columna vertebral, nervios y pelvis.
- IV: Cuello y extremidades.
- V: Tórax.
- VI: Abdomen.
- VII: Abdomen, aparato urinario y órganos genitales.

À venda em todas as livrarias e «CELI» Comercial de Expansão do Livro, Limitada.

Concessionária Exclusiva para Portugal e Colónias de

Editorial Labor, S. A.

Barcelona — Madrid — Buenos Aires — Rio de Janeiro
Avenida Oriental do Parque Eduardo VII, 6, r/c. — LISBOA

Assistencial, trabalham em perfeita coordenação com a assistente social do *Centro de Cardiologia Médico Social de Coimbra*, por exemplo (1).

Secção hospital: — Para os doentes que exigem internamento, o *Instituto* dispõe de 120 leitos, divididos por 3 Serviços, um para homens outro para mulheres, outro para crianças, 40 camas para cada um.

Trabalhando em inteiro contacto com os Serviços clínicos o *Instituto* conta mais com

1) *Serviço de nutrição* encarregado de resolver tècnicamente os problemas de dietetica dos doentes nas várias fazes da doença e, ainda, para alimento de médicos, enfermeiras e serventes que ali trabalham.

2) *Serviço de oto-rino-laringologia*.

3) *Serviço de odontologia*, ambos em relação com o problema das cardiopatias reumáticas.

(1) Para os efeitos de internamento, consultas e tratamento, meios de diagnóstico etc., os indivíduos que utilizem os serviços dos estabelecimentos ou serviços oficiais de Saúde e da Assistência são classificados, entre nós, em três categorias:

a) *Pensionistas*, os que pagam as pensões ou diárias da tabela normal, variáveis consoante o quarto ocupado.

b) *Porcionistas* os que, por si, seus ascendentes, descendentes ou irmãos não possam pagar na totalidade, respondem, todavia, em parte pelas despesas da assistência recebida. Consoante o rendimento por individuo e por mês, são os mesmos divididos pelos grupos ou escalões seguintes:

Escalão A) — Se o rendimento da família *per capita*, varia de 100 a 150 escudos. A comparticipação com que o doente ou família contribue é de 10 % sobre a tabela normal;

» B) — Rendimento 150 a 250 escudos. Percentagem será então de 20 %;

» C) — Rendimento de 250 a 300 escudos. Percentagem 30;

» D) — Rendimento 300 a 350 escudos. Percentagem de 45 %;

» E) — Rendimento 350 a 450 escudos. Percentagem de 60 %;

» F) — Rendimento 400 a 450 escudos. Percentagem 75 %;

» G) — Rendimento 450 a 500 escudos. Percentagem de 90 %.

Assim, por exemplo, uma família constituída por pai, mãe e 4 filhos e com rendimento mensal de 2.000 escudos, ficará incluída no Escalão D e pagará, por isso, 45 % da tabela normal.

A classificação dos *porcionistas* faz-se à face de elementos de informação prestados pelas entidades oficiais, ou por pessoas idóneas, em conjugação com as conclusões do inquérito assistencial.

c) Finalmente, os *Indigentes*, que nada pagam e são assim considerados os indivíduos em que o rendimento do lar, *per capita* é inferior a 100 escudos mensais.

- 4) *Oftalmologia*, estreitamente ligado com os sofrimentos vasculares, e
- 5) *Serviço cirúrgico* que assegura a possibilidade de realizar qualquer intervenção cirúrgica a dentro do campo cardiológico.

*

A obra começou por iniciativa particular e, quando havia já atingido certo vulto, o Estado concedeu a comparticipação necessária para a levar o cabo.

É património do Estado e para seu governo nomeou um *Patronato*, presentemente constituído por Dr. Gustavo Baz, Secretário de Saúde e Assistência; Lic. Eduardo Suarez; D. Eduardo Villasenor, Director do Banco do México; Dr. Salvador Zubiran, Prof. da Fac. de Medicina; Eng. Evaristo Araiza e Dr. Ignacio Chavez, Director do *Instituto*.

É nas mãos deste *Patronato* que o Governo põe a administração e responsabilidade do *Instituto*.

Sua inauguração fez-se a 18 de Abril de 1944. O discurso inaugural foi feito pelo seu Director, Dr. Ignácio Chavez, cardiologista de renome mundial.

O Dr. Ignacio Chavez é a alma de Apostolo que com a luz do seu vasto saber sobre todos os sectores de cardiologia, teorica e prática, marcou a orientação dos trabalhos e com o calor do seu entusiasmo os impulsionou na sua realização.

Temos entre mãos o Relatório de todas as suas actividades, no ano de 1946 e elaborado por Dr. Salvador Aveces. Que formidável labor ele foi!

Não trai, antes confirma, e eloquentemente, a divisa que o *Instituto* ostenta: *Amor scientiaque inserviant cordi*.

Se o *Instituto* jurou que ai o amor e a ciência se se haviam de conjugar ao serviço do coração, nesse ano bem o cumpriu, e novas pedras trouxe, com que proporcionou maior grandesa, ainda, a *Obra* tão magnifica.

João Porto

SINDROMA CERVICO-BRAQUIAL E COSTELAS CERVICAIS

CURA POR ESTELECTOMIA E RESSECÇÃO DA COSTELA

POR

A. NUNES DA COSTA

Já hoje não constituem raridade os casos de costelas cervicais, de tal modo que possa considerar-se curiosidade clínica o relato de um novo caso referente a esta anomalia costal, mesmo quando acompanhado de perturbações neuro-vasculares, como naquele que vamos referir.

Também, se algumas particularidades não acompanhassem este caso, eu me dispensaria de o relatar, pois já é suficientemente conhecido o síndrome da costela cervical nos seus vários aspectos, clínico, fisio-patológico e terapêutico, à custa de numerosos trabalhos de variadíssimos Autores que têm já dedicado a sua atenção a este assunto.

Desde tempos remotos, com efeito, se conhece a existência desta interessante anomalia óssea, já notada, segundo alguns afirmam, na época de GALENO.

No entanto, até ao século XVI a existência de costelas cervicais era conhecida apenas no seu aspecto anatómico, desconhecendo-se as manifestações clínicas a que podia dar lugar.

As primeiras observações nesse sentido parece terem sido descritas por HODGSON (1815), COOPER (1821) e CHASSAIGNAC (1837), parecendo ter sido VERNEUIL (1855) quem praticou no vivo a primeira ressecção de costela cervical.

Desde então, muitos Autores têm dedicado a sua atenção ao estudo clínico e terapêutico das perturbações que podem ser

originadas pela presença de costelas cervicais, procurando-se também esclarecer o mecanismo físiopatológico de tais perturbações, assunto este que tem motivado bem numerosos trabalhos, em virtude da sua dificuldade de interpretação em certos casos.

E assim, alguns Autores, como, GRUBER, LUSCKA, SEDILLOT, P. MARIE, LERI, CROUZON, MOUCHET, etc., procuraram estudar a costela cervical nas suas relações com os vasos sub-clavios, o plexo braquial, a cúpula da pleura e o segmento inferior do simpático servical.

Os trabalhos de ordem clínica são igualmente numerosos, devendo citar-se entre os principais, as teses de DUHAIL (1924), de HURIEZ, (1930), de ANGELINI (1934), de MARKOWITZ (1935), de AUDHUY (1936) e de FINKEL (1939), bem como as comunicações de OMBREDANE, DUVAL, LERICHE e SENEQUE (Académie de Chirurgie 1925), e ainda o artigo de CALVET (Presse Medicale 1940).

Merecem ainda especial menção as constatações operatórias de variados casos de costela cervical, que motivaram os trabalhos de MURPHY (1906), de KEEN (1907), de BRAMVEL (1910), de STREISSLER (1913), de ROCHER e GUERIN (1933), de WERTHEIMER (1935), que muito vieram também contribuir para o esclarecimento dos diversos problemas relacionados com a existência de costelas cervicais.

Entre nós, também este assunto tem merecido algumas atenções, especialmente sob o ponto de vista anatómico, podendo apontar-se os casos relatados por SERRANO, BETHENCOURT FERREIRA e HERNANI MONTEIRO (1927).

* * *

Do conjunto de trabalhos dedicados ao estudo dos diversos problemas, (etio-patogénico, físiopatológico, clínico e terapêutico), relacionados com a existência de costelas cervicais, adquiriu-se o conhecimento de várias noções que são já hoje clássicas na sua maior parte, havendo no entanto ainda outras que são sujeitas a discussão, especialmente sob o ponto de vista etio-patogénico, em que há certos problemas que estão ainda longe de se poderem considerar satisfatoriamente resolvidos.

Sob o ponto de vista etiológico, pouco se sabe acerca dos factores determinantes da anomalia costal, como também acerca de qualquer outra anomalia. Alguns Autores, como RUSSEL, tem invocado o factor hereditariedade, sem no entanto apresentarem factos verdadeiramente demonstrativos, pois que na maior parte dos casos não tem sido possível encontrar idêntica anomalia nos ascendentes.

Outro tanto se pode dizer acerca da pretendida acção determinante do raquitismo, ou da sífilis, factor invocado essencialmente por CROUZON, embora não seja possível também na maior parte dos casos pôr em evidência estas doenças nos progenitores.

Devemos, a este respeito, admitir como factores, no determinismo da costela cervical, os mesmos que têm sido indicados para explicar o aparecimento de outras anomalias, e acerca dos quais apenas podemos ter um conhecimento bastante impreciso.

Os factores etiológicos parecem com efeito ser idênticos, qualquer que seja a anomalia considerada, óssea, muscular etc., tanto mais que as costelas cervicais se acompanham muitas vezes de outras mal-formações, como espinha bífida, escoliose congénita, anomalias musculares, etc.

Também não se explica satisfatoriamente o facto de as costelas cervicais serem mais frequentes no sexo feminino, (cerca de 75 % dos casos, segundo MOUCHET), bem como ainda o facto, de a anomalia ser muitas vezes bilateral, (80 % segundo MILLER); nos casos em que é unilateral a sua maior frequência é esquerda (cerca de 75 %), e, nos casos de bilateralidade a costela é em regra também mais desenvolvida à esquerda, traduzindo-se à direita a maior parte das vezes por simples apêndice costiforme, ou, apenas, apofisomegalia.

Importância clínica das costelas cervicais:— A existência de costelas cervicais só tem importância prática pelas perturbações que pode originar em certos casos.

Essas perturbações são já hoje suficientemente conhecidas, tornando-se desnecessário insistir nelas, e por isso destacaremos apenas alguns pontos mais interessantes e de maior importância para o fim que temos em vista, e que é o de focar em especial a physio-pathologia de tais perturbações, para assim

se poder compreender melhor as bases em que deve assentar a orientação do seu tratamento.

Nem sempre as costelas cervicais determinam manifestações clínicas, podendo mesmo afirmar-se que na maior parte dos casos elas são perfeitamente toleradas.

Por esse facto, é muitas vezes por acaso, no decurso de uma observação clínica da região supra-clavicular, ou por um exame radiológico da coluna cervical, que se revela a existência da anomalia. Por este motivo, a existência de costelas cervicais deve ser bem mais frequente do que em regra se julga, podendo computar-se essa frequência em 2 % dos indivíduos segundo os dados referidos por LEDOUBLE, que examinou sistematicamente, nesse sentido, um conjunto de 400 doentes.

Pelo que respeita à frequência de manifestações clínicas nos indivíduos com costelas cervicais, é difícil avaliar com exactidão este facto, porque para isso seria necessário poder examinar um apreciável número de indivíduos portadores desta anomalia, com ou sem perturbações, o que não é fácil na prática, pois só aparecem em regra à observação aqueles em que a costela supernumerária determina qualquer sofrimento, passando os outros casos quasi sempre despercebidos.

No entanto, alguns Autores que têm procurado averiguar este facto, como MILLER, KEEN e outros, são de opinião de que cerca de 90 % dos indivíduos portadores de costela cervical não apresentam por esse facto qualquer perturbação.

Daqui se pode deprender que a existência de costelas cervicais nem sempre constitui uma doença, devendo considerar-se, na grande maioria dos casos, como simples anomalia, sem quaisquer consequências.

Outro facto digno de registo sob o ponto de vista clínico, consiste em que, sendo a anomalia congénita, as perturbações só aparecem em regra muito tardiamente, a maior parte das vezes entre os 20 e 30 anos, e só muito raramente antes dos 15 anos, ou nas idades avançadas, como afirmam KEEN e RUSSEL.

Diversas hipóteses têm sido invocadas para explicar este facto: crescimento das costelas, maior calcificação e rigidez na idade adulta, traumatismos, doenças associadas, como a tuberculose do vértice pulmonar (TRIDON e LAURIER), uma adenite cervical (CROUSON), apofisite reumatismal (TOUNISSONT), etc.

As hipóteses invocadas, bem como ainda outras, não nos explicam satisfatoriamente o motivo do aparecimento tão tardio das manifestações clínicas, e, a maior parte das vezes a verdadeira causa tem de ficar completamente ignorada.

Outro tanto se pode dizer pelo que respeita à reduzida frequência (cerca de 10 % apenas) com que as costelas cervicais determinam perturbações.

Diversas razões têm sido apontadas nesse sentido, invocando-se para isso o maior ou menor desenvolvimento das costelas supra-numerárias, bastante variável conforme os casos, podendo consistir em costelas verdadeiras, apêndices costiformes ou simples apofisó-megalias, bem como a sua total ou parcial ossificação, traduzindo-se em certos casos por um cordão fibroso ou fibro-cartilágineo ligado à primeira costela torácica. Estas razões embora de certo valor, não nos permitem explicar a existência ou ausência de perturbações nos diversos casos, porquanto se podem observar igualmente estas duas modalidades em indivíduos com costelas cervicais curtas ou longas, embora as perturbações clínicas se observem com maior frequência nos indivíduos com costelas longas. A maior parte dos Autores, admite que é sobretudo a diferença de relações entre a costela cervical e os vasos sub-clavios, que pode condicionar o aparecimento ou ausência de manifestações clínicas nos indivíduos portadores de costelas cervicais.

Vejamos, agora, a natureza dessas perturbações, procurando também interpretar a sua fisio-patologia.

Manifestações clínicas

As costelas cervicais podem determinar manifestações clínicas de aspectos bastante variados, tornando-se por esse facto difícil esquematizá-las. Nalguns casos essas perturbações são ricas de sintomatologia objectiva e subjectiva, enquanto noutros os sintomas são frustes e mal caracterizados. Assim, no primeiro caso a sintomatologia é por vezes suficiente só por si para nos levar a suspeitar o diagnóstico da anomalia óssea, enquanto no segundo raras vezes se pode suspeitar um tal diagnóstico, passando facilmente despercebida a existência da costela cervical, se uma radiografia não nos mostrou a sua presença.

Últimas novedades recibidas

ANGUERA — <i>Terreno y Bacilo en la Tuberculosis</i> . 1 vol. 163 pag. 48 fig. 1946. (MS)	140\$00
BÉCLÈRE — <i>Diagnostic Hormonal et Traitements Hormonaux en Gynécologie</i> . 1 vol. 371 pag. 1946. (M)	183\$50
BLECHMANN — <i>Maladies des Nourrissons et des Enfants</i> . 5 ^e édition. 1 vol. 758 pag. 1947. (LM-D)	362\$00
BOUCHET — <i>Manuel d'Anesthésie</i> . 1 vol. 269 pag. 1946. (F)	112\$00
BOVER — <i>El Diagnostico por la Puncion Ganglionar</i> . 1 vol. 146 pag. 55 fig. en negro y color. 1947. (ES) Encad.	225\$00
BRANCA — <i>Précis d'Histologie</i> . 1 vol. 613 pag. 412 fig. Cinquième édition. 1947. (M) Encad.	245\$00
BRUMPT — <i>Travaux Pratiques de Parasitologie</i> . Quatrième édition. 1 vol. 319 pag. 203 fig. 1946. (M)	91\$00
CARILLON — <i>Anatomie et Physiologie à l'usage des Infirmières</i> . Quatrième édition. 1 vol. 182 pag. 94 fig. 1947. (LM-D).	30\$00
CHAMPY — <i>La Vie Cellulaire</i> . 1 vol. 256 pag. 1947. (F)	68\$00
CHIRAY — <i>Síndromes Digestivos y Patología Neurohormonal. La Terapéutica Hormonal de las Enfermedades Digestivas</i> . 1 vol. 245 pag. 1946. (LM)	130\$00
DARIER — <i>Précis de Dermatologie</i> . 1 vol. 1152 pag. 269 fig. Cinquième edición. 1947. (M).	595\$00
DELARUE — <i>Le Problème Biologique du Cancer</i> . 1 vol. 200 pag. 31 fig. 1947. (M)	105\$00
DEVRAIGNE — <i>Précis d'Obstétrique</i> . Sixième édition. 1 vol. 1050 pag. 385 fig. 1946. (LM-D) Encad.	498\$00
DOUSSET — <i>Examen du Malade en Clientèle</i> . 1 vol. 464 pag. 155 fig. 1947. (LM)	115\$00
DUPUY DE FRENELLE — <i>Compendio de Anatomia Descriptiva y Regional. Tomo I. Columna Vertebral y Región Dorsal</i> . 1 vol. 106 pag. 164 fig. 1946. (M).	52\$50
DUPUY DE FRENELLE — <i>Compendio de Anatomia Descriptiva y Regional. Tomo II. Paredes Torácicas. Mamas. Hueco Axilar. Aparato Pulmonar</i> . 1 vol. 154 pag. 166 fig. 1946. (LM)	52\$50
HARANT — <i>Parasitologie Médicale</i> . 1 vol. 239 pag. 105 fig. 1947. (LM)	77\$00
HERTENBERG — <i>L'Épilepsie Chronique</i> . 1 vol. 161 pag. 1946. (M)	84\$00
JEANNENEY — <i>Formulaire Gynécologique du Praticien</i> . Quatrième édition. 1 vol. 318 pag. 51 fig. 1946. (LM-D)	85\$00
LAUNOY — <i>Éléments de Physiologie Humaine</i> . Deuxième édition. 1 vol. 760 pag. 67 fig. 1947. (LM)	390\$00
LEIBOVICI — <i>Les Thyroïdectomisés</i> . 1 vol. 109 pag. 1946. (LM-D)	49\$00
MATHEY — <i>Div Préludes à la Biologie</i> . 1 vol. 226 pag. 19 fig. 1945. (M)	78\$80
REYES — <i>Guía Formulario de Clínica Pediátrica</i> . 1 vol. 398 pag. 1947. (ES) Encad.	160\$00
RICHET et MARAÑÓN — <i>Alimentation. Aliments et Régimes</i> . 1 vol. 220 pag. 1947. (BB).	161\$00
ROCHA — <i>Medicina de Urgencia</i> . 1 vol. 415 pag. ilustrado. 1947. (SB) Encad.	380\$00
SERGEANT, etc. — <i>L'Exploration Clinique Médicale. Technique et Séméiologie</i> . Troisième édition. 1 vol. 1215 pag. 515 fig. 1947. (M) Encad.	647\$50
SIMÉON — <i>Contrôle Médical des Activités Physiques et Sportives. Rôle du Médecin dans l'Éducation</i> . 1 vol. 118 pag. 1947. (BB)	52\$50
WEIL — <i>L'Hémophilie. Affection Familiale</i> . 1 vol. 128 pag. 1946. (M)	46\$00



POMADA OFTÁLMICA **IRGAMIDE**

(N₁-Dimetil-acroil-sulfanilamida)

Infecções das pálpebras, da conjuntiva e da córnea, queratò-conjuntivite flictenular. Úlcera catarral, terçol. Profilaxia e tratamento das infecções post-traumáticas, etc.

*A pomada oftálmica **IRGAMIDE** representa um novo preparado de grande valor graças à sua acção fortemente bactericida e às propriedades fisiológicas favoráveis do seu excipiente. É perfeitamente tolerada e não irrita. (Bangertler, Praxis n.º 31, Julho 1942).*

Bisnaga de 5 gramas

J. R. GEIGY S. A. — Basileia (Suíça)

REPRESENTANTE PARA PORTUGAL E COLÓNIAS

CARLOS CARDOSO

Rua do Bonjardim, 551 — PORTO

Não vamos descrever com minuciosidade essas manifestações clínicas, pois são já sobejamente conhecidas desde longo tempo, graças aos trabalhos da CROUSON, STREISSLER, KEEN, ADSON, LERICHE, WERTHEIMER, etc.

Assim, apenas referiremos algumas das mais típicas e frequentes, destacando sobretudo aquelas que temos tido ensejo de notar nalguns casos clínicos de observação pessoal.

Essas manifestações, que podem ser de carácter objectivo ou subjectivo são em regra devidas a perturbações de natureza vascular ou nervosa.

As primeiras, traduzem-se a maior parte das vezes por alterações de cor, manifestando-se sobretudo na mão ou nos dedos e podendo consistir em fenómenos de síncope local, com palidez acentuada, e outras vezes acrocianose, independentes, ou podendo alterar estes dois aspectos, que são, na maior parte dos casos, intermitentes.

O seu modo de aparição é bastante caprichoso, no tempo e nas causas, sendo umas vezes consecutivas a um golpe de frio, uma corrente de ar, outras vezes um esforço e até em certos casos um choque emotivo.

Estas perturbações revestem por vezes o aspecto da doença de RAYNAUD, podendo mesmo conduzir ao esfacelo, distinguindo-se em certos casos apenas pelo seu carácter de unilateralidade e pelo facto de terem um substratum orgânico.

Estas perturbações são com efeito quase sempre unilaterais, embora a costela cervical possa ser bilateral, e têm a sua manifestação mais frequente à esquerda.

A palpação do pulso radial pode fornecer indicações, em comparação com a do lado oposto, podendo traduzir-se por simples enfraquecimento das pulsações, ou pelo seu completo desaparecimento, como acontecia na observação que adiante vai relatada.

Nestes casos, a medida da tensão arterial pode ainda fornecer indicações mais nítidas, mostrando um abaixamento tensional ou a ausência do índice oscilométrico, não só na radial mas ainda em todas as artérias do membro superior. Estas perturbações são muitas vezes acompanhadas de dores, mais ou menos intensas e persistentes, podendo também revestir o aspecto da claudicação intermitente, com os esforços do membro superior.

Pelo que respeita às perturbações nervosas, estas podem consistir em fenómenos de hiperestesia, hipoestesia ou anestesia e ainda em perturbações da motilidade ou da tonicidade dos músculos do membro superior. Todas estas perturbações são muito variáveis na sua intensidade, duração e modo de aparecimento, podendo também ser bastante limitadas ou estender-se a todo o membro, e até ao pescoço, em particular à região supra-clavicular do lado correspondente.

Nalguns casos, podem observar-se mesmo paralisias de determinados grupos musculares, como acontecia nas observações referidas por CROUSON e MATHIEU.

Além das perturbações mencionadas, ainda se pode observar como consequência de costela cervical, a existência de alterações tróficas, podendo consistir em manifestações de esclerodermia, edema e esfoliações da pele, ou, até, verdadeira necrose de tecidos.

Nos casos mais simples, as manifestações clínicas são extremamente reduzidas, podendo consistir apenas em perturbações inteiramente subjectivas, sensações de picadas, formigueiros, alterações da temperatura local, etc.

Como vemos, as manifestações clínicas de costela cervical podem revestir um aspecto bastante polimorfo, motivo porque o diagnóstico desta anomalia é por vezes bastante difícil, pois que a sua sintomatologia pode facilmente confundir-se com a de muitas outras afecções nervosas ou vasculares. Outras vezes, também, quando as perturbações são pouco nítidas e puramente subjectivas, os doentes são rotulados de neuropatas, se uma radiografia da coluna cervical não vem esclarecer o diagnóstico.

É, com efeito, na radiografia que se fundamenta com maior certeza o diagnóstico da costela cervical, visto que, como teremos ocasião de fazer notar, as perturbações anteriormente referidas não são unicamente peculiares a esta anomalia. Mas, antes de abordarmos esse assunto, do diagnóstico diferencial, vejamos em primeiro lugar como interpretar a fisiopatologia das perturbações condicionadas por uma costela cervical. Este assunto tem merecido a atenção de muitos Autores, entre os quais, ADSON, ANGE-LINI, CLIFFORD, CROUSON, PIERRE MARIE, TINEL, A. THOMAS, LÉRI, LERICHE, FONTAINE, etc.

Todos estes Autores e muitos outros ainda se têm esforçado por interpretar o mecanismo fisiopatológico e das perturba-

ções que podem ser originadas por uma costela cervical. A maior parte desses autores atribui a uma acção mecânica, irritativa ou compressiva, sobre os vasos sub-clávios e sobre os filetes nervosos simpáticos, ou até do plexo braquial, as perturbações neuro-vasculares que é costume observar nos indivíduos com costelas cervicais.

São fáceis de compreender, com efeito, as perturbações circulatórias do membro superior, em consequência da compressão directa da artéria sub-clávia, sobretudo quando a costela é longa, pois que em tais casos é costume a artéria passar sobre a referida costela, do mesmo modo que normalmente passa sobre a primeira torácica, descrevendo a artéria um ângulo mais agudo do que habitualmente, sobretudo à esquerda, em virtude da sua origem directa na crossa da aorta. Este facto explicaria, até certo ponto, a maior frequência habitual das perturbações circulatórias do lado esquerdo, como tivemos já ocasião de referir.

A acção mecânica da costela anormal sobre a artéria sub-clávia, pode determinar, por sua vez, não só uma certa dificuldade na passagem do sangue, mas ainda fenómenos irritativos sobre a parede arterial, condicionando, por esse facto, quer perturbações vaso-motoras de natureza constrictiva por excitação anormal dos filetes simpáticos peri-arteriais, quer ainda verdadeiros fenómenos de arterite com degenerescencia das paredes vasculares, e, noutros casos até, fenómenos de trombose, podendo chegar a determinar a obliteração completa da artéria, como têm já observado LERICHE, FONTAINE, e ainda outros.

Estes fenómenos de origem mecânica explicam-nos uma grande parte das manifestações clínicas que acompanham a costela cervical, mas devemos saber também que nem sempre a intensidade dessas perturbações está em relação proporcional com a intensidade das alterações anatómicas da artéria sub-clávia. Há com efeito, casos em que, a uma obliteração completa da referida artéria, correspondem perturbações circulatórias mínimas do membro superior, enquanto noutros, com permeabilidade perfeita dos vasos sub-clávios, se observam perturbações circulatórias importantes, por vezes chegando à gangrena.

Este facto tem a sua explicação fisio-patológica no maior ou menor desenvolvimento da circulação colateral vicariante nos

casos de obliteração da artéria sub-clávia e ainda na intensidade das perturbações de natureza funcional, vaso-constrictora, pela irritação dos filetes simpáticos peri-arteriais.

A suficiência circulatória de qualquer território orgânico, não depende, com efeito, apenas da integridade anatómica dos vasos que lhe são adstrictos, mas também em larga escala do equilíbrio funcional vaso-motor, que permite adaptar o calibre dos vasos às necessidades circulatórias dos tecidos, em cada momento, como bem demonstraram LERICHE e POLICARD, pelas suas experiências nesse sentido, quer em animais, quer no homem. Quando o equilíbrio vaso-motor deixa de existir, o que acontece nos casos em que haja uma hiper-excitabilidade dos filetes simpáticos arteriais, logo se rompe também o equilíbrio circulatório normal, resultando daí a perda do poder de adaptação do calibre dos vasos às necessidades circulatórias dos tecidos.

A doença de RAYNAUD, é um exemplo bem frizante do papel importante que desempenha a rotura do equilíbrio vaso-motor no determinismo de certas perturbações circulatórias, por vezes de gravidade, podendo chegar ao esfacelo de tecidos.

Assim se pode explicar o mecanismo da maior parte das manifestações clínicas de natureza circulatória que acompanham as costelas cervicais, bem como a desproporção que por vezes se observa entre a intensidade das lesões da artéria sub-clávia e a gravidade das perturbações circulatórias que lhe correspondem.

Por aqui vemos que, não é só a acção mecânica da costela cervical sobre os vasos que determina o aparecimento das perturbações circulatórias no membro superior, mas também desempenha um papel muito importante a acção irritativa sobre o simpático cervical e em particular sobre o gânglio estrelado, de onde parte o maior número de filetes para o membro superior, quer indo junto com os vasos ou através dos ramos comunicantes cinzentos para o plexo braquial. Isto nos explica ainda, até certo ponto, o facto de nem sempre as costelas cervicais determinarem sintomatologia clínica, dependendo esta da medida em que a costela anormal determina fenómenos de irritação, quer sobre os vasos sub-clávios quer sobre o simpático.

Enquanto às perturbações nervosas do membro superior, englobando a sensibilidade e a motilidade cerebro-espinais, estas parecem estar relacionadas sobretudo com a compressão exer-

cida pela costela cervical sobre as raízes C₈ e D₁, como afirmam LÉRI e TZANCK.

Como acabamos de ver, a físiopatologia das perturbações originadas pelas costelas cervicais é bastante complexa, e alguns fenómenos ainda há a esse respeito que não estão suficientemente esclarecidos.

Sob o ponto de vista clínico, importa sobretudo conhecer que as costelas cervicais podem determinar perturbações bastante polimorfas, umas vezes ligeiras e outras vezes revestindo aspectos de gravidade, circunscrevendo-se as manifestações clínicas na maior parte dos casos ao território do membro superior, principalmente do lado esquerdo.

Por esse facto, devemos sempre pensar na possibilidade de existência de costelas cervicais, em presença de indivíduos com perturbações neuro-vasculares do membro superior, quer sejam unilaterais ou bilaterais, e mandar proceder ao exame radiológico da coluna cervical, em todos os casos dessa natureza.

Diagnóstico diferencial

Em presença de um doente portador de costelas cervicais, e com perturbações neuro-vasculares do membro superior, do tipo daquelas que anteriormente referimos, há a tendência para estabelecer uma relação de causa para efeito entre essas perturbações e a anomalia costal. Devemos saber, no entanto, que além da costela cervical outras causas há que podem conduzir a idênticas perturbações, tornando-se por isso necessário fazer o diagnóstico diferencial, sem o que, o tratamento não pode conduzir a resultados positivos.

O conjunto de manifestações clínicas que podem ser originadas por uma costela supra-torácica, e que alguns Autores, como LERICHE, individualizaram sob a designação de síndrome da costela cervical, pode igualmente observar-se noutras afecções da região supra-clavicular, como sejam: anomalias do músculo escaleno anterior, afecções intrínsecas da artéria sub-clávia ou do simpático cervico-torácico, certas doenças inflamatórias do tecido celular da região (fibroses), etc.

Por esta razão, alguns Autores, como OCHSNER e BAKEY (1935), atribuindo talvez uma importância demasiada à acção patogénica de certas anomalias do escaleno, e, filiando nessa patogenia as perturbações circulatórias anteriormente referidas, propuzeram a designação de — síndrome do escaleno anterior, para englobar todas as perturbações do tipo das que costumam observar-se nos casos de costela cervical.

Mais recentemente, ainda, outros Autores anglo-saxónicos, (AYNES-WORTH), baseando-se nas múltiplas causas que podem originar as referidas perturbações, incluindo a costela cervical, as anomalias do músculo escaleno, alterações do tecido celular da região, etc., propuzeram a designação de — «síndrome cervico-braquial», que, por ser mais genérica se adapta melhor à realidade dos factos.

É esta a designação que hoje devemos preferir para caracterizar o conjunto de manifestações clínicas do tipo daquelas que é costume observar nos doentes portadores de costelas cervicais, visto que, mesmo nos casos de existir a referida anomalia, não podemos sempre ter a certeza de que a ela sejam devidas as perturbações observadas.

Nós sabemos, com efeito, que a maior parte (90 %) dos indivíduos portadores de costela cervical não apresentam quaisquer perturbações e, por outro lado, sabemos também que as referidas perturbações podem existir em indivíduos sem qualquer anomalia costal, razão porque não podemos sempre estabelecer relação da causa para efeito entre as anomalias costais e as manifestações clínicas do tipo do síndrome cervico-braquial.

Isto quer dizer que, nem sempre as perturbações neuro-vasculares do membro superior, nos indivíduos portadores de costela cervical, são originadas por esta anomalia, podendo ter uma causa muito diversa, que é preciso despistar em cada caso.

O conhecimento deste facto tem uma grande importância sob o ponto de vista terapêutico, e, ao seu desconhecimento se deve atribuir o fracasso obtido em muitos casos pela simples ressecção da costela supra-numerária, à qual se atribui por vezes erradamente a causa do síndrome clínico.

É essencialmente por este motivo que a observação que vou relatar se reveste de particular interesse, pois nos mostra como, num doente portador de costela cervical, com manifestações clí-

nicas que à primeira vista tudo levava a crer que estariam relacionadas com a referida costela, a verdadeira causa era bem diferente, e a sua patogenia assentava essencialmente numa excitabilidade anormal do simpático cervico-torácico, por afecção independente da anomalia costal.

Mas, antes do relato dessa observação clínica, e para podermos melhor compreender a orientação terapêutica por nós adoptada, passemos em ligeira revista os métodos de tratamento que tem sido propostos para debelar as perturbações do pretendido «síndrome da costela cervical».

Tratamento do síndrome cervico-braquial

Entre os processos preconizados para o tratamento das perturbações que parecem relacionadas com a existência de uma costela cervical, devemos distinguir essencialmente dois métodos:

- a) Tratamento médico, ou método funcional.
- b) Tratamento cirúrgico.

No primeiro método terapêutico devemos mencionar o tratamento pelos agentes físicos (Diatermia, ionização, Roentgenterapia), e as infiltrações novocaínicas do gânglio estrelado.

Este método terapêutico parece ter conduzido a resultados favoráveis nalguns casos (LERICHE, WERTHEIMER, LAYANI, etc.), razão porque deve ser ensaiado em todos os casos, em particular as infiltrações do gânglio estrelado, pois que além de ser um método simples, inofensivo e de fácil técnica na sua aplicação, pode ainda servir em certos casos de *test* para avaliar as probabilidades de êxito do tratamento cirúrgico.

No entanto, não devemos ter uma confiança demasiada nos efeitos deste método terapêutico, porque em muitos casos os resultados são nulos e outras vezes apenas transitórios. Com o tratamento médico apenas se obtém em regra um ligeiro alívio do sofrimento dos doentes, em breve interrompido pelo aparecimento de novas crises, sobretudo se a par da costela cervical existem já alterações anatomopatológicas dos vasos sub-clávios ou do simpático.

Tratamento cirúrgico

a) — *Ressecção costal:*

Entre os diversos processos cirúrgicos que têm sido preconizados e praticados para o tratamento das perturbações que é costume observar nos doentes portadores de costela cervical devemos mencionar em primeiro lugar a ressecção costal. Primitivamente, quando se julgava que essas perturbações eram exclusivamente devidas à existência de tal anomalia, o único tratamento preconizado consistia apenas na ressecção da costela supra-numerária. Com este processo cirúrgico, os resultados eram inconstantes, obtendo-se algumas vezes o desaparecimento das perturbações, enquanto noutros casos não se observava qualquer efeito benéfico sobre o estado dos doentes. Logo que se verificou que outras causas podiam, em concorrência com a costela cervical ou independentemente desta, determinar idênticas perturbações, novos processos cirúrgicos foram preconizados, e têm sido postos em prática, quer isoladamente ou associados com a ressecção costal.

Entre esses processos, principalmente preconizados por LERICHE e WERTHEIMER, devemos mencionar, sobretudo, a ressecção da artéria sub-clávia, a simpatectomia peri-arterial e a ressecção do segmento inferior do simpático cervical, em particular do gânglio estrelado.

b) — *Ressecção arterial:*

A ressecção da artéria sub-clávia tem a sua indicação especialmente nos casos em que esta artéria se encontra trombosada ou ainda nos casos de aneurisma, lesões estas que podem ser uma consequência da compressão, ou irritações determinadas por uma costela cervical, como atestam as observações relatadas por STREISSLER, DAVIDSON, WERTHEIMER, LERICHE SÉNÈQUE, DUVAL e outros.

A ressecção arterial, nos casos de trombose obliterante da sub-clávia, assenta numa base patogénica defendida principalmente por LERICHE, pois, segundo este Autor, uma artéria trombosada actua sobre a circulação colateral à maneira de um nervo doente, hiper-excitável, determinando a distância fenómenos de vaso-

Glicómetro

do Dr. James Burmann

Para a dosagem, rápida, precisa do
açúcar nas urinas.

Produtos
SB
BERNA



Instituto Seroterápico e Vacinal Suisso Berne

Representante exclusivo

RAÚL VIEIRA LDA, LISBOA

Rua da Prata 51, Tel. 27150

Tuberculina antiga de Koch
Pomada de Tuberculina prescrita por Moro

Produtos
SB
BERNA



Diagnose

e

Terápia

Instituto Seroterápico e Vacinal Suisso Berne

Representante exclusivo

RAÚL VIEIRA LDA, LISBOA

Rua da Prata 51, Tel. 27150

*Um novo medicamento
de síntese que marca
UM PROGRESSO
na terapêutica
anti-histamínica*

NÉO-ANTERGAN

*Grânjeias doseadas a 0gr.10 e 0gr.05
(Tubos de 50)*

**MELHOR TOLERADO
MAIS ACTIVO
QUE O ANTERGAN**

Literatura e amostras mediante pedido

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE **SPECIA**

21, RUE JEAN GOUJON



MARCAIS POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE

PARIS (8^e)

Soc. Com. CARLOS FARINHA, L.^{da} — R. dos Sapateiros, 30, 3.^o — Lisboa

-constricção. Os resultados obtidos com este método terapêutico parecem confirmar a exactidão das ideias de LERICHE a tal respeito, pois que a maior parte das intervenções realizadas nos casos de trombose por costela cervical têm em regra conduzido ao desaparecimento das perturbações que daí resultavam.

c) — *Simpatectomia* :

É evidente, e a prática o tem confirmado, que a ressecção costal e a ressecção da artéria sub-clávia só são susceptíveis de dar bons resultados nos casos em que as perturbações vasculares são dependentes da anomalia costal, quer directamente por compressão da artéria, quer indirectamente por intermédio das lesões secundárias de trombose ou de aneurisma arterial.

Nos casos, no entanto, em que a costela cervical não tem relações de contiguidade com a artéria sub-clávia, o que acontece por vezes mesmo com costela longa, os processos cirúrgicos anteriormente mencionados não conduzem a resultados favoráveis.

É especialmente para esses casos que foi preconizada a simpatectomia, nas suas diversas modalidades (peri-arterial, ganglionar, etc.).

Já tivemos ocasião de ver, a propósito da patogenia do sindroma cervico-braquial, que muitas vezes as perturbações circulatórias não são tanto resultantes de um obstáculo mecânico por trombose ou compressão da artéria sub-clávia, como pelos fenómenos de vaso-constricção devidos à irritabilidade dos filetes simpáticos peri-arteriais, ou do próprio gânglio estrelado. Noutros casos, também, estes dois mecanismos patogénicos podem associar-se.

Daí resulta que, muitas vezes a ressecção da costela cervical não conduz a qualquer melhoria do sindroma clínico, podendo no entanto este desaparecer completamente após uma simpatectomia peri-arterial, ou, melhor ainda, com a ressecção do gânglio estrelado. Por esse motivo, podemos afirmar que o tratamento do sindroma que acompanha os casos de costelas cervicais, relacionado ou não directamente com esta anomalia, não deve ser sempre idêntico, tendo de se adaptar a cada caso o tratamento mais conveniente. E assim, enquanto nalguns casos se pode obter resultados satisfatórios com o tratamento médico, em particular com as infiltrações novocaínicas do gânglio estrelado, na

maior parte só o tratamento cirúrgico é capaz de conduzir à cura dos doentes.

Neste último caso, a cura poderá ser obtida umas vezes com a simples ressecção da costela cervical, outras com ressecção do músculo escaleno, outras ainda com a estelectomia, ou até com a associação destes diversos processos cirúrgicos.

A observação que passo a relatar, é a este respeito bastante elucidativa, mostrando-nos, em primeiro lugar, que nem sempre as perturbações clínicas observadas nos indivíduos com costelas cervicais são dependentes desta anomalia, mesmo tratando-se de costelas bem desenvolvidas, e que, nesses casos a simples ressecção costal não é susceptível de conduzir à cura das perturbações vasculo-nervosas do membro superior, sobretudo naqueles em que a artéria sub-clávia não passa sobre a costela cervical, podendo, no entanto, as perturbações desaparecer após a ressecção do gânglio estrelado.

Observação clínica

Doente — *I. N.*, de 20 anos de idade, solteira, de nacionalidade americana, residente em Tábua.

Deu entrada na enfermaria de Medicina Operatória (2.^a C. M.) em 28 de Novembro de 1945, onde ficou registada com a ficha clínica n.º 955.

Nos antecedentes hereditários e colaterais nada havia de interesse a relatar.

Nos antecedentes pessoais, averiguou-se que sofreu de reumatismo aos 10 anos de idade, e de adenopatias escrofulosas cervicais, especialmente na região supra-clavicular esquerda, tendo algumas chegado a supurar e a fistulizar.

H. Progressa — Cerca de 5 meses antes da sua entrada no Hospital começou a notar que o braço esquerdo cansava mais do que o direito quando trabalhava, sendo obrigada frequentemente a colocar o membro superior esquerdo em repouso depois de pequeno esforço, o que lhe acontecia mesmo quando tratava do arranjo do cabelo.

Pouco tempo depois começou a notar também que o braço esquerdo ficava frio, a mão dormente e as unhas tomavam uma cor arroxeada. De vez em quando, também sentia um formigueiro e por vezes picadas na mão e braço esquerdos e outras vezes notava ainda que a mão se tornava subitamente muito pálida, sobretudo quando sofria a influência de alguma corrente de ar, mesmo ligeira.

Estas perturbações levaram-na a consultar o médico, que tendo verificado a ausência de pulsação da artéria radial, do lado referido, mandou proceder ao exame radiográfico da coluna cervical.

A radiografia mostrou a existência de costela cervical bem desenvolvida do lado esquerdo e a doente foi submetida a tratamento intensivo pela Acetil-colina, sem qualquer resultado benéfico, tendo por isso sido aconselhada a internar-se no Serviço de Medicina Operatória dos Hospitais da Universidade.

A observação desta doente, mostrou-nos o seguinte: bom estado geral e regular nutrição; temperatura normal; a auscultação cardíaca e pulmonar nada revelou de anormal; a doente queixa-se apenas das perturbações anteriormente referidas pelo que respeita ao membro superior; a mão esquerda apresentava-se fria e cianosada, sendo a cianose mais intensa nas extremidades dos dedos. Verificou-se ausência de pulsação das artérias do membro superior esquerdo, incluindo a radial, humeral e axilar; do lado direito, nada se observava de anormal; pela observação e palpação da região supra-clavicular esquerda notava-se a existência de adenopatias indolores, com um pequeno trajecto fistuloso junto do bordo posterior do est. cleido-mastoideu onde apresentava ainda cicatrizes de trajectos fistulosos antigos;

Tensão arterial: Braço direito	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Mx.} - 15 \\ \text{Md.} - 11 \\ \text{Mn.} - 7 \\ \text{I. O.} - 3 \end{array} \right.$

Braço esquerdo I. O. = 0

R. Wassermann - negativa.

Análise da urina - normal.

Radiografia da coluna cervical - mostra a existência de costela cervical bem desenvolvida à esquerda e apêndice costiforme à direita. (Radiografia I).

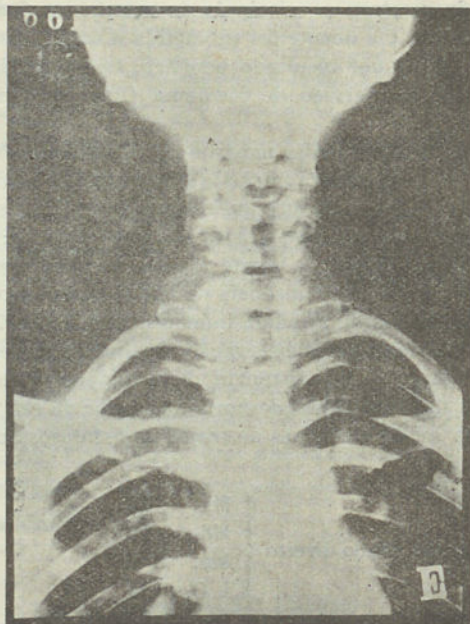
Operação - (3-1-946) - Anestesia local com sol. de Novocaina a 1%; Ressecção da costela cervical esquerda, por via posterior; Verificou-se que esta costela não tinha relações de contiguidade com a artéria sub-clávia e, por esse motivo, prevendo que a doente nada beneficiaria nas suas manifestações clínicas com a ressecção da referida costela, procedi também à ressecção do gânglio estrelado do mesmo lado, aproveitando a mesma via de acesso, para o que se tornou necessário ressecar o colo da 1.^a costela torácica.

A operação decorreu sem incidentes e o período post-operatório foi normal; em consequência da estelectomia, a doente ficou com o síndrome de Claude Bernard-Horner persistente, conforme se vê na fotografia I.

Resultado As perturbações que a doente apresentava antes da intervenção desapareceram completamente, continuando no entanto a verificar-se ausência de pulsação das artérias do membro superior esquerdo.

A doente pediu alta por se encontrar completamente curada, em 17-1-946.

Por informações posteriores, verificou-se que esta doente continuava sem quaisquer perturbações, um ano após a intervenção.



Radiografia I

Fotografia I
(Sindroma de Claude-Bernard-Horner à esquerda)

RESUMO

Relata-se um caso de costela cervical acompanhada de perturbações neuro-vasculares do membro superior, onde predominavam as manifestações clínicas do tipo — Sindroma de RAYNAUD. Como particularidade mais interessante neste caso clínico, há a assinalar o desaparecimento da pulsação das artérias do membro superior esquerdo, por possível trombose da artéria sub-clávia.

A intervenção mostrou não haver relações de contiguidade entre a costela cervical e os vasos sub-clávios, o que deve levar a supor que as manifestações clínicas que a doente apresentava não dependiam directamente da anomalia costal.

Por este motivo, o Autor associou à ressecção da costela cervical a ressecção do gânglio estrelado, tendo observado em consequência o desaparecimento das manifestações clínicas que a doente apresentava antes da intervenção. A propósito, passa em revista as diversas causas que podem originar o sindroma cervico-braquial, focando a sua fisio-patologia, bem como a orientação que deve seguir se no tratamento do referido sindroma.

BIBLIOGRAFIA

- ADSON — Cervical rib; method of anterior approach for relief of symptoms by division of scalenus anticus. (*Ann. of Surgery*, n.º 85, Junho de 1927, pág. 839).
- ANGELINI — Contribution à l'étude des troubles vaso-moteurs du membre supérieur en rapport avec une côte cervicale — Tese-Paris — 1935.
- AGRIFAGLIO — Costale cervicali. (*Arch. ital. clinica*, n.º 20, 1928, pág. 431).
- BOMBI — Síndrome di Raynaud de la setima costa cervicale. (*Políclinico*, n.º 36 — 21 de Outubro de 1929, pág. 1.508).
- BOUTREAU-ROUSSELLE — Un cas de côte cervicale double avec troubles vasculaires du membre supérieur droit. (*Bull. Soc. Anat.*, 26 de Novembro de 1921).
- CALVET (J.) — Les côtes cervicales — Le syndrome du scalène antérieur. (*Presse Médicale*, 1940, n.º 102, pág. 1.072).
- CHURCH — (*The Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 5 de Julho de 1919).
- CHALIER et WERTHEIMER — Un cas de côte cervicale. (*Soc. Nat. de Med. et des Ac. Med. de Lyon*, 14 de Junho de 1922).
- CROUSON et MATHIEU — Contribution à l'étude des côtes et apophyses transverses cervicales. (*Rev. Neurologique*, Julho de 1923, pág. 39).
- CROUSON, GILBERT-DREYFUS et COSTE — Côte cervicale et syndrome de compression artérielle; claudication intermittente du bras; anisosphymie oscilométrique. (*Bull. Soc. Med. des Hôp. de Paris*, n.º 51, 1927, pág. 753).
- DEGERINE et A. DELILLE — Paralysie radicaire due à des côtes cervicales. (*Soc. de Neurologie*, 6 de Novembro de 1902).
- DESBENNETS — Le diagnostic des côtes cervicales. (*Journ. des Sc. Med. de Lille*, n.º 15, 10 de Abril de 1932).
- DUHAIL — Côtes cervicales au point de vue chirurgical — Tese-Paris — 1924.
- EDINGTON — Cervical ribs. (*Glasgow Med. Journ.*, n.º 118, Novembro, 1932, pág. 289).
- FLOUQUET — Contribution à l'étude des manifestations vasculaires chez les porteurs de côtes cervicales — Tese-Nancy — 1931.
- FONTAINE et SCHATHNER — (*Journ. de Chirurgie*, t. XLVI, n.º 6, 1935, pág. 849).
- FUNSTON — Relation of congenital deformities of cervical ribs. (*The Journ. of Amer. Med. Assoc.*, n.º 98, 27 de Fver, 1932, pág. 697).
- HURIEZ — Côtes cervicales et hypertrophies des apophyses transverses — Tese-Lille — 1930.
- LERICHE (R.) — Quelques résultats éloignés d'opération pour côte cervicale. (*Bull. Soc. Nat. Chirurgie*, t. LXI, 7 de Dezembro, 1935, pág. 1.292,).

- LÉRI — Les affections de la colonne vertébrale — Masson Ed.^{es}. Paris — 1926.
- MOUCHET — Côtes cervicales et atrophie de l'éminence thénar chez un enfant. (*Bull. Soc. Nat. Chirurgie*, t. LII, Dezembro, 1926, pág. 1.192).
- MONTEIRO (HERNANI) et R. CARVALHO — Alguns casos de costelas cervicais — *Congresso Nacional de Medicina, Porto* — 1927.
- PIERRE MARIE, CROUSON et CHATELAIN — La côte cervicale. (*Bull. Soc. Med. des Hopitaux*, Junho 1913).
- ROBINSON, STONE and ELLIOT — Cervical ribs. *West. Journ. Surgery*, t. XLIII, 1935, pág. 295.
- TELFORD -- Two cases of cervical ribs with vascular symptoms. *The Lancet*, t. II, Londres, 1913, pág. 1.116.
- VERNEJOL — Septième côte cervicale. *Soc. Chirurgie*, Marselha, Julho, 1922.
- WERTHEIMER — Côte cervicale avec anévrysme artériel sous-clavier. *Bull. l'Acad. de Chirurgie*, 11 de Dezembro, 1935, págs. 4373-1376.
- VINCENT DU LAURIER — Pseudo côtes cervicales — Tese-Paris — 1924.

COXA-PLANA OU OSTEOCONDRITE DEFORMANTE INFANTIL DA ANCA

POR

LUÍS VALE

Observação clínica e radiológica

Rapaz de 9 anos, de constituição e nutrição regulares, queixa-se há alguns meses de dores ligeiras na anca direita.

Estas dores são exacerbadas pela mobilidade articular chegando a produzir marcha claudicante.

Dores e claudicação desaparecem pelo repouso.

O exame revela abaixamento da bacia do lado direito com torsão para a esquerda, e adução do membro inferior.

Existe uma dor insignificante à pressão digital forte sobre o colo do femur.

Não se nota nenhum empastamento do triângulo de Scarpa, nem qualquer atrofia dos músculos da coxa.

Não há gânglios inguinais ou iliacos palpáveis.

Os movimentos articulares são de amplitude sensivelmente normal, excepto o de abdução, que se apresenta um pouco limitado.

Não há antecedentes bacilares e o exame do torax, clínico e radioscópico, é normal.

Não há sinais clínicos de raquitismo ou de heredo sífilis, não acusa qualquer traumatismo anterior de importância.

Suspeitando de um processo de artrite tuberculosa em início fez-se a radiografia junta, reveladora da verdadeira doença.

Trata-se de mais um caso a que se pode aplicar a frase de Mouchet, a propósito da scafoidite tarsica: a clínica é pouco, a radiografia é tudo.

O radiograma do doente (Fig. 1) mostra uma bacia assimétrica por posição viciosa, com os vários pontos de ossificação ainda incompletamente soldados, como é próprio da sua idade (9 anos).

As deformações características do processo, lado direito, encontram-se no núcleo epifisário da cabeça femural, que se mostra completamente deformado, diminuído de altura, achatado e alargado transversalmente em forma de crescente; a sua tonalidade não é homogénia, está alterado na sua estrutura, sarapintado de manchas claras e escuras, e parecendo fragmentado,

DI·SULFA·LAB



PODER TERAPÊUTICO: Igual à soma das duas.

TOXICIDADE: Muito diminuída, segundo o quadro seguinte:

	Cristaluria	Toxicidade renal	Febre
SULFATIAZOL . . .	70 ‰	3 a 5 ‰	10 ‰
SULFADIAZINA . . .	29 ‰	3 a 5 ‰	2,4 ‰
DI-SULFA-LAB . . .	7 ‰	0	1,4 ‰

É UM PRODUTO DOS LABORATÓRIOS «LAB»

Direcção Técnica do Prof. COSTA SIMÕES

Avenida Alferes Malheiros, 99 — Lisboa - Norte, Tel. 74.812

INSULINA

“A B”

de renome mundial

— SIMPLES

**cujos fundamentos
e características são:**

- *inalterabilidade*
- *pureza*
- *acção absoluta.*

— PROTAMÍNICA

**com zinco em suspensão
Modalidade com vantagens:**

- *prolonga a acção da Insulina*
- *absorção mais lenta e gradual*
- *exige menor número de injeções*
- *domina melhor a diabetes.*

FOLHETOS AOS Ex.^{mos} CLINICOS

Preparações de { ALLEN & HANBURY'S, LTD. e
THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.

Representantes exclusivos destes produtos:
COLL TAYLOR, L.^{DA} — R. dos Douradores, 29-1.º — Lisboa
Depositários no Porto: Farmácia Serabando, L. Loios, 36

A cartilagem diafiso-epifisária ou de conjugação, que normalmente é rectilínea ou até ligeiramente concava, é aqui nitidamente convexa, irregular, dentada e interrompida na sua parte média.

O colo femural, curto e grosso, apresenta algumas manchas de descalcificação por baixo da cartilagem epifisária.

A interlinha articular está aumentada, a superfície da cotiloideia é bastante irregular, mas o contorno cartilagineo diartrodial femural é perfeitamente regular.

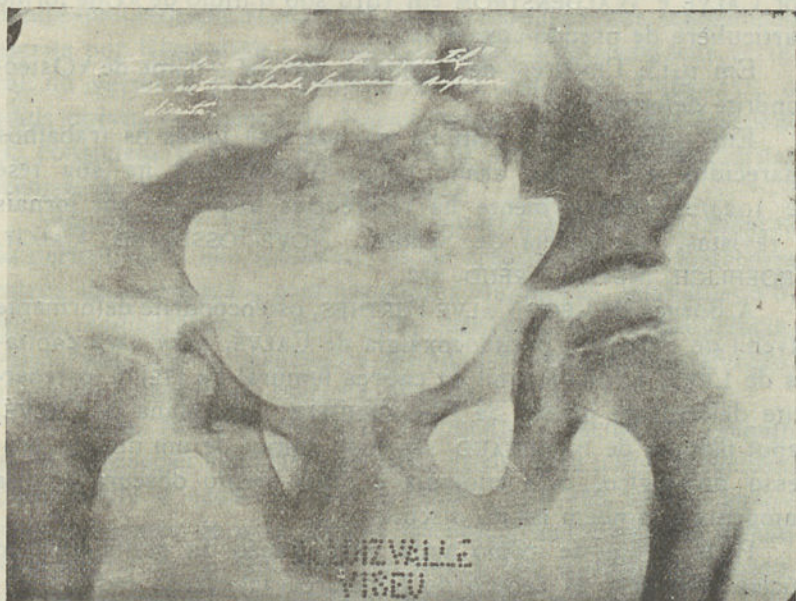


Fig. 1

Não há desnivelamento do arco cervico-púbico, nem sinais de descalcificação local, salvo ao nível das zonas sombrias mencionadas dentro da área do núcleo capital.

*

A radiografia é tão característica, que o diagnóstico impõe-se sem discussão.

A osteocondrite deformante da anca é uma afecção bastante rara e o caso apresentado, único na minha já longa clínica, são razões que justificam a sua comunicação.

O doente não apareceu mais, pelo que infelizmente não posso apresentar radiografias seriadas da evolução ulterior do processo, que toma aspectos radiológicos diferentes, consante as fases de descalcificação que também caracterizam a doença.

História e definição da doença

A osteocondrite deformante infantil da epífise superior do fémur foi descrita pela primeira vez em 1909, por LEGG, de Boston, sob o nome de «An obscure affection of the hip joint», e por CALVÉ e WALDENSTROM em 1910 sob o título de «Une forme particulière de pseudo-coxalgie».

Em 1913, PERTHES, de Tübingen, pôs-lhe o nome de «Osteocondrite deformante».

Em 1919, MERINE compila na sua tese todos os trabalhos aparecidos até então, assim como D'INGELRANS na sua tese de 1924/25; ulteriormente há referências dispersas em jornais e revistas, da autoria de SORREL, NOVÉ-JOSSERAND, CALOT, FROEHLICH, MEYER, FREUD, etc.

A doença de LEGG-CALVÉ-PERTHES, osteocondrite deformante juvenil de PERTHES, pseudocoxalgia de CALVÉ, coxa vara capitalis de LEVY, atrofia juvenil da cabeça femural de ISELIN, osteoartrite deformante juvenil de FRANGENHEIM, coxa-plana de CALVÉ, caput planum de SAVARIAUD, são tudo nomes de um mesmo processo patológico, cuja etiologia é ainda muito obscura e cuja patogenia é também muito discutida.

Pode definir-se como uma perturbação da ossificação do núcleo epifisário da cabeça do fémur, caracterizada radiologicamente pela fragmentação ou desaparecimento da epífise, que se reforma novamente deformando-se (achatamento do núcleo).

Esta fragmentação ou desaparecimento total da epífise é o sinal mais característico da doença.

Afecção adquirida, não congénita, surgindo no período de maior actividade de desenvolvimento do núcleo de ossificação, período em que as células osseas de crescimento rápido são tão frágeis fisiologicamente, é em geral dos 3 aos 13 anos de idade que se manifesta, com um máximo de frequência dos 5 aos 9 anos.

Atinge principalmente os rapazes, às vezes dois irmãos e duas gerações sucessivas.

É quasi sempre unilateral sem predominância de lado: mas há casos de bilateralidade, raros, em que a marcha evolutiva das

lesões se faz independentemente de cada lado (casos de MEYER, SICHEL e outros).

A percentagem da doença é de 2 a 3 % em ancas patológicas.

Das «osteochondrites epifisárias» assinaladas desde 1920 por KOHLER, a osteocondrite da anca é a mais frequente.

Com a osteocondrite do scafoide társico de KOHLER ou scafoidite tarsica de MOUCHET, a osteocondrite das apófises ou doença de OSGOOD-SCHLATTER, a osteocondrite dos sesamoides descrita por RENANDER e SINDING-LARSEN, a osteocondrite vertebral ou vertebra plana estudada sobre tudo por DELAHAYE, o rádio curvus ou doença de MADELUNG, e outros menos frequentes, constiuem o grupo das chamadas também «osteochondrites juvenis», de VAN DE MAELE (Bruxélas).

Segundo este e alguns outros autores, todas estas doenças são perturbações não inflamatórias de crescimento dos diferentes centros de ossificação, com caracteres etiológicos, anatomo-patológicos, radiográficos e evolutivos, idênticos, por consequência, consideradas como localizações variadas de uma mesma afecção, de origem osteogénica dyscondroplásica.

E assim, NOVÉ JOSSEERAND, FROELICH e MOUCHET opinam que as diferenças estabelecidas entre coxite seca não tuberculosa, osteocondrite e coxa-vara são artificiais, que são formas anatómicas diferentes de uma mesma doença, graus diferentes de um mesmo processo a que VAN DE MAELE pôs o nome de «osteochondrites juvenis» e que FROELICH chamou «epifisites».

Teoria etio-patogénicas

São tantos os mecanismos que tentam explicar o aparecimento desta doença estranha, que as dúvidas subsistem sobre a sua causa verdadeira, ou forçam-nos a admitir a existência de causas multiplas

Teoria traumática: — Segundo CAPETTE, BRAILSFORD, KAPPIS e outros autores, verifica-se a existência de um traumatismo em 50 % dos casos, a seguir ao qual se iniciam as queixas do doente.

A «necrose total ou parcial da epífise», lesão anatomicopatológica a mais precoce, descoberta por AXHAUSEN, seria pois, segundo estes autores, provocada por um traumatismo brusco ou por traumatismos pequenos mas repetidos.

Muitas vezes, como succede noutras doenças, há a notar que o traumatismo actua apenas com causa aparente, fazendo realçar a sintomatologia fruste de um processo anatomicopatológico já existente.

KAPPIS explica a necrose do núcleo como a sequela de uma fractura por compressão sub-condral.

Os que a limitam como necessária a existência de uma causa mecânica importante, actuando sobre partes esqueléticas ainda em desenvolvimento, e portanto particularmente sensíveis e frágeis, invocam ainda o argumento de que são atacadas, quase exclusivamente a aquellas partes do esqueleto infantil que se acham submetidas a poderosas e multiplas actividades funcionais.

Seriam pois, pequenas, frequentes e sucessivas fracturas sub-condrais, provocadas pelos traumatismos mecânicos, a que estão constantemente expostas as epífises, a causa da necrose epifisária e a causa do impedimento da substituição do tecido necrótico, tal como se observa no curso da enfermidade.

ERNST FREUD, estudando cortes histológicos epifisários de casos precoces, ou seja, nos três primeiros meses de doença, encontrou linhas de fractura sub-condrais, típicas, na esponjosa da cabeça femural; porém é muito mais provável que estas linhas de fractura sejam primitivas e resultem da compressão, provocada pela invasão abundante de tecido cartilagineo no interior do próprio núcleo osseo, compressão esta que muito bem pode ser a causa da própria necrose epifisária.

Teoria infecciosa: — FROEHLICH e a maior parte dos autores são de opinião que a doença é uma osteíte epifisária, mas quanto à natureza desta osteíte as dúvidas subsistem.

WALDENSTROM depois de haver inculcado a tuberculose, abandonou esta ideia; outros incriminaram a sífilis hereditária e o raquitismo.

KIDNER encontrou o estafilococcus dourado num fragmento de colo tirado por intervenção cirúrgica, e com ele outros autores, KONIG, KNAGGS, pensaram tratar-se de uma necrose aseptica (sem supuração) devida a uma infecção microbiana atenuada,

Teoria vascular:—LEGG invoca uma obliteração dos vasos nutritivos do colo de origem traumática, como pensou outrora AXHAUSEN, que actualmente defende a teoria embólica.

A embolia, para uns, seria produzida por bacilos de Koch atenuados; para outros, de natureza gorda e até de natureza micósica aseptica (HEINE).

LUDLOFF explica também a necrose aseptica por lesão obliterante dos vasos nutritivos, mas pelo sistema de infarto, hipótese que se applicaria adequadamente à necrose parcial, em cunha, do núcleo epifisário, observada por vezes.

Teoria endocrina:—Invocou-se uma perturbação osteogénica discondroplastica, como causa da doença, uma distrofia de origem endocrina, em especial por insuficiência tiro-hipofisária.

Certo é, que há casos em que a terapêutica recalcificante não dá resultado e nos quais a melhoria sobrevem após tratamento hormonal.

Esta teoria baseia-se principalmente em perturbações do metabolismo cálcico, ainda não confirmadas pelo laboratório.

Teoria constitucional:—Alguns casos relatados em irmãos, parentes próximos, e duas gerações sucessivas, levaram alguns autores a admitir uma predisposição constitucional familiar, consistindo, possivelmente, numa fragilidade especial do tecido de granulação.

Teoria congénita:—CALOT e MURCK JANSEN pelo estudo da bacia, emitiram a hipótese que não se trata de uma doença nova e adquirida, mas de uma malformação primiva ou congénita de uma subluxação congénita latente.

* * *

A multiplicidade das teorias patogénicas, a interpretação por vezes diferente dos mesmos factos, longe de simplificar o estudo das afecções crónicas da anca, tem contribuído para a sua confusão.

É erradamente que uns vêm por toda a parte malformações congénitas e que outros atribuem todas as perturbações observadas à artrite da anca.

É inegável, dizem DUVERNAY e PARENT, que o que se passa nas outras articulações deve também passar-se na anca e que portanto devemos encontrar aqui, sob a influência de causas tóxico-infecciosas ou traumáticas diversas, lesões de artrite crónica simples, proliferante, anquilosante ou deformante. Mas é não menos inegável que esta articulação, mais do que qualquer outra, pode ser a sede de malformações ligeiras ou acentuadas, revelando-se por vezes nitidamente por sinais clínicos, outras vezes podendo passar totalmente despercebidas durante anos.

Destas considerações decorre como corolário que, se podemos encontrar na anca lesões de artrite sem malformações e malformações sem artrite, devemos esperar encontrar frequentemente sobreposição destas duas espécies de lesões.

Para tornar mais compreensível esta questão tão complexa e discutida das artrites crónicas da anca, adoptarei provisoriamente, por me parecer lógica e cómoda, a classificação de DANCOURT, baseada sobre argumentos clínicos e radiológicos.

DANCOURT chama «coxartrias», às afecções crónicas articulares da anca.

Excluindo desde já as artrites de etiologia manifesta ou de diagnóstico fácil, tanto como as artrites infecciosas agudas (consecutivas à febre tifoide, erisipela, febres eruptivas, blenorragia, sífilis, etc.), as artropatias nervosas (de origem medular ou periférica, tabéticas syringomiélicas, etc.), as artrites hemofilicas, as artrites traumáticas, e a artrite tuberculosa da anca ou coxalgia, que representando por si só perto de 75 % dos casos de lesões da anca, deve sempre estar presente na questão do diagnóstico diferencial, restam-nos três grandes grupos etiológicos de artrites crónicas da anca e que são:

- 1.º — As malformações congénitas (subluxações ou luxações congénitas reduzidas);
- 2.º — As artrites deformantes;
- 3.º — As osteocondrites.

Este último grupo pode subdividir-se, conforme a localização principal ou predominante das lesões em:

- 1.º — Coxites (se as lesões predominam na cotiloideia);
- 2.º — Coxas-varas (se as lesões atingem principalmente o colo e a cartilagem conjugal);
- 3.º — Epifisites ou coxas-planas (se as lesões predominam no núcleo epifisário da cabeça femural).

Como o presente trabalho se refere apenas à epifisite femural superior ou coxa-plana, passemos agora ao estudo da sua

Patoanatomia

AXHAUSEN demonstrou que os primeiros sinais patológicos comprovados histologicamente, consistiam numa necrose total do tecido osseo e cartilagineo, ou numa necrose parcial, em forma de cunha.

A vascularização excepcionalmente pobre da epífise proximal do fêmur, explica como facilmente se pode produzir essa necrose, por lesão dos vasos do colo ou do ligamento redondo, lesão mixta, traumático-arterial, ou lesão arterial pura, consoante a hipótese etiológica que se queira aceitar.

Efectivamente, em casos recentes, a localização inicial do processo necrótico é a zona em que a circulação parece ser mais deficiente, precisamente o quadrante anterior da cabeça, que no radiograma antero-posterior e coxa em flexão-abdução, corresponde ao contorno superior do núcleo epifisário.

Em verdade, é aí, junto ao contorno periférico superior da cabeça, que começam as lesões, que a seguir e rapidamente se estendem ao resto do núcleo e às partes vizinhas do colo.

Parece que o processo se inicia no tecido osseo subcondral, sem que a cartilagem seja interessada (o que explica a latência clínica das primeiras fases da doença, pois que o tecido esponjoso subcondral é indolente).

Este facto é confirmado pela radiografia, que mostra o contorno articular cartilagineo da cabeça perfeitamente intacto, regular, sem interrupções de continuidade.

A destruição total ou parcial do núcleo osseo epifisário faz-se pois no interior da cartilagem, que fica normalmente desenvolvida, daqui resultando que, apesar desta destruição de tecido ósseo, a epífise conserva a sua forma normal, pelo menos nas primeiras fazes.

O tecido ósseo necrosado é reabsorvido e substituído por tecido conjuntivo fibroso, pobre em células e contendo leucócitos polinucleares, eosinófilos, células redondas e plasmáticas, o que constitue argumento a favor dos que defendem a teoria inflamatória das lesões.

As zonas de desagregação óssea da cabeça apresentam-se como lacunas de forma e tamanho variados.

Deste processo de osteólise resulta que a epífise se torna mole como uma pedra de açúcar molhado e sob a influência das pressões mecânicas (peso do corpo, movimentos, pequenos traumas) acaba por se deformar, achatando-se e alargando como uma massa de cera mole; o processo de descalcificação pode ser tão intenso que o tecido osseo da epífise desaparece por completo, ou não persistem senão alguns fragmentos ósseos em número variável.

Na fase de reparação o núcleo constitue-se por osteogénese secundária rápida, que parte dos bordos epifisários; em muitos casos esta regeneração pode provir da cavidade cotiloideia por intermédio do sistema vascular do ligamento redondo.

A regeneração vai progredindo por soldadura dos fragmentos que se ossificam simultaneamente.

Tanto na fase destrutiva, como na fase regenerativa do processo, há zonas lacunares de tecido ósseo destruído entremeadas com núcleos calcificados subsistentes ou em via de ossificação e recalcificação.

Os focos ósseos neoformados tendem a juntar-se e a confundir-se pela reunião progressiva, para formarem finalmente um novo núcleo epifisário, que por vezes em nada se distingue de um núcleo normal, mas que outras vezes fica mais ou menos deformado.

Quando resulta uma deformação importante, os contactos articulares fazem-se mal e produzem fenómenos dolorosos que chamam a atenção do clínico.

Sintomatologia e diagnóstico

É importante saber reconhecer a osteocondrite deformante infantil da anca e não a confundir com outros processos articulares crônicos juvenis e principalmente com a coxalgia, pois o prognóstico desta doença é absolutamente oposto ao da osteocondrite, severo para a primeira, benigno para a segunda.

Excepcionalmente, o começo da coxa-plana pode ser agudo, após um traumatismo ou uma doença infecciosa caracterizada, por exemplo uma varicela.

De regra a doença começa insidiosamente por dores leves e passageiras na anca, exacerbadas pelos movimentos; as crianças fogem de brincar, fatigam-se com facilidade, e em passeio tomam a mão dos pais, arrastando a perninha, a coxear.

Estes sintomas desaparecem pelo repouso e os pais atribuindo todos estes incomodos ao crescimento, pouco se inquietam, até que as dores e a claudicação agravando-se, os obrigam a vir à consulta.

Ao exame clínico podemos não encontrar, absolutamente nada, de anormal.

Outras vezes descobrem-se alguns sinais ligeiros de artrite crônica, que levantam a suspeita de uma possível coxalgia: uma dor muito fraca à pressão digital sobre o colo ou a cabeça do fêmur, uma atrofia quase imperceptível dos músculos da coxa, uma limitação insignificante dos movimentos articulares, um edema ou uma sensação de empastamento, muito ligeiros, ao nível da raiz da coxa, no triângulo de SCARPA.

Na verdade estes sinais pouco nos esclarecem e a dúvida mantém-se quanto à possibilidade de uma tuberculose articular.

Há porém alguns sintomas que devem aguilhoar o diagnóstico: a conservação de um bom estado geral; a desapareção rápida das dores, do coxear e da limitação dos movimentos articulares pelo repouso, que persistem na coxo-tuberculose; e finalmente um sintoma muito impressionante, muito contrário à possibilidade de um PERTHES e que é a «limitação nítida do movimento de abdução, com flexão e rotação sensivelmente normais».

Este último sinal, importantíssimo para a diferenciação com a tuberculose, existe porém na coxa-vara essencial de MULLER;

mas nesta dyscondroplasia, além da atitude viciosa característica do membro inferior, em adução e rotação externa, o encurtamento da doença, mais tardia, na grande adolescência, permitem facilmente a destrinça.

A artrite sêca, deformante ou reumatismal da anca, é também de aparição mais tardia, por volta dos 15 a 20 anos, e dá sinais evidentes de artrite, principalmente em radiografia (alterações da cartilagem diartrodial, osteite esclerosante, formações osteofíticas, alterações da estrutura e deformação da cabeça e da cotiloideia, anquilose).

É uma doença de velhos e adultos, não é uma doença infantil como a osteocondrite.

As subluxações congénitas complicadas de artrite podem dar lugar a dúvidas sobre o diagnóstico da lesão inicial, tanto mais que certos autores com CALOT à cabeça, pretendem que a osteocondrite não é senão uma subluxação congénita. Porém, a maior parte dos autores reconhecem hoje que as duas doenças têm sinais radiológicos diferentes.

As artrites crónicas da heredosifilis são geralmente indolentes, os movimentos articulares respeitados, as alterações consideráveis da cabeça do femur no radiograma contrastam com a repercussão articular mínima e os estigmas heredosifilíticos encaminham-nos na boa pista.

As artrites crónicas post-traumáticos (descolamentos epifisários, fracturas verdadeiras do colo) são raras na infância e a sua etiologia é evidente.

Por vezes, em crianças que apresentam sinais de insuficiências endocrinas, podem observar-se artrites crónicas de causa desconhecida, mas em que a influência de um factor endocrino é inegável.

Na diferenciação entre osteocondrite, tuberculose e outros processos articulares inflamatórios, podemos ainda recorrer útilmente a dois métodos biológicos: a prova de sedimentação globular e a reacção à tuberculina.

Na doença de PERTHES o tempo de sedimentação é quase sempre normal, ao passo que na tuberculose da anca, mesmo em início, a velocidade da sedimentação é muito rápida.

A reacção à tuberculina pode também ser útil, interpretada devidamente.

Radiologia

A coxa-plana, como a maioria das osteocondrites é uma doença cujo diagnóstico é essencialmente radiográfico.

O estudo da sua iconografia radiológica e abstraindo da sua etiopatogenia, ainda tão discutida, patenteia-nos uma aberração osteo-formativa, uma perturbação da ossificação que atinge não só e principalmente a epífise, mas ainda o colo do femur, o trocânter e a cavidade cotiloideia.

A lesão característica da coxa-plana encontra-se na epífise femural e passa por dois períodos evolutivos:

Um período de destruição, de descalcificação ou de recalcificação do mesmo.

Quando a necrose do núcleo ósseo é total, a sua imagem radiográfica desaparece completamente, surgindo por consequência vazio o espaço compreendido entre o colo femural e o fundo da cotiloideia.

É interessante que por vezes a osteólise do núcleo é precedida por uma densificação total, pre-osteolisante.

Se a necrose é parcial, a sua destruição não é completa e persistem, dispersos, alguns fragmentos ósseos, em número variável; então a imagem radiográfica do núcleo traduz-se por manchas claras e escuras, comparáveis a uma pele de leopardo e dando a impressão que o núcleo está fragmentado.

Esta fragmentação aparente do núcleo constitui a chamada «coxa plana fragmentata», imagem característica, formal e suficiente para afirmar o diagnóstico.

É precisamente no momento desta fragmentação que as crianças começam a queixar-se.

Por algumas radiografias felizes obtidas precocemente sabe-se que esta fase de fragmentação é precedida de uma outra durante a qual os contornos ósseos do núcleo começam a desvanecer-se e a aparecer denteados, sem que a criança manifeste quaisquer sintomas clínicos.

Estas denteaduras ósseas periféricas, progredindo para o interior do núcleo, formam as zonas transparentes destrutivas que penetram e invadem as zonas ósseas e opacas conservadas, dando-nos a impressão aparente de uma desagregação da epífise.

Apesar do intenso processo destrutivo que se dá no seu interior, a cartilagem epifisária mantém-se normalmente desenvolvida e conserva a sua forma habitual, de onde resulta que não há ascensão do fémur, como se verifica pela integridade do arco cervico-púbico.

No segundo período do processo osteocondrítico, período de reconstrução ou de recalcificação, o núcleo epifisário regenera-se, surgem ilheus de calcificação, aumentam progressivamente de volume os subsistentes, e uns aos outros reunindo-se, a epífise reconstitue-se por osteogénese secundária rápida, retoma uma tonalidade uniforme e por vezes a forma normal, mas quase constantemente sai desfigurada desta luta.

Apresenta-se deformada:

Em tampão de vagon, em cabeça de girafa (FROELICH), em crescente, em boina vasca, em cogumelo (LEGG), etc.

O processo de regeneração parte dos bordos epifisários, mais pròpriamente, do periostio do colo, o que se traduz radiograficamente por uma zona mais clara, mais densa, ao nível dos polos epifisários; num grande número de casos esta reorganização pode progredir da cavidade cotiloideia por intermédio do sistema vascular do ligamento redondo e traduz-se no radiograma, por uma zona clara, densa, no seio da epífise, que se estende progressivamente para a lâmina cartilagínea, subdividindo o núcleo em duas partes desiguais, uma interna e outra externa, esta mais volumosa do que aquela.

Outro sinal radiográfico importantíssimo da coxa-plana é o «alargamento da interlinha articular».

A interlinha, como é sabido, corresponde às cartilagens articulares, transparentes, da cabeça femural e da cotiloideia, e pode patologicamente apresentar-se estreitada ou alargada.

O estreitamento, ou empregando o termo consagrado, o pinçamento articular, traduz um desgaste ou destruição das cartilagens em contacto, de que resulta uma aproximação das superfícies osseas subjacentes; observa-se num período avançado da tuberculose articular.

O alargamento do espaço é a expressão de um derrame articular ou de um espessamento da cartilagem.

Nos casos de osteocondrite, segundo MÉRINE, SORREL, e outro, trata-se de um espessamento feito à custa da cartilagem

do núcleo; a diminuição de volume do tecido ósseo epifisário compensa exactamente o alargamento do espaço articular; Há mais cartilagem e menos osso.

Veamos agora as modificações da cartilagem conjugal, do colo, do trocanter e da cotiloideia durante a evolução da coxa-plana.

A cartilagem diafiso-epifisária ou cartilagem conjugal que normalmente é rectilínea ou de concavidade superior, torna-se convexa, modifica a sua inclinação de oblíqua para horizontal, alonga-se, estira-se, com sinuosidades, irregularidades, espessamentos e estreitamentos, sempre mais acentuados que as pequenas anomalias que se podem encontrar no estado normal.

O colo do fémur apresenta também modificações de estrutura: manchas de descalcificação na parte do colo vizinha da epífise e principalmente na sua parte supero-externa, que são pequenos focos de necrose da esponjosa.

O seu espessamento é constante, alargando para o lado da epífise, tomando a forma de um cone truncado de base superior.

Por vezes, cabeça e colo formam um só bloco, mal se apercebendo a cartilagem diafiso-epifisária sob o aspecto de uma linha delgada irregular; mais vezes a deformação é menos acentuada e observa-se a imagem de um colo espessado, grosso, sustentando uma epífise chata e larga, como uma bola de cêra esmagada.

O ângulo de inclinação do colo modifica-se também frequentemente em coxa-vara, facto sobre o qual FROELICH, de Nancy, muito tem insistido, ao passo que nas luxações ou subluxações congénitas a coxa-valga é mais frequente.

O desvio em varus do colo do fémur, que se pode ver na coxa-plana, não é propriamente uma deformação estática, mas sim a expressão resultante da ossificação endocranal perturbada e causada pela necrose do núcleo.

A coxa-vara essencial dos adolescentes é uma doença diferente, e se por vezes pode ser uma doença da cartilagem conjugal (coxa-vara essencial de MULLER), com descolamento e deslissamento da epífise, não se encontra nela lesão do núcleo, isto é, a calote femoral deslisa mas não se deforma, ao passo que na osteocondrite deformante deforma-se mas não deslisa.

As modificações do trocanter, descritas por alguns autores, são tão pouco frequentes e tão secundárias, que não vale a pena

falar delas. De regra, não existe ascensão do trocanter, o arco cervico obturador mantém-se nivelado.

Na coxa-plana a cavidade cotiloideia apresenta-se primitivamente normal, em arco, de círculo regular, em meia laranja, encaixando perto de dois terços da cabeça femural, do teto horizontal.

Só mais tarde pode apresentar algumas modificações. O seu contorno regular pode ser interrompido por algumas anfractuosi-dades. O talus cotiloideu pode apagar-se um pouco, mas sem nunca nem de longe a curva se ovalizar em meio limão. Abaixo da cartilagem em Y vê-se perfeitamente uma saliência, um esporão, a separar o teto do fundo da cotiloideia, como se esta fosse composta de duas concavidades separadas por um rostrum, o conjunto lembrando um arco turco. CALOT diria que se trata da antiga e da nova cotiloideia.

O desgaste do teto cotiloideu, em parte responsável por este aspecto, aproxima a osteocondrite das coxites secas de FROELICH, mas nestas há integridade completa da cabeça femural.

Quanto às luxações ou subluxações congénitas de CALOT, a sua evolução é diferente da osteocondrite, pois nesta produz-se uma hipertrofia do teto cotiloideu que vem recobrir novamente a cabeça femural hipertrofiada como na artrite deformante juvenil, processo de cura que se não encontra nunca na luxação congénita.

Além disso, na osteocondrite a cotiloideia é primitivamente normal e só mais tarde se modifica, o que prova que a lesão é adquirida e não congénita.

Mas há mais, o ischion e o ilion são atingidos também nas visinhanças da cotiloideia, pelo processo distrofico: no ilion observam-se frequentemente zonas descalcificadas, o ischion aumenta de transparência e atrofia-se, a tuberosidade e o ramo ischio-púbico, são mais gráceis que do lado são.

Mas a recalcificação dá-se simultâneamente no núcleo femural, no ilion e no ischion, o que é sinal de um alto valor.

Todas estas lesões são lesões adquiridas, evolucionando por conta própria e simultâneamente.

Toda a obscuridade da questão da subluxação congénita e osteocondrite, resultou de durante muito tempo se considerar como coxa-plana toda e qualquer cabeça femural achatada e deformada.

Sabe-se actualmente que para se afirmar o diagnóstico de osteocondrite deformante ou coxa-plana é preciso baseá-lo sobre o estado de fragmentação da epífise e assim, toda a cabeça femural achatada e deformada que não tenha passado pelo estado de «fragmentada» e com mais forte razão pelo de «desaparição» da epífise, não é uma coxa-plana verdadeira, distrofica ou osteogénica. É uma deformação mecânica da epífise, que perdeu as suas relações normais e se adaptou como pôde à sua nova situação.

A osteocondrite também pode aparecer em luxações congénitas reduzidas da anca, mas apresenta então caracteres especiais: aparição brusca, rapidez de evolução, importância de elemento dor (talvez ligada a esta rapidez de evolução aguda). O seu aparecimento coincide em geral com a paragem de desenvolvimento relativo que tantas vezes se constata após as reduções (PUTTI).

Prognóstico

A doença evoluciona espontâneamente para a cura, nunca dá abscessos, e pode terminar por «reditus ad integrum».

O resultado final é tanto melhor quanto o tratamento é instituído mais cedo.

A duração da doença é de um a dois anos nos casos tratados desde o início, isto é, desde o momento em que os doentes vieram consultar quase sempre já na fase de reconstrução; mas como a doença foi precedida de um longo período insidioso, a duração total pode avaliar-se entre três quatro anos.

Entenda-se por cura, somente a funcional, pois há doentes perfeitamente curados mas com lesões anatómicas importantes.

Por vezes, entretanto, resulta da doença uma ligeira claudicação e amiotrofia, uma insignificante limitação dos movimentos articulares, principalmente dos de flexão.

WALDENSTROM mostrou que apesar da cura funcional, as lesões anatómicas podem ainda ser atingidas por deformações secundárias podendo ir até à artrite deformante e anquilose, principalmente aquelas formas em que houve ataque de acetábulo.

Em resumo, pode dizer-se que o prognóstico é favorável, principalmente se as lesões acetabulares são mínimas.

É bom avisar o doente de que a sua anca ficará um pouco mais fraca e que deverá ser poupada a trabalhos penosos, susceptíveis de provocar o desenvolvimento de uma artrite secundária.

Tratamento

O que importa principalmente é evitar que o doente ande de pé, mas pode fazer-se a imobilização da anca, no leito ou em aparelho gessado.

Controlar radiograficamente o estado da anca, todos os três a quatro meses, até que se mostra uma recalcificação suficiente.

Tratamento geral tóxico e recalcificante.

Há certos casos em que um tratamento hormonal, principalmente tyro-hipofisário, dá resultados.

Em caso de qualquer etiologia especial suspeita, dirigir a terapêutica nesse sentido.



STROPHOSIDE

Glucosido nativo cristalizado do «Strophantus Kombé»

*Todas as indicações da medicação estrofântica
injectável*

EMPOLAS de 1 cm³ de 1/4 mg. (0 mg. 25) e 1/2 mg. (0 mg. 5)

CAIXAS DE 3 E 6 EMPOLAS

EMBALAGENS HOSPITALARES DE 50 EMPOLAS

SANDOZ S. A. — Bâle-Suiça

Representante em Portugal:

ERNANI MOREIRA

Apartado 289 — LISBOA

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO - TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Adaptando-se por consequência, a todos os casos.

TOXICIDADE Consideravelmente inferior à de todos os produtos similares.

INALTERABILIDADE em presença do ar.

(Injecções em série)

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

Preparado pelo Laboratório de BIOQUÍMICA MÉDICA
92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI^o)

Depositarlos
exclusivos

TEIXEIRA LOPES & C.^a, L.^{da}

45, R. Santa Justa, 2.^o
LISBOA

Acaba de aparecer:

“Diabetes Sacarina”

Do Dr. Bruno da Costa

1 Grosso volume de 538 páginas, Esc. . . . 140\$00

Dirigir pedidos aos editores

Livraria Moura Marques & Filho

19, Largo Miguel Bombarda, 25

COIMBRA

LIVROS & REVISTAS

Penicilina no tratamento da escarlatina.

Logo que se começou a empregar a penicilina o seu valor no tratamento das infecções estreptocócicas foi reconhecido. Os Autores apesar de terem obtido no passado bons resultados com o soro de convalescente no tratamento da escarlatina resolveram ensaiar a penicilina. De um total de 545 doentes, 116 foram tratados com penicilina, 69 com soro de convalescente, 48 com sulfamidas (sulfadiazina e sulfatiazol, os restantes 312 serviram para controle não lhes tendo sido administradas drogas nem soro.

A penicilina foi administrada em doses de 1000 unidades de 3 em 3 h. durante uma média de 5 dias. Verificaram os autores que a penicilina era tão eficaz como o soro de convalescente e superior às sulfamidas. A grande vantagem da penicilina residia no facto de serem menos frequentes as complicações post-escarlatinosas. Contudo como o estudo daqueles incluía apenas alguns casos graves de escarlatina, eles são de opinião de que o verdadeiro valor da penicilina só pode ser determinado pelo emprego desta nas formas graves de escarlatina (*The Journal of the American Medical Association* — March, 8, 1947, pág. 661).

Heish, Rotman-Kavka, Dowling e Sweet fazem a comparação dos resultados obtidos no tratamento de escarlatina com penicilina e antitoxina.

Trataram 86 doentes com penicilina X, penicilina cristalina G e penicilina comercial. Verificaram que a penicilina provocava a queda brusca da temperatura, redução nitida do aparecimento de complicações piogénicas e do número de portadores. A penicilina era mais eficaz que a antitoxina e a terapêutica sintomática na prevenção de complicações e na redução do número de portadores, e tão eficaz da diminuição da toxicidade.

Os Autores recomendam que a todos os doentes de escarlatina se administre penicilina por via intramuscular nas doses de 25000 unidades de penicilina comercial ou penicilina cristalina G. de 3 em 3 h., de 50000 unidades de penicilina X, de 6 em 6h., ou por via oral 125000 unidades de penicilina comercial G todas as 3 h. Nos casos graves deve administrar-se também a antitoxina. A penicilinoterapia deve ser continuada pelo menos durante 5 dias ou até que o doente se tenha restabelecido de todas as complicações piogénicas. (*The Journal of the American Medical Association* — March, 8, 1947, pág. 657).

Estreptomina na tuberculose pulmonar infantil.

Heyworth Sanford e Donald O'Brien de Chicago empregaram com êxito a estreptomina em quatro crianças com lesões tuberculosas pulmonares. Aquelas apresentavam imagens de lesões específicas na radiografia pulmonar, intradermo reacção positiva e bacilos de Koch no lavado gástrico. Foram administradas 1.000.000 de unidades de estreptomina por dia em doses fraccionadas, de 3 em 3 h., durante um mês. Em nenhuma das crianças se verificou qualquer reacção tóxica grave provocada pela estreptomina e sômente na doente mais nova, de sete meses, é que apareceu febre, hiperémia e tumefacção no local da injeccção depois de 16 dias de tratamento. Suspendeu-se o tratamento durante uma semana e ao renová-lo não se verificou qualquer perturbação.

Observaram que após um mês de tratamento pela estreptomina o estado geral tinha melhorado consideravelmente, a temperatura se normalizara e a radiografia mostrava regressão das lesões. (*The Journal of the American Medical Association* — March, 8, 1947).

J. DELGADINHO.

O ácido fólico e a Anemia Perniciosa.

A eficácia do ácido pteroylglutâmico (fólico) sintético na produção da remissão hematológica em doentes com anemia macrocítica e hiperplasia megaloblástica da medula óssea é indiscutível.

Embora se possa comparar a sua acção à dos extractos hepático purificados reconhece-se que ainda se não pode afirmar que o ácido fólico é tão eficaz como aqueles extractos na manutenção da remissão. Por outro lado comunicações recentes indicam que em alguns doentes com anemia perniciosa se produz nitida progressão de lesões neurológicas enquanto se administra apenas o ácido fólico.

Robert Heinle e Arnold Welch de Cleveland relatam um caso de anemia perniciosa com síndrome neurológico ligeiro (abolição bilateral dos reflexos retuliano e aquiliano) que principiou a ser tratado com 10 mlgrs. diárias de ácido fólico por via oral. Verificaram ao 7.º dia de tratamento reacção roticulocitária seguida de aumento de eritrócitos, hemoglobina e plaquetas. O estado geral do doente melhorou consideravelmente mas sob o ponto de vista neurológico o doente piorou tendo surgido formigueiros e embotamento da sensibilidade ao nível das mãos que depois se estendeu aos antebraços. Aumentaram a dose para 100 mlgrs. sem qualquer resultado pois surgiram parestesias dos membros inferiores e os reflexos profundos tornaram-se completamente abolidos. Recorreram então aos extractos hepáticos e à vitamina B₁₂ e diminuíram a dose de ácido fólico para 19 mlgrs. diários, observando-se depois a regressão progressiva, embora lenta, dos sintomas neurológicos.

Os Autores fazem notar que a dieta alimentar deste doente não era completa devida à falta total dos dentes. Admitem a possibilidade de que o ácido fólico não só não evita como pode precipitar a recaída da sintomatologia neurológica. São de opinião de que se não justifica que se considere o ácido fólico um substituto completo dos extractos hepáticos no tratamento da anemia perniciosa à luz dos nossos conhecimentos actuais.

(*The Journal of the American Medical Association* — March, 15, 1947).

J. DELGADINHO.

Intoxicações agudas pelo ouro e arsénio. A eficácia de Bal (Anti-Lewisite).

Os Autores relatam os bons resultados obtidos com o emprego de Bal no tratamento da intoxicação aguda pelo ouro e arsénio. Empregaram o medicamento em 4 casos e em todos eles os resultados foram óptimos, verificando-se o desaparecimento de todas as manifestações tóxicas. Num caso de eritrodermia esfoliativa grave o resultado foi maravilhoso.

As doses variavam segundo a gravidade da intoxicação de 2 cm³. de Bal todas as 2 horas a 2 cm³. por dia, por via intramuscular. Verificaram que o medicamento provocava por vezes reacções como náuseas, vômitos, suores, parestesias e dores generalizadas. Todavia estas reacções eram transitórias.

Os Autores esperam que apareçam novos derivados de Bal menos tóxicos e crêem que a crisoterapia poderá ser empregada com mais frequência sem o receio de reacções tóxicas.

(*The Journal of the American Medical Association* — March, 15, 1947).

J. DELGADINHO.

Arquivos do Instituto de Patologia Geral da Universidade de Coimbra — vol. iv, 1946.

Publicam-se estes arquivos desde o ano de 1933, embora de 1935 a 1944 apparecessem fundidos com os Arquivos de Anatomia Patológica. Em 1945 desfez-se essa fusão, publicando-se o número terceiro (ainda com o número de ordem da série anterior, xxx), e agora aparece o quarto número da série, independente, dos Arquivos de Patologia Geral.

Encerra o presente número três trabalhos. Um do Prof. Mário Trincão, constituido pelas lições feitas ao curso de Patologia Geral. É um extenso trabalho, de 320 pág., em que, de acordo com a indole do respectivo programa, este Prof. esgota, com aquela proficiência que lhe é peculiar, o assunto tratado nessas lições, feitas ao curso do segundo ano. Os outros dois são trabalhos de investigação, devidos aos drs. Gonçalves Ferreira (Ácido ascórbico e vitamina C aparente da batata portuguesa), Aida Aragão e Henrique de Oliveira (Ensaio de bacteriostase no género *Brucella*).

Evolução Climática e Estações do ano — Prof. Armando Narciso. Lisboa, 1946.

O A. reuniu uma série de palestras, proferidas ao microfone da E. N. em separata de um artigo publicado no número de Julho de 1946 da Revista Clínica, Higiene e Hidrologia.

São umas dezenas de páginas de prosa saborosíssima em que o A. nos descreve as variações climáticas sofrida pela terra através dos tempos, com as respectivas consequências biológicas. Fixa-se depois nos tempos actuais (em que as estações cada ano reproduzem, em miniatura, a evolução climática do planeta) pintando-nos com sabor clássico e geito humanista, as características do clima português e das suas estações.

O Problema dos Reumatismos — Prof. Armando Narciso. Lisboa, 1945.

Em separata de um artigo publicado na revista «Portugal Médico», em 1933, o A. relata, sucintamente, os trabalhos do Congresso Internacional do Reumatismo, que reuniu em Paris, em 1932, em que foram tratados os seguintes assuntos:

- a) reumatismos iniciais;
- b) reumatismo tuberculoso;
- c) reumatismo e profissões.

A geografia humana nos Açores — Prof. Armando Narciso. Lisboa, 1946.

Neste trabalho, que constituiu uma comunicação apresentada pelo A. ao primeiro Congresso Açoreano, estuda-se com leveza e elegância de forma, a geografia humana do arquipélago açoreano.

O homem, o meio geográfico e as relações recíprocas provocadas por estes dois elementos um sobre o outro, são detidamente analisadas, concluindo-se que «nos Açores a transformação do meio pelo homem, foi maior que a transformação do homem pelo meio».

Arquivo de trabalhos da Faculdade de Medicina do Porto — n.º 16, Janeiro-Abril, 1946.

Desde há anos que a Faculdade de Medicina do Porto deliberou reunir, em Arquivo, as separatas dos diversos trabalhos publicados pelo respectivo pessoal docente.

No presente número reúnem-se os seguintes trabalhos:

Álvaro Moitas — «Estudo de uma vitela celossomiana».

C. Strecht Ribeiro — «Os paragânglios cardíacos no feto humano».

J. Martins de Alte — «Diagnóstico de um pseudo-hermafrodito humano antes do batismo».

José Garrett — «Malformações ungueais hereditárias numa menina».

Eugénio Corte-Real — «Aspectos do aparelho de Golgi, na cortical suprarrenal».

A. Ferraz Junior e Emídio Ribeiro — «Hiperostose frontal interna».

C. Strecht Ribeiro — «Mastite tuberculosa e a sua coexistência com o carcinoma».

Albano Ramos — «Algumas observações de corpos estranhos, em vista aos das vias digestivas».

Roberto Carvalho — «Os problemas terapêuticos do cancro da mama».

Fonseca e Castro — «Acerca de um caso típico de escorbuto infantil».

Almeida Garrett — «Comentário médico a uma tabela de mortalidade da população portuguesa».

Marcelo Bastos de Barros — «Sobre a endemia tifóidica na cidade do Porto».

Francisco Coimbra — «Erros de diagnóstico de desfloramento».

Fernando Magano — «Actualidade de Ambrósio Pareu».

Idem, n.º 17, Maio-Agosto, 1946.

Contém este número os seguintes trabalhos:

J. Martins de Alte — «Um caso de melomelia na *Curioglossa lusitanica*, Boc».

Álvaro Moitas — «Arrinencéfalo humano com anomalias provocadas por bridas amnióticas».

Abel Sampaio Tavares — «Sobre o alargamento respectivo do 2.º e 4.º dedo da mão».

José Garrett — «Anoniquia e onicotrofia familiar congénita».

Eugénio Corte-Real — «Contribuição para o estudo da histofisiologia suprarrenal».

C. Strecht Ribeiro — «Aspecto do plexo simpático fundamental do ovário humano».

F. Pereira Viana — «Determinação experimental do potencial do terminal central de Wilson».

M. Silva Pinto — «A acção da estelectomia sobre o funcionamento cardíaco».

Bártolo do Vale Pereira — «Embolia pulmonar; estudo experimental».

José Garrett — «Contribuição para o estudo experimental da acção da glicerina sobre a motilidade do intestino».

Eugénio Corte-Real — «Reacção de alarme e fórmula leucocitária».

Ernesto Morais e Maurício Moreira — «A transfusão de soros heterólogos».

- Ernesto Moraes e Maurício Moreira — «Seroterapia heteróloga».
 Abel Sampaio Tavares — «Gangrena dos pés causada pelo frio».
 Joaquim Bastos — «Sobre colangiografia post-operatória».
 Jesus R. Cadarso L. de Guevara — «Neoplasias epiteliais malignas dos órgãos genitais externos da mulher».
 F. Prata de Lima — «Osteosíntese da clavícula com encavilhamento intra-medular».
 Almeida Garrett — «Evolução e posição da mortalidade em Portugal».
 Albano Ramos — «Ainda a propósito do centenário de Roentgen».

Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge —
 Ano 1, n.º 3, Lisboa, 1946.

Encerra este número os seguintes trabalhos:

- «Administração Sanitária e Salubridade», pelo dr. Carlos de Arruda Furtado, inspector superior de saúde.
 «Da higiene do trabalho», pelo dr. Anibal de Couto Nogueira, inspector superior de saúde.
 «Higiene pre-natal e puericultura», pelo dr. Francisco Fernandes Homem.
 «Um caso de intoxicação colectiva por mariscos», pelo dr. Fernando da Silva Correia.

Tem depois uma dezena de páginas de Ricardo Jorge, interessantíssimas, escritas em 1883, em prólogo do Anuário dos Progressos da Medicina em Portugal, de Maximiano Lemos.

Publica finalmente a lista do grupo dos Amigos do Prof. Ricardo Jorge e o decreto n.º 36:050, que regula os cursos de Medicina Sanitária.

M. RAMOS LOPES.



ÚLTIMAS NOVIDADES

ALBORES — <i>Penicilina en Pediatría</i> . 1 vol., 188 págs., 1946 (A. T.)	80\$00
ALTET — <i>Guía Formulario de Clínica Oftalmológica</i> . 1 vol., 191 pág., 13 figs., 1946 (E. S.)	75\$00
ASTRALDI, MONSERRAT y ROCCATAGLIATA — <i>Nomenclatura y Clasificación Urológica. Consideraciones sobre la clasificación</i> . 1 vol., 72 pág., 1945 (T. A.)	48\$00
AUDIER — <i>La Pratique des Médications Cardio-Vasculaires</i> . 1 vol., 253 págs., 1944 (D.)	42\$00
BAGUENA — <i>Lecciones de Geriatria Enfermedades de la Vejez. Enseñanzas del Doctorado</i> . Volume 1. 1 vol., 133 págs., 1947 (E. S.)	80\$00
BARLARO — <i>Las Ictericias. Estudio moderno</i> . 1 vol., 251 págs., 20 figs., 1946 (A. T.)	105\$00
BARIÉTY et BROUET — <i>Phisiologie du Médecin Praticien</i> . 1 vol., 419 pág., 199 figs., 1944 (M.)	56\$00
BARRAQUER — <i>Las parálisis</i> . 2. ^a edición. <i>La sintomatología, diagnóstico y tratamiento de las parálisis cerebrales, medulares, radicales de los nervios craneales, de los nervios espinales, musculares e histéricas, y un capítulo dedicado al electrodiagnóstico</i> . 1 vol., 205 págs., 85 figs., 1947 (S.)	140\$00
BASOMBRIÓ — <i>La Lepra. Diagnóstico. Formas clínicas. Tratamiento</i> . 1 vol., 105 págs., 17 figs., 1943 (A. T.)	48\$00
BÉCART — <i>Hématologie Clinique</i> . 1 vol., 254 págs., 68 figs., 1 planche en couleur (L. M.)	87\$50
BENDA — <i>Le Granulo-Diagnostic de la Tuberculose</i> . 1 vol., 96 págs., 5 figs., 1945 (D.)	34\$50
BERTRAND — <i>Les Leucoblastoses Aleucémiques. Étude Nosologique</i> . 1946, 1 vol., 260 págs., 8 figs., (L. M.)	105\$00
BLADERGROEN — <i>La Físicoquímica en la Medicina y en la Biología</i> . 1 vol., 470 págs., 132 figs., 1946 (E. C.)	210\$00
BLASKOVICS y KREIKER — <i>Cirugía de los Ojos. La experiencia del eximio autor húngaro, considerado como una de las primeras figuras de la Cirugía ocular europea</i> . 1 vol., 510 págs., 648 figs., 1947, Encad. (S.)	750\$00
BOIGEY — <i>La Cure d'Exercice aux différents âges de la vie et pour les deux sexes</i> . 1 vol., 300 págs., 204 figs., 1946 (M.)	140\$00
BOULE — <i>Les Hommes Fossiles. Eléments de Paléontologie Humaine</i> . Troisième édition. 1 vol., 587 págs., 294 figs., 1946 (M.)	420\$00
BOURDE — <i>Précis de Séméiologie Chirurgicale Elémentaire</i> 1 vol., 521 págs., 172 figs., 1946 (D.)	185\$00
BRAILLON — <i>La Désinsertion Extra-Pleurale des Syphyses Pulmonaires sous Contrôle de la Pleuroscopie</i> . 1 vol., 120 págs., 1947 (L. M.)	63\$00
BURNAND — <i>Problème des Tuberculoses Atypiques. Étude Clinique. Étude Anatomique. Étude Bactériologique</i> . 1 vol., 335 págs., 20 figs., 1946 (M.)	266\$00
CANTONNET — <i>Ophthalmologie du Praticien</i> . 9. ^e édition. 1946, 1 vol., 172 págs., 85 figs. (L. M.)	35\$00
CERVINI y WAISSMANN — <i>Dispepsia y Toxicosis. Revisión crítica de su patogenia y tratamiento</i> . 1 vol., 199 págs., 1946 (A. T.)	97\$50
CIBERT — <i>Tuberculose Rénale sous l'angle de la Thérapeutique</i> . 1 vol., 533 págs., 148 figs., 1946 (M.)	402\$50

ÚLTIMAS NOVIDADES

COATZ — <i>Gigantismo Fetal</i> . 1 vol., 112 págs., 1945 (A. T.)	40\$00
CORNUDELLA — <i>Terapéutica de la Tuberculosis Pulmonar</i> . 1 vol., 220 págs., 72 figs., 1947 (S.)	135\$00
CORTESI — <i>Notes Médicales du Pharmacien</i> . 1 vol., 351 págs. 2 ^e édition. 1946 (L. M.)	87\$50
CURUTCHET — <i>Tratamiento actual de las Heridas, Cirugía, Sulfamidas, Penicilina</i> . 1 vol., 214 págs., 7 figs., 1945 (A. T.)	72\$00
CUTTING — <i>Manual de Terapéutica Clínica. Guía para Estudiantes y Médicos Prácticos</i> . 1 vol., 581 págs., 1946. Encad. (E. C.)	276\$00
DEJEAN — <i>Tuberculoses Inapparentes</i> . 1946, 1 vol., 191 págs., 14 figs. (L. M.)	87\$50
DIHINX — <i>Cifosis Dorsal del Adolescente. Insuficiencia Vertebral</i> . 1 vol., 166 págs., 74 figs., 1947 (S.)	105\$00
ESPIN — <i>Contribution à la connaissance de l'Avitaminose C chez l'Homme</i> . 1946, 1 vol., 46 págs., 22 figs. (L. M.)	16\$00
DOMÉNECH-ALSINA — <i>Diagnóstico y Terapéutica Quirúrgicos de Urgencia</i> . 1 vol., 912 págs., 330 figs., 1947 Encad. (S.)	645\$00
DUMAREST — <i>Pratique du Pneumothorax Thérapeutique</i> . 1 vol., 416 págs., 19 figs., 1945 (M.)	131\$50
FIORE — <i>Diagnostico Histologico. Reconocimiento de los Organos por su Estructura Microscopica</i> . Tomo I. 1945. 1 vol., 394 págs., 55 figs., 45 laminas (A. T.)	176\$00
FORGUE — <i>Précis d'Anesthésie Chirurgicale</i> . 2 ^e édition. 1 vol., 400 págs., 113 figs. Encad. (D.)	91\$70
GARCIA-BLANCO — <i>Lecciones de Fisiología Especial</i> . Tomo I. 1 vol., 316 págs., 179 figs., 1945. (E. S.)	270\$00
GATTEFOSSÉ — <i>Cosmétologie. Dermatologie Esthétique</i> . 1 vol., 114 págs., 1947 (L. M.)	60\$00
GILBERT-DREYFUS — <i>Manuel Pratique du Diabète. Une mise au point pratique, précise, moderne</i> . 1 vol., 162 págs. (F.)	30\$00
GÓMEZ-DURAN — <i>Las Secuelas Postraumáticas. Les Síndromes Deficitarios Fisiopáticos de los Traumatismos</i> . 1 vol., 525 págs., 69 figs., 1947. Encad. (S.)	290\$00
GOROSTIAGA — <i>Diagnostico y Tratamiento de las Distocias por Monstruosidad Fetal</i> . 1 vol., 80 págs., 13 figs., 1946 (A. T.)	32\$00
GOYANES (PROF.) — <i>Anales del Servicio de Neurologiu</i> . Año I. 1947. 1 vol., 204 págs., ilustrado	225\$00
GÜTHRIE — <i>Historia de la Medicina. Una amplia información acerca de las teorías y practica médicas a traves de las edades, de lectura deliciosa y llena de interés</i> . 1 vol., 558 págs., 72 laminas. 1947 Encad. (S.)	260\$00
HOUSSAY, ORIAS, MENÉNDEZ y FOGLIA — <i>Fisiología Humana</i> . 1 vol., 1144 págs., 497 figs., 1945 (A. T.)	440\$00
HUBER et DURAND — <i>Maladies des Enfants</i> . Deuxième édition. 1 vol., 426 págs., 43 figs., 1946 (L. M.)	92\$80
JUAN LEON — <i>Semiología Obstetrica. Treinta e seis clases practicas. Diagnosticos y Diagnosticos Diferenciales</i> . 1 vol., 795 págs. con 501 ilustraciones, 45 en colores, de las cuales 7 láminas em citocromia. 1946 (A. T.)	310\$00

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Reuniões científicas

Nas quinzezas médicas no mês de Fevereiro, nos Hospitais da Universidade, foram apresentadas as seguintes comunicações :

«Embolia pulmonar experimental e suas repercussões cardíacas» sendo a parte experimental deste trabalho dos srs. Prof. dr. João Porto, drs. Antunes de Azevedo, Luís Providência e Ramos Lopes, e a parte anátoma-patológica dos srs. Prof. dr. Mosinger e dr. Renato Trincão.

«Dois casos de hipertensão arterial tratados cirurgicamente», pelo sr. Prof. dr. Moraes Zamith.

«O sangue dos hemofílicos», pelo sr. Prof. dr. Rocha Brito.

«Blastomatoses múltiplas experimentais», pelo sr. Prof. dr. Mosinger.

Estas sessões foram presididas pelo sr. Prof. Novais e Sousa, secretariado pelos srs. Professores drs. João Porto, Mário Trincão, Tavares de Sousa e Oliveira e Silva.

Na Faculdade de Medicina do Porto os trabalhos discutidos foram :

«Transposição congénita das vísceras», pelo sr. dr. Álvaro Moitas; «Tumores papilares da tiroideia», pelo sr. dr. Rogério Gonzaga, e «Granuloma de Favre»; comentário anátomo-clínico. pelos srs. drs. Fernando Magano e Salvador Junior.

*

Subordinada ao título «Medicina preventiva das doenças do coração», proferiu no dia 6 de Fevereiro, no Instituto Superior de Higiene «Dr. Ricardo Jorge» uma conferência o sr. Prof. dr. João Porto.

Presidiu a essa conferência, o sr. Subsecretário de Estado da Assistência Social, dr. Trigo de Negreiros, que era ladeado pelos srs. drs. Augusto da Silva Travassos, Director Geral de Saúde, Luís Adão, dr. Froilano de Melo e dr. Paiva Boléo.

O estudo do ilustre catedrático foi escutado com grande interesse pelo selecto auditório, constituído na sua maior parte por médicos e homens de ciência, que, no final, lhe tributaram efusivos aplausos.

O conferente disse que no desenvolvimento do tema que foi indicado pelo sr. dr. Fernando Correia, ilustre Director do Instituto Dr. Ricardo Jorge, a quem

agradece a honra do convite, pergunta por momentos se não é bastante exíguo o campo onde se espalha a Medicina preventiva das doenças do coração. A razão do seu asserto é a seguinte :

Se analisarmos as curvas representativas de mortalidade por todas as doenças, através das Estatísticas do Movimento Fisiológico da população portuguesa, consignada nos Anuários Demográficos dos últimos 30 anos, verifica-se que as moléstias infecciosas descem e as cardiopatias sobem. E a discordância do sentido das duas ordens de curvas é tanto maior quanto maior é a civilização económica e sanitária do país onde isso se observa. Sendo assim, se o número de mortes bem como o número de casos de cardiopatias cresce na medida em que mais crescem as condições de prosperidade e de vida feliz, numa Nação, a aceitarmos a medicina preventiva *no seu sentido restrito*, isto é, naquele em que esta consiste em *conjunto de medidas por intermédio das quais se evita a doença do coração* — há-de ter de se confessar que a cardiopatologia seria a vergonha da medicina preventiva, pois esta foge daquela na medida em que a procura alcança. O conferente espalhou-se na discussão das causas geradoras das cardiopatias, pois a profilaxia daquelas constituiria a prevenção destas. Referiu-se sobretudo à hipertensão, à esclerose coronária, à sífilis, ao reumatismo de Bouillaud e às endocardites por sepsis de segunda ordem da classificação de Liebermeister.

Sendo de duas ordens essas causas : degenerativas e infecciosas, quanto às primeiras concluiu que estas são impossíveis de evitar, pois se vinculam à idade dos tecidos e constituem causa natural de morte. Quanto a outra, a sífilis por exemplo, na medida em que gera a cardiopatia, esta evitar-se-á na medida em que se intensificar a luta anti-venérea ; para as de causa reumatismal, porém, os progressos têm sido pequenos no que diz respeito aos conhecimentos actuais, sobre a sua etiologia e profilaxia.

*

Se sensu stricto o campo é estreito, é, porém, muito vasto se se aprecia o problema, não quanto à génese, mas sim quanto à evolução da cardiopatia, isto é, quanto a medidas a adoptar para que o indivíduo, já de posse da cardiopatia, veja o mais longo possível o cumeço da sua invalidez. O conferente descreve a situação do cardíaco : 1) tal como é, 2) tal como se deseja que fosse e 3) expõe sugestões sobre os meios possíveis de o conseguir. Tomando para base das suas considerações a categoria de doentes do coração que são pobres, mas ainda activos, expõe a opinião de que a profilaxia da sua longevidade, a encontram não na *improdutividade absoluta* nem *em trabalho que exceda o limite das suas forças*, mas sim na *utilização* das suas actividades em profissão cujo esforço, no seu desempenho, não exceda aquelas.

Expôs a natureza de meios para se conseguir a *readaptação ou reabilitação vocacional e profissional* entre as que são adoptadas pelo mundo : 1.º — Seguro social. 2.º — Meios de acção criados e sustentados por participação estadual, tal como o consigna a lei de 8 de Junho de 1943 para os Estados Unidos da

América, e ainda o 3.º — Meios de acção de iniciativa privada que toma para paradigma a Fundação Biscaya Pro-Cardíaco, na vizinha Espanha, e desenvolve as razões por que a nossa Organização Corporativa do Trabalho, cuja legislação implicitamente encerra os meios de Reabilitação profissional, poderá vir, quando o tempo, lho permitir, dar o rendimento conveniente, em socorro eficaz do cardíaco.

*

O sr. Prof. dr. Robert Debré, da Faculdade de Medicina de Paris e membro da Academia de Medicina, proferiu no dia 3 de Fevereiro, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, uma interessante conferência sobre «Policórias», à qual presidiu em representação do Director da Faculdade de Medicina, o sr. Prof. dr. Rocha Brito, tendo o sr. Prof. dr. Lúcio de Almeida, feito a apresentação do conferente.

— Também pronunciaram conferências, na Faculdade de Medicina do Porto, o sr. dr. Sá Penela, sobre «Calcificações cutâneas»; na Liga de Profilaxia Social, o sr. dr. Aureliano Baptista da Fonseca, acerca da «Medicina no trabalho», e o sr. dr. Abel Tavares, na sede da J. U. C. da mesma cidade, sobre «Eugenismo».

O sr. dr. Luís Guerreiro, médico escolar do Liceu D. João de Castro inaugurou, no Liceu de Pedro Nunes, um ciclo de conferências destinadas aos professores estagiários dos cursos secundários, tendo dissertado sobre «O que o professor deve saber da psicopatologia — crianças anormais e ineducáveis».

— Em Coimbra e na Delegação da FNAT, o sr. Prof. dr. Rocha Brito, fez uma interessante conferência sobre os «Presépios de Coimbra», quando da distribuição de prémios aos classificados no concurso de presépios de iniciativa da Liga Operária Católica.

Faculdades de Medicina

Foram aprovados os termos dos contratos do sr. dr. Henrique de Oliveira, para 1.º assistente; do sr. dr. João Rocha Santos, para 2.º assistente da Faculdade de Medicina de Coimbra; do sr. dr. José Godinho para, em comissão gratuita de serviço de 2.º assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa, e dos srs. drs. Manuel Henrique Nazaré, Jacinto da Mota e Artur de Oliveira, para 2.º assistentes da mesma Faculdade.

— A seu pedido, foi rescindido o contrato celebrado com o sr. dr. Henrique Gregório Pereira, 1.º assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Várias notas

O sr. Prof. dr. Cerreia de Oliveira, da Faculdade de Medicina de Coimbra, foi eleito por unanimidade, sócio correspondente da Sociedade Francesa de Neurologia.

— Foram eleitos, por unanimidade, «fellows» da Real Sociedade de Medicina de Londres, os srs. drs. Belo de Moraes e Lopo do Carvalho Concela.

— Em substituição do sr. dr. Mário dos Reis Carmona, exonerado a seu pedido, o sr. ministro do Interior designou para a Comissão de Construções Hospitalares o sr. dr. Luís Pinto Quintela, médico e cirurgião dos Hospitais Cívicos de Lisboa, do Hospital de Cascais e do Sanatório do Caramulo.

Consideram-se concluídos os estudos preliminares relativos aos hospitais regionais e vai decidir-se sobre os edifícios que têm aproveitamento mediante obras de adaptação e ampliação e acerca de novas construções cujos projectos vão ser elaborados. Estão também em estudo os trabalhos a efectuar nos hospitais de Évora, Santarem e Viseu.

A comissão estuda ainda a localização dos hospitais a construir em Lisboa, no Porto e em Coimbra e acupa-se dos projectos referentes a hospitais sub-regionais.

— A Academia das Ciências prestou homenagem à memória do Prof. Mark Altrias, tendo o sr. Prof. dr. Celestino da Costa feito a apreciação da obra científica do extinto.

— O sr. dr. José de Brito Carregal da Silva Passos, secretário do Instituto de Medicina Tropical, foi nomeado em comissão, para o lugar de secretário do Ministro da Educação Nacional.

— Pela Câmara Municipal de Mourão foi provido na vaga de médico municipal do partido, com sede na freguesia da Luz, daquele concelho, o candidato sr. dr. Amílcar Aristides Lopes Caseiro.

— O sr. dr. José Andrade de Assis e Santos, médico municipal do concelho de Mortágua, foi nomeado subdelegado de saúde do mesmo concelho.

— Foram condecorados, com a medalha de ouro de bons serviços, o sr. dr. José da Cunha Paredes, director do serviço clínico (serviço geral de clinica cirúrgica); com a medalha de prata do bons serviços, os srs. dr. Fernando de Freitas Simões, obstetricista; dr. Almerindo de Vasconcelos Lessa, médico chefe dos serviços de transfusão de sangue; dr. José Teixeira Filipe da Costa, cirurgião dos Hospitais Cívicos de Lisboa; capitão médico dr. António Alexandre Júdice Pargana, com o grau de oficial da Ordem Militar de Aviz, o segundo-tenente médico da Armada, dr. Joré Nobre Leitão, com o grau de cavaleiro da Ordem do Império Colonial.

— Foi nomeado inspector da Inspeção de Assistência Social, o sr. dr. Amadeu Lobo Nogueira da Costa.

— O sr. dr. Avelino Cavaleiro de Ferreira Gonçalves Rapazote, oftalmologista dos Hospitais Cívicos de Lisboa, foi autorizado a aceitar a prorrogação por mais três meses da bolsa de estudo fora do País, que lhe foi concedido pelo Instituto para a Alta Cultura.

Falecimentos

Faleceram, em Coimbra, o sr. Ernesto Neves Rodrigues Diniz, filho do sr. Prof. dr. José Cipriano Rodrigues Diniz; a sr.^a D. Pureza de Jesus Pinto de Abreu, mãe do clínico sr. dr. Jorge Afonso Pinto da Silva, e o sr. dr. Frederico Sanches de Moraes; na Foz do Douro, o sr. dr. José Augusto Fernandes, médico; em

Lisboa, o sr. dr. Mário Serrão Burgente; em Aveiro, o sr. dr. Manuel Pereira da Cruz, de 89 anos de idade, antigo delegado de saúde e médico municipal, e em Alcanena, a sr.^a D. Cândida Lucas Reis e Silva, sogra do médico municipal, sr. dr. Carlos Nunes Ferreira.

Às famílias enlutadas apresenta *Coimbra Médica*, sentidas condolências.

*

O Conselho da Faculdade de Medicina de Coimbra exarou na sua sessão do 22 de Janeiro, votos de sentimento pelo falecimento dos Professores João Duarte de Oliveira, Afrânio Peixoto, José Pereira Salgado e Abel Salazar; dr. Vicente Rocha, antigo inspector de saúde de Coimbra, e do professor suiço Askanazy.



FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA
INSTITUTO DE ESTUDIOS E INVESTIGACAOES

Últimas Novidades Médicas, à venda na

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

Últimas Novidades:

GLEYS — <i>Physiologie</i> . 1 vol. 630 pag. 252 fig. 11° édition. Refondue et mise à jour. 1947. (B)	262\$50
KELSER Y SCHOENING — <i>Manual de Bacteriologia Veterinaria</i> . 1 vol. 701 pag. 94 fig. 1946. (EC) Encad.	300\$00
LAURENS — <i>Oto-Rhino-Laryngologie du Médecin Praticien</i> . 1 vol. 511 pag. 587 fig. 1946 (M)	192\$50
LOUREIRO — <i>Biologia de la Inmunidad</i> . 1 vol. 85 pag. 1947. (CM)	50\$00
LUZUY — <i>Les Infiltrations du Sympathique. Physiologie. Indications. Techniques</i> . 1 vol. 200 pag. 22 fig. 1946. (M)	131\$50
MALVASSI — <i>El Massaje Científico en los Deportes</i> . 1 vol. 318 pag. 147 fig. 1944. (PA) Encad.	112\$00
MARIO ROSA — <i>Ileite Regional. Doença de Crohn</i> . 1 vol. 121 pag. 1947. (LE)	60\$00
MARTINEZ Y BERCONSKY — <i>Aparato Respiratorio. Biblioteca de Semiologia dirigida por Padilla y Cossio</i> . Cuarta edición. 1 vol. 326 pag. 216 fig. 1945. (AT)	95\$00
MCCALL Y WALD — <i>Roentgenologia Clínica</i> . 1 vol. 340 pag. 355 fig. 1947. (S) Encad.	410\$00
MÉRIEL — <i>Les Syndromes Douloureux de la Fosse Iliaque et du Flanc Droits</i> . 1 vol. 374 pag. 78 fig. 1945. (D)	190\$00
MOREU — <i>El Glaucoma. Estudio clínico. Hipertensiones oculares. Etiología. Patogenia. Tratamiento. Concepto del glaucoma</i> . 1 vol. 126 pag. 26 fig. 2.ª edición. 1947. (S)	120\$00
MORIN — <i>Tuberculose. Cours de Leysin</i> . 1 vol. 296 pag. 43 fig. 1944. (M)	247\$00
PADILLA — <i>Riñon, Bazo y Sangre. Biblioteca de Semiologie dirigida por Padilla y Cossio</i> . Tercera edición. 1 vol. 294 pag. 117 fig. 1945. (AT)	100\$00
PANGANO — <i>Enfermedades de la Sangre</i> . Tercera edición. 1 vol. 368 pag. 1946. (AT)	120\$00
PAPP — <i>Historia de la Física. Historia y Filosofia de la Ciencia</i> . 1 vol. 383 pag. 30 fig. 1946. (EC) Encad.	168\$00
PARSHLEY — <i>Biologia</i> . 1 vol. 210 pag. 80 fig. 1945. (EC) Encad.	108\$00
PASCUAL — <i>Colapsoterapia de la Tuberculosis Pulmonar. Aportaciones Clínicas, Histopatológicas y Experimentales</i> . 1 vol. 507 pag. 489 fig. 1947. (EM)	430\$00

Últimas Novidades Médicas, à venda na

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

Últimas Novidades:

PELLERANO—LEDE— <i>Curso de Anatomia y Fisiologia Patológicas</i> . Tomo I: Parte General. Tomo II: Autopsia y Parte Especial. 2 grossos volumes. 1641 pag. 643 fig. 1941. (AT)	360\$00
PENDE— <i>Tratado de Biotipologia Humana. El tratado «principes» de la Biotipologia Humana, nombre y disciplina creados y fijados por el insigne autor italiano</i> . 1 vol 597 pag. 386 fig. 1947. (S) Encad.	750\$00
PINÓS— <i>Ulcus Gástrico. Un paso más en el conocimiento de la úlcera gástrica</i> . 1 vol. ilustrado con 96 figuras en negro y 32 en color. 331 pag. 1947. (S) Encad.	290\$00
PRESTINI Y RUIZ— <i>Tratamiento de las Retrodesviaciones Uterinas</i> . 1 vol. 98 pag. fig. 1941. (AT)....	64\$00
PRIETO— <i>Dermatologia y Venereologia</i> . Tomo II. 1 vol. 443 pag. fig. 1947. (CM) Encad.	425\$00
RAFFO— <i>Proctologia Clinica y Quirurgica</i> . 1 vol. 520 pag. 182 fig. 1940. (AT) Encad.	240\$00
RAVAGNAN— <i>Embarazos Complicados por Tumores de Ovario y Fibromiomas Uterinos</i> . 1 vol. 157 pag. ilustrado. 1942. (AT) ...	64\$00
ROBERTIS Y SAEZ— <i>Citologia General</i> . 1 vol. 330 pag. 123 fig. 1946. (AT) ...	135\$00
ROCHAIX— <i>Traité d'Hygiene</i> . Deux gros volumes avec 1898 pag. et 333 figures. 1946. (M) ...	980\$00
ROFFO— <i>Tratado de Fisioterapia</i> . Volumen I. Las Ondas Cortas en la Medicina. 1 vol. 360 pag. ilustrado. 1939. (PA) ...	80\$00
ROYER— <i>Higado y Páncreas. Biblioteca de Semiologia dirigida por Padilla y Cossio</i> . Cuarta edición. 1 vol. 241 pag. 96 fig. 1945. (AT) ...	65\$00
SÁ COUTO— <i>Saúde pela alta Cultura Fisica</i> . 1 vol. 364 pag. ilustrado.	40\$00
SCHERF— <i>Électrocardiographie Clinique</i> . 1 vol. 395 pag. 207 fig. 1944. (M) ...	420\$00
SCHNEIDER— <i>Problemas de Patopsicologia y de Psiquiatria Clinica</i> . 1 vol. 95 pag. 1947. (EM) ...	45\$00
SECO— <i>Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Anorrectales</i> . 1 vol. 661 pag. 377 fig. (L) Encad.	506\$00