

Ano IV

N.º 4

Abril de 1927



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECCÃO

PROFESSORES

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

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

FLUOTHYMINA

Com base de Fluoroformio e Thymina

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

COQUELUCHE E TOSSE REBELDE

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colonias

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

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina, Paris 1889. Prova que 2 a 4 por dia produzem diurese prompta, reanimam o coração debilitado, dissipam ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA, Lesões MITRAES, CARDIOPATHIAS da INFANCIA e dos VELHOS, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

Granulos de Catillon a 0,0004 **STROPHANTINE** CRYST.

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

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

3. Boulevard St. Martin Paris — « PHARMACIAS »

CARNE LIQUIDA

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

Contem mais de 19% de verdadeira peptona de carne.
— INDICAÇÕES: Anemia, Debilidade geral, Afecções nervosas, Tuberculoses e convalescenças —

Pedir amostras e literatura aos Depositarios para Portugal e Colonias:

GIMENEZ-SALINAS & C.ª

Rua Nova da Trindade, 9-1.º — LISBOA

Sala B _____

Est. 9 _____

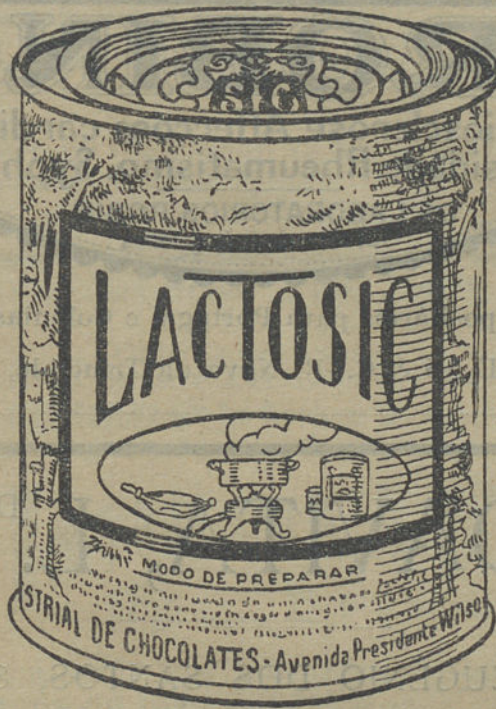
Tab. 1 _____

N.º 53 _____

LISBOA MÉDICA

LACTOSIC

O MELHOR ALIMENTO



PARA

CRIANÇAS, VELHOS
DOENTES

Sociedade Industrial de Chocolates SIC
Av. Presidente Wilson, 6 — LISBOA

LISBOA MÉDICA

COMBINAÇÃO IODO-PEPTONADA
GOTTAS, INJECTAVEL

I O D O N E

"ROBIN"

Arteriosclerose, Affecções cardiacas,
Obesidade, Rheumatismo, Syphilis

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

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

N.º 832
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

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

DAVITA, L. ^{DA}

RUA EUGÉNIO DOS SANTOS, 81, 1.º

Ampolas, Esterilisações

: : Análises clínicas : :

: : Produtos químicos : :

Alimentos ALLENBURYS

para crianças e adultos

cientificamente adaptados a cada idade

N.º 1 — lacteo, para recém-nascidos.

N.º 2 — lacteo, dos 3 aos 6 meses.

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

DIET — pepnotizado, para doentes dispépticos e velhos.

BISCOITOS — para o período do desmame e dentição.

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

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

AGENTES NO PORTO, BRAGA, ETC.

Termómetros HICKS

GENUINOS-CLINICOS

Usados em todo o mundo

A VENDA NAS FARMACIAS DO PAIZ

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

INSULINA 'A.B.'



Brand

A PRIMEIRA PREPARADA NA EUROPA

Vantagens da Insulina "A B.,":

1. A sua acção certa e constante, que no caso de ser bem aplicada, evita a glicosemia e o excesso de açúcar no sangue.
2. A sua elevada pureza, que não permite reacção local, mesmo quando ministrada durante meses.
3. A sua inalterabilidade, pois é a única *Insulina* garantida, pelo menos, por um ano.

AMOSTRAS para EXPERIÊNCIAS aos senhores MÉDICOS e a HOSPITAIS

A VENDA nas farmácias em frasquinhos de:

5 c. c. = 100 unidades (ou 10 doses)

25 c. c. = 500 » (» 50 »)

5 c. c. = 200 » (» 20 »)

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

THE BRITISH DRUG HOUSES, Ltd. e ALLEN & HANBURYS, Ltd. — LONDON

Representante em Portugal:

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

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

VANTAGENS: Injecção subcutânea sem dôr.
Injecção intramuscular sem dôr.

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos 606, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

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

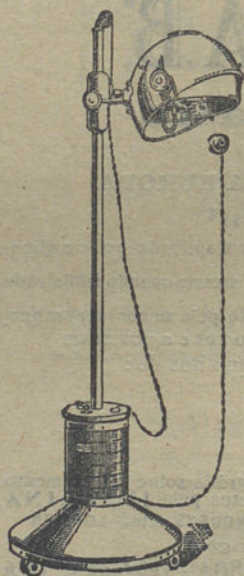
Preparado pelo LABORATÓRIO de **BIOQUÍMICA MÉDICA**

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVIIe)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

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

45, Rua Santa Justa, 2.^o
LISBOA



RAIOS ULTRAVIOLETAS

Lampadas Bach, Josionek, Sollux
e acessórios

Da Quartzlampen Gesellschaft m. b. H.,
de Hanau

Para entrega imediata

J. ROMA, L.^{DA} (Engenheiros)

Rua dos Fanqueiros, 334, 1.^o

LISBOA

PÕ
DE ABYSSINIA
EXIBARD
Sem Opio nem Morphina.
Muito eficaz contra a
ASTHMA
Catarrho — Oppressão
• todas affecções espasmodicas
das vias respiratorias.
35 Annos de Bom Exito. Medalhas Ouros e Prata.
H. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C^o
6, Rue Dombasle, 6
PARIS
E BOAS PHARMACIAS

Aparelhos e instalações completas de:

RAIOS X

DA CASA

KOCH & STERZEL A. G., de Dresden

Para diagnóstico e tratamentos

GRANDE VARIEDADE DE MODELOS

MATERIAL DIVERSO de RAIOS X.
AMPOLAS para todos os fins.
PELICULAS „Maro“ de dupla Emulsão.
EUBARYT para exames do Estômago
etc., etc.

SOCIEDADE COMERCIAL

MATOS TAVARES, LIMITADA

R. dos Fanqueiros, 218, 3.^o — LISBOA

INSTITUTO PORTUGUÊS
DO RÁDIO

DIRECTOR

DR. BÉNARD GUEDES

DIRECTOR DO SERVIÇO DE RADIOLOGIA DO HOSPITAL ESCOLAR

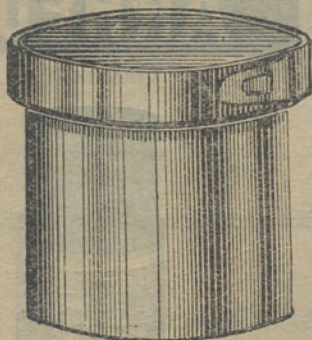
TRATAMENTO
DO
CANCRO E OUTROS TUMORES
PELO
RÁDIO
E PELOS

RAIOS X ULTRA-PENETRANTES
TODOS OS DIAS ÀS 4 HORAS DA TARDE
NA

CALÇADA DO SACRAMENTO, 10
(AO CHIADO)

TEL.: C. 1636

TRATAMENTOS GRATUITOS A CANCEROSOS
PROVADAMENTE POBRES



Entéro-Colite

PRINCIPALMENTE NAS CRIANÇAS

melhora rapidamente e a cura é facilitada pela aplicação de Antiphlogistina quente no abdómen. A



descongestiona os vasos do intestino e do peritônio, estimula o plexo solar e hipogástrico, faz desaparecer o tenismo, a contractura muscular e a dor.

DOENÇAS DA PELE (Dermatites)

As alterações da derme, qualquer que seja a sua origem: queimaduras, mordeduras de insectos e de reptis, tão frequentes no verão, melhoram com a aplicação precoce do Antiphlogistina. Em geral deve aplicar-se quente.

O calor húmido aplicado continuamente nos casos de congestões restabelece prontamente a circulação normal; é o primeiro passo no processo de reparação de qualquer inflamação. A Antiphlogistina fria é mais agradável nos primeiros tratamentos das queimaduras.

CONTUSÕES

Entorse, feridas, sinovites traumáticas, caimbras e outras congestões devidas aos exercicios desportivos cedem rapidamente às aplicações da Antiphlogistina quente.

Enviam-se amostras e literatura grátis aos Ex.^{mos} Médicos.

Sede principal:

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO.

NEW YORK CITY, U. S. A.

LABORATÓRIOS: Londres, Paris, Berlim, Barcelona, Buenos-Aires, Sydney, México City, Montreal, Florença.

Depositários em Portugal:

ROBINSON, BARDSLEY & C.^a L.^{da}

Caes do Sodré, 8, 1.^o—LISBOA



Laboratórios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche

PARIS (França)

Registo comercial: Seine N.º 103 278

KOLA ASTIERC¹⁵ H²⁶ O

Princípio activo da Essencia de Sandalo
Blenorragia, Cistite, Piéltite, Pielonefrite,
Catarro vesical

ARHÉOL

GRANULADA

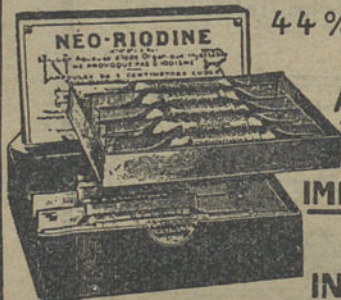


Antineurasténico. Regulador do coração
Gripe, Astenia, Surmenage,
Convalescência das doenças infecciosas

NÊO-RIODINEC³ H⁶ O⁴ I⁵ Na.

Solução Aquosa de Iodo
Organico Injectavel

44 % de Iodo

**ACÇÃO****IMMEDIATA****INTENSA**

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

NÃO PROVOCAM ACCIDENTES DE IODISMO

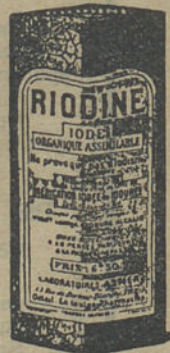
Perturbações cardio-vasculares, Arterio-esclerose, Escleroses pulmonares, Affecções respiratorias chronicas, Rheumatismo, Lymphatismo, Escrófula, Tuberculose, Doenças especificas e em todos os casos em que a medicação iodada ou iodurada é indicada.

RIODINE(C¹⁸ H³³ O³)₃ (IH)² C³ H⁵

Derivado organico iodado
Ether glycerico
iodado do acido
ricinoleico.

ACÇÃO**LENTA****PROLONGADA**

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



Depositários gerais para Portugal e Colónias:

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



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Um caso de fibroma gigante da região perineal</i> , por Alberto Gomes ...	pág. 161
<i>Sobre as perturbações da condutibilidade intraventricular</i> , por Eduardo Coelho	» 165
<i>Um caso de consolidação viciosa de fractura de Colles</i> , por Amândio Pinto	» 182

Bibliografia

<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	» 187
<i>Biblioteca da «Lisboa Médica»</i>	» 201

UM CASO DE FIBROMA GIGANTE DA REGIÃO PERINEAL

POR

ALBERTO GOMES

Hospital Escolar, enfermaria P. A. — *Obs. n.º 633* — César A. A. P., farmacêutico, de 48 anos de idade. Pelos 13 anos notou no períneo, entre o escroto e o ânus, um pouco à direita da linha média, um pequeno nódulo, do tamanho de uma azeitona, duro, indolor, coberto de pele de coloração normal.

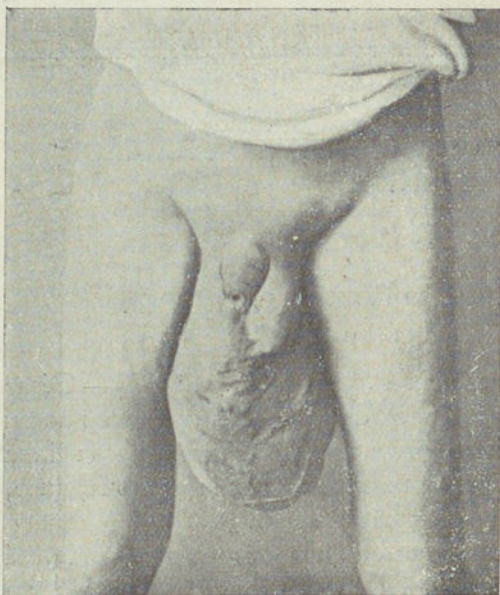
Este tumor foi crescendo lenta e progressivamente, tendo, há 10 anos, o volume de um limão. De então para cá, cresceu um pouco mais rapidamente, apresentando actualmente um volume e pêso enormes que, à parte a dificuldade na marcha e o incómodo para se sentar, lhe não provoca qualquer perturbação.

É casado, filhos saudáveis. Uma irmã tuberculosa. Nega sífilis. Há três anos febre paratifóide (?) e depois disso funcionamento intestinal irregular.

Emmagrecido, pálido, mau estado geral. Osteo-periostite no terço superior da tibia direita, que na radiografia se vê invadir a cavidade medular. Não há rarefacção óssea, tendo o aspecto radiológico das lesões sifiliticas. A reacção de Wassermann foi negativa.

Nos membros inferiores, principalmente nas coxas, a rede venosa superficial está dilatada, túrgida e saliente, havendo mesmo na fase anterior da côxa esquerda, formando relêvo, uma placa equimótica, dolorosa, semelhante a um angioma cavernoso.

O tumor do períneo apresenta-se trilobado com 78 centímetros de circunferência e estendendo-se em altura até cêrca de 10 centímetros acima dos joelhos. Na inserção perineal a circunferência é menor, podendo quasi abraçar-se com as duas mãos. A pele que o cobre é móvel, fortemente pigmentada e está sulcada de veias



muito grossas e sinuosas, atingindo algumas a grossura de um dedo. Não há lesões tróficas da pele.

O tumor é indolor, constituído por 3 lóbulos desiguais, de superfície lisa e regular, consistência parenquimatosa, apresentando uma certa mobilidade sôbre os planos profundos.

Na parte anterior e superior do tumor fazem relêvo os dois testículos, sem qualquer anormalidade. O pênis está conservado.

Atrás estende-se o tumor até ao ânus, cujo contôrno anterior está repuxado, deixando ver uma porção da mucosa do canal anal.

A pele da face interna das coxas está vermelha e macerada. Não há adenopatia ingüinal.

Foi operado em 2 de Dezembro de 1926, depois de se ter procedido, durante alguns dias, à desinfecção da região.

Extirpou-se o tumor, conservando de um e outro lado a pele suficiente para reconstituir o períneo e o escroto.

O tumor estava separado da camada muscular perineal, por tecido celular, laxo, existindo sômente à direita um pedículo fibroso, espêsso e resistente, que se inseria numa superfície larga da tuberosidade isquiática.

Dos interstícios musculares do períneo é extirpado um pequeno cacho de 4 ou 5 nódulos, o maior do tamanho de uma amêndoa

com aspecto idêntico ao dos grandes lóbulos que formavam o tumor. Intervenção operatória só dificultada pelo excessivo volume e peso do tumor e sua enorme vascularização. Encerramento total da ferida, deixando-se nas primeiras 48 horas um pequeno tubo de drenagem.

Alta, curado, em 23 de Dezembro de 1926.

O exame anátomo-patológico, feito obsequiosamente pelo Prof. Parreira, diz o seguinte:

CARACTERES MACROSCÓPICOS: O tumor, muito volumoso, traz aderente a si um retalho de pele e o tecido conjuntivo subjacente. Pêso da peça operatória: 5.800 gr.

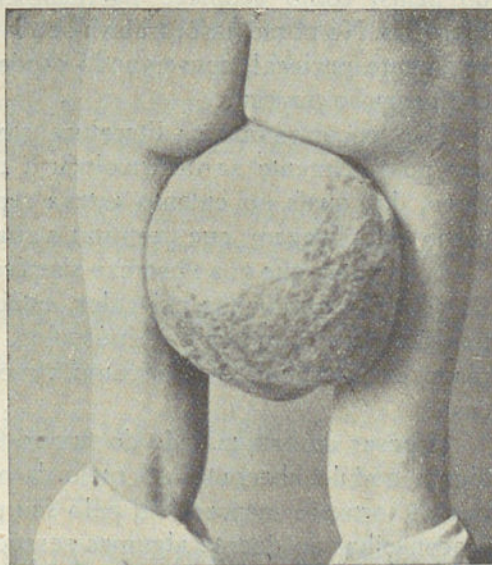
O tumor, sensivelmente arredondado, é constituído principalmente por dois grandes lóbulos, tendo aderentes ainda alguns mais pequenos, tudo envolvido por espessa cápsula fibrosa, donde partem septos também fibrosos, dando a lobulação referida. Consistência dura. Superfície de secção branco-avermelhada, húmida, de aspecto fascicular, com pequenas cavidades irregulares, cheias de líquido incolor ligeiramente turvo; vascularização muito desenvolvida, pequenas hemorragias intersticiais. Os dois lóbulos maiores têm as seguintes dimensões: 21 cm. de eixo vertical por 14 cm. de eixo transversal num deles, e, respectivamente, 19 cm. por 11 cm., no outro.

O tecido conjuntivo subcutâneo, que separa o tumor da pele, está muito espessado, variando esta espessura de 2 cm. a 8 cm., edemaciado e percorrido por numerosos e dilatados vasos.

A pele, que forma um retalho elíptico, também é espessa, com muitos e profundos sulcos e muito pigmentada.

EXAME MICROSCÓPICO: Vários fragmentos, tirados de pontos diversos do tumor, mostraram em todos a mesma estrutura.

O parênquima do neoplasma é constituído por abundantes células e feixes



conjuntivos dirigidos em várias direcções. Estes feixes, mais ou menos alargados, são, às vezes, muito desenvolvidos e apresentam-se parcial ou totalmente, em degenerescência hialina. Entre êles, notam-se espaços irregulares, vazios ou ocupados por líquido de edema, coagulado. Há ainda a notar a extraordinária vascularização que o tumor apresenta, vasos, na maior parte, capilares, e pequenas veias. Aqui e além, zonas de hemorragia recente ou antiga. A periferia do tumor é revestida por espessa cápsula conectiva, pobre em células.

DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO. *Fibroma duro, edemaciado*

Julgamos interessante a publicação dêste caso pela raridade e pelo seu volume.

Como tumores localizados no períneo estão apontados os quistos congénitos (dermoides ou serosos) e os lipomas de desenvolvimento mediano ou lateral, às vezes enormes, levantando a prega génito-crural e prolongando-se pela face interna da coxa ou desenvolvendo-se para dentro das bôlsas com desaparecimento do pénis, como acontece habitualmente nos grandes tumores escrotais. No nosso caso, tratava-se de um fibroma nítida e exclusivamente perineal, conservando o pénis e as bôlsas quasi a sua conformação normal.

Não encontrámos na literatura caso semelhante de fibroma, que possivelmente se desenvolveu à custa dos músculos do períneo, dos quais no entanto estava separado por um verdadeiro plano de clivagem que permitiu a sua extirpação fácil.

É de notar que nos fibromas simples ou mixtos (fibromixomas ou fibrosarcomas) dos músculos estriados existe sempre continuidade entre o tumor e os músculos, sem ser possível encontrar plano de clivagem, o que, como vimos, não acontecia no nosso caso.

A-pesar da benignidade do tumor, o receio da persistência de algum nódulo aberrante no meio da massa muscular do períneo que se tornasse inapreciável pelo seu pequeno volume, levou-nos a aconselhar ao doente algumas sessões de roentgenterapia ultra-penetrante.

O doente, revisto últimamente, mantém a sua cura.

LISBOA MÉDICA

DRYCO

(LEITE DE CONFIANÇA)

Um permanente aliado da medicina preventiva

«Nenhum caso de mortalidade pode ser imputado, segundo supômos à intolerância pelo leite em pó (DRYCO).»

«Conforme as nossas curvas regularmente ascendentes o demonstram, podemos afirmar que os resultados têm sido excelentes em 75 % dos casos. No referente a débeis e prematuros tivemos ocasião de assistir a verdadeiras ressurreições.»

Dr. MULS — BRUXELAS

O Leite em Pó na Alimentação das Crianças

O DRYCO foi reconhecido sempre, desde a sua aparição, como o leite STANDARD para a

ALIMENTAÇÃO INFANTIL

The Dry Milk Company, 15 Park Row, New York

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

DEPOSITÁRIOS PARA PORTUGAL E COLÓNIAS:

GIMENEZ-SALINAS & C.^A

Rua Nova da Trindade, 9, 1.^o — LISBOA

LISBOA MÉDICA



SILISTREN

Ester tetraglicólico do ácido orto-silícico
para a terapia silícica

Amplas garantias de
ressorção e assimilação
ajudando eficazmente

a formação de cicatrizes e o encapsulamento
dos processos tuberculosos

No Comércio: frascos com 30 gramas
Empacotamento original «BAYER»

....

J. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Pharmazeutische Abteilung "Bayer-Meister Lucius,,

....

Representante-depositário: **AUGUSTO S. NATIVIDADE**

Rua dos Douradores, 150, 3.º — LISBOA



Serviço de Patologia Médica
(Prof. A. Padesca)

SÔBRE AS PERTURBAÇÕES DA CONDUTIBILIDADE INTRAVENTRICULAR

POR

EDUARDO COELHO

Nos últimos anos, alguns cardiologistas, principalmente ingleses, alemães e americanos (Cohn e Lewis, Wilson e Hermann, Oppenheimer e Rothschild, Willius, Eppinger, Rothberger, Winterberger, etc.), puseram em evidência as modificações dos complexos ventriculares eléctricos no decurso da insuficiência miocárdica e mostraram a sua importância para o diagnóstico e prognóstico de algumas perturbações da condutibilidade cardíaca, que os processos clínicos e o método dos gráficos mecânicos não permitiam descobrir.

Já numa publicação anterior, referindo-nos a estas variações do electrocardiograma e acentuando o seu valor para o estudo da fisiopatologia da condução do ritmo cardíaco, dizíamos que:

«A despeito da reserva e da prudência com que as modificações do electrocardiograma devem ser interpretadas, tal a multiplicidade de factores que as realiza, os factos que acabamos de apontar são de um enorme alcance para o estudo da patologia do feixe de His e para o diagnóstico de muitas miocardites crónicas que passam desconhecidas ao ouvido e à sagacidade dos clínicos.»

Os métodos electrocardiográficos, alargando o seu âmbito, deixaram de nos interpretar sòmente as perturbações do ritmo

cardíaco. O exame minucioso dos traçados permite-nos ainda apreciar a *qualidade* das próprias contracções ventriculares; e o atipismo dos complexos, que pode exprimir a existência de barragens encontradas pelo estímulo cardíaco desde o nódulo de Aschoff Tawara até às últimas terminações das fibras de Purkinje, traduz também a insuficiência progressiva de um miocárdio patológico. Essas anomalias dos traçados não só nos dão o diagnóstico da insuficiência do miocárdio como, até, em certos casos, nos permitem prevêê-la.

Encontramo-nos, dessa sorte, em presença de um processo novo que nos traz o conhecimento das mais íntimas modificações do funcionamento do coração.

As mais interessantes das anomalias dos complexos ventriculares eléctricos são as que nos levam ao diagnóstico de perturbações da condutibilidade intracardíaca provocadas por lesões ou alterações funcionais dos ramos do feixe de His e das suas terminações mais finas (*miocardite sub-endocárdica*, de Willius; *lesões de esclerose, cercando as ramificações das fibras de Purkinje*, de Carter).

Alguns cardiologistas cotejaram as anomalias do electrocardiograma com as lesões macroscópicas e microscópicas do músculo ventricular e, apoiados em dados experimentais, concluem que um complexo ventricular anormal implica a existência de alterações do miocárdio; recíprocamente, um complexo ventricular normal só pode ser produzido por um músculo normal. Assim é em muitos casos. E, a determinadas anomalias dos acidentes ventriculares, correspondem diferentes miocardites, sob o ponto de vista da sua localização.

Os dados gerais sôbre os acidentes do electrocardiograma normal são já conhecidos do leitor desta Revista. Nas modificações por eles apresentadas está em primeiro lugar o sinal de Einthoven, da hipertrofia do ventrículo esquerdo ou direito, que, actualmente, se considera mais como a indicação da direcção do predomínio eléctrico do grupo Q-R-S do que de uma hipertrofia muscular.

Devemos tomar sempre em conta, na leitura de um traçado eléctrico, os intervalos que separam, no tempo, os acidentes. O

espaço P-R, situado entre as ondulações auricular e ventricular, mede aproximadamente 0".18; o espaço Q-R-S apresenta uma duração de 0".04 a 0".08; o intervalo Q-T varia de 0".30 a 0".33; o espaço S-T de 0".09 a 0".11.

Estes números, e principalmente os que dizem respeito à cronologia do *complexo ventricular*, são fundamentais; as suas modificações exprimem um estado patológico (Vidé fig. 1).

Não é apenas nas suas relações cronológicas que podem variar, no estado patológico, os acidentes do electrocardiograma. As modificações podem incidir sobre os ramos dos acidentes, sobre a voltagem, a sua direcção, etc. Os complexos ventriculares apresentam, então, uma série de tipos que se encontram no conjunto das contracções, que tomam sempre um carácter anormal, distinguindo-se assim das extrasístoles, cujo aspecto pode ser análogo, só aparecendo, entretanto, isoladamente e de uma maneira prematura. Há ainda os casos em que o ritmo fica regular e outros em que às anomalias dos traçados se vêm juntar as anomalias do ritmo (a).

Durante os dois últimos anos em que trabalhamos com o electrocardiografo conseguimos reunir um número apreciável de gráficos da nossa clínica e dos Serviços das Cadeiras de Patologia Médica e de Clínica Propedêutica, nos quais a existência de anomalias dos complexos ventriculares nos dera indicações prognósticas.

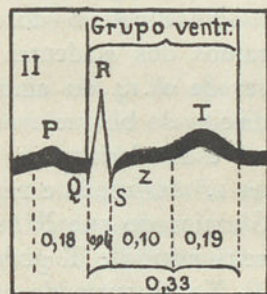


Fig. 1

Relação do tempo entre os diferentes acidentes do electrocardiograma (segundo Bordet)

(a) Referimo-nos, apenas, está bem de ver, aos *casos verdadeiramente patológicos*. No estado agónico, os electrocardiogramas apresentam complexos ventriculares com combinações as mais extravagantes, cuja descrição não é possível fazer-se, e que variam de indivíduo para indivíduo. *Não têm sequer interesse fisiológico.*

Todavia, a morte do coração humano foi registada em indivíduos ileso de insuficiência primitiva e no fim de diferentes doenças, por Rohmer, Robinson, Dienaide e Davidson, Kahn e Goldstein, a título de mera curiosidade.

Êste estudo de conjunto, documentado com alguns traçados, constitui matéria dum outro artigo (b).

O trabalho de hoje incide apenas sôbre as modificações do complexo ventricular nas perturbações isoladas da condutibilidade intraventricular ou associadas ao bloqueio cardíaco. Consoante as alterações bloqueiam os ramos do feixe de His ou as suas terminações, assim teremos tipos diferentes dos complexos ventriculares. Estas formas anómalas do electrocardiograma ventricular foram denominadas *alodromias*, por Nicolai, e *contrações aberrantes*, por Lewis.

No bloqueio dos ramos existem, em regra, entalhes nos ramos dos acidentes do grupo Q-R-S, podendo a sua duração ser de 0".14 ou ainda maior. Mas o que distingue o bloqueio direito do bloqueio esquerdo é o aspecto difásico das curvas na 1.^a e 3.^a derivações. No direito, o acidente principal é positivo na 1.^a derivação e negativo na 3.^a; R é maior do que S na 1.^a e S maior do que R na 3.^a; R ou S apresentam chanfraduras nos seus ramos e T pode ser oposto a R na 1.^a derivação.

No bloqueio do ramo esquerdo, S é grande na 1.^a derivação, com T em sentido oposto; R grande e T negativo na 3.^a derivação.

O aspecto difásico dos acidentes ventriculares nas três derivações, associado do aumento de duração do grupo Q-R-S, constitui a principal característica do bloqueio dos ramos do feixe de His. Todavia, a esta regra se podem apresentar excepções.

Freqüentemente, a amplitude dos acidentes iniciais encontra-se muito aumentada por efeito da falta de acção do ventrículo oposto. Mas esta característica, se bem que algumas vezes se apresente, não é fundamental para o diagnóstico destas lesões.

No bloqueio de qualquer dos ramos, o acidente T, de significado ainda pouco preciso, pode apresentar-se sempre positivo.

De sorte que o bloqueio do ramo direito dá-nos curvas eléctricas com o aspecto de um *levocardiograma*, ao passo que o bloqueio do ramo esquerdo nos apresenta traçados com a forma de um *dextrocardiograma*. Mas no predomínio hipertrófico de

(b) Vidé, num dos próximos números desta Revista : Eduardo Coelho — *Complexos ventriculares atípicos e insuficiência miocárdica.*

qualquer dos ventrículos a duração do grupo Q-R-S é inferior a 0".10, facto que se não verifica nos gráficos que apresentamos.

Nas figuras 2 e 3 estão o *levocardiograma* e o *dextrocardiograma* com os complexos ventriculares típicos para compararmos com as curvas que vamos descrever, nas quais os accidentes ventriculares Q-R-S se apresentam atípicos na forma e no tempo da duração.

Esta modificação da forma do electrocardiograma significa que a onda de excitação que vai da aurícula para o ventrículo, não podendo passar pelo ramo lesado, é conduzida ao ventrículo oposto, e só mais tarde se propaga ao ventrículo afectado pela musculatura que une ambas as cavidades.

O bloqueio unilateral dos ramos do feixe de His pode aparecer como lesão isolada ou coexistir com lesões do tronco comum.

A associação mais freqüente das diferentes anomalias do complexo ventricular eléctrico existe no chamado *bloqueio de arborização*, de Oppenheimer e Rothschild (*Verzweigungsblock*, dos autores alemães), com uma duração do grupo Q-R-S de 0".10 ou superior; chanfradura dos accidentes R ou S; o acidente R dentado num dos seus ramos é mais largo do que normalmente; a voltagem do grupo Q-R-S, que normalmente não excede 5 mm, aparece aqui diminuída, na derivação em que êsses accidentes se apresentam com a maior duração. A ausência da onda difásica com o aspecto nítido dos *levocardiogramas* e dos *dextrocardiogramas* é o carácter primacial que distingue o *bloqueio de arborização* do bloqueio dos ramos do feixe de His.

Ao bloqueio combinado dos ramos e das arborizações chamam Oppenheimer e Rothschild «*bloqueio intra-ventricular*».

Só depois das experiências de Eppinger e Rothberger, em 1909, e mais tarde das de Cohn e Lewis, Wilson e Hermann, que obtiveram experimentalmente electrocardiogramas característicos, é que os patologistas procuraram descobrir no coração do homem doente traçados atípicos sobreponíveis aos electrocardiogramas dos animais, aproximando as lesões encontradas na autópsia das realizadas pelos fisiologistas. Parece até que em todos os mamíferos são sobreponíveis as modificações electrocardiográficas determinadas por lesões nos ramos do feixe de His.

Êste estudo comparativo deu origem a vários trabalhos de Eppinger e Stoerk, Kraus e Nicolai, Strübel, R. H. Kahn, Carter,

Robinson, Oppenheimer e Rothschild, Wedd, Willius, Pardee e Master.

Estes últimos, com Arillaga, na Argentina, Clerc, Bascourret, Laubry, Walser e Deglaude, em França, têm insistido principalmente sobre a importância dos traçados sob o ponto de vista prognóstico. Os trabalhos de Arillaga, confirmando os de Willius, mostram que 62% dos doentes com *bloqueio*, *arborização* ou *aberração* do grupo Q-R-S morrem num período de catorze meses.

Pode dizer-se que, segundo esses autores, «quanto menor é a altura e mais larga a base do complexo inicial ventricular mais grave é o prognóstico.»

Estas formas atípicas do complexo ventricular só têm valor prognóstico quando são permanentes e sem a associação de perturbações do simpático. De feito, alguns doentes anginosos podem apresentar electrocardiogramas com modificações idênticas às do *bloqueio de arborização*, somente durante o acidente doloroso; são perturbações funcionais.

Verificou ainda Arillaga, em três doentes com *angor pectoris*, que, posteriormente à extirpação do simpático cervical esquerdo, apresentavam diminuição da altura do complexo inicial ventricular e alargamento da base, isto é, modificações permanentes da condução intracardiaca. O simpático pode, pois, tomar uma parte importante no aparecimento de complexos ventriculares atípicos, sem que existam lesões dos ramos do feixe de His ou das fibras de Purkinje.

Para que a atipia permanente dos complexos se realize, sem comparticipação do simpático, é preciso que as perturbações determinantes tenham a sua localização em certas zonas do trajecto do sistema de condução. As lesões das regiões vizinhas do nódulo de Aschoff-Tawara não dão modificações do complexo ventricular. Assim, a doença de Stokes Adams, com as variedades de dissociação aurículo-ventricular total ou parcial, cujas lesões existem na zona supraventricular do tecido específico de condução, não modifica a forma do complexo. Êste fica invariável tanto nas formas frustes, sem aumento do intervalo P-R, como no bloqueio parcial ou total.

Todavia, há casos de bloqueio, com ou sem dissociação aurículo-ventricular, nos quais os complexos ventriculares aparecem

alterados. Êste facto implica a existência de perturbações ou lesões associadas do sistema de condução intraventricular. Rothberger, em 22 casos de dissociação, observou, apenas, 9 com complexos ventriculares normais em tôdas as derivações; White e Viko encontraram 56 % dos casos de bloqueio aurículo-ventricular associados a bloqueio intraventricular; Veil e Codina-Altés, em 32 casos de dissociação, encontraram 50 % com lesões no ramo direito, e 16 % no ramo esquerdo do feixe de His. De 6 casos de bloqueio, çujos electrocardiogramas possuímos, 3 apresentavam deformações do electrocardiograma em tôdas as derivações.

É preciso que as lesões atinjam os ramos de divisão, de arborização ou a parte imediatamente suprajacente à bifurcação do feixe para que a atipia do complexo se realize.

Tivemos ocasião de observar durante meses seguidos — um, durante ano e meio — quatro casos, cujos electrocardiogramas apresentavam: em três, anomalias permanentes dos complexos ventriculares associadas ao bloqueio cardíaco; e anomalias isoladas, no outro.

O interêsse que apresentam para o estudo dêste novo capítulo da cardiologia, e sobretudo pelas considerações que nos sugerem, leva-nos a trazê-los à colação.

Das histórias clínicas respigamos, apenas, o que, para a compreensão dos casos, se exige.

Observação I — (Clínica privada). M. T., de 60 anos, casado, 1.º sargento reformado da Guarda Republicana. Vem à consulta em Fevereiro de 1927.

ANAMNESE

Doença actual — Queixa-se de cansaço, vertigens, síncope, dor precordial e crises anginosas que se têm acentuado nos últimos dois anos. Nunca teve edemas.

História progressiva — Doenças anteriores: Sífilis, alcoolismo e reumatismo.

STATUS PRAESENS

Aparelho circulatório — Pulsação supraesternal e das jugulares. Sôpro diastólico com o máximo de intensidade audível no 3.º espaço intercostal direito. Pulso *Corrigan*, rítmico; 62 pulsações por minuto. Tensão $2\frac{2}{8}$ (Pachon).

Não há sinais de estase.

Radioscopia do coração: Aumento pouco acentuado de todos os diâmetros.

Êste doente, que tem uma insuficiência valvular aórtica, com poucos sinais de descompensação, possui um electrocardiograma característico do bloqueio do ramo direito do feixe de His (fig. 4). Com efeito, o complexo ventricular é difásico nas três derivações: o acidente T é oposto ao maior acidente de cada derivação. O grupo Q-R-S apresenta uma duração superior a $\frac{1}{3}$ de Q-R-S-T e igual a $0''\cdot 14$. O acidente R apresenta-se positivo e de grande voltagem na 1.^a derivação. O acidente S é negativo e de grande voltagem na 3.^a derivação. O acidente R apresenta entalhes nas três derivações e S na 2.^a e na 3.^a. O acidente T possui voltagem superior à normal, e P, perceptível na 2.^a derivação, mal se esboça na 1.^a. Em resumo: difasismo no sentido do *levocardiograma*, amplitude dos acidentes, entalhes de R e S, e aumento de duração do grupo Q-R-S.

O aspecto do electrocardiograma não se confunde com o que caracteriza o predomínio do ventrículo esquerdo, sendo, pelo contrário, característico do bloqueio do ramo direito do feixe de His.

Observação II—J. F. M., de 54 anos de idade, funcionário público. Doente da consulta externa desde Maio a Dezembro de 1926.

ANAMNESE

Doença actual—Teve uma síncope há dois anos e meio. Desde essa data, tem tido várias síncope, e dores na região pericardial; vertigens frequentes; cabeça esvaída; e, de vez em quando, ligeiros edemas nos membros inferiores.

História progressa—Doenças anteriores: Reumatismo; pneumonia em Abril do ano passado, depois da qual se agravaram os seus padecimentos.

STATUS PRAESENS

Aparelho circulatório—Sons cardíacos normais. Pulso cheio, lento, rítmico; 40 pulsações por minuto. Tensão arterial— $\frac{17}{10}$ (Pachon).

O electrocardiograma dêste doente apresenta-nos uma dissociação aurículo-ventricular incompleta (fig. 6). Tirámos electrocardiogramas durante meses seguidos e obtivemos sempre a mesma forma de curvas que, associadas aos sinais clínicos fornecidos pelo doente, impunham o diagnóstico de doença de Stokes-Adams. Mas, além do bloqueio do feixe de His, o exame das

MESUROL

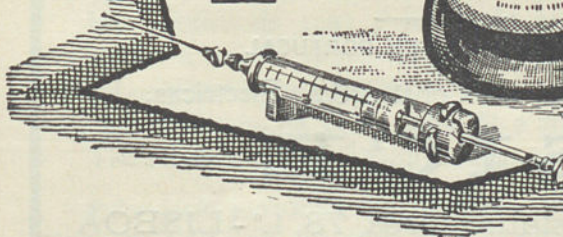
Emulsão oleosa a 20 % de sal básico do bismuto
do eter monometílico do ácido dioxibenzóico
1 c. c. = 0,11 gr. de Bi

Tratamento pelo bismuto
em injeções intramusculares indolôres

Contem grande quantidade de Bi
Emulsão finissima
Acção rápida e persistente

Prescreva-se

MesuroL (frasco de 15 gr.)
Embalagem original «Bayer»



J. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Pharmazeutische Abteilung «Bayer-Meister Lucius»

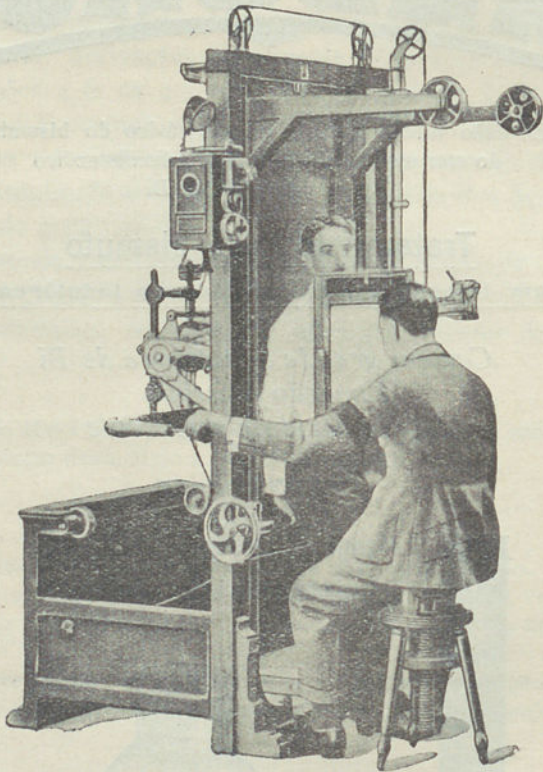
Representante depositário : AUGUSTO S. NATIVIDADE — Rua dos Douradores, 150, 3.º — LISBOA

LISBOA MÉDICA

Étabts Gaiffe-Gallot & Pilon de Paris

Victor X Ray Corporation CHICAGO

Radium Belge—Bruxelas



Mesa oscilante em posição vertical para radiosopia ou radiografia

REPRESENTANTE EM PORTUGAL

Sociedade Ibérica de Construções Electricas, L.^{da}

S I C E

Praça dos Restauradores, 78, 1.^o - LISBOA

curvas eléctricas nas três derivações mostrava-nos a existência de outras interessantes manifestações patológicas.

Com efeito, o grupo Q-R-S que, normalmente, não ultrapassa 0".10, apresenta uma duração de 0".14, e Q-R-S-T de 0".42; R apresenta uma chanfradura no vértice da 1.^a e 2.^a derivação; S possui entalhes na 2.^a e 3.^a. Todavia, T não tem uma direcção oposta ao principal acidente do grupo Q-R-S, a não ser na 2.^a. Demais, o principal acidente do grupo Q-R-S apresenta grande amplitude, e é ascendente na 1.^a derivação e descendente na 3.^a (caracteres do predomínio ventricular esquerdo-levocardiograma).

Quere dizer, a inspecção das curvas eléctricas nas três derivações mostra-nos que, além do bloqueio do estímulo cardíaco ao nível do feixe de His, existem outras perturbações que impedem os ventrículos de se contraírem simultâneamente. A excitação motora chega mais rapidamente ao ventrículo esquerdo, atingindo o ventrículo direito mais tardiamente, ainda pelo ramo direito do feixe de His ou apenas pelas fibras miocárdicas comuns aos dois ventrículos. Assim se justifica a maior duração do grupo Q-R-S e a chanfradura do seu maior acidente. Associado ao *bloqueio do feixe de His*, ou *aurículo-ventricular*, existe, neste doente, o *bloqueio do ramo direito do mesmo feixe*.

Quando tirámos os primeiros electrocardiogramas, procedemos a repetidas experiências, com a intenção de verificar se a acção medicamentosa provocaria alterações da forma do electrocardiograma, principalmente o desaparecimento do bloqueio do feixe de His. Empregámos a adrenalina (1 cc. a 1^o/100 em injeção sub-cutânea) e atropina (1/2 mgr. em injeção intramuscular). Os electrocardiogramas obtidos eram inteiramente sobreponíveis ao da fig. 5, anterior a qualquer influência farmacológica.

Além das perturbações de condutibilidade, aparecem, de vez em quando, extrasístoles ventriculares (fig. 13).

Em Janeiro de 1927 é internado na Enf.^a M I A (C. 30). Apresenta a mesma sintomatologia acima referida, mas com cefaleias freqüentes, obnubilações cerebrais, e o número de pulsações, que era de 40, oscila agora entre 60 e 70 por minuto.

Transcrevemos da história clínica arquivada no Serviço:

Pulso lento paroxístico com vertigens e síncope. Sinais discretos de insuficiência cardíaca, sem sffilis indentificável clínica ou serológicamente. Teleradiografia: aumento global da área cardíaca.

Electrocardiogramas consecutivos, enquanto o doente está internado, mostram-nos que o bloqueio do ramo direito do feixe de His se mantém, mas que a dissociação auriculoventricular é paroxística, raras vezes aparecendo.

As provas da atropina experimentadas nesta ocasião dão resultados paradoxais. Longe de provocar o desbloqueio, como se diz correntemente, ou de não incidir sobre a dissociação, pelo contrário, este fármaco acentua a tendência ao bloqueio 2:1.

Discutiremos daqui a pouco este facto.

As figuras 6, 7 e 9 testemunham as diferentes fases da dissociação auriculo-ventricular.

Electrocardiogramas tirados em Fevereiro (1927), mês e meio após a saída do Serviço (fig. 8), mostram-nos a existência de taquicardia; o acidente T diminui de voltagem na 1.^a derivação, aumenta-a consideravelmente na 2.^a e na 3.^a e, enquanto na fig. 6, T é negativo na 3.^a derivação, aparece positivo quando o número de pulsações anda por 70 e ainda no período de taquicardia (90), a-pesar-de estar sob a acção da digitalina. Segundo nos informou o clínico que o tratava, o doente apresentara anteriormente uma taquicardia de 120 pulsações por minuto.

Observação III—Enf.^a P B, C. 15. M. J. M., de 26 anos, casada. Entrada em Janeiro de 1926.

Sintomas que determinaram o internamento: síncope e ataques epileptiformes.

ANAMNESE

Doença actual—Há oito anos que começou a ter vertigens e ataques epileptiformes, durante os quais dava gritos. Antes dos ataques, sentia uma pressão na região precordial, angústia e muito calor na face. Teve alguns na rua. Este estado foi-se agravando. Queixa-se de dispneia e muito cansaço. Tem agora síncope com convulsões mais frequentemente.

História progressiva—Doenças anteriores: Sem importância. Nega sífilis e reumatismo.

STATUS PRAESENS

Ligeiros edemas nos membros inferiores.

Aparelho circulatório—Sons da base apagados. Pulso lento; rítmico, umas vezes, outras vezes arítmico; 40 pulsações por minuto. Tensão arterial $\frac{13}{9}$.

Radiografia—Exagêro pouco acentuado do arco ventricular esquerdo. R. W. no sangue: Negativa (---).

Da terapêutica empregada, aquela com que a doente sente algumas me-

horas, é com o brometo de bário. A atropina e a adrenalina não modificam o seu estado. Tem alta em Setembro. Em Novembro é novamente internada na Enf.^a M I B, C. 41.

Os electrocardiogramas desta doente mostram-nos a existência de uma dissociação aurículo-ventricular completa (fig. 11), aparecendo uma ou outra vez extrasístoles ventriculares direitas (fig. 14). Mas além das perturbações das curvas eléctricas, êste caso de Stokes-Adams apresenta o acidente P com voltagem elevada, e os complexos ventriculares atípicos.

De feito, o grupo Q-R-S tem uma duração de 0".14; R apresenta vários entalhes na 2.^a e na 3.^a derivações; a voltagem de R e S é muito pequena e o acidente T é quasi imperceptível.

O aspecto dêstes electrocardiogramas não lembra a forma dos que se têm obtido experimentalmente pela secção de um dos ramos do feixe de His. A sua atipia, que é bem evidente se o leitor os comparar com os electrocardiogramas da fig. 10—de uma doente também com síndrome de Stokes-Adams por dissociação aurículo-ventricular completa—dá-nos o especto dos electrocardiogramas resultantes de um *bloqueio de arborização*.

Electrocardiogramas consecutivos depois da prova da atropina e da adrenalina são idênticos aos da fig. 11, não sofrendo qualquer modificação.

A fig. 12, tirada 14 meses depois da primeira, apresenta o mesmo aspecto do grupo Q-R-S, mas T é francamente negativo na 1.^a derivação e positivo na 3.^a

Observação IV—Consulta externa. A. F. P., de 50 anos de idade, operário. Vem à consulta, queixando-se de cansaço e vertigens (Dezembro, 1926).

ANAMNESE

Doença actual—Começou há um ano a ter vertigens, e há já dois anos que sofre de cansaço e dispneia. Ultimamente tem tido algumas síncope.

História progressa—Doenças anteriores: Febre tifóide.

STATUS PRAESENS

Aparelho circulatório—Sons cardíacos apagados. Pulso rítmico; 60 a 64 pulsações por minuto. Tensão arterial $11\frac{1}{8}$ (Pachon).

Radiografia: aumento global pouco acentuado das cavidades cardíacas.

Electrocardiogramas dêste doente, tirados durante semanas seguidas, apresentam-nos sempre as mesmas modificações: bradi-

cárdia; os acidentes R e S de pequena voltagem; o espaço P-R aumentado e igual a $0''.24$; Q-R-S tem uma duração de $0''.10$ (fig. 5).

Embora o grupo ventricular Q-R-S tenha uma duração menor do que o do electrocardiograma da fig. 9, é entretanto ligeiramente superior à normal. E as suas modificações, sendo sobreponíveis às apresentadas pelo grupo Q-R-S desses electrocardiogramas — se bem que menos acentuadas — deverão ter também idêntica origem: nas alterações das terminações mais finas do feixe de His. Ao *bloqueio simples* ou *depressão da condutibilidade*, com aumento do espaço P-R, se associam, neste doente, perturbações da condutibilidade intraventricular.

Os casos que acabamos de relatar prestam-se a várias considerações.

As curvas eléctricas da primeira e da segunda observação, possuindo o grupo Q-R-S de sentido oposto, na 1.^a e na 3.^a derivação, constituem as chamadas *curvas discordantes*, frequentes no *bloqueio dos ramos* do feixe de His do homem. As *curvas concordantes*, em que os complexos são do mesmo sentido nas três derivações, aparecem mais na experimentação do que na clínica.

O acidente T da 1.^a derivação é positivo na II observação, contrariamente ao que se observa nos electrocardiogramas do primeiro doente e aos da maior parte dos casos apontados de bloqueio do ramo direito. Todavia, na literatura médica algumas curvas se registaram em que o mesmo facto se verifica (Bordet, Lian e Petit, Wenckebach, Rothberger, Winterberg, etc.).

A comparação das curvas recolhidas nos dois primeiros doentes com as realizadas pelo *bloqueio dos ramos*, no animal, permite supor que se trata de uma interrupção ou, pelo menos, de alterações orgânicas ou funcionais na continuidade de condução. Como no bloqueio experimental, as nossas curvas apresentam uma amplitude exagerada dos diferentes acidentes, além das modificações já apontadas.

Entretanto, é preciso atribuir um significado mais largo aos traçados observados em clínica, porque as verificações anatómicas nem sempre confirmaram a teoria que o exame dos electrocardiogramas parecia justificar. E não há nenhum facto comprovativo

de que seja a condutibilidade e não a excitabilidade das fibras unitivãs ou até do próprio miocárdio que esteja alterada.

Com Lewis, podemos crer que «a mais forte razão para se tornarem os electrocardiogramas humanos representantes de defeitos dos ramos, reside na sua comparação com os que se obtêm experimentalmente».

As curvas das duas primeiras observações obedecem a êste *desideratum*.

A corroborar o diagnóstico de bloqueio do ramo direito do feixe de His, nos doentes da I e da II observação, vem o estado vertiginoso, indo até à síncope, que os doentes apresentam, sem que o electrocardiograma nos dê dissociação aurículo-ventricular.

Devemos acentuar, ainda, que o segundo doente apresentava, durante as suas crises paroxísticas de dissociação aurículo-ventricular, bloqueio do feixe de His com 62 pulsações por minuto (a).

A existência de bloqueio aurículo-ventricular com um número de pulsações superior a 60 não constitui uma raridade na literatura médica, nem é desconhecida dos clínicos. Rothberger observou casos de *bloqueio completo* com 62 pulsações; Hewlett relatou 14 casos com um número de pulsações superior a 60; Wenckebach e Winterberg viram doentes com mais de 70, relatando um com 72 pulsações, cujo electrocardiograma publicaram. Nestes doentes, a-pesar do bloqueio completo, o automatismo ventricular mantém o seu ritmo normal ou aproximadamente normal.

Na interpretação dos traçados de *pequena voltagem* (observações III e IV), em que os acidentes ventriculares são achatados e alargados, ao mesmo tempo, constituindo a expressão gráfica do *bloqueio de arborização* de Oppenheimer e Rothschild, mais restrições se têm levantado. A existência clínica de miocardites sub-endocárdicas, implicando a existência de modificações específicas do electrocardiograma, não tem sido aceita por todos os autores.

Robinson encontrou alterações do grupo ventricular idênticas

(a) White e Viko distinguem do bloqueio completo a dissociação aurículo-ventricular, a qual depende de uma excessiva excitação do nódulo aurículo-ventricular. E estabelecem o número de 60 pulsações por minuto como limite das duas formas.

às de Rothschild e Oppenheimer, de Willius, de Carter e Neuhoff, atribuídas ao bloqueio das arborizações terminais; mas para esse cardiologista não traduziriam lesões orgânicas, e só representavam perturbações funcionais da condutibilidade do ritmo por «deficiência temporária» do sistema de condução.

Outros autores, e principalmente Master, Pardee, Herrick e Drury, encontraram na autópsia lesões muito extensas do tecido de Purkinje, sem que o electrocardiograma apresentasse modificações. O caso de Drury apresentava, entretanto, modificações electrocardiográficas sugestivas do bloqueio do ramo direito do feixe de His.

Outros, ainda, registaram electrocardiogramas característicos sem que o exame histológico revelasse as lesões descritas por Rothschild e Oppenheimer, e admitem, então, como Robinson, que as curvas electrocardiográficas representam a fadiga funcional do coração.

Contrariamente ao que se passa com as lesões dos ramos, que tiveram a confirmação experimental, a existência do bloqueio de arborização está longe de se ter verificado experimentalmente. Wilson e Herrmann cortaram as divisões mais finas do feixe de His do cão e não obtiveram modificações na forma do electrocardiograma. Clerc e Pezzi provocaram equimoses extensas sub-endocárdicas do coração do coelho, confirmadas na autópsia, sem que obtivessem modificações das curvas eléctricas.

A teoria, cheia de sugestões, do bloqueio de arborização, constitui ainda, e por isso, um problema insolúvel, demandando investigações experimentais e clínicas que a mantenham ou a invalidem.

Porém, os nossos três últimos casos são particularmente cheios de interesse porque a deformação dos complexos ventriculares vem acompanhada de bloqueio cardíaco. Esta associação do bloqueio aurículo-ventricular com o bloqueio de um ramo ou das fibras de Purkinje corrobora o valor que têm estas atipias dos complexos ventriculares para o diagnóstico topográfico de lesões, que outros métodos de exploração não permitem averiguar. O segundo apresenta uma dissociação aurículo-ventricular paroxística e o seu electrocardiograma objectiva em todos os seus

pormenores as deformações clássicas do bloqueio dos ramos, que persistem fora das crises, com a coordenação regular das contrações auriculares e ventriculares. As perturbações que se localizaram nas fibras unitivas específicas, dando a dissociação aurículo-ventricular paroxística, devem ser idênticas às que, nas regiões inferiores do mesmo tecido, dão os curiosos aspectos electrocardiográficos que os nossos traçados apresentam.

O terceiro caso, de dissociação aurículo-ventricular completa com lesões orgânicas no sistema específico de condução aurículo-ventricular (1) apresenta perturbações profundas de bloqueio intraventricular, por extensão dessas mesmas lesões, que possivelmente atingiram também os ramos.

Estes mesmos argumentos se aplicam à IV observação, na qual um bloqueio simples se acompanha também de perturbações de condutibilidade intraventricular.

Acresce ainda a coexistência de um outro facto confirmativo destas perturbações: os sons cardíacos muito apagados no 4.º doente.

Num caso de Pezzi havia sons cardíacos muito fracos quando se recolhiam traçados com a atipia dos complexos ventriculares idêntica à apresentada pelas curvas dos nossos dois últimos doentes; estes mesmos sons alternavam com sons bem batidos quando os complexos normais alternavam com complexos anormais; e os sons cardíacos tornavam-se completamente nítidos quando o electrocardiograma se apresentava absolutamente normal. Devemos concluir, com Pezzi, que se deve suspeitar da existência de perturbações profundas da condução intraventricular sempre que se percebam ruídos cardíacos muito fracos, sem qualquer outra causa que os justifique.

A nossa observação vem em apoio destas conclusões, considerando o enfraquecimento dos ruídos cardíacos, quando outro fenómeno o não explica, como um sinal clínico de certo valor para o diagnóstico das perturbações da condutibilidade ventricular.

(1) Passamos em claro a teoria dualista do automatismo cardíaco de Vaquez, Donzelot e Géraudel que, embora engenhosa, não assenta em quaisquer dados fisiológicos. Achamos dignos de atenção os recentes trabalhos de Herrmann e Ashmann sobre o mecanismo do bloqueio cardíaco.

Em resumo, os complexos ventriculares das observações que apresentamos, mostram que, além do bloqueio cardíaco, existem perturbações do sistema de condução intraventricular objectivadas por deformações permanentes dos complexos ventriculares.

Estes factos, de uma considerável importância teórica e especulativa, apresentam um certo valor, sob o ponto de vista prático, para elucidação do prognóstico.

Todavia, como veremos no próximo artigo, tem-se exagerado demasiadamente a importância prognóstica da atipia dos complexos ventriculares.

Sendo o electrocardiograma um elemento apreciável para o diagnóstico topográfico das perturbações da condutibilidade, o prognóstico provém principalmente, e por enquanto, do resultado da observação clínica.

O efeito da atropina no 2.º doente, constituindo o que alguns autores chamam uma reacção paradoxal, demonstra a acção preponderante da atropina sobre o feixe de His e testemunha a sua acção muscular, incidindo predominantemente nas fibras aurículo-ventriculares, ao lado da sua acção frenadora das fibras parasimpáticas. Weil mostrara já experimentalmente a existência dessa propriedade da atropina.

Esta observação salienta as reservas que se devem pôr no emprêgo da atropina para o tratamento da dissociação aurículo-ventricular.

BIBLIOGRAFIA CITADA E CONSULTADA

1. ARILLAGA — *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.* — 13 Nov. 1924.
2. BLUMENFELDT — *Elektro-Kardiographie. In Tabulae Biologicae.* — Ed. W. Junk, Band II, Berlin, 1925.
3. BORDET, E. — *Arch. des Mal. du Cœur*, 1921, pág. 301.
4. BORDET, JACOËL ET GIROUX — *Arch. des mal. du cœur*, pág. 205, 1923.
5. CARTER — *Arch. of Int. Med.*, t. XIII, pág. 803, 1914.
6. CARTER — *Arch. of Int. Med.*, n.º 9, 1918.
7. CLERC ET BASCOURRET — *Rev. de Med.*, n.º 10, 1924.
8. COELHO, EDUARDO — *As bases fisiológicas da electrocardiografia.* Lisboa, 1925.
9. DRURY, ALAN — *Heart*, n.º 1, 1921.
10. EPPINGER E ROTHBERGER — *Zeit. f. klin. Med.*, t. LXX, pág. 1, 1910.
11. EPPINGER E STOERK — *Zeit. f. klin. Med.*, t. LXXI, pág. 157, 1910.

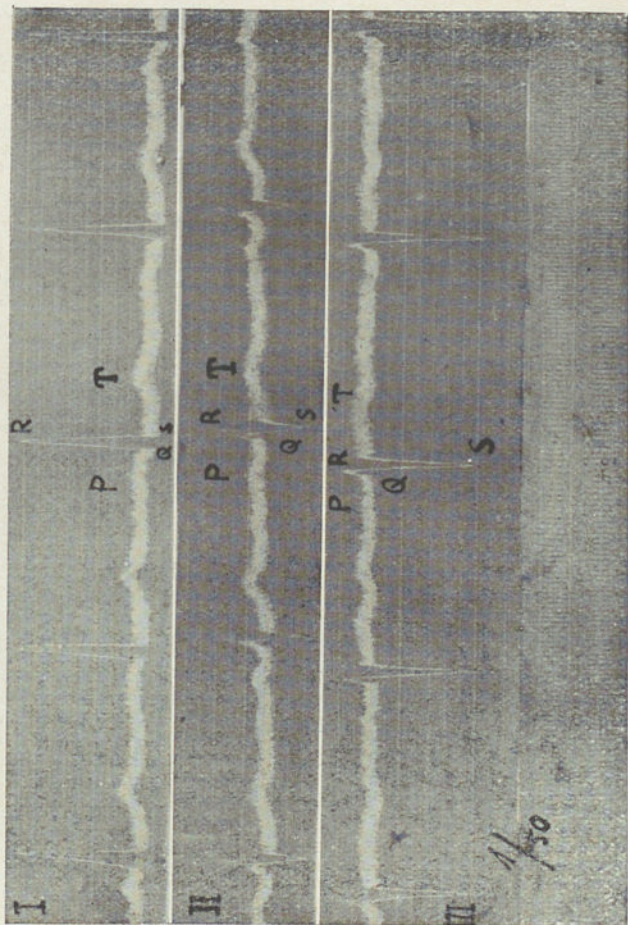


Fig. 2. — *Levocardiograma* (de um doente com insuficiência aórtica e hipertrofia do ventriculo esquerdo).
Electrocardiograma tirado nas três derivações.



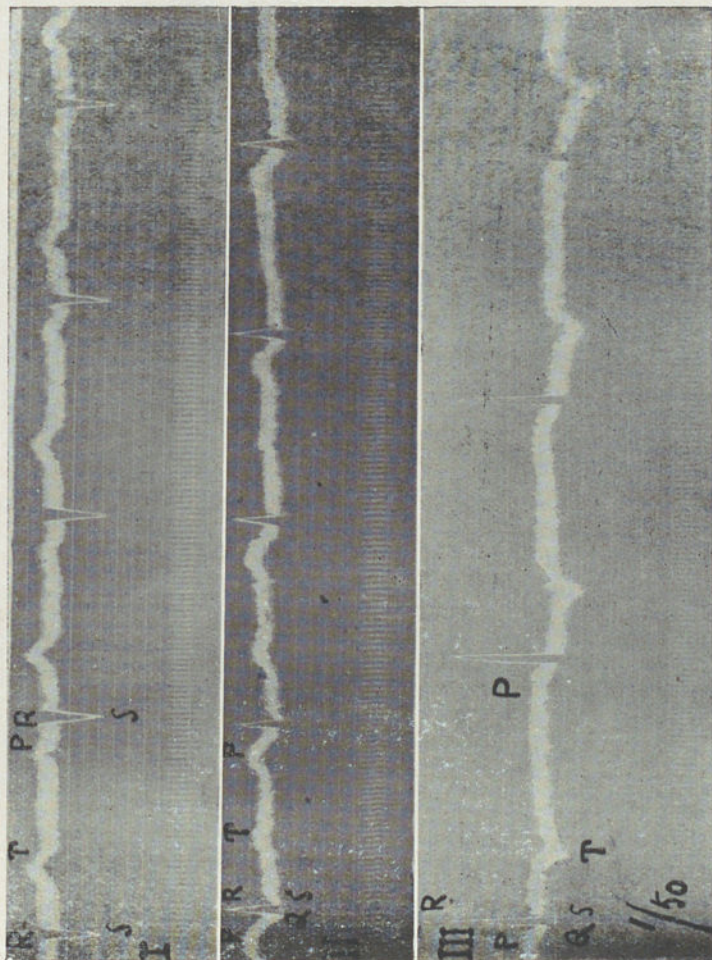


Fig. 3. — *Dextrocardiograma* (de um doente com apêrto pulmonar congénito).
Electrocardiograma tirado nas três derivações.

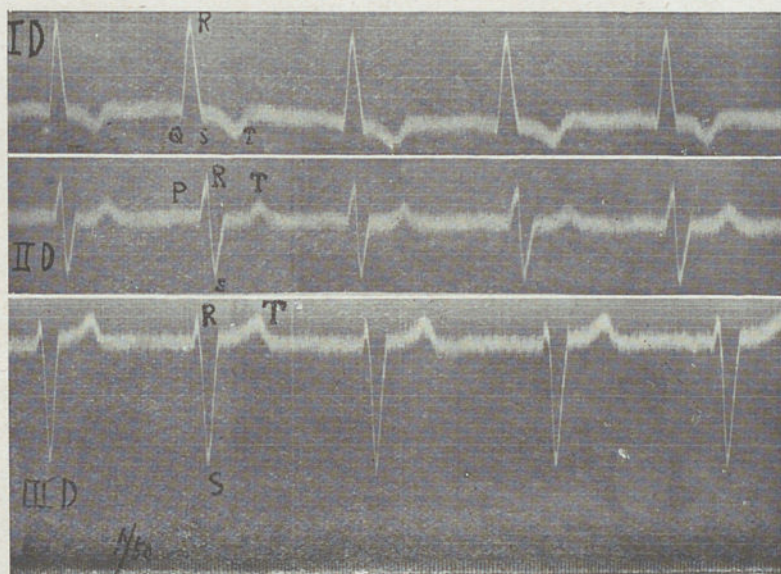


Fig. 4 — Electrocardiograma (reduzido $\frac{1}{50}$), tirado nas três derivações. Bloqueio do ramo direito do feixe de His. $Q-R-S = 0''.14$ e $>$ do que $\frac{1}{3}$ de $Q-R-S-T$. $Q-R-S-T = 0''.38$ (I observação)

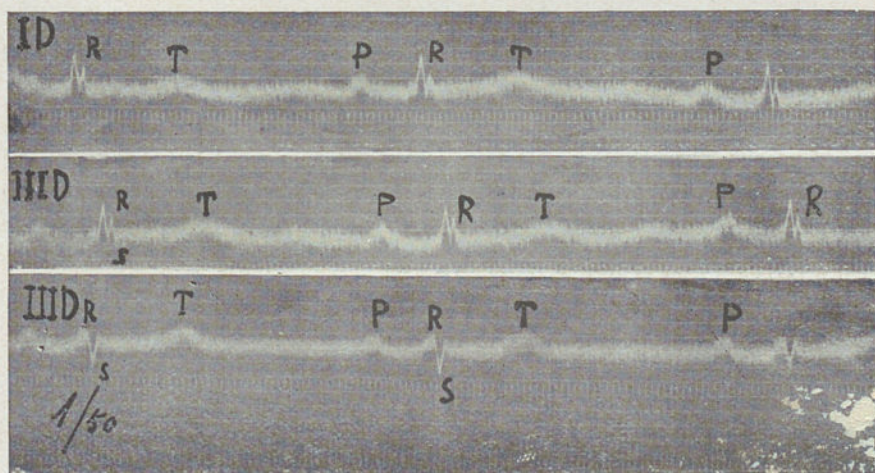


Fig. 5 — Electrocardiograma nas três derivações. Bloqueio simples com peritubulidade nas terminações do feixe de His (IV observação)

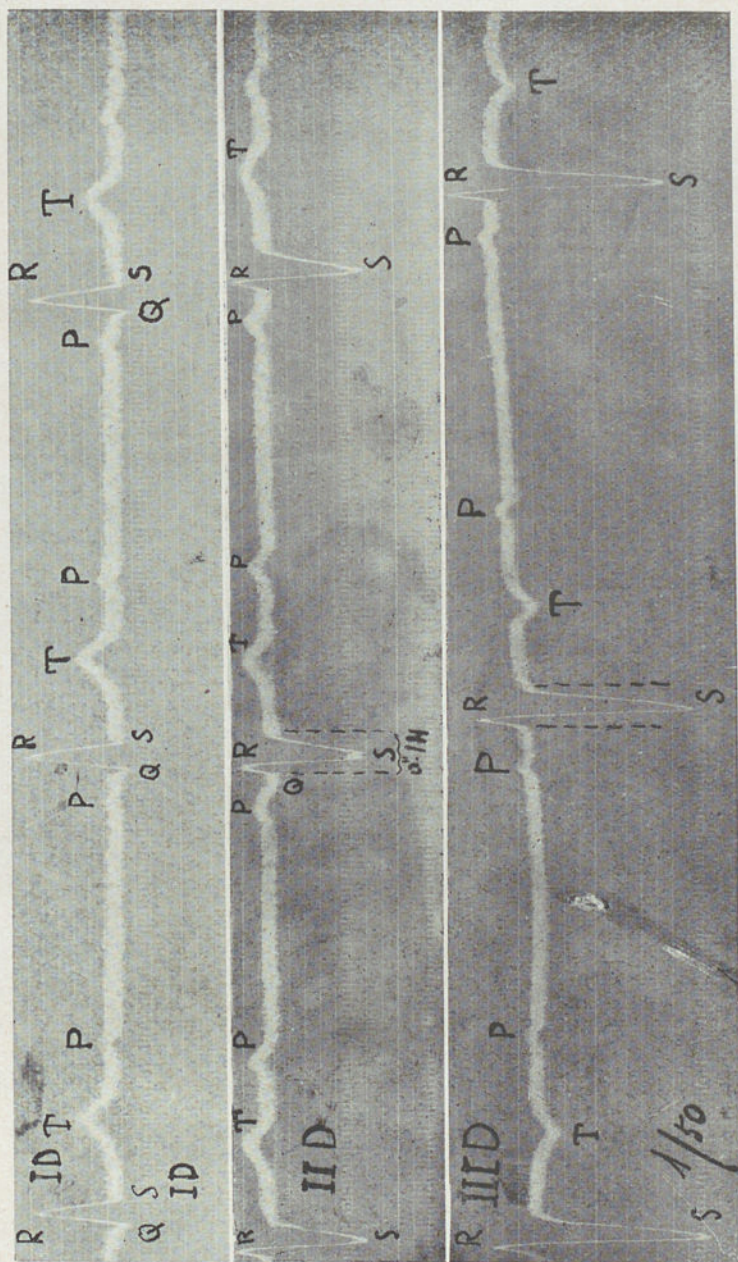


Fig. 6 — Electrocardiograma tirado nas três derivações. Dissociação aurículo-ventricular incompleta a 2:1 e alterações da condutibilidade no ramo direito do feixe de His (II observação)

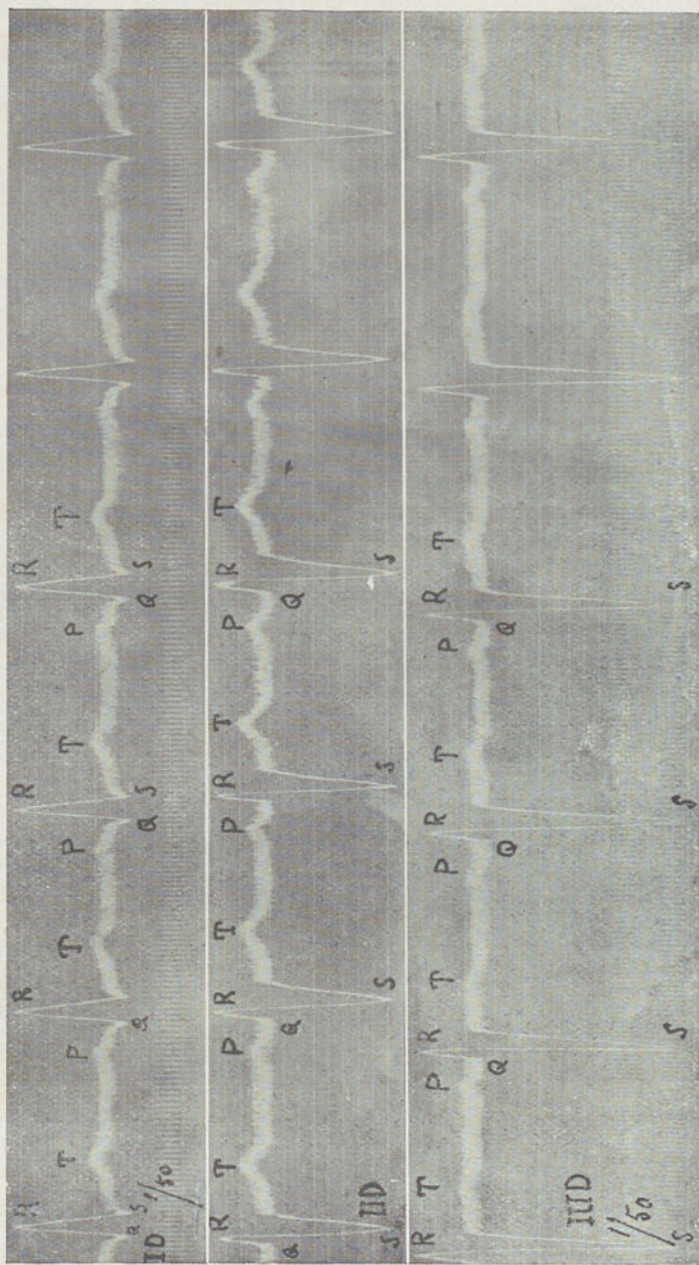


Fig. 7. — Electrocardiograma tirado nas três derivações. Ritmo a 70 (II observação)

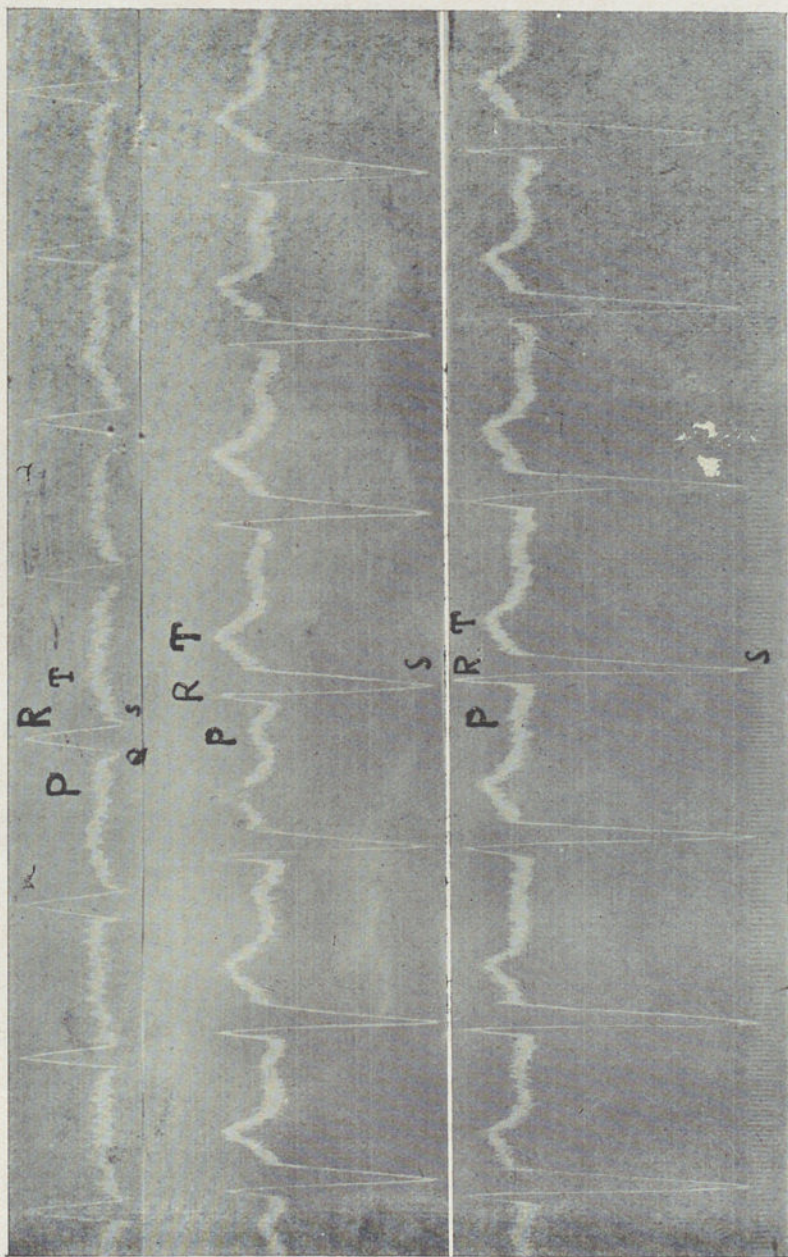


Fig. 8. — Electrocardiograma tirado nas três derivações. Ritmo a 90 (II observação)



Fig. 9. — Electrocardiograma tirado na 2.ª derivação. Ritmo normal seguido de dissociação aurículo-ventricular durante a prova da atropina (II observação)

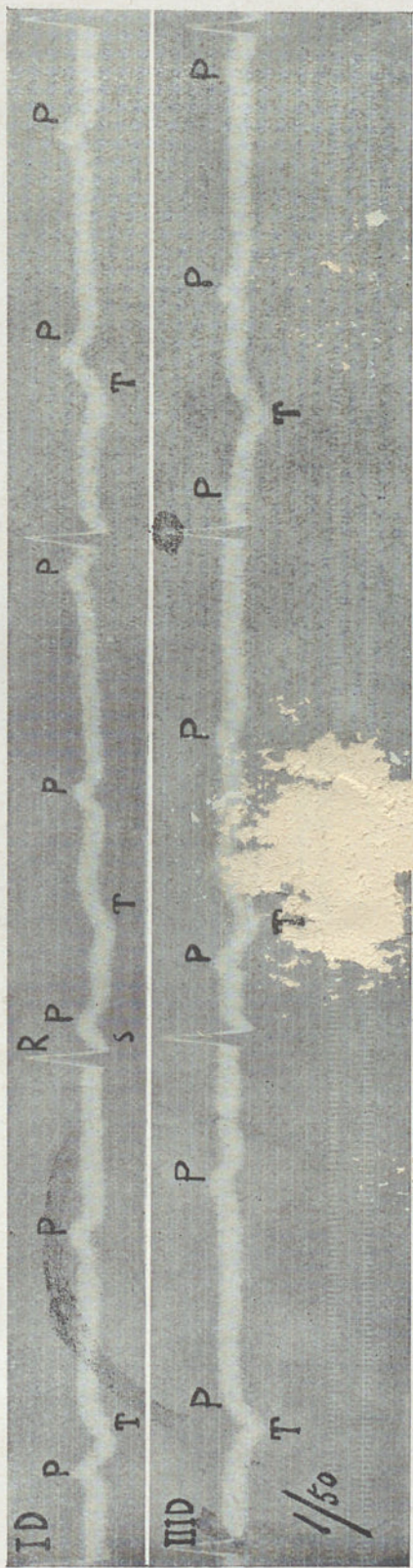


Fig. 10. — Electrocardiograma na 1.ª e 3.ª derivação. Dissociação aurículo-ventricular completa a 3:1, com complexos ventriculares típicos

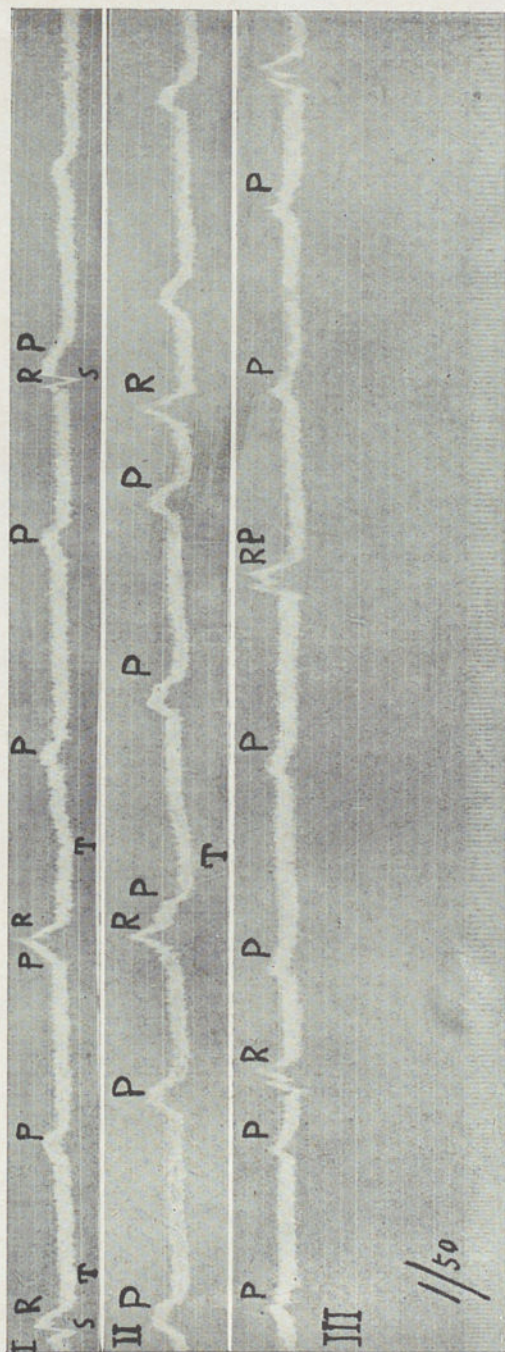


Fig. 11.— Electrocardiograma tirado nas três derivações. Dissociação aurículo-ventricular completa a 3:1 e perturbações da condutibilidade nas terminações do feixe de His (III observação)

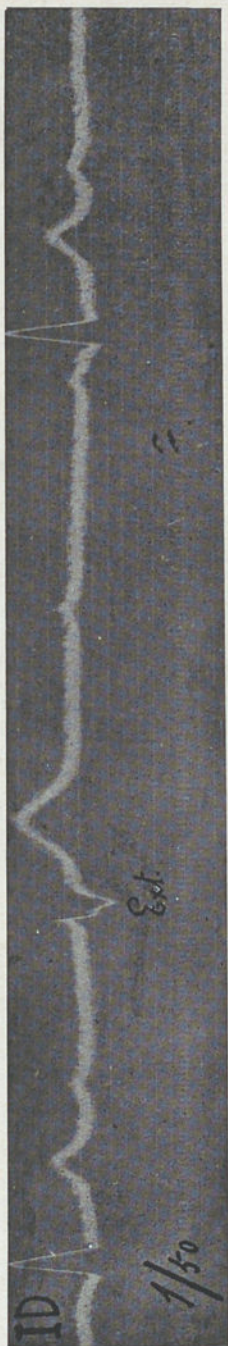


Fig. 13 — Electrocardiograma tirado na 1.ª derivação. Extrasístole ventricular (II observação)

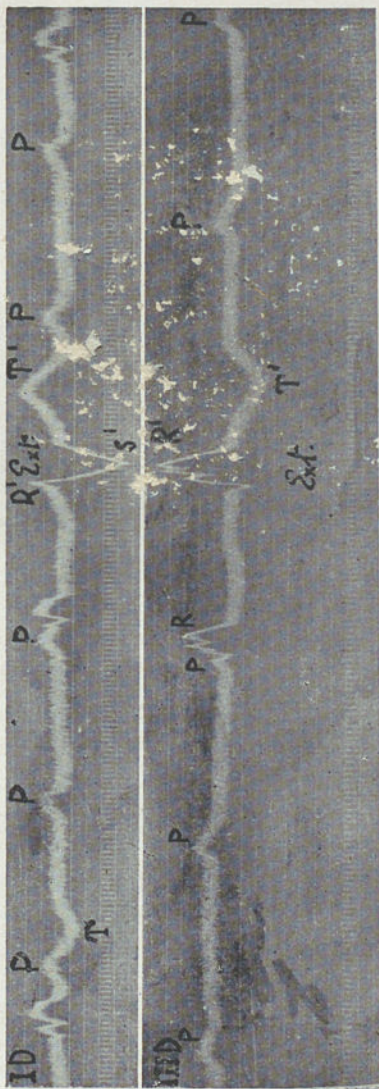


Fig. 14. — Electrocardiograma tirado na 1.ª e 3.ª derivação. As perturbações das figs. 11 e 12, com extrasístoles ventriculares direitas (II observação)

UM CASO DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FRACTURA DE COLLES

POR

AMÂNDIO PINTO
Cirurgião dos Hospitais

Todos os que estejam habituados a manejar casos recentes de fractura da extremidade inferior do rádio, cujo traço não se situe além duma polegada da respectiva interlinha articular do punho, sabem como é fácil, na vulgaridade dos casos, obter a sua redução por manobras externas e manter essa redução por forma a daí provir um excelente resultado quer anatómico, quer funcional. Infelizmente não são, todavia, raros os casos que nos aparecem tardiamente e em que, tendo sido descuidado o tratamento inicial, o resultado obtido é deplorável quer só sob o ponto de vista anatómico, e êsses são ainda casos felizes, quer igualmente sob o ponto de vista funcional. Na realidade é um facto bem conhecido como na maioria dêstes últimos casos a natureza se encarrega de fazer obter uma adaptação funcional suficiente para que a validez do membro não fique perdida. Não teve esta sorte o doente que constitui o objecto do presente trabalho. O deslocamento dos topos ósseos era, de facto, de tal ordem que a perturbação trazida ao trabalho dos tendões da vizinhança, especialmente dos flexores, e ainda as perturbações nervosas por compressão do mediano, além das dificuldades de ordem mecânica trazidas ao funcionamento do punho, invalidaram por completo a mão. Trata-se, portanto, dum caso extremo em que a indicação operatória não oferece dúvida. A sua publicação obedece, porém, à intenção

de mostrar, exactamente porque há talvez no vulgar uma tendência exagerada para contar com a adaptação funcional acima mencionada, que, com uma intervenção relativamente simples, estes doentes poderão ser altamente beneficiados.

Francisco S., de 20 anos, servente de pedreiro, entra em 16 de Julho de 1926 na enfermaria n.º 3 do Hospital de Arroios, contando que, havia uns três



Fig. 1

Trata-se de um indivíduo bem constituído que, além da lesão que o trouxe ao hospital, nada mais apresenta de anormal, sendo, de resto, igualmente destituído de interesse médico os seus antecedentes quer pessoais, quer hereditários. Localmente há uma deformação acentuada do punho esquerdo, caracterizada principalmente por um alargamento considerável no sentido antero-posterior. A mão está em extensão e abdução, notando-se que a flexão é impossível, não por lesão articular, mas por obstáculo mecânico, de encontro ao qual bate o carpo. A pele da mão está um pouco arroxeadada, principalmente do lado externo. A palpação permite-nos verificar que o engrossamento do punho é devido à existência dum bloco ósseo, certamente — em face da

meses, ao carregar sobre os ombros uma pedra volumosa, tropeçou e caíu, vindo aquela a atingi-lo no ante-braço esquerdo por forma a daí resultar impotência funcional imediata. Tratado de qualquer forma por um clínico, verificou, uma vez concluído o tratamento, que lhe era impossível flectir a mão, tendo a força desta consideravelmente diminuída e sentindo ainda formigueiros, adormecimentos e dores irradiadas, especialmente ao longo dos 2.º e 3.º dedos. Como tivesse sido recensado nesse ano, o médico que o inspeccionou na respectiva junta aconselhou-lhe submeter-se a uma intervenção operatória a-fim-de recuperar a validez perdida.

história — por efeito de uma fractura de Colles com transposição do segmento distal para trás. Não há, porém, mobilidade anormal, o que nos faz concluir que se produziu uma consolidação viciosa. Na mão e no domínio do mediano nota-se hipotermia e hipostesia. A força de pêsã é muito diminuta.

Foi o exame radiográfico que definitivamente nos esclareceu acêrca da architectura daquele bloco ósseo. Por êle se vê (fig. 1 e 2) que se produziu, de facto,



Fig. 2

que se produziu, de facto, uma fractura de Colles e que o segmento distal está colocado atrás e um pouco por fora da diáfise radial, encontrando-se além disso muito subido. Em consequência, o tampo da diáfise proemina fortemente do lado palmar, explicando-nos assim as perturbações, quer nos movimentos da mão, quer no mediano. Nota-se ainda a existência de osso neoformado ligando o tampo distal à face externa da diáfise radial. O encurtamento resultante do rádio explica o valgus da mão.

A situação encontrada só podia ter solução operatória, a que se deu execução em 7 de Agosto, seguindo-se a técnica de Lothrop. Anestesia: clorofórmio + éter (1:3) — Sotto Mayor Figueira.

Ajudante: João Pinheiro.

Após os cuidados de desinfecção da pele em uso para as inter-

venções ósseas e limitação do campo operatório, colocou-se um torniquete no braço. Uma ferida operatória exangue é, de facto, uma das melhores condições de êxito em intervenções desta natureza. Mão mantida pelo ajudante em meia pronação e incisão longitudinal a meio da face externa do punho, prolongando-se até à tabaqueira anatómica. Expostos os tendões dos longo abdutor e curto extensor do polegar, são êles fortemente repuxados para

diante, juntamente com o longo supinador e expõe-se a fractura. Libertação à rugina de todo o bloco ósseo, mantendo o instrumento sempre colado ao osso por forma a evitar a lesão das bainhas tendinosas vizinhas, que são assim levantadas em massa. Secção com o escopro da ponte óssea que liga o segmento distal do rádio à face externa da sua diáfise, regularizando-se com a

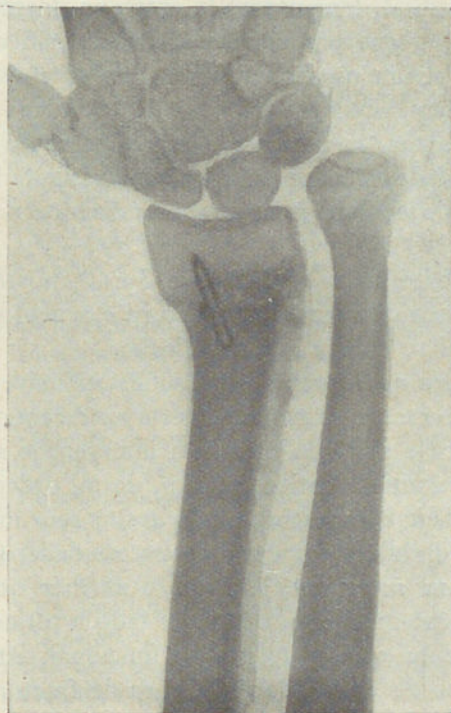


Fig. 3



Fig. 4

pinça goiva as superfícies ósseas. Procura-se então fazer a redução da fractura, mas a breve trecho se reconhece a impossibilidade de tal. De facto, a retracção tendinosa consequente ao encurtamento do rádio opunha-se a essa manobra de maneira a não a permitir mesmo empregando todos os artificios que para esse efeito são de uso. Decide-se então fazer a ressecção dum segmento da diáfise radial, conseguindo-se a redução com facilidade. Dada, porém, a sua instabilidade, tem de se passar uma ansa de fio de

prata para a manter. Sutura da pele a catgut e imobilização com talas de madeira durante um mês. Ao fim dêste tempo, levantado o aparelho, reconhece-se que a fractura está consolidada, começando-se com maçagens e mobilização passiva do membro. Um mês mais decorreu. A mão ficara em vagus acentuado, fazendo a extremidade do cúbito uma proeminência inestética. Sempre foi nossa intenção fazer a correcção desta deformidade por ressecção dum segmento da diáfise cubital. Propusémo-lo então ao doente, mas êle recusou, alegando, o que era apenas a confirmação da nossa observação, que não sentia quaisquer perturbações e que tinha recuperado a fôrça e movimentos da mão de tal forma a poder servir-se dela como antes do desastre. Demos-lhe razão e não insistimos. Em boa verdade não nos pareceu asado sujeitá-lo aos caprichos da sorte unicamente, pode-se bem dizê-lo, por interêsse especulativo.

Um exame radiográfico feito nesta ocasião (fig. 3 e 4) mostra a correcção da posição relativa dos topos da fractura e a neoformação óssea à custa da qual se obteve a consolidação.

O doente não apresentava quaisquer perturbações atribuíveis ao fio de prata. Poucas palavras de comentário resta acrescentar. Trata-se, como se vê, dum caso extrêmo em que a intervenção se impunha. A excelência do resultado obtido, porém, de tal ordem que, se não fôra a deformidade que restou, ainda assim sem importância para a função e corrigível em caso de necessidade, se poderia falar de *restitutio ad integrum*, leva-nos a afirmar que esta operação deve ter emprêgo mais lato, pondo de lado a rotina, que faz contar demasiadamente com a adaptação funcional, isto já que não são raros os casos de consolidação viciosa de fractura de Colles, que ao cirurgião é dado observar.

Revista dos Jornais de Medicina

37.º Congresso da Sociedade Alemã de Pediatria (Reunido em Dusseldorf, de 15 a 19 de Setembro de 1926) — *Brasil-médico*, n.º 3, 1927.

A êste Congresso foram levadas muitas contribuições, dentre as quais destacaremos, em resumo, as seguintes:

I. Weiss (de Viena) — Assimetrias cranianas transitórias e definitivas do recém-nascido.

As assimetrias congénitas (permanentes) em regra só são diagnosticadas no correr do primeiro ano de vida, visto como, no início, passam por assimetria abstrétrica banal.

Distinguem-se naquela variedade dois tipos:

a) achatamento occipital direito; *b)* esquerdo.

No diagnóstico devem ser levados em consideração — o formato do crânio, das orelhas e do nariz. As anomalias permanentes são hereditárias e notáveis já no segundo mês de gestação. Elas influenciam directamente o mecanismo de expulsão nos casos de apresentação cefálica, a formação do tarcicolo e aparecimento de bemiatrofia facial.

II. Walteff (de Sofia) — Valor semiológico da ausculta das bulhas do coração fora da área cardíaca.

Quando se ausculta uma criança é vantajoso verificar se as bulhas cardíacas são também audíveis fora da zona precordial e procurar a existência de ruídos cardio-pulmonares.

Assim, serão arredadas confusões possíveis, porque na ausculta de zonas afastadas de precórdio, as bulhas são ouvidas puras e livres de ruídos acessórios (atrído pericárdico, etc.).

III. Redlich (de Lemberg) — Algumas questões referentes ao sarampo.

O sarampo, em plena fase eruptiva, não é mais contagioso. Êste facto explica os bons resultados aparentes, colhidos por Caronia com sua vacina anti-morbilhosa.

Em experiências reiteradas (infecção experimental), verificámos que essa vacina não oferece protecção segura. O sôro de carneiro, preparado segundo Degkwitz, e injectado entre o 7.º e 9.º dias de incubação, não oferece maiores vantagens. Com o hetero-antígeno de Forssmann (extracto de rim de cobaia) obtem-se imunização mais segura.

IV. Lust (de Karlsruhe) — Sôbre a encefalite morbilhosa e suas consequências.

Estudo de 4 casos com perturbações cerebrais graves, no decurso do sarampo em crianças de 3 a 8 anos: *a)* encefalite com participação predominante do córtex e do sistema piramidal; *b)* encefalite com lesão simultânea dos cornos anteriores da medula; *c)* encefalite do tipo letárgico com lesões francas do mesencéfalo. Restabelecimento integral apenas em um dos casos. Acha que as lesões do encéfalo não repousam provávelmente em acção es-

pecífica do germen do sarampo, mas em invasão secundária de outros germens que não pôde definir.

V. H. Kœppe (de Giesen) — Resultados de irradiação intensiva pela luz ultra-violeta.

Sob a irradiação intensiva pela luz ultra-violeta, transformam-se as hematias in vitro, em uma massa pardo-escura.

Nesse processo de destruição podemos distinguir 3 fases: hemolise, transformação química da hemoglobina (mudança de côr) e coagulação.

Essas alterações estão em directa dependência da irradiação. A hemolise se filia à alteração do envoltório gorduroso das hematias. Dá-se um processo de oxidação, formando-se ácidos que coagulam as albuminas; em seguida, sobrevém modificação de côr da hemoglobina. Essas alterações, observadas in vitro, podem aparecer, em parte, no sangue circulante. Logo após uma irradiação intensiva, diminui a resistência das hematias; no correr de uma série de aplicações, a sua resistência cresce gradualmente.

Parece que os fenómenos hemolíticos devidos à irradiação resultam de processos de catalise.

O mecanismo normal da destruição de hematias (e outras células) no organismo, torna-se mais rápido sob a influência das aplicações intensivas de raios ultra-violetas. Irradiando por longo prazo, óleos de variadas espécies, observa-se acção oxilante idêntica à acima referida. Dá-se um processo de oxidação com aparecimento de ácidos, talvez, aqui também, ligado a um processo de catalise.

VI. Duzár (de Fuenfkirchen) — Tetania adrenalínica.

Em crianças, é possível, por meio de super-ventilação pulmonar e subsequente injeção intra-venosa, de adrenalina, determinar regularmente o aparecimento de sintomas de tetania, ao passo que, sem a intervenção da adrenalina, tal fenómeno é excepcional.

Acha, por isso, que deve existir relação patogénica, estreita, entre a tetania adrenalínica experimental e a tetania manifesta do lactante.

VII. Schelbe (de Bremen) — Quais os resultados que nos pode fornecer o tratamento conservativo, da estenose pilórica?

Foram tratados 29 casos de estenose pilórica do lactante, por processos dietéticos e quasi sem medicação interna.

A observação foi feita durante um prazo de 5 anos; a cura completa em todos os casos.

Como recurso dietético empregou leite humano, mas reduplicou a assistência à criança, que ficava sob a vigilância constante de duas enfermeiras.

O êxito do tratamento está ligado, em sua opinião, a essa medida.

VIII. Wiskolt (de Munich) — Considerações sobre a patogenia das anemias alimentares do lactante.

No leite de vaca e no de cabra se encontram amboceptores hemolisantes para hematias humanas em quantidade suficiente para, com o tempo, produzirem anemia no lactante. Entretanto, essas hemolisinas não são termo-estáveis e não podem, senão excepcionalmente, ser causa de anemia, uma vez que ao lactante sempre se administre leite fervido. É preciso, portanto, procurar outras causas para explicar a patogenia dessas desordens.

IX. R. Hamburger (de Berlim)—Pontos discutidos no domínio da alimentação artificial do lactante.

Num grande material da sua clínica privada, hospitalar e de policlínica, observou que (salvo recém-nascidos) as crianças alimentadas artificialmente «lege artis» resistem bem, em paralelo com as criadas ao seio, sendo lícito afirmar que a sua resistência anti-infecciosa não é inferior à destas.

A inferioridade dos lactantes alimentados artificialmente, e que ressalta de certas estatísticas, não é devida a essa alimentação, mas à maneira defeituosa de aplicá-la.

Convém pôr-se em guarda contra exageros da propaganda pelo aleitamento natural e as possíveis desvantagens que disso resultam para as mães e para as crianças.

X. Adám (de Hamburgo)—Considerações sobre a patogenia das diarreias agudas do lactante.

Considera a cólera infantil não como perturbação alimentar, mas como moléstia infecciosa determinada por certas bactérias do grupo coli (dispepsia coli-bacilar), cujo papel patogénico é favorecido por circuntâncias diversas que diminuem a resistência do organismo (erros alimentares, calor, infecção).

XI. Ylppö (de Helsingfors) — Traumatismos obstétricos.

Entre os nati-mortos figura uma parcela notável de prematuros, que se considerava, até agora, como apresentando «incapacidade vital». Essa incapacidade é aparente. A experiência tem demonstrado que prematuros com pêso inicial de 700 a 1000 grs. podem ser criados, uma vez que sejam postos, desde o início, em condições favoráveis.

A sua morte nos primeiros dias de vida é antes consequência de traumatismos produzidos pelo parto.

A autópsia revela, nos mais variados órgãos, mormente nas meninges e no seio da massa encefálica, extensas hemorragias, que se manifestam no prematuro, com grande facilidade, visto como seus vasos sanguíneos (capilares) são incapazes de suportar a enérgica pressão das contracções uterinas.

Nas crianças nascidas a termo, várias causas podem concorrer para o aparecimento do fenómeno: deformidades da bacia, exigindo intervenção do obstetra (forceps, etc.), parto demasiado longo ou excessivamente rápido, etc.

Grande número dessas crianças sobrevive ao traumatismo; parte delas, porém, apresenta as mais variadas desordens do sistema nervoso central: síndrome de Little, estados convulsivos, defeitos de inteligência, etc.

XII. Th. von Jaschke (de Giesen)—Traumatismos obstétricos e seu valor clínico.

Na etiologia dos traumatismos obstétricos do crânio há duas causas a considerar: *a*) efeitos da diferença de pressão interna e externa; *b*) efeitos da constrição circular do útero.

A primeira explica a formação do «caput succedaneum», do céfalo-hematoma e da estase circulatória no sistema venoso cerebral, e que se acompanha, em regra, de hemorragias de pouca importância.

As grandes hemorragias, devidas à dilaceração de seios venosos, são consequência da constrição circular, acompanhada de cavalgamento de ossos da abóbada e lesões do encéfalo. Segundo a opinião de v. Jaschke, apenas 1 %

de crianças morre em consequência de hemorragia intracraniana, no acto de parto; postos de lado os prematuros, ficará essa proporção reduzida a 0,22 % para as crianças normais. Os traumatismos cranianos e suas consequências após o parto dão uma cifra de 2,8 % de mortalidade.

Passado o primeiro ano de vida, é muito menos provável surgirem desordens dessa natureza.

XIII. Zappert (de Viena)—Lesões do sistema nervoso central, como consequência de traumatismo obstétrico.

Entre as moléstias do sistema nervoso, nas crianças de idade escolar, filiadas ao antigo traumatismo obstétrico, convém lembrar as seguintes: porencefalia com paralisia cerebral, idiotia e epilepsia; algumas formas de hidrocefalia interna idiopática; casos de paralisia cerebral infantil, congénita; formas acompanhadas de perturbações motoras com movimentos coreaticos e atetósicos, dependentes de lesões do corpo estriado nas proximidades da veia terminal.

Além disso, lesões traumáticas, obstétricas, do sistema estriado e palidal, podem, mais tarde, acompanhar-se de graves consequências.

Fazem ainda parte dêsse capítulo as atrofias cerebelares congénitas, casos de epilepsia com idiotia, paralisia bulbar infantil, congénita e lesões dos núcleos centrais do encéfalo.

XIV. Berberick (de Francfort S. M.)—Lesões da hipófise por traumatismo obstétrico.

A irrigação da hipófise é tributária do sistema venoso dos seios cerebrais, expostos durante o parto às grandes diferenças de nível de pressão, entre o meio interno e o externo.

É, pois, muito natural que surjam ao nível da irrigação hipofisária desordens filiadas ao parto. Em 40 casos examinados, encontrou, em 32, acentuada hiperemia do lobo anterior; em 3, tãda a hipófise estava engurgitada; em 1, apenas o lobo posterior.

O exame histológico revelou, mais, atrofia das células imprensadas entre os capilares sangúíneos ectasiados; em certos casos havia mesmo desaparecimento das células.

O exame dêsses factos permite pensar em filiar a tais lesões obstétricas desordens funcionais da hipófise, que mais tarde se patenteam. Talvez certas perturbações glandulares da segunda infância—caquexia, nanismo, adiposidade, diabetes insípido, etc.—se expliquem dessa maneira.

SARA BENOLIEL.

Algumas observações interessantes acêrca do método oral de colecistografia. (*Some interesting observations on the oral method of cholecystography*), por W. STEWART—*Bost. Med. Surg. Jour.*, 31 de Março de 1927.

O método de Graham, isto é, a administração de tetra-bromo ou tetra-iodo—fenol—fraleína como meio de visualização da vesícula biliar ao exame ra-

diológico, foi a princípio executado por injeção intra-venosa de qualquer destes dois produtos. O A. defende calorosamente o método oral, mais fácil, menos rico em conseqüências desagradáveis do que a injeção intra-venosa.

A tetra-iodo, que tem as mesmas qualidades radiológicas que a tetra-bromo, é mais activa do que esta, menos tóxica e é o composto que hoje tem mais largo emprêgo clínico.

O composto fresco é distribuído em oito cápsulas queratinizadas ou de gelatina, num total de 3,5 gr. Na véspera do exame radiológico, à noite, o doente deve tomar um purgante e na manhã seguinte um clister de limpeza. Às 6 1/2 horas P. M. recebe uma refeição bastante rica em gorduras para provocar o esvaziamento da vesícula biliar. Das 9 1/2 horas P. M. em diante e de 15 em 15 minutos toma 2 cápsulas de cada vez até prefazer a dose indicada À 12.^a, 16.^a, 20.^a e 36.^a horas fazem-se as provas radiológicas e durante este tempo apenas entre o 2.^o e 3.^o exame se consente uma pequena refeição com ovos cozidos, e um copo de leite.

A sombra vesicular é máxima às 12 e 16 horas e negativa, como regra, às 36 horas.

Os exames podem ser anormais por ausência de sombra ou por demora da duração do contraste dentro da vesícula, por opacidade pequena da imagem ou finalmente pela sua aparição tardia.

O A. enumera as condições particulares que criam cada uma destas modalidades de anomalia radiológica.

MORAIS DAVID.

Medidas de profilaxia específica na difteria, escarlatina e sarampo. (*Specific preventive measures in diphtheria, scarlet fever and measles*), por J. TOWNSEND—*Bost. Med. Sur. Jour.*, 14 de Abril de 1927.

Métodos profiláticos para a difteria:

1.^o Reacção de Schick, injeção intra-dérmica de toxina diftérica, permitindo averiguar da susceptibilidade do indivíduo para a doença. Abaixo dos 2 anos a reacção é praticamente positiva em todos os casos; é pois acima desta idade que a reacção tem o seu mais justificado emprêgo.

2.^o Imunização passiva, imunidade transitória pela injeção de 1000 unidades de anti-toxina.

3.^o Imunização activa, método de escolha para a profilaxia, que se provoca pela injeção de uma mistura de toxina anti-toxina. É uma imunização activa e permanente.

Como a toxina é por si só muito enérgica, atenuam-se os seus efeitos pela junção da anti-toxina. A imunização obtem-se pela injeção subcutânea da mistura, repetida 3 vezes a 1 semana de intervalo. O grau de imunização investiga-se depois por meio da reacção de Schick. Raras vezes se torna forçoso proceder a uma segunda série de injeções.

A idade preferível para imunizar contra a difteria é a da primeira infância. As injeções são bem toleradas, com fracos sinais reaccionais.

A objecção feita ao método de que a inoculação pode induzir uma sen-

sibilidade particular para o sôro de cavalo, conduziu ao ensaio de outras substâncias privadas de proteínas de cavalo, que existem em fraca quantidade na mistura toxina anti-toxina. Duas destas substâncias merecem referência:

O toxoide, que é a toxina diftérica tratada pelo aldeído fórmico, e uma outra obtida pelo tratamento da toxina com o ricinoleato de sódio. Apesar das tentativas no intuito de fugir à sensibilização do organismo para as proteínas de cavalo, ainda não há produto capaz de substituir a mistura toxina anti-toxina.

Métodos profilácticos para a escarlatina :

1.º Reacção de Dick, injeccção intra-dérmica de toxina, com significado e fenómenos reaccionais idênticos aos da reacção de Schick para a difteria.

2.º Imunização passiva, método de reduzido emprêgo e que se traduz pela injeccção de anti-toxina estreptocócica da escarlatina. É um processo que provoca uma imunização passageira e além disso é muito propenso à eclosão de fenómenos séricos mais ou menos graves.

3.º Imunização activa, processo profiláctico que está ainda em estudo e que parece ser bastante eficaz.

A imunização activa faz-se pela injeccção repetida de toxina estreptocócica específica em diluições várias. As manifestações tóxicas são por emquanto um tanto violentas com a toxina e por isso se tem lançado mão de um antigénio tratado pelo ricinoleato de sódio.

Métodos profilácticos para o sarampo :

A descoberta de um agente a que se attribui um valor patogénio específico, tanto no sangue como nas fauces dos doentes, tem permitido o ensaio de imunização activa, que, contudo, não tem dado resultados muito brilhantes.

A imunização passiva, com sôro de convalescente ou com sôro imune de cabra, se não desenvolve uma protecção completa do indivíduo, consegue pelo menos imprimir à doença uma evolução com carácter benigno e prevenir as complicações, desde que a injeccção de sôro seja feita com uma certa antecedência do *rash*.

MORAIS DAVID.

Progressos médicos. Progressos em proctologia. (*Medical progress, Progress in proctology*), por L. C. HILL e E. P. HEYDEN—*Bost. Med. Surg. Jour.*, 17 de Março de 1927.

Êste artigo resume os recentes progressos nos assuntos seguintes :

Prolapso do recto, prolapso do recto nas crianças, fístula, fístulas como um factor na diabetes, colite ulcerosa e carcinoma do recto.

Acêrca da colite ulcerosa diz :

Desde há alguns anos que foi estabelecida a existência de uma colite com ulcerações, variando em intensidade e em duração, mas de um tipo crónico e cuja causa não é ainda conhecida.

Alguns casos cedem ao tratamento médico, outros a qualquer dos múltiplos processos de drenagem intestinal, acima ou abaixo da válvula ileo-cecal.



Cxs. de 6 amp. de 5 cc.
 » » 10 » » 1 1/2

Inventor o Prof. Serono, que foi o primeiro a introduzi-la na terapeutica, antes de 1897.

Efeitos rapidissimos.
Em todas as idades
**: NENHUMA :
 INTOLERANCIA**

Aplicadas tambem duas ampolas duma vez em injecções diarias de 10 cc.

**Não dá dôr
 nem reacção**

Muito empregadas as injecções grandes mesmo nas Senhoras e até nas crianças.

PODE-SE APLICAR EM GRANDES QUANTIDADES E NOS BRAÇOS.

**Sempre falsificada,
 nunca imitada.**

- METRANODINA SERONO — Hidrastis canadensis, viburnum prunifolium, ergotina dialisada, cannabis indica.
- IPOTENINA SERONO — A base de nitratos e especialmente de nitritos, iodetos e lobelina.
- CARDIOLO SERONO — Extrato fluido bem titulado de estrofanço, noz vomica, cebola albarra e lobelia. E' um preparado de titulo constante.
- VIOSAN SERONO — Oleato duplo de mercurio, colestrina e albotanina (via bucal).
- UROELITINA ERGON — ALUMNOSE ERGON.

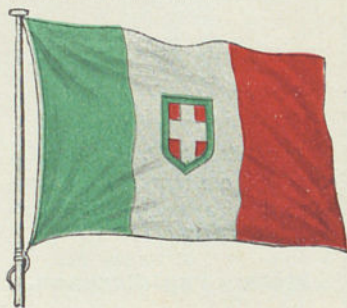
OPOTERAPICOS SERONO

EXTRATOS GLICERICOS TOTAIS preparados com glandulas de animais recentemente sacrificados. 1 cc corresponde a um quarto de grama de substancia glandular fresca. Por via hipodermica são levados á dose conveniente diluindo-os, de preferencia á glicerina, com sôro fisiologico para evitar a acção irritante da glicerina.

- PEPTOPANCRE — OVAR — ORCHIT — SURREN — TIROID —
- REN — IPOFIS — LIEN — EPAT — MAST — BILE —
- (pituitaria) (bãço) (mamária)

ASI SERONO

- EUGOZIMASE FEMININA SERONO — Frascos Ovarasi, Surrenasi e Tiroidasi.
- EUGOZIMASE MASCULINA SERONO — Frascos Orchitasi, Surrenasi e Tiroidasi.



Arseniato de Ferro Solúvel Zambelletti

COMPOSTO ORGANO-COLOIDE

O único preparado sintético que contém Ferro no estado eletro-negativo e apresenta os CARACTERES — O COMPORTAMENTO — A TOLERANCIA — A ASSIMILAÇÃO — A EFICACIA do

Ferro Fisiológico Alimentar

Gotas — Injeções de 3 graus

COM OU SEM ESTRICNINA

RECONSTITUINTE TONICO DEPURATIVO

Iodarsono Zambelletti

Peptona arseno-iodada com glicero-fosfatos de calcio e de magnesio e principios vegetais tonico-eupepticos. (Noz vomica, quina, condurango, kola).

Dotado de acção displastica, trofica-mineralisante e eupeptica.

A mais agradável e toleravel preparação iodo-fosfo-arseniactal.

INDICAÇÕES — Linfatismo — Escrofulose — Raquitismo — Adenopatia — Convalescença de doenças infecciosas — Tratamento depurativo nas afecções do metabolismo — Tratamento complementar da infecção luetica etc.

O preparado que, tendo a suficiente dosagem de arsenio metalico (mgrs. 0,75 por colher, equivalente a mgr. 1 de acido arsenioso), tem entre os seus similares a mais alta de iodo metalico (cgrs. 5)—sem iodismo—mais fosforo metalico e gr. 1 de extratos tonicos.

Ótimo sabor, sem vinho e admiravel para crianças.

AMOSTRAS :

ITALPORTUGUEZA

APARTADO 214

LISBOA

Arseno- Bromo- Tonicas Zambelletti

(INJEÇÕES)

FOSFOL--ARSENIATO DE FERRO BROMO --VALERIANICO

Associação da acção sedativa á reconstituente para o tratamento do HISTERISMO, da NEURASTENIA, de todas as NEUROPATIAS essenciaes com alteração da crase sanguinea. (Oligoemia, clorose, dismenorrea, anemia).

Iodosan Zambelletti

(IODO SOLUVEL — ATÓMICO NASCENTE)

Solução a 7 o/o de iodo metaloidico coloide, separavel, por diluição com agua comum ou por contacto com secreções organicas, em iodo biatômico (violeta) nascente.

O IODOSAN, diluido em agua comum constitui o mais ATIVO, o mais PRATICO, o mais AGRADAVEL antiséptico e profilático

PARA } **Gargarejos:** — Na ANGINA, na TONSILITE, na HIGIENE QUOTIDIANA da GARGANTA.
Colutorios: — Na ESTOMATITE, na CARIE dentaria, na PIORREA ALVEOLAR, na HIGIENE QUOTIDIANA DA BOCA.
Lavagens dos ouvidos e do nariz.
Irrigações: — Nas afecções VAGINAIS e UTERINAS. — Para a HIGIENE INTIMA quotidiana das Senhoras.

PURO substitui vantajosamente a Tintura de Iodo em todas as suas applicações.

FRASCOS CONTA-GOTAS

BISMARSOL ZAMBELETTI — SORO-IODADO ZAMBELETTI COM GAIACOL
TEOBROMINA COMPOSTA ZAMBELETTI — INJEÇÃO ANTIASMATICA ZAMBELETTI

A maioria dos casos, porém, apresenta recaídas, qualquer que seja o método de tratamento adoptado.

Têm sido feitas experiências para desvendar a natureza do agente causal, mas nenhuma conclusão de valor se conseguiram até agora.

Das últimas contribuições ao assunto são particularmente dignos de referência os trabalhos de Burgen e Logan. Estes autores publicam as suas investigações nos *Archives of Internal Medicine*, vol. 36, que consta de uma experimentação em coelhos e cães.

Em uma série de 68 casos de colite ulcerosa humana os AA. conseguiram isolar em 80 % um diplococo lanceolado, Gram positivo.

De 20 indivíduos normais os AA. isolaram este mesmo agente uma única vez; morfológicamente este micróbio assemelha-se ao pneumococo, do qual se diferencia pelas suas propriedades biológicas.

139 coelhos foram inoculados por injeção intra-venosa com uma cultura pura do agente referido e 45 patentearam lesões anatómicas exclusivamente intestinais sobreponíveis às lesões humanas.

As injeções em animais testemunhas, feitas com estreptococos, deram resultados diferentes.

Do coração de animais inoculados tornaram os autores a isolar o agente que, depois de nova inoculação, produziu noutros animais lesões de colite iguais às dos primeiros. Os mesmos autores prepararam uma vacina.

O tratamento local compreende as irrigações locais com acriflavina a 1/4000, as irrigações com bismuto ou azeite, a tintura de iodo *per os*, o kaolino de 30 a 45 gr. Em todos os casos houve algumas melhoras dentro de 2 a 3 semanas.

Como tratamento preliminar indispensável há que remover todo e qualquer foco séptico.

A maior duração de melhoras numa série de 178 casos assim tratados foi de 2 anos; outros casos houve com um período de alívios muito mais curto. 78 casos permaneceram mesmo em perfeito bem-estar entre alguns meses até 2 anos.

MORAIS DAVID.

Experiências com o problema tiroideo em uma clinica de Detroit.
(*Experiences with the thyroid problem in a Detroit Clinic*), por R. MECLURE — *An. of Surg.* Março de 1927.

O A. faz um artigo com os elementos deduzidos da observação de vários casos clínicos, tirando um certo número de conceitos práticos, que resume da seguinte forma:

O uso do iodo, em regiões endêmicas de bócio, pode ser prejudicial.

O uso do iodo, devidamente controlado, é de grande utilidade na profilaxia e no tratamento do bócio coloide simples e na preparação operatória dos doentes, nomeadamente com adenoma tóxico.

É aconselhável a extirpação dos adenomas simples da glândula tiroidea,

ponto de partida possível de hipertiroidismo tóxico ou ainda elemento lesional pre-canceroso.

A miocardite e a fibrilação auricular não são contra-indicações à intervenção cirúrgica.

MORAIS DAVID.

Angina de peito e teoria coronária. (*Angine de poitrine et theorie corona-rienne*), por A. CLERC — *Pres. Med.*, 11 de Maio de 1927.

Durante largo tempo foi tido como abstracto anátomo-patológico do síndrome a diferença circulatória do miocárdio por uma alteração dos vasos coronários.

A idea não resistiu a uma forte corrente oposicionista, a qual, por factos de variada espécie, se recusava a admitir como *primum movens* do mal a alteração dos vasos nutritivos do músculo cardíaco, encarando-o antes como a consequência de uma distensão aguda da aorta e do ventrículo ou também como uma irritação nervosa do plexo cardíaco aórtico.

A raridade com que o material humano pôde ser convenientemente estudado e a manifesta diversidade dos aspectos anátomo-patológicos daqueles casos em que se pôde proceder a um exame conveniente explicam a obscuridade em que o problema patogénico se encontra e a dificuldade de o resolver.

Como conclusão de trabalhos acumulados, procedentes de vários autores, podem separar-se três categorias de constatações:

1.^a categoria. Casos com obliteração coronária maciça, com um enfarte consecutivo e lesão em massa de uma região cardíaca importante ou com lesões regressivas, menos brutais, ao longo dos vasos nutritivos. É a êste tipo que pertence a maioria dos casos publicados.

2.^a categoria. Casos com coronarite indiscutível, com lesões miocárdicas manifestas, mas sem referências clínicas especiais que fizessem sequer suspeitar da sua natureza anginosa.

3.^a categoria. Casos com crises anginosas típicas e mortais, em que o sistema coronário não apresenta a mais leve alteração.

O desacôrdo da anatomia-patológica torna difícil a compreensão do fundamento fisiopatológico em que a doença se filia; por isso corre acêrca desta uma série de hipóteses, que não é fácil conciliar em um factor patogénico único.

MORAIS DAVID.

Tratamento das anemias graves pelo método de Whipple. (*Traitement des anémies graves par la méthode de Whipple*), por W. AITTOFF e G. LÆWY — *Pres. Med.*, 30 de Abril de 1927.

Whipple, em 1925, publicou, no *Am. Jour. of Phys.*, um trabalho experimental demonstrativo do papel do fígado e do rím como alimento regenerador de glóbulos rubros e de hemoglobina, nas anemias provocadas.

Urotropina effervescente

Schering



Preparado tendo por base
a UROTROPINA original.
Refresca — previne — cura

Em vista da grande quantidade de substitutos do nosso producto, rogamos a V. Ex^a. que ajunte á palavra Urotropina, apesar de ser marca registada nossa, o nome „Schering[®]“, ou seja receitar

Urotropina - Schering.

N'uma experiencia de mais de 30 annos de fabricação da Urotropina, está o segredo da superioridade da Urotropina Schering sobre os similares e imitações.

Chemische Fabrik auf Actien (vorm. E. SCHERING.), Berlin.

Pedir AMOSTRAS E LITERATURA ao representante scientifico:

C. A. GLADE, LISBOA, Rua Victor Cordon, 7

Ex.^{mo} Sr.

Queira remeter-me amostras e literatura do
UROTROPINA SCHERING

Nome:

Enderêço:

FORXOL BAILLY

ASSOCIAÇÃO SYNERGICA. ORGANO-MINERAL
sob a forma concentrada dos principios medicamentosos mais efficazes

FERRO, MANGANEZ, CALCIUM

em combinação nucleimica, hexoso-hexaphosphorica e monomethylarsinica vitaminada

ADYNAMIA DOS CONVALESCENTES
ESTADOS AGUDOS DE DEPRESSAO E ESTAFAMENTO
ASTHENIA CHRONICA DOS ADULTOS
PERTURBAÇÕES DO CRESCIMENTO
FRAQUEZA GERAL, ANEMIA E NEUROSES

LIQUIDO
AGRÁDAVEL) toma-se no meio das refeições, n'agua, no vinho ou outro liquido (excepto o leite)

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

“

Ceregumil

Fernández

Alimento vegetariano completo em base
de cereais e leguminosas

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

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

Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo

FERNANDEZ & CANIVELL Y C.^{as}— MÁLAGA
Depositários: GIMENEZ SALINAS & C.^{as}
Rua Nova da Trindade, 9-1.^o
LISBOA

”

Ex.^{mo} Sr.

C. A. Glade

Rua Victor Cordon, 7

Lisboa

As conclusões do seu trabalho são :

1.^a A alimentação com o fígado de boi é o agente mais poderoso de regeneração de hemoglobina e de glóbulos rubros. Uma alimentação abundante, com fígado, durante 2 semanas, pode produzir 90 a 100 gr. de hemoglobina.

2.^a O coração e o músculo estriado têm um efeito menos marcado.

3.^a O arsénio não tem o mais pequeno efeito, ao contrário do ferro, que é um medicamento de um valor considerável.

4.^a Durante os períodos de dieta favorável o organismo armazena substâncias vizinhas da hemoglobina, que são utilizadas ulteriormente na sua formação e dos glóbulos rubros. Esta reserva efectuar-se-ia principalmente no fígado e este órgão desempenharia assim funções hematopoiéticas.

É provável que no tratamento das anemias humanas haja alimentos mais eficazes que os medicamentos usuais. Mesmo nas anemias complexas, na anemia perniciosa, na anemia com nefrite e na caquexia cancerosa o regime alimentar deve considerar-se como um estimulante da regeneração sanguínea.

Estas afirmações serviram de inspiração a dois trabalhos importantes, o último dos quais da autoria de Minot e Murphy (*Bost. Med. Surg. Jour.*, de 26 de Agosto de 1926); estes autores demonstram a importância da dieta hepática na hematopoiese das anemias humanas graves do tipo pernicioso.

De 45 doentes, só 2 não obtiveram resultados brilhantes.

A. e L. apresentam a história de 2 casos de anemia, o primeiro mais demonstrativo e brilhante que o outro e em que o processo terapêutico pelo regime alimentar com fígado produziu uma quasi ressurreição da doente, que estava condenada a uma morte inevitável pela marcha progressiva da sua anemia a tipo pernicioso, resistente a todos os meios com que se tentou melhorá-la.

No artigo descreve-se a maneira de ministrar o fígado.

MORAIS DAVID.

Os novos horizontes da Actinoterapia na prática infantil. (*I nuovi orizzonti*, etc.), pelo Prof. ANGELO VALDAMERI — *Atti Ufficiali del 1.º Congresso della Associazione Ultravioletta Italiana*, Abril de 1926, Milão. Págs. 65-68.

Conclusões tiradas da observação de um milhar de crianças tratadas no gabinete aéro-helioterápico do Instituto Bregoterápico de Milão, mostrando a alta importância dos raios ultra-violetas em face dos outros processos terapêuticos.

A irradiação foi, de ordinário, geral, porque o A. pensa que os R. U. V., applicados sobre toda a superfície do corpo, actuam mais enérgicamente sobre os órgãos internos e, especialmente, sobre as glândulas endocrinas, normalizando as secreções e exaltando a defesa do organismo. Limitou localmente a irradiação, somente nos casos em que as manifestações patológicas eram independentes de alterações orgânicas.

O maior contingente foi dado pela diatese exsudativa (285 casos), que o A., como outros, tem pela expressão dum estado pre-tuberculoso, que convém curar. Quási todos êsses doentes mostraram resultados, melhorando o apetite, aumentando o pêso, a vivacidade e a inteligência e atenuando os processos patológicos. No raquitismo (40 casos), rápida consolidação dos ossos, ossificação do craniotabes em poucos meses. Nas tuberculoses cirúrgicas (51 casos, espondilites, gonites, abcessos frios, etc.), a cura sobreveio em 3-4 meses, abreviada, portanto, em relação aos outros casos, que precisavam 6-7 meses, números estes que parecem exagerados na sua brevidade.

Grande número de doentes do aparelho respiratório (270 casos), formas agudas, mostraram resultados surpreendentes. Pneumonias e bronco-pneumonias abortadas em poucas horas, e, sobretudo, grande levantamento do estado geral durante a doença.

Reabsorção rápida de exsudados pleurais.

Na espasmofilia, diminuição dos acessos, depois da 2.^a ou 3.^a irradiação. Na nefrite hemorrágica, desapareção da albumina e dos edemas depois das primeiras irradiações.

Posto-que apresentada com um manifesto entusiasmo exagerado, esta comunicação merece nota, por se referir a um enorme material e insistir no grande papel estimulante dos R. U. V. na defesa do organismo em face das múltiplas infecções e discrasias.

MENESES.

O eritema nodoso. (*L'érythème noueux*), por H. EMBERG (Estocolmo) — *Sæuska Läkaresällskapets förhandl.* Estocolmo, 1920 — *Revue Française de Pédiatrie*, n.º 4, 1926, pág. 534-536.

O trabalho do autor funda-se em 55 casos de eritema nodoso infantil, estudados e seguidos no hospital, bem como em 31 casos submetidos a um exame ulterior, depois de terem sido tratados, na maior parte, no mesmo estabelecimento hospitalar. Com estes materiais, E. completa os nossos conhecimentos clínicos no que respeita notavelmente a evolução da temperatura, a natureza do exantema, os sintomas originando dos pulmões e dos gânglios intratorácicos (sintomas clínicos e radiográficos), bem como no sistema nervoso. Além disso, o A. fez um estudo experimental sobre as reacções desses doentes à tuberculina, pesquisas bacteriológicas e exames histológicos no infiltrado do eritema nodoso comparado ao que provocam as injecções da tuberculina nos doentes isentos de eritema nodoso.

E. chega à conclusão de que o eritema nodoso na criança é um síndrome dependente da tuberculose. As principais razões apresentadas são :

1.^a A prova cutânea à tuberculina, feita na fase aguda da doença, dá em geral um resultado positivo, mesmo nas idades em que a tuberculose está longe de ser vulgar. Estes doentes podem todavia reagir negativamente a pequenas doses de tuberculina, tanto imediatamente antes como um pouco depois do eritema. O A. analisa os casos publicados na literatura médica em em que a reacção à tuberculina foi negativa; essa análise mostra que não é impossível que estes casos tenham podido ser de natureza tuberculosa.

2.^a Várias circunstâncias referentes ao quadro e à evolução clínicas. Numa grande série de casos os exames radioscópicos do tórax, ao mesmo tempo que outras constatações, mostraram que todos os doentes tinham lesões tuberculosas. Outros detalhes deixam ver nitidamente de que natureza é a ligação com a tuberculose. Num grande número dos 86 casos da série puderam-se constatar, duma forma inegável, diversas manifestações clínicas da tuberculose durante ou depois da erupção, mas não antes dela. O eritema nodoso nas crianças aparece num estado relativamente precoce da tuberculose. Em outras circunstâncias uma injeção de tuberculina provocou a aparição dum novo eritema. O facto, que se procura quasi sempre em vão, dos bacilos tuberculosos nos infiltrados do eritema nodoso, foi considerado por muitos autores como favorável à hipótese da etiologia tuberculosa.

Para Emberg esta aparente contradição é perfeitamente explicável. Os infiltrados do eritema nodoso não são focos tuberculosos comparáveis às tuberculides. Devem ser considerados *como uma espécie de reacção autogénea do organismo em face da tuberculose*, reacção que pode aparecer num estadio particular da tuberculose em alguns individuos predispostos. O A. não constatou que essa manifestação de tuberculose exija um certo grau de predisposição familiar. *O eritema nodoso tem uma grande importância prática, pois que revela nitidamente a presença duma tuberculose em evolução e em casos justamente onde antes da sua aparição não a podíamos suspeitar.*

A. Wallgren (Suécia) tinha tomado, outrora, uma posição intermédia entre Emberg, partidário da etiologia tuberculosa do eritema nodoso, e Comby, que via no eritema nodoso uma infecção aguda, independente. Entendia que não era tuberculosa, mas que tinha tendências a preferir individuos tuberculosos. Num trabalho recente, porém, aproximou-se da opinião de Emberg. Em 5 casos, Wallgren observou, efectivamente, um agravamento do estado dos doentes, no que se refere à tuberculose, no momento em que o eritema nodoso appareceu. *Há, pois, uma concomitância inegável entre o desenvolvimento dum eritema nodoso e a manifestação ou o agravamento dum processo tuberculoso.*

MENESES.

Sobre a relação entre a acção da dedaleira e a do cálcio. (*Über den Zusammenhang zwischen Digitalis—und Calciumwirkung*), por MANDELS-TAMM — *Zeitschrift für d. ges. exp. Med.* N.º 5 e 6, 1926.

Deste trabalho experimental do A. se conclui que :

1.º O electrocardiograma demonstra uma grande semelhança entre os efeitos do cálcio e da estrofantina: diminuição da frequência e da excitabilidade do seio, intensificação da sístole, diminuição da condutibilidade do miocárdio e elevação do automatismo dos centros inferiores.

2.º A diferença entre os dois fármacos consiste em o cálcio actuar mais rapidamente, sendo a acção da estrofantina mais demorada e mais intensa.

3.º A estrofantina é vasoconstritora; o cálcio, vasodilatador.

4.º Os efeitos da dedaleira não são devidos, como supõe Loewis, a uma sensibilização produzida pelo medicamento para os sais de cálcio.

5.º A administração dos sais de cálcio não apresenta vantagens na terapêutica cardíaca.

E. COELHO.

As aplicações dos métodos cirúrgicos ao tratamento da tuberculose pulmonar. (*Les applications des méthodes chirurgicales au traitement de la tuberculose pulmonaire*), por BÉRARD E DUMAREST — *Rev. de la Tuberculose*, n.º 2, 1927.

O valor terapêutico incomparável da colapsoterapia pulmonar conduziu os AA. a inaugurar, em França, no centro sanatorial de Hantéville, a prática da toracectomia, vulgarizada nos países da Europa central por Sauerbruch e seus alunos.

Afirmam os AA. que já se conseguiu vencer o período das incertezas, no que diz respeito às indicações do método e à técnica operatória, e que se iniciou o período da prática corrente.

Um método de tratamento da tuberculose pulmonar grave capaz de fornecer tão belos resultados como os que os AA. obtiveram é um método consagrado.

Resultados:

Resultados da toracoplastia — 26 curas clínicas (28 % do total). Cinco foram obtidas pela toracectomia parcial; tôdas as outras pela operação paravertebral total, combinada ou não à frenicectomia.

20 casos com melhoras (22 %).

Os AA. contam no total com 46 resultados favoráveis ou sejam 50 % do número dos casos operados.

Resultados da frenicectomia — No seu conjunto, estes resultados são de qualidade inferior aos fornecidos pelos outros processos da colapsoterapia (pneumotorax ou toracoplastia); por si só, a frenicectomia não pode pôr um pulmão em repouso completo. Os casos de cura que pode dar, como operação autónoma, são, por isso, raros.

Estes efeitos são, pelo contrário, muito melhorados pela sua associação com o pneumotorax ou com a toracoplastia.

Os AA. possuem mais de 80 observações, exceptuando uma dezena de casos muito recentes.

De uma maneira constante, observaram nos seus operados modificações felizes dos sinais funcionais; a dispneia diminui; a expectoração torna-se mais fácil e a tosse menos freqüente; e uma sensação de bem-estar manifestada pelos doentes.

Sobre a evolução da doença, a frenicectomia tem influído diferentemente, consoante é empregada só ou associada a outros métodos.

Como operação isolada, a-pesar dos sucessos registados por Goetze e Frisch, os AA. não observaram melhoras das formas agudas.

Nas formas crónicas, os AA. utilizaram a frenicectomia: para as lesões

CINNOZYL

Methodo de immunisação artificial do organismo tuberculoso

COMPOSIÇÃO: Cada ampôla de CINNOZYL contém a solução seguinte esterilizada:

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

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

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

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

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

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

1827

PREPARAÇÕES COLLOIDAES

(Metaes colloidaes electricos de pequenos grãos. Colloides electricos e chimicos de metalloides ou derivados metallicos).

ELECTRARGOL

(Prata)

Ampollas de 5 c.c. (Caixa de 6 ampollas)
Ampollas de 10 c.c. (Caixa de 3 ampollas)
Ampollas de 25 c.c. (Caixa de 2 ampollas)
Frascos de 50 c.c. e de 100 c.c.
Collyrio em amp. conta-gott. de 10 c.c.
Fomada (Tubo de 30 gr.).
Ovulos (Caixa de 6).

Todas as doenças infecciosas sem especificidade para o agente pathogenio.

N. B. — O ELECTRARGOL é agua mente empregado no tratamento local de numerosas affecções septicas (Anthrax, Oites, Epididymites, Abscessos do Scio, Pleuresia, Cystites, etc.)

ELECTRAUROL (Ouro)

Ampollas de 1 c.c. (Caixa de 12 ampollas)
Ampollas de 2 c.c. (Caixa de 6 ampollas)
Ampollas de 5 c.c. (Caixa de 3 ampollas)
Ampollas de 10 c.c. (Caixa de 2 ampollas)

ELECTROPLATINOL (Platina)

ELECTROPALLADIOL (Pd)

Ampollas de 5 c.c. (Caixa de 6 ampollas)
Ampollas de 10 c.c. (Caixa de 3 ampollas)

ELECTRORHODIOL (Rho-tio)

Ampollas de 5 c.c. (Caixa de 3 e 6 ampollas).

ELECTR = Hg (Mercurio)

Ampollas de 5 c.c. (6 por caixa).

Todas as formas da Syphilis.

ELECTROCUPROL

(Cobre)

Ampollas de 5 c.c. (6 por caixa)
Ampollas de 10 c.c. (3 por caixa)

Cancro, Tuberculose, Doenças Infecciosas.

ELECTROSELENIO

(Selenio)

Ampollas de 5 c.c. (3 por caixa)

Tratamento do Cancro.

ELECTROMARTIOL

(Ferro)

Ampollas de 2 c.c. (12 por caixa)
Ampollas de 5 c.c. (6 por caixa)

Tratamento do Syndroma anemico.

ARRHENOMARTIOL

(Complexo ferro colloidal + Arsenico organico)

Ampollas de 1 c.c. (12 por caixa)

COLLOTHIOL (Enxofre)

Elixir — Ampollas de 2 c.c. (6 por caixa) — Pomada.

Todas as indicações de Medicação sulfurada.

IOGLYSOL (Complexo Iodo-glycogenio)

Ampollas de 2 c.c. (12 por caixa)

Curas lodada e lodurada.

ELECTROMANGANOL (Manganez)

Ampollas de 2 c.c. (6 por caixa).

Affecções estaphylococcicas.

LABORATORIOS CLIN. COMAR & C^{ia} - PARIS 1507



Opothérapie Hemática Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineracs do Sangue total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS

Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas

DESCHIENS, D^r em P^la, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8^e)

Amstras c Littérature : SALINAS, rua Nova da Trindade 9, Lisboa

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

(PAGAMENTO ADIANTADO)

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60\$00

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO: 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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



da base unilaterais; para as lesões pulmonares unilaterais, com ou sem lesões da base; para as lesões bilaterais.

Em 24 casos de frenicectomia isolada, 7 evoluíram favoravelmente. Três casos podem considerar-se clinicamente curados; oito sofreram poucas melhoras; nove seguiram a sua evolução, sem que a operação tenha exercido qualquer influência.

Os AA. associaram a toracoplastia à frenicectomia em 18 casos, dos quais se curaram 5; 7 resultados duvidosos; e 6 sem qualquer modificação.

Em dois casos de associação de frenicectomia e do pneumotorax, os AA. obtiveram efeitos particularmente favoráveis.

Da sua experiência ficaram com a convicção de que a frenicectomia, mesmo isolada, podia fornecer, em certos casos, resultados inesperados, e que o seu emprêgo, a título de adjuvante, será de cada vez mais extenso.

E. COELHO.

Sóbre a acção sedativa das injeções intracutâneas de normosal. (*Ueber die Schmerzstillend Wirkung der Intracutaninjektion nen mit Normosal*), por WALINSKI—*Deut. Med. Woch.*, n.º 16, 1927.

O A., por conselho de Goldscheider, praticou as injeções intracutâneas de *normosal* em doentes com nevralgias, neuroses cardiovasculares, espondilites, tabes, esclerose em placas, etc. Injectava 1 cc. de 3 em 3 dias. Em 90 % dos casos conseguiu o desaparecimento da dor por um tempo variável.

E. COELHO.

Diabetes e hipoglicemia. (*Diabetes mellitus and Hypoglycaemia*), por G. ROSENDAHL—*Acta Med. Scandinava*, n.ºs 1 e 2, 1927.

Áparte a hipoglicemia insulínica, os casos observados de diminuição da quantidade de açúcar no sangue dos diabéticos, são muito raros. Há, apenas, uns 10 a 12 casos apontados na literatura médica, e a patogenia dessa hipoglicemia não está ainda completamente conhecida. Por isso se torna valiosa a contribuição que o A. nos traz.

Trata-se de um doente que há cêrca de um ano mostrava sintomas de diabetes, mas que só ha dois meses estava em dieta. A glicemia era de 1,43 %/100. Depois de uma semana de tratamento com 2 unidades de insulina diariamente, durante a qual a glicemia era anormal, desenvolveram-se subitamente sintomas de hipoglicemia. Quatro dias depois de outra crise de hipoglicemia, o açúcar do sangue era de 0,54 %/100. Nos dias seguintes repetiram-se as crises de hipoglicemia, a-pesar-de uma dieta rica em hidratos de carbónio e de se privar de insulina. A hipoglicemia foi combatida imediatamente por injeções de glucose. O *Cl. NH₃* e *N* aumentou alguns dias antes de morrer, com acetonuria e ligeira alcalose.

O A. discute a patogenia da hipoglicemia dêste caso.

Por razões que seria fastidioso transcrever, a hipoglicemia dêste doente não se filiava em causas nervosas nem endócrinas, mas na insuficiência de uma glândula — o fígado — que preside também à regulação do açúcar.

E. COELHO.

Alguns casos de abcesso pulmonar agudo tratados pelo pneumotorax. (*Some cases of acute pulmonary abscess treated by pneumothorax*), por JACOBAENS — *Acta Med. Acad.*, n.ºs 5-6, 1927.

O A. relata três casos, bem documentados radiologicamente, nos quais a colapsoterapia foi de resultados inteiramente satisfatórios, e atribui o sucesso terapêutico à ausência de adesões que impedissem o suficiente colapso do pulmão.

E. COELHO.

Estudo experimental y clinico da acción de la anestesia raquidea sobre la motilidade intestinal, por F. D. ALSINA — *Rev. Medica de Barcelona*, n.ºs 2 e 3.

Do conjunto de factos experimentais e clínicos dêste importante trabalho pode concluir-se, com o A., que:

1.º A anestesia raquídea dá lugar a um aumento do peristaltismo intestinal. Êste efeito é quasi immediato. É muito intenso. Persiste durante muito tempo.

2.º A motilidade intestinal exaltada pela raquianestesia é inibida pela atropina, sob a acção da qual fica o intestino num completo estado de repouso.

3.º Também é inibida pela anestesia clorofórmica, que põe o intestino em repouso completo. Esta acção do cloroformio mantém-se apenas quando a anestesia é profunda.

4.º O aumento da motilidade intestinal provocado pela anestesia raquídea é devido à acção química temporária das fibras preganglionares do esplâncnico, pelo anestésico que se difunde no espaço subaracnoideu.

Como falta a acção inibidora do simpático, rompe-se o equilibrio vago-simpático, e sob a acção do vago, nervo excitante, as contracções intestinaes fazem-se muito intensas. Por isso, a atrofina, que tem a propriedade de inibir a *tonus* do vago, quando êste está exaltado, faz desaparecer esta hiper-mobilidade intestinal.

5.º Constituem uma demonstração do modo como actua a raquianestesia os resultados provocados sobre a motilidade pela secção dos esplâncnicos, que são equiparáveis aos resultados obtidos pela anestesia raquídea.

6.º O efeito da raquianestesia persiste nos casos em que existe uma simpaticotomia do intestino, encontrando-se êste, por isso, paralisado. É o que sucede na paralisia intestinal provocada pela peritonite.

Vacina antipioyénica polivalente Bruschetini

(Caixas de 5 ampólas de 2 cc.)

Nome deste produto para pedidos telegraficos: ***Antipio***

FORMULA — Estreptococo piogénico, estafilococo piogénico aureo, bacillus perfringens, bacterium coli, pneumococo de Fränkel, b. piocianico, tipos de procedencias diversas Metodo Prof. Bruschetini.

INDICAÇÕES — E' eficaz em toda a especie de infecções determinadas por piogénios comuns ou por associações microbianas e tambem nos abscessos, angina de Ludwig, artrite aguda, reumatismo agudo, endocardite estreptocócica, infecção puerperal, escarlatina, nas supurações das ulceras e feridas, nas erisipelas, nas gangrenas gasosas, nas septicémias, etc., *com acção tambem preventiva.*

A sua acção tem-se mostrado importantissima nas formas de influenza, tanto simples como complicadas (pneumococos, estreptococos) e tambem nas pneumonias fibrinosas.

USO — Uma injeção de 2, de 5 ou de 10 cc. cada um ou dois dias. Nos casos graves ou rebeldes, injeções diárias tanto de 2 como de 5 ou de 10 cc. intramusculares ou endovenosas, segundo a rapidez da acção que se necessita. Tem tambem applicação directa nas formas abertas, segundo instruções.

Esta vacina troca-se até um mez depois do seu vencimento (2 annos).

E' garantida a sua inocuidade.

Nos casos gravissimos o Medico deverá recorrer a altas doses. Prova-se a tolerancia do doente com 4 ou 6 cc. e então injecta-se durante o dia a dose máxima, conforme o critério do Médico.

Polivacina antiapiogénica Bruschetini

(Caixas de 5 ampólas de 2 cc.)

Em todas as formas de tuberculose em que se constate a presença de associações microbianas, alterando com a VACINA CURATIVA.

Sôro-vacina Bruschetini

(Caixas de 10 ampólas de 1 cc.)

Estados iniciais da tuberculose e formas osseas da mesma, só ou associada com a VACINA CURATIVA.

Vacina curativa Bruschetini

(Caixas de 3 ampólas de 1 cc.)

Em todas as formas e estados da tuberculose. Nas formas com associações microbianas unido á Polivacina Antipioyénica (para as formas bacilosas).

VC-AC, Vacina curativa 2.º grau Bruschetini

(Caixas de 5 ampólas de 1 cc.)

Para se usar em todas as formas graves com temperaturas elevadas e manifestações de toxemia (enfraquecimento rápido, suores noturnos, etc.). Pode ser alternada com a SORO-VACINA ou com a VACINA CURATIVA na proporção de dois destes para um VC-AC.

Vacina antigonocócica Bruschetini

(Polivalente)

(Caixas de 5 ampólas de 2 cc.)

Nome deste produto para pedidos telegraficos: ***Antigono***

FORMULA — Tipos de gonococos de varias procedencias e tipos de gérmenes (piogénios), que costumam acompanhar o gonococo. Metodo Prof. Bruschetini.

INDICAÇÕES — É eficaz tanto nas formas agudas (uretrite), como nas secundarias (prostatite, orquite, epididimite, artrite blenorragica, afeções gonocócicas do útero e anexos etc.).

USO — Uma injeção cada 2 ou 3 dias. Nas formas agudas, injeções diárias ou dia sim outro não (é preferivel injectar o conteúdo de 2 ampólas), alternadas em alguns casos com instilações uretraes de vacina (1 ampóla diluida em 8 cc. de sôro fisiológico) e applicação local na mulher, segundo instruções.

Esta vacina troca-se até um mês depois do seu vencimento (2 annos)

Absolutamente inofensiva.

AMOSTRAS: ITALPORTUGUEZA

APARTADO 214-LISBOA

PRODUTOS "I. B. Y. S."



Adrenoserum "Ibys"

FORMULA — Associação de soro normal de cavalo e adrenalina (Soro equino adrenalínico). — Ampôlas de 10 cc.

INDICAÇÕES — Como tónico nas astenias e estados infecciosos. Como hemostático nas hemorragias pela sua acção constritora (hemorragias traumáticas, hemofilias etc.).

USO — Administre-se por via digestiva nos convalescentes e por via subcutânea nos estados infecciosos (gripe, febres tifoide e paratifoide), hemofilia e hemorragias.

O **Adrenoserum** vai acompanhado por uma ampôla de 2 cc. de **ANTI-NAFILAXINA** para evitar os fenómenos séricos e anafiláticos.

Também temos

Soro normal equino "Ibys"

Bronconeumoserum "Ibys"

FORMULA — Soro pneumo-diférico optoquinado. Ampôlas de 10 cc.

INDICAÇÕES — Pneumonia, bronquite aguda, sub-aguda e crónica, bronco-pneumonias de origem gripal ou pneumocócica, meningite pneumocócica etc.

USO — De duas a quatro ampôlas no primeiro dia em injeção subcutânea, e duas ampôlas nos dias seguintes.

Em caso de gravidade aumente-se a dose e pratique-se a injeção intravenosa, utilizando uma veia de flexão do cotovelo.

O **Bronconeumoserum** vai acompanhado de uma ampôla de 2 cc de **ANTI-NAFILAXINA** para evitar os fenómenos séricos e anafiláticos.

INSTITUTO DE BIOLOGIA Y SUEROTERAPIA — MADRID

DIRECTOR EXMO. SR. DR. J. DURÁN DE COTTE

Vacina contra a tosse convulsa "Ibys"

FORMULA — Emulsão do bacilo de Bordet Gengou e seus associados na tosse convulsa. Contém 250 milhões de germens por centímetro cúbico. Caixas de 5 ampôlas de 2 cc.

INDICAÇÕES — Como curativa e preventiva da tosse convulsa.

USO — **Como curativa:** uma injeção subcutânea de dois em dois dias, começando por $\frac{1}{2}$ cc. na primeira, 1 cc. na segunda, 1,5 na terceira, e 2 cc. nas seguintes.

Como preventiva: bastarão tres injeções de 1 cc. da primeira vez, 1,5 cc. da segunda e 2 cc. da terceira, separadas dum intervalo de quatro dias.

Atosferin "Ibys"

FORMULA — Associação de éter e vacina contra a tosse convulsa.

Caixas de 5 ampôlas de 5 cc.

Ha também a segunda serie.

INDICAÇÕES — Tratamento da tosse convulsa.

USO — Injeção intramuscular na região glútea do conteúdo de cada ampôla pela ordem da numeração que teem, 1, 2, 3, 4 e 5, com dois ou tres dias de intervalo as tres primeiras, e de quatro entre as restantes da **caixa n.º 1 e da n.º 2.**

OBSERVAÇÕES — O **Atosferin** foi preparado pela primeira vez pelo Instituto **IBYS.**

IMPORTANTE — *Superioridade curativa sobre a Vacina contra a tosse convulsa.*

Soro Antitetânico "Ibys" — Soro Antidiférico "Ibys"

AMOSTRAS: ITALPORTUGUEZA — APARTADO 214 — LISBOA

A anestesia raquídia provoca uma contracção intensa do intestino paralisado pela inflamação da sua serosa. Este efeito da raquianestesia é possível por intermédio de um reflexo, cujo centro está situado na medula.

7.º O efeito motor determinado pela raquianestesia tem tendência a produzir um resultado prático, provocando com grande rapidez a evacuação do intestino sempre que não exista um obstáculo mecânico.

Esta acção evacuadora da raquianestesia é favorecida pela paralisia do esfincter anal que ela provoca.

8.º O efeito da raquianestesia sobre a motilidade intestinal é fecundo em aplicações clínicas :

a) Nos casos correntes em que se não observam vômitos nem paralisias post-operatórias.

b) Nos ileus dinâmicos, sobretudo na peritonite.

c) Nos ileus mecânicos.

9.º O efeito da raquianestesia sobre a motilidade intestinal é muito superior, pela sua intensidade, pela sua duração e pelo seu efeito útil, a todos os outros meios que actuam exclusivamente sobre a motilidade.

E. COELHO.

Biblioteca da "Lisboa Médica,"

Obras recebidas :

Internationale Radiotherapie, vol. I—1925-1926. Fundado e publicado pelo DR. J. WETTERER, Edição de L. C. WITTICH, Darmstadt.

O desenvolvimento rápido que tem atingido nos últimos anos a radioterapia e a dispersão dos numerosos trabalhos produzidos em todos os centros científicos da Europa e da América, dificultam cada vez mais ao clínico e ao radiologista o conhecimento completo dos assuntos de maior interesse que lhe dizem respeito. As grandes questões da radioterapia, publicadas e discutidas em jornais e congressos de todo o mundo, escapam, por isso, muitas vezes; quando muito, conhecem-se umas ligeiras referências, bem insuficientes para quem deseja publicar um trabalho com uma bibliografia completa, quasi sem valor para o clínico geral que pretenda aconselhar honestamente o seu doente.

Esta grande dificuldade foi resolvida pelo Dr. Wetterer, de Mannheim.

Num trabalho exaustivo de persistência, em que sacrificou as melhores horas, que poderia dedicar, com egoísmo, ao aumento dos seus proventos — o que não lhe seria difícil — ou ao gozo da maravilhosa floresta, que cerca, nos arredores de Heidelberg, a sua modesta residência, auxiliado apenas por sua esposa e por uma secretária dedicada, o Dr. Wetterer fez o milagre de pôr-se em comunicação em todos os países com os que trabalham neste ramo tão importante da medicina e de lançar a público uma obra de enorme valor.

Para tornar completa a Radioterapia Internacional, não se cingiu o Dr. Wetterer ao sentido restrito dos termos, mas generalizou-a à verdadeira acepção, incluindo sob a designação de radioterapia todos os trabalhos que se referem à *roentgenterapia*, à *curieterapia*, à *fototerapia* e à *electroterapia*, não esquecendo também a grande questão de actualidade que com ela se relaciona, a do *cancro* em especial.

Tôda a documentação que se refere a êste grupo da terapêutica, e foi publicada de 1925 a 1926, se encontra com tôda a facilidade neste volume I da *Internationale Radiotherapie*, pela orientação prática que lhe imprimiu o autor, dividindo-a em capítulos bem ordenados, com índices claros de monografias, referências de congressos e nomes de autores.

As referências minuciosas e extensas a propósito de cada trabalho mais valorizam a obra, que permitirá dispensar, daqui por diante, as despesas de uma grande biblioteca e as pesquisas bibliográficas, sempre tão difíceis e tantas vezes imprecisas. As grandes questões de actualidade e as discussões respectivas são mesmo transcritas quási inteiramente, sem a menor preocupação de economia de espaço, só com o fim, que foi absolutamente atingido, de tornar a publicação indispensável a todos os que trabalham e desejam caminhar a-par dos últimos conhecimentos da técnica, das indicações e dos resultados da roentgen e da curieterapia, das radiações ultra-violetas e infra-vermelhas, da climatologia e da electroterapia.

Dêste modo, publicou o Dr. Wetterer, por um preço relativamente baixo, um magnífico volume de 1056 páginas, óptimamente encadernado, mais de 3000 referências de artigos e comunicações de todos os países, às quais se seguem 14 artigos originais que se referem a variadíssimos assuntos muito interessantes e um apêndice, em que o próprio Dr. Wetterer, com a autoridade e clareza já manifestadas em livros didácticos e trabalhos de todos bem conhecidos, expõe as suas ideas sôbre a técnica e resultados da roentgenterapia dermatológica.

No Capítulo I encontra-se tudo o que se publicou de 1925 a 1926 sôbre física das radiações e estrutura da matéria, aparelhos, dosimetria e filtrações, meios de protecção, helioterapia, climatologia e electroterapia, rádio e outras substâncias radioactivas.

O Capítulo II resume livros, monografias, discussões em congressos e sociedades sôbre doseamento e técnica da roentgenterapia, da curieterapia, da actinoterapia, da diatermia e electroterapia, etc.

O Capítulo III refere-se à acção biológica das radiações de Roentgen e do rádio, da luz e outros agentes físicos: acção específica dos vários comprimentos de onda, discussão sôbre a acção excitante das radiações e sua influência sôbre o sangue e trocas nutritivas, efeitos nocivos sôbre os profissionais e os doentes, seu modo de tratamento e profilaxia, acção sôbre as plantas, bactérias e protozoários, acção terapêutica e biológica das substâncias radioactivas, da helioterapia natural e artificial, da climatologia.

O Capítulo IV trata da terapêutica das doenças da pele: generalidades, infecções dos folículos pilosos, dermatoses especiais.

O Capítulo V, dedicado às doenças ginecológicas, com excepção dos tumores malignos e da tuberculose, apresenta as questões teóricas da radio-

biologia, tão discutidas, seguidas de um extenso parágrafo em que é tratada a terapêutica das dismenorreias, das metropatias hemorrágicas e do fibromioma uterino.

O Capítulo VI, que ocupa 170 páginas no volume, inclui todos os trabalhos publicados sobre tumores malignos de 1925 a 1926. Todas as grandes discussões sobre o cancro que apareceram em congressos e publicações neste período, sobretudo em França e Alemanha, encontram neste grande capítulo uma referência extensa. Sub-divisões bem ordenadas indicam técnicas, indicações e resultados do tratamento do cancro da pele, dos lábios, da cavidade bucal, da língua, das amígdalas, da faringe, da laringe, da tiroideia, do pulmão, do tubo digestivo, do aparelho génito-urinário do homem e da mulher, da mama e dos tumores cerebrais. É curioso anotar como só o carcinoma do útero e da mama abrange cerca de metade do capítulo.

No Capítulo VII, da tuberculose, bastante extenso também, merecem referências completas os trabalhos sobre actinoterapia; sub-divisões do capítulo tratam em especial da tuberculose cutânea, dos órgãos respiratórios, da tuberculose cirúrgica e da génito-urinária.

O Capítulo VIII contém os trabalhos que se referem à acção dos agentes físicos sobre as doenças de medicina interna: irradiação e electroterapia dos órgãos respiratórios, asma, pneumonia, tosse convulsa; diatermia dos órgãos da circulação; diatermia e roentgenerapia das perturbações gástricas e intestinais; radioterapia e electroterapia das lesões ósseas e articulares; actino e roentgenerapia das doenças do sangue, das perturbações das glândulas da secreção interna, das alterações do sistema nervoso, etc. O tratamento do raquitismo ocupa também algumas páginas.

Os três últimos capítulos, pequenos, referem-se à radioterapia e electroterapia na urologia, na estomatologia e oto-rino-laringologia e, finalmente, na oftalmologia.

Não satisfeito ainda com esta obra de tão grande valor, pretendeu o Dr. Wetterer completá-la, solicitando de alguns dos seus colaboradores de vários países artigos em que se tratassem assuntos de ordem geral e de interesse actual. Os títulos desses artigos evidenciam bem, só por si, como o autor conseguiu uma documentação rica e cheia de utilidade:

1.º Desenvolvimento da técnica da roentgenerapia na Alemanha, durante os últimos anos, por *Jäger*, Berlim-Charlottenburg.

2.º Significação da dose «R» em roentgenerapia, por *Jäger*, Berlim-Charlottenburg.

3.º O problema do doseamento na terapêutica internacional pelos raios de Roentgen e pelo rádio, de 1924 a 1926, por *Jona*, Dresden.

4.º Métodos novos de medição da quantidade e da qualidade dos raios de Roentgen, por *Solomon*, Paris.

5.º As minas de rádio na Austrália de 1923 a 1925, por *Flecker*, Melbourne.

6.º Gamaterapia, por *Sluys*, Bruxelas.

7.º Desenvolvimento da radioterapia nos anos de 1924 a 1926 no domínio da ginecologia, na Alemanha e outros países civilizados, por *Lahm*, Chemnitz.

- 8.º O tratamento do carcinoma da pele, por *Hörnicker*, Hannover.
 9.º O desenvolvimento da roentgenerapia em França, desde 1924 a 1926, por *Coliez*, Paris.
 10.º O estado actual da curieterapia na América, por *Schmidt*, Denver-Colorado.
 11.º A radioterapia na Turquia, de 1924 a 1926, por *Chilaiditi*, Constantinopla.
 12.º A helioterapia na tuberculose cirúrgica, por *Rollier*, Leysin.
 13.º Novos dados sobre a radioterapia da doença de Basedow e das hipertiroideas, por *Weiss*, Grunewald.
 14.º A acção das radiações sobre o olho, por *Hoffmann*, Königsberg.

Finalmente, num apêndice que termina o volume, expõe o Dr. Wetterer, sob a designação de *A roentgenerapia em dermatologia*, um trabalho de terapêutica prática das doenças da pele, em que, a propósito de cada uma, se pode encontrar um curto resumo clínico, o modo de acção das radiações, as indicações e a técnica do tratamento. Nesse artigo, mais uma vez o autor do clássico *Manual de Roentgen e Curieterapia* mostra as suas grandes qualidades, bem conhecidas, de excelente radiologista e dermatologista competente.

Este volume da *Internationale Radiotherapie* é o primeiro de uma série, que esperamos interminável. Todos os anos sairá um volume a público, com a mesma orientação, mas, segundo nos informou o Dr. Wetterer, sempre melhorado, com capítulos e dados novos que interessarão aos clínicos de todo o mundo. Quem os adquirir, dentro de alguns anos será possuidor de toda a bibliografia rádio, actino e electroterapêutica mundial e constituirá uma biblioteca de consulta fácil, esplendidamente documentada e económica, ao mesmo tempo.

É um dever nosso, portanto, aconselhar a *Internationale Radiotherapie* a todos os clínicos, mesmo aos não especializados, pela enorme importância que assume, cada vez mais, a terapêutica pelos agentes físicos.

Sentimo-nos obrigados, também, a manifestar aqui, ao sábio e respeitável Dr. Wetterer, o reconhecimento que lhe é devido, pela grande obra que acaba de realizar.

B. G.

Nota — Somos informados pelo editor de que o 2.º volume é publicado brevemente e que, se for encomendado, directamente ou por intermédio de qualquer livreiro, até 1 de Outubro deste ano, custará apenas 50 Marcos, em vez de 64.

LACTOLAXINA FYDAU

COMPRIMIDOS de FERMENTOS LACTICOS LAXATIVOS
a base de Fermentos Lacticos seleccionados, Saes biliares, Agar-agar e Naphtol phtaleina.

Tratamento Biologico
da **PRISÃO DE VENTRE - ENTERITE**
AFFECCÕES DO FIGADO
ANTISEPSIA GASTRO-INTESTINAL

DOSE: 1 a 3 Comprimidos á noite ao deitar.

AMOSTRAS: Laboratorios Biologicos **ANDRÉ PÂRIS**
4, Rue de La Motte-Picquet, PARIS (France).

OPOTERAPIA VEGETAL Os Energétênes **BYLA**

TUDO O SUCO INALTERAVEL DA PLANTA FRESCA E VIVA

Valériane Byla

Digitale Byla

Colchique, Anbépine, Genêt, Gui, Muguet, Sauge, Cassis, Marrons d'Inde

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

Rua Nova da Trindade, 9 — LISBOA

Tratamento completo das doenças do figado e dos sindromas derivativos

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



Opoterapias hepática e biliar
associadas aos colagogos

2 a 12 pilulas por dia
ou 1 a 6 colheres de sobremeza de Solução

PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os ultimos trabalhos científicos

Lavagem
de Extracto de Bilis
glicerinado
e de Panbiline



1 a 3 colheres em 160 gr.
d'agua fervida
quente.
Crianças: 1/2 dose

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

PRODUTOS "WANDER,"

FORMITROL

Medicação interna do aldeído fórmico;
específico das doenças da boca e da garganta:
angina pseudo-membranosa, faringite crónica e aguda, etc.

OVOMALTINE

Super-alimento dos anémicos e dos convalescentes.
Tratamento das afecções do estômago e dos intestinos.
Galactogénio.

Alimento dos intelectuais e dos desportistas.

MALTOSAN (Sôpa de malte)

Dispepsias e toxi-infecções das crianças.
Permite observar um regime de dieta sem conse-
quências debilitantes
De seguros efeitos nos casos mais rebeldes.

NUTROMALT

Açúcar nutritivo não fermentando no intestino.
Complemento indispensável ao leite de vaca no alei-
tamento artificial.
Combate a diarreia infantil e os perigos do desmamar.

ALUCOL

Tratamento dos estados hiperclorídricos.

CRISTOLAX

Laxativo não irritante. Específico da prisão de ventre
habitual, das crianças e das pessoas fracas.

JEMALT

Combinação saborosa de extracto de malte sêco com
óleo de fígado de bacalhau.

Amostras grátis para os médicos

Dr. A. WANDER, S. A., BERNE

Únicos concessionários para Portugal:

ALVES & C.^A (IRMÃOS)

Rua dos Correeiros, 41, 2.^o — LISBOA

Sala

Est.

Tab.

N.º