

Ano VIII

N.º 10

Outubro 1931



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

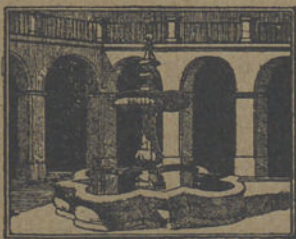
*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,
Lopo de Carvalho, Pulido Valente, Adelino Padesca,
Henrique Parreira, Carlos de Melo,
António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

*Morais David, Fernando Fonseca, António de Meneses,
Eduardo Coelho, José Rocheta e Almeida Lima*



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.^a — 240, Rua da Palma, 246 - LISBOA

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

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

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

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

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

3, Boulevard St-Martin, Paris — « PHARMACIAS. »

RICINOSAL

OLEO DE RICINO EM PÓ EFERVESCENTE

Purgante eficaz e muito

agradavel de tomar

Verdadeiro substituto do

oleo de ricino vulgar

|| INDICADO PARA ||

CRIANÇAS + GRÁVIDAS + PUÉRPERAS

PREPARAÇÃO DE M. GIMENEZ - SALINAS

CALLE ARZOBISPO P. CLARET, 21 Y 23 — BARCELONA

PARA AMOSTRAS DIRIGIR-SE AOS REPRESENTANTES:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — RUA DA PALMA, 240

LISBOA

Sala 6

Est. 9

Tab. 1

N.º 106

Película EASTMAN

para Raios X

Contraste Dupli-Tized

Películas radiográficas

Pathé

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

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

Películas radiográficas rápidas.
Películas radiodiaphanes.

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

Kodak, Limited — Rua Garrett, 33 — LISBOA

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

BISMUTHOIDOL

"ROBIN"

Doenças ocasionadas pelos protozoarios,
Syphilis.

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS.

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

N.º 1748
8 Julho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

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

SULFARSENOL

SaP de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos 606, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em séria)

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 (XVII^e)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

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

Cloreto de Calcio Puro e Estabilizado

30 GOTAS=1 GR. DE CLORETO DE CALCIO

SOLUCALCINE

recomenda-se:

Em todas as Descalcificações

TUBERCULOSE, GRAVIDEZ, TETANIA, ECLAMPSIA

Em casos de Edema e Ascite

Em todas as hemorragias internas

E A TITULO PREVENTIVO ANTES DAS INTERVENÇÕES CIRURGICAS

COIRRE; 5 Bd. du Montparnasse, Paris (6°)

AGENTES GERAIS: GIMENEZ-SALINAS & C.^ª — 240, RUA DA PALMA, 246 — LISBOA

**CIGARROS
DE ABYSSINIA**

EXIBARD

Sem Opio nem Morphina.

Muito efficazes contra a

ASTHMA

Catarrho — Oppressão

e todas affecções espasmódicas
das vias respiratorias.

35 Anos de Bom Exito. Medalhas Ouro e Prata.

H. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C^ª
6, Rue Dombasle, 6
PARIS

EM BOAS PHARMACIAS

acção**pureza****inalterabilidade absolutas**

elas as características
e os fundamentos

do renome mundial da

marca

INSULINA

registada

para a DIABETES

(De ALLEN & HANBURY, LTD. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.)

FOLHETO DE 40 PÁGINAS
GRATIS A MÉDICOS

FRASQUINHOS
de 100, 200, 400 e 500 unidades

Representantes exclusivos deste produto:

COLL TAYLOR, LDA. — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA — TELE } F. 21476
G. DELTA

Agente no PORTO

M. PEREIRA DA SILVA, L. LOIOS, 36. Telefone 701

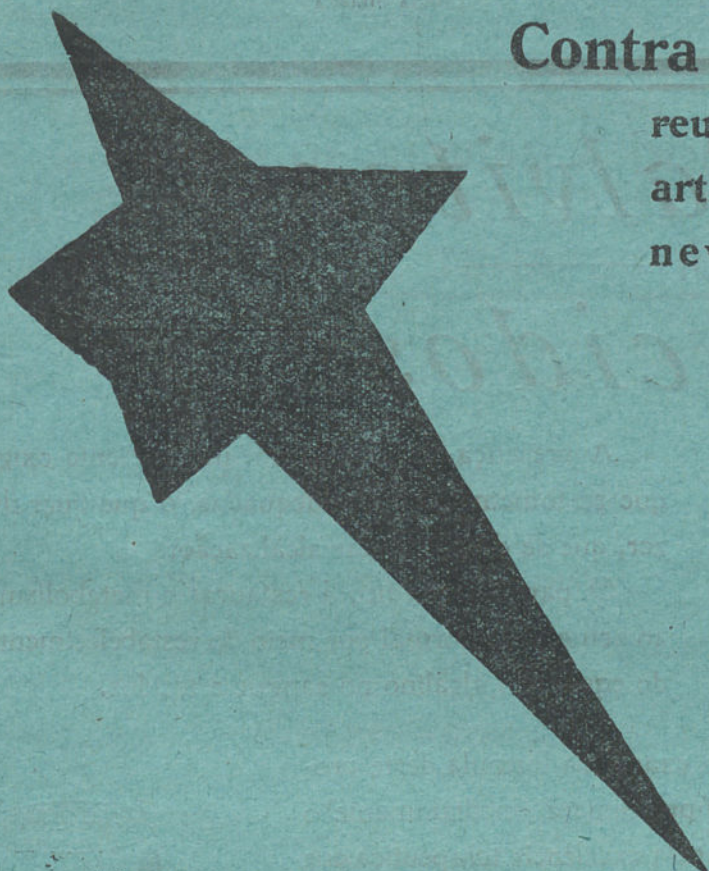
allenburysalimentos de confiança para o bebé tomare para o médico receitarVITAMINADOSAFAMADOSSCIENTIFICAMENTE PREPARADOSGARANTIDOS

n.º 1 — recém-nascidos
n.º 2 — dos 3 aos 6 meses
n.º 3 — depois dos 6 e adultos
BISCOITOS — » » 10 meses.

PEDIR FOLHETO DE 32 PÁGINAS

Representantes de ALLEN & HANBURY, LTD. — LONDRES:
COLL TAYLOR, LDA. — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA

Tele { G. 21476
d. DELTA



**Contra a gota,
reumatismo,
artralgias e
nevralgias**

FANTAN MERCK

Superior a todos os seus congéneres pela sua esplêndida tolerância,
inclusivamente por estômagos fracos.

O **FANTAN** é insípido,
o **FANTAN** não tem contra-indicações.

Embalagens: **FANTAN MERCK** em comprimidos a 0.5 gr. Tubos de 10 e 20 comprimidos.

Peçam amostras e literatura a:

E. Merck-Darmstadt
Secção Científica Lisboa
Rua dos Douradores, 7
LISBOA

Representantes:

Estabelecimentos Herold Lda.,
Rua dos Douradores, 7
LISBOA

Salvitaes

Acidose

A presença de acidose em um paciente exige que se tomem medidas adequadas, o que quer dizer, que se deve efectuar alcalização.

O papel do médico é restaurar o metabolismo ao seu estado normal por meio do restabelecimento do equilíbrio alcalino no sangue e tecidos.

Um exame da formula deste produto impressionará imediatamente o médico pela excelência terapeutica dos seus vários componentes para cumprir a sua missão preventiva e medicinal.

AMERICAN APOTHECARIES CO.,
New York, N. Y., U. S. A.

Agentes em Portugal:

Simenez - Salinas & C.^a

240, Rua da Palma, 246 - LISBOA



Sedare dolorem opus divinum est.

HIPPOCRATES.

O PODER DE ALIVIAR A DOR É UMA PROPRIEDADE ESPECÍFICA DA TERAPEUTICA

Devido á sua capacidade em manter o calor húmido durante tempo indefinido, a

Antiphlogistine

alivia a congestão local, e inutiliza a stase vascular. Ela obsta a acção dos nervos sensoriais, aliviando desta forma a dor, actuando através dos nervos termais da epiderme.

A *Antiphlogistine*,

para os estados inflamatórios associados com a dor e o incómodo, é medida analgésica, de depleção, e de suporte.

The Denver Chemical Mfg. Company,
163 Varick Street, New York, U. S. A.

Podem enviar-me literatura e amostra de
Antiphlogistine para experiência.

Dr.

Morada

(Escrever legivelmente)

Representantes em Portugal:

ROBINSON, BARDSLEY & Co., Ltd.

Cais do Sodré, 8, 1.º

LISBOA

ANEMIA PERNICIOSA
 ANEMIA GRAVE E PARASITARIA
 ANEMIA LUTICA
 ANEMIA GRAVIDICA
 ANEMIA DAS CRENÇAS

Eficaz na
 DOENÇA DE BANTI e na
 CAQUEXIA CANCEROSA

A. B. ASTRA

SODERTÄLJE

Suécia.

PREPARAÇÃO de EXTRACTO de
 FIGADO

VINHO: 1 colher das sopa = 50 gr.
 de Fígado cru.

COMPRIMIDOS: — concentrados —
 assucarados: 1 comprimido = 25 gr.
 de Fígado cru.

EXTRACTO: 1 colher das de chá = 50
 gr. de Fígado cru.

HEPATOTAL



NAS DOENÇAS DO SIGMOÍDEO RECTO E ANUS

QUANDO houver irritação ou obstrução no intestino grosso, é necessário que se produza uma massa fecal branda e moldada.

Nestes casos o 'Petrolagar' é imprescindível porque:—

1. Permea essa massa fecal, tornando-a branda e de fácil passagem.
2. Proporciona uma fácil eliminação sem esforço, diminuindo o congestionamento nas veias Hemorroidais
3. Não tem propriedades irritantes, nem vicia o intestino.

O 'Petrolagar' é uma emulsão grata ao paladar de parafina líquida pura (65⁰/o) e de agar-agar e pôde sêr prescrita sem receio.

Proprietários:
**PETROLAGAR
LABORATORIES, LTD.**
BRAYDON ROAD
LONDRES N. 16
INGLATERRA



Representante em
Portugal:
RAUL GAMA
RUA DOS DOURADORES, 31
LISBOA

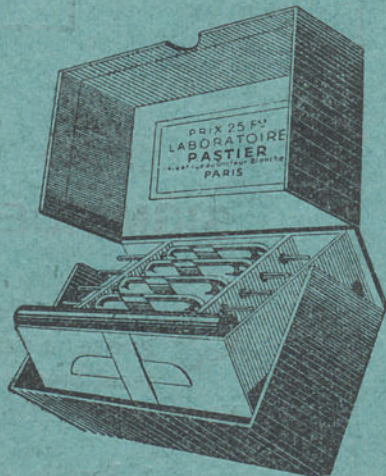
2 novidades em vacinoterapia

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

colitique

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

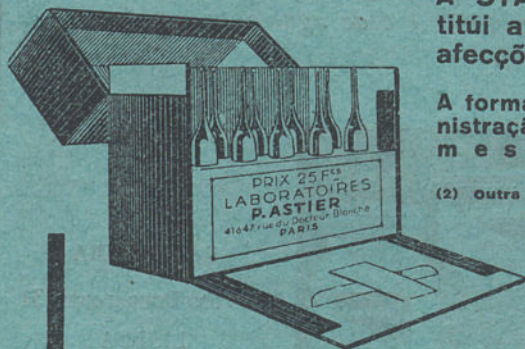
a que melhor realisa
sob a forma bucal,
a vacinação
anti-colibacilar (1)



1) Outras formas: injectavel e filtrado para aplicações locais

stalysine

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



A STALYSINE injectavel constituiu a melhor terapeutica das afecções estafilococicas.

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

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

Colitique e Stalysine

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

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



SUMÁRIO

Artigos originaes

| | | |
|---|------|--------|
| <i>Sôbre a cirurgia do pterígio</i> , por A. Borges de Sousa..... | Pág. | 653 |
| <i>Estudo de um caso de afasia por amolecimento cerebral</i> , por Barahona Fernandes | » | 664 |
| <hr/> | | |
| <i>Revista dos Jornais de Medicina</i> | » | 677 |
| <i>Bibliografia</i> | » | 704 |
| <i>Noticias & Informações</i> | » | LXXIII |

SÔBRE A CIRURGIA DO PTERÍGIO

POR

A. BORGES DE SOUSA

O pterígio consiste numa dobra, numa duplicatura, de um sector da conjuntiva bulbar que avança sôbre a córnea transparente, aderindo a esta membrana. É uma *asa* membranosa triangular cujo vértice — a cabeça do pterígio — aponta ao centro da córnea, e cuja base se perde em continuidade indefinida com a conjuntiva que cobre a esclerótica. Entre a cabeça, que morde a córnea, e o corpo do pterígio, que assenta sôbre a esclerótica, existe o colo, que corresponde ao curto espaço de passagem sôbre o limbo da córnea.

Há que separar os pterígios verdadeiros de uma segunda espécie de pterígios, de patogenia bem definida, constituída pelos pseudo-pterígios, ou pterígios cicatriciais, cujo aspecto terapêutico é completamente diferente.

No pseudo-pterígio houve no início uma desnudação do tecido da córnea (úlceras marginaes, traumatismos, etc.), concomitantemente tumefacção da conjuntiva vizinha que, cavalgando o limbo, estabeleceu contacto com a ulceração corneana; o epitélio conjuntival, destruído pelo traumatismo original, ou danificado pelo toque da úlcera, deixou também o tecido da conjuntiva exposto, sem isolamento. São duas superficies cruentas que uma a outra se soldam. Extinta a turbulência inflamatória, fica uma prega de conjuntiva aderente à córnea por uma cicatriz comum. Se a ulceração da córnea não chegou até o limbo, a prega forma uma



4900 CIÊNCIA VIVA
4930 CADE COIMBRA

ponte de conjuntiva sob a qual se passa uma sonda sem dificuldade. O processo final é cicatricial, estável, sem a menor tendência progressiva. A terapêutica cirúrgica não é aqui chamada, a menos de, cosmeticamente, desvanecer um defeito aparente, ou remediar um simbléfaro que não poucas vezes acompanha o pseudo-pterígio consecutivo a corrosões.

Dada esta patogenia é evidente que o pseudo-pterígio pode desenvolver-se em qualquer ponto da córnea, ocupando as mais variadas posições.

Não assim o pterígio verdadeiro cuja sede corresponde sempre à área ocular que a fenda palpebral deixa exposta, sendo a córnea invadida pelo lado nasal quasi sempre, às vezes pelo lado nasal e temporal simultaneamente. Fora do local determinado pelo meridiano aproximadamente horizontal, não há pterígios verdadeiros. Com lentidão extrema a cabeça do pterígio avança, afastando-se do limbo e aproximando-se do centro da córnea que acaba por atingir e por transpor. É o pterígio progressivo, que clinicamente é de praxe contrapor ao pterígio estacionário, se bem que não exista maneira de saber se um determinado pterígio, ocasionalmente estacionário, virá ou não a categorizar-se de progressivo.

A medida que a cabeça do pterígio prossegue no seu caminho invasor, a conjuntiva bulbar vai sendo repuxada e deslocada para sobre a córnea, esticando-se segundo uma linha horizontal que une a cabeça à carúncula lacrimal (pterígio interno), ao mesmo tempo que a conjuntiva móvel de cada lado dêste eixo se traslada simetricamente para o lado da córnea, configurando-se um leque meio aberto. O retesamento sucessivo da conjuntiva acaba por desfraldar a prega semilunar e até por deslocar a carúncula, sucedendo mesmo em casos extremos haver impedimento nas excursões laterais máximas do globo com revelação de diplopia. Entretanto a ponte conjuntival com passagem livre, que se verifica no pseudo-pterígio, não existe no pterígio verdadeiro; há sempre aderência ininterrupta das superfícies, sendo contudo a área de soldadura muito menos extensa do que a área do pterígio; de cada lado do eixo existe uma prega coberta de epitélio; a sonda penetra nestas fendas, mas não passa, sendo detida pela adesão das duas membranas.

Numerosos vasos seguem o pterígio convergindo para a ca-

beça, sem contudo atingirem o vértice, sempre envolto numa massa vítrea, gelatinosa, acinzentada e avascular.

Quanto mais volumosa e extensa é esta massa que acolita a cabeça do pterígio, tanto mais activas são as suas faculdades invasoras; da mesma maneira a riqueza vascular do colo, a succulência do corpo, indicam pterígio progressivo. Pelo contrário, se a orla vítrea é exigua, se a vascularização é escassa e a espessura fraca, o pterígio toma o aspecto membranoso, polido e liso, que caracteriza o pterígio estacionário.

O pterígio verdadeiro afecta de preferência gente de idade madura ou avançada, sujeita por modo de vida a irritações mecânicas e químicas prolongadas, sendo contudo nada raro em Portugal ver o pterígio na terceira e quarta décadas da vida. Há países onde elle é pouco freqüente, na Inglaterra, por exemplo; noutros manifesta-se amiudadamente, incidindo com grande preferência nas classes trabalhadoras.

Além da deformidade que causa, o pterígio é perigoso para a visão pela possibilidade de atingir a área pupilar, prejudicando a transparência indispensável da parte central da córnea, prejuizo que permanece depois da intervenção cirúrgica necessária, perdurando a opacidade cicatricial. Por isso o pterígio deve ser operado antes que tenha tomado incremento considerável. E como, por outro lado, nunca é possível afirmar que um pterígio, hoje estacionário, se não mostre ao depois progressivo sob a influência das causas irritantes prevaescentes, a regra deve ser operar todos os pterígios verdadeiros. Demais que, nas pregas e sulcos da duplicatura, se introduzem poeiras e corpos estranhos, cílios e detritos, que a corrente lacrimal não pode carrear, e que ajudam a manter a conjuntiva num estado permanente de irritação.

Histològicamente, o pterígio mostra-se coberto pelo epitélio conjuntival, com pregas horizontais e depressões onde existem células caliciformes abundantes, e, algumas vezes, formações que assemelham glândulas tubulosas. A obstrução fortuita do orificio duma destas formações leva à criação dum pequeno quisto de retenção, forrado de epitélio. No vivo, e com relativa freqüência, observo quistos destes quando examino o doente à lupa binocular, ou ao microscópio e lâmpada de fenda de Gullstrand.

O estroma do pterígio é similar ao tecido subepitelial da conjuntiva bulbar, simplesmente verifica-se o repuxamento das fibras,

e, às vezes, deposições de substância hialina, como aquelas que a pinguécua exhibe, figuram-se na preparação.

A cabeça do pterígio umas vezes vê-se coberta pelo epitélio da córnea, outras é o epitélio conjuntival que se estende sobre a córnea na área vizinha da cabeça. A membrana de Bowman mostra fendas e falhas que se estendem até as lamelas superficiais do parênquima da córnea, alterações estas causadas pelas incurções na córnea do tecido conjuntivo vascularizado subepitelial do pterígio.

Vê-se pois que, além da retracção conjuntival e da duplicatura que caracterizam o pterígio, existem também e sempre lesões degenerativas da córnea que documentam a actividade desta membrana na génese do processo. Até há pouco tempo toda a importância tinha-a a conjuntiva, mas os estudos anatómo-patológicos modernos (Schöninger, 1926), e as observações bio-microscópicas à lâmpada de fenda, mostram que no processo a córnea não desempenha um papel passivo. Por isso uns classificam o pterígio entre as doenças da conjuntiva, outros, e estes representam a tendência actual, incluem o mesmo nas doenças da córnea.

A patogenia do pterígio é ainda obscura. Certamente, Arlt erra quando pensa que o pterígio é originado por uma prega de conjuntiva aderindo a uma úlcera marginal da córnea, mecanismo verdadeiro apenas para os pseudo-pterígios. Também quando Fuchs faz derivar o pterígio da pinguécua que, desenvolvendo-se, transpõe o limbo e invade a córnea arrastando a conjuntiva, não trilha certamente o caminho da verdade. Naturalmente, como o pterígio incide habitualmente num período da vida em que se manifestam as lesões degenerativas conjuntivais que definem a pinguécua, não é cousa estranha que no pterígio, com a conjuntiva que avança sobre a córnea, avancem também os elementos amarelados, hialinos, da pinguécua. De facto, o exame bio-microscópico à lâmpada de fenda mostra num pterígio inicial uma pequena elevação no limbo com numerosos depósitos amarelados, subepiteliais (Schiek, 1931). São restos da pinguécua. Depois, o epitélio conjuntival desce sobre a córnea formando pregas finas; debaixo d'ele correm delgados vasos, e no ponto em que este epitélio se encontra com o epitélio da córnea vêem-se opacidades cinzentas nas camadas superficiais desta membrana. De maneira

LISBOA MÉDICA

DRYCO

Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

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

DRYCO é o leite IDEAL

Especialmente preparado para a

**alimentação
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

Simenez-Salinas & C.^a

Rua da Palma, 240-246

l i s b o a



LISBOA MÉDICA

TERAPEUTICA DA SIFILIS

O TRATAMENTO
ARSENICAL
SUB-CUTANEO
VERDADEIRAMENTE
INDOLOR
É REALIZADO PELO

ACETYLARSAN
COMPOSTO ACTIVO E SEGURO

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
"SPECIA"

Marques POULENC Frères & USINES DU RHONE
86, rue Vieille-du-Temple — PARIS

expansion

que os restos da pinguécua estão fora da zona da cabeça, do vértice activo do pterígio, atrasando-se pelas imediações do colo. Verdadeiramente, a pinguécua não faz mais do que acompanhar a translação da conjuntiva para a córnea. Estas observações de Schiek, fáceis de compulsar, como o tenho feito na rotina da clínica, demonstram bem que, por acaso excepcional, a concepção patogénica do grande mestre que foi Fuchs sôbre o pterígio não corresponde à verdade dos factos.

A patogenia do pterígio continua actualmente peada pela ignorância.

O tratamento do pterígio é exclusivamente cirúrgico. Contudo, as recidivas post-operatórias são relativamente freqüentes, voltando a conjuntiva a estender-se sôbre a córnea. Em regiões onde o pterígio é raro, e onde raramente também atinge dimensões avantajadas, as recidivas são raras, e qualquer tipo de operação resulta eficaz. É o que explica a simplicidade dos métodos usados em determinadas clínicas, em contraposição com os cuidados técnicos que o caso inspira em outros centros. No nosso país o pterígio é freqüente, muitas vezes exuberante, e as recidivas longe estão de serem excepcionais. Sucede contudo, deve dizer-se, que muitas vezes o pterígio recidivado perde carácter progressivo que antes da operação possuía, tornando-se estacionário: cosméticamente a operação faliu, mas o prognóstico funcional, e sobretudo visual, melhorou consideravelmente. Com maior rareza, realizada a recidiva, o pterígio invade e progride, como antes fizera.

Na cirurgia do pterígio uma das principais preocupações do cirurgião consiste em evitar as recidivas; daí, o número dos métodos propostos, daí a escolha lenta que o oftalmologista, dispondo de material abundante, tem que fazer, experimentando, modificando, seleccionando.

Dois princípios regem, ou devem reger, este capítulo da cirurgia: 1.º extirpar completamente a substância gelatinosa, vítrea, que orla a cabeça do pterígio; 2.º poupar quanto possível a conjuntiva.

Durante os meus 30 anos de intensa actividade cirúrgica tenho operado muitas, muitas centenas de pterígios. Ensaiei variados métodos, experimentando-os em longas séries. Alguns rapidamente deixei, outros conservei na minha prática com persistência

considerável, e acabei por criar preferências que julgo serem hoje definitivas. A razão da publicação dêste pequeno trabalho encontra-se no apuramento final da técnica que ao depois expinho. Entretanto, mencionarei rapidamente os métodos que pela vida fora fui empregando até chegar àquele que já há muitos anos executo habitualmente.

As diferentes operações dirigidas contra o pterígio podem classificar-se em duas secções: excisões e transplantações.

Quer o pterígio seja excisado ou transplantado, começa-se sempre por um tempo operatório que é comum a todas as técnicas: a disjunção da cabeça do pterígio da substância da córnea. Esta desunião realiza-se levantando e suspendendo a duplicatura pelo colo abraçado por uma pinça e dissecando a cabeça com um escalpêlo fino, com uma faca de Graefe, uma lança curva, ou, como melhor me agrada, com uma simples espátula ordinária. Não sinto a necessidade do emprêgo dos vários instrumentos de dois gumes para o caso inventados. Merece especial cuidado deixar a superfície da córnea completamente livre de tecido adventício, por isso convém raspar e alisar a área de implantação, não esquecendo o limbo, por meio da colher cortante. Nas poucas vezes em que a colher não basta para executar esta manobra com perfeição, convém empregar o galvano-cautério aplicado superficialmente, ou, como há algum tempo tenho feito com inteira satisfação, usar para o mesmo fim o cautério de vapor de Wessely.

Feito isto, se operarmos como Arlt, excisaremos um losango que compreende o corpo do pterígio, afrontando depois os bordos conjuntivais por meio de várias suturas verticais. Resulta finalmente uma linha de cicatriz que se estende desde perto da carúncula até o bordo da córnea.

É uma operação clássica, muito adoptada por excelentes cirurgiões, e de que fiz vasto uso. Tem contudo, na minha opinião, o inconveniente de sacrificar uma porção notável de conjuntiva, e da cicatriz, englobando tecido conjuntival degenerado, vir a cair justamente na parte exposta do globo ocular, na que mais sujeita está à acção das irritações exteriores. As recidivas eram relativamente freqüentes.

Usei durante bastante tempo o processo de Terson que consiste em excisar um rectângulo que compreende o corpo do pte-

rígio. Uma linha horizontal de incisão superior termina perto do limbo da córnea, pelas alturas do seu têrço superior. A linha horizontal inferior coloca-se tão acima quanto possível, posição que varia com as dimensões do pterígio. Uma incisão vertical posterior interessa a base do pterígio, unindo uma a outra as duas incisões horizontais por diante da carúncula. Uma quarta incisão, anterior, segue verticalmente ao longo do limbo, até o encontro com as incisões horizontais. Fica assim delimitado um quadrilátero onde a episclera se mostra desnudada de conjuntiva.

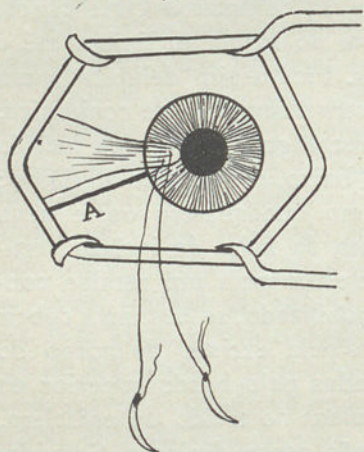
Do ângulo ântero-inferior dêste rectângulo parte uma incisão compensadora que se prolonga para baixo, concêntrica ao limbo; do ângulo pósteroinferior do mesmo quadrilátero parte nova incisão para baixo, no prolongamento da linha de incisão vertical posterior. Estas linhas circunscrevem pois um retalho conjuntival, também rectangular, que, mobilizado, se destina a cobrir a perda de substância determinada pela excisão do corpo do pterígio. Duas ou três suturas passadas pelo bordo superior da ferida conjuntival, penetrando as agulhas no tecido da episclera, fazem que êste lábio conjuntival se não possa deslocar. Seguidamente as agulhas passam no bordo superior do retalho mobilizado. Com o apertar das suturas obtém-se uma linha de união horizontal, situada acima do plano horizontal pupilar, a uma altura que a pálpebra superior ordinariamente encobre.

Nesta operação sacrifica-se com bastante largueza a conjuntiva e sucede que, nos pterígios volumosos, onde a retracção conjuntival é acentuada, há dificuldade em afrontar os bordos da ferida, e, nos dias seguintes à operação, as suturas, às vezes, rasgam o retalho. Permanece sempre um repuxamento considerável da parte inferior da conjuntiva, defeito que se torna aparente no olhar para cima. O emprêgo dêste método não abrigava os meus doentes contra as recidivas.

Passei então a operar segundo a técnica elegante de Knapp: descolar o pterígio até a base, circunscrever os bordos superior e inferior do pterígio por duas incisões conjuntivais, naturalmente divergentes, que terminam na imediação da base. Dêstes dois pontos terminais partem duas novas incisões, uma para cima, outra para baixo, dirigidas para diante, pròximamente concêntricas ao bordo da córnea. Depois, uma incisão horizontal, prolongada desde a cabeça até a base, divide o pterígio em duas meta-

des. O vértice do retalho triangular superior sutura-se ao ângulo mais alto da ferida conjuntival, a ponta do hemi-pterígio inferior cose-se ao ângulo mais baixo da ferida conjuntival. Fica um

Fig. 1

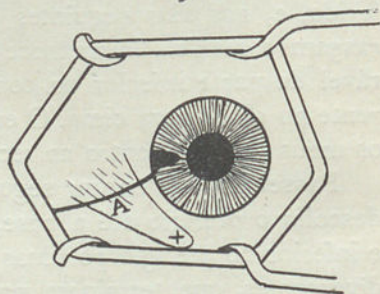


espaço desnudado no plano horizontal, limitado pelo limbo da córnea e pela base do pterígio, mas temos na conjuntiva que vem a formar dois retalhos encostados à córnea material suficiente para a cobertura, se por meio de duas incisões compensadoras verticais, uma acima, outra abaixo do plano horizontal, separarmos na extensão necessária a conjuntiva do limbo da córnea. Uma sutura unindo os bordos conjuntivais deixará uma linha de união horizontal desde a córnea até a base do pterígio.

A operação de Knapp demanda dissecação fina e cuidadosa, nem sempre possível de executar em conjuntiva degenerada. Tem ainda o inconveniente, já apontado, de deixar cicatriz no sector exposto do globo. Tem porém a seu crédito a vantagem grande de não sacrificar a conjuntiva. Em suma, o processo de Knapp é bom, e se dêle me não sirvo actualmente com mais frequência é porque existe outro melhor.

Operei com satisfação em longas séries de várias centenas pelo método preconizado por Uribe Trancoso, excisando a cabeça, o colo, e uma parte do pterígio. Obtinha assim uma perda de substância irregularmente triangular. Do vértice desta fi-

Fig. 2



gura (apontado à carúncula) fazia partir uma incisão, em geral para baixo, que liberava um retalho conjuntival triangular. Suturando a ponta dêste retalho ao ângulo superior da ferida, junto ao

Quando não seja possível fazer-se
um tratamento anti-sifilitico
pela via hipodérmica, recorra-se ao

Virosan "Serono" Em pílulas

(contendo 25 mg. de mercúrio metálico
sob forma orgânica) que não tem os in-
convenientes comuns nos sais de mercúrio.

No período primário e especialmente
secundário e terciário da SIFILIS

Depois duma cura específica da

sifilis

use-se a

Bioplastina "Serono"

que é um excelente coadjuvante no trata-
mento anti-luético e sobretudo um ótimo

reconstituente geral

Amostras á Disposição dos Senhores Médicos
Apartado 214

L. Lepori — Rua Victor Cordon, 1-E — **Lisboa**

Metodo cytophyllatico do Professor Pierre Delbet

Comunicações as sociedades scientificas e em especial a Academia de Medicina
Sessões de 5 de Junho, 10 de Julho, 13 de Novembro de 1928; 18 de Março de 1930

DELBIASE

estimulante biologico geral

■ por hypermineralisação magnesia do organismo ■

Unico produto preparado segundo a formula do Professor Delbet

Principais indicações :

Perturbações digestivas - Infecções das vias biliares

Perturbações neuro-musculares - Asthenia nervosa

Perturbações cardiacas por Hypervagotonia

Pruridos e Dermatose - Lesões do tipo precanceroso

Perturbações urinarias de origem prostatica

— Prophylaxio do Cancer —

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

DEPOSITO : LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE

8, rue Vivienne - PARIS

A pedido mandam-se amostras aos medicos

”

eregumil

Fernández

**Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas**

Contém no estado coloidal

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

**Insubstituivel 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 — MALAGA

Deposítarios: GIMENEZ-SALINAS & C^a

240, Rua da Palma, 246

LISBOA

limbo, e juntando uma segunda sutura que afrontava os lábios da ferida conjuntival, cobria completamente a perda de substância.

É um processo rápido, eficaz e fácil de combater os pterígio de dimensões moderadas. A linha de cicatriz fica em grande parte fora da fenda palpebral. O sacrifício de conjuntiva não é considerável. Contudo as recidivas davam-se com relativa frequência, causadas provavelmente pelo contacto do bordo cruento da conjuntiva com a superfície desnudada da córnea.

Voltei a minha atenção para o método de Mc'Reynolds que realiza uma modificação feliz da transplantação original de Desmarres.

Mc'Reynolds separa a cabeça do pterígio da córnea, como de

resto se faz em todos os métodos, levanta-a com uma pinça, aparta da esclerótica o corpo do pterígio, sem cortar, por meio de um instrumento rombo (a mim serve para o caso uma espátula de íris).

Faz uma incisão à tesoura ao longo do bordo inferior do corpo do pterígio, do limbo até a carúncula, e a incisão compreende a conjuntiva e o tecido sub-conjuntival (A. fig. 1). Nunca dei a esta incisão tamanhas dimensões, limitando-a a cerca de 8 mm. Descolada da esclerótica a conjuntiva que reveste o bulbo por baixo desta incisão, obtém-se uma bolsa na qual se sepulta o pterígio.

Mc'Reynolds introduz então um fio de sêda, munido de duas agulhas, perto da cabeça do pterígio, de modo que a ansa de fio fique apoiada na superfície profunda da conjuntiva. As agulhas caminham depois no interior da

Fig. 3

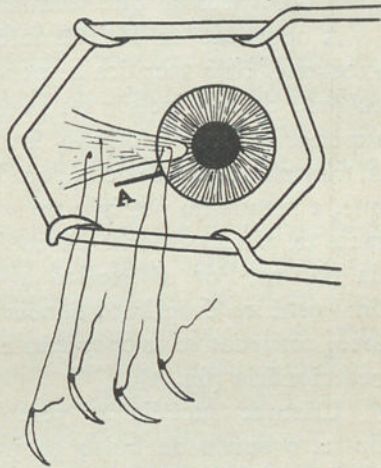
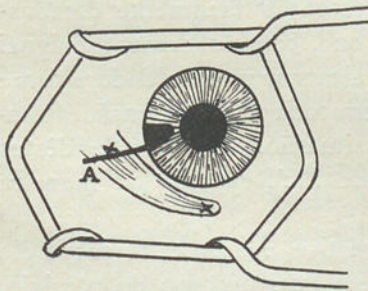


Fig. 4



cavidade que a bôlsa conjuntival amolda, e perfuram a conjuntiva em dois pontos afastados um do outro cêrca de 2 mm., segundo uma linha que mais ou menos se aproxima do meridiano vertical do globo ocular, consoante as dimensões do pterígio. A tracção sôbre o fio leva o pterígio para dentro da bôlsa conjuntival, onde fica fixado pelo nó que termina a sutura e a operação.

A operação de Mc'Reynolds é sob todos os pontos de vista excelente. Não sacrifica a menor parcela de conjuntiva e, havendo cuidado de não incisar ou rasgar a conjuntiva ao longo do bordo superior do pterígio, não fica desnudada a superfície escleral. A transplantação desloca para baixo a conjuntiva intacta, de modo que, a menos do pterígio possuir dimensões insólitas, não há contacto de bordo cruento de conjuntiva com a superfície desnudada da córnea. Por aí explico a rareza das recidivas. O resultado final estético é óptimo, depois da regularização do espessamento local consecutivo à operação e do desaparecimento da hiperemia reaccionária (fig. 2).

Contudo sucedia às vezes dobrar-se para dentro, invertendo-se, o bordo da bôlsa conjuntival (A. fig. 1) arrastando a conjuntiva vizinha. Da aposição das duas superfícies conjuntivais profundas, cruentas, resultava a soldadura da duplicatura e um espessamento brusco, como que um degrau minúsculo no aspecto exterior do globo. Por outro lado sempre atentei na inconveniência de encarcerar na bôlsa conjuntival o pterígio coberto pelo seu epitélio. Quando atrás toquei a histologia do pterígio, mencionei as formações tubulosas epiteliaes que, por oclusão do orifício exódico, originam quistos de retenção facilmente demonstráveis à biomicroscopia. Além do que, continuamente julguei e julgo que o nosso desejo deve ser alcançar uma soldadura firme e rápida do pterígio transplantado em toda a sua extensão, fixando-o definitivamente na sua nova situação. Em virtude destes raciocínios modifiquei o processo de Mc'Reynolds da maneira seguinte :

Depois de passada a sutura no vértice, e exercendo sôbre ela a tracção necessária para estender e esticar o corpo do pterígio, adaptando-o ao globo, desnudo o pterígio de todo o seu epitélio, raspando-o com a colher cortante.

Seguidamente passo uma segunda sutura em U (fig. 3) (fio armado de duas agulhas) perto da base do pterígio, de modo

que, similarmenle à primeira sutura, a ansa do U tome apoio na face profunda do pterígio, e os dois ramos saiam pela sua superfície exterior. Procedo ao encafuamento do pterígio como faz Mc'Reynolds, depois passo as duas agulhas da minha sutura pelo bordo da bôlsa conjuntiva (A. fig. 3) e, apertando o nó, fica a conjuntiva bem estendida sôbre o corpo desnudado do pterígio, sem que o seu bordo se possa enrolar ou dobrar (fig. 4).

São óbvias as vantagens de assim proceder. A soldura do pterígio à conjuntiva faz-se rapidamente, deixando o descolamento operatório imediatamente de existir. Os resultados são excelentes sob todos os pontos de vista, sem olvidar a raridade extrema das recidivas.

É desta maneira que, há muitos anos já, opero correntemente o pterígio na minha prática particular e no meu serviço hospitalar. Operação rápida, fácil, eficaz, obedecendo aos melhores preceitos técnicos actuais, os seus bons efeitos, comprovados por muitas centenas de casos, fazem que não ansie por método melhor.

Raramente existem pterígios que se afastam de tal maneira do corrente, revestindo tamanha extensão e malignidade, que justificam o emprêgo de outros métodos. São excepções com que tenho tido que arcar. Resolvi algumas com uma espécie de Mc'Reynolds duplo, bifurcando o pterígio, cosendo metade acima, metade abaixo. Mas isto já não é Mc'Reynolds, é cirurgia de recurso. Em outros casos socorri-me de autoplastias com retalhos soltos de conjuntiva, tirados do outro olho, com retalhos de mucosa tirados do lábio, com retalhos de Tiersch tirados da pele. A estética final é por vezes deplorável mas a função resguarda-se.

O Mc'Reynolds, com as modificações que lhe introduzi, é, em minha opinião, o melhor, o mais seguro e o mais eficaz dos processos operatórios do pterígio. São pequenas, quási minúsculas as alterações efectuadas no método original, da mesma maneira que a operação de Mc'Reynolds mais não é do que uma modificação da transplantação de Desmarres, mas em cirurgia ocular o detalhe, a minúcia de técnica, aparentemente modesta, se inteligentemente concebida e cuidadosamente executada, toma importância decisiva para o êxito terminante.

ESTUDO DE UM CASO DE AFASIA POR AMOLECIMENTO CEREBRAL

POR

BARAHONA FERNANDES

O caso clínico que venho relatar foi objecto dum exame médico-legal em colaboração com o Ex.^{mo} colega Dr. Américo de Assunção. Consignarei neste lugar tão somente os excerptos do nosso relatório pericial de carácter puramente médico, acrescidos de breves comentários, pondo de banda as questões de ordem jurídica e omitindo por completo os pormenores meramente pessoais, por correr ainda em juízo a acção a que êle se refere.

M., mulher de noventa anos de idade, fôra há dez meses affectada de perturbações da linguagem e decadência mental, iniciadas sem *ictus*, dum modo lento e insidioso. Estes informes, fornecidos por anteriores exames médicos, que marcam o grau e extensão dos sintomas observados, são os únicos que nos foram proporcionados acêrca da história da doença actual. Igualmente desconhecemos os antecedentes hereditários e pessoais, e nos foi impossível colhêr dados donde pudéssemos deduzir a constituição e personalidade pre-mórbidas da examinanda.

O exame directo permitiu-nos acumular numerosos elementos que repartiremos nos seguintes capítulos:

A) *Exame morfológico.* — M. aparenta a propecta idade que possui.

Sucintamente, apresenta-nos ao exame: braquicefalia, face larga, simetria crânio-facial, fronte espaçosa com rugas horizontais marcadas, pescoço curto, tórax forte e largo, abdômen volumoso, membros breves.

Persistem bem marcados os caracteres sexuais secundários. No sistema piloso nota-se que o lábio superior e o mento são ligeiramente peludos, e o cabelo não está completamente encanecido. A pele, sêca e infiltrada, está longe da atrofia apergaminhada da cútis senil. A panícula adiposa é bem desenvolvida e túrgida, havendo mesmo obesidade de grau médio e distribuição difusa.

O hábito físico da examinanda pode ser capitulado na moderna termino-

STAPHYLASE do D^r DOYEN

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

Tratamento especifico das Infecções Staphylococcicas :
ACNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ, etc.

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

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

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

AMOSTRAS e LITTERATURA : **SALINAS**, Rua da Pa'ma, 240-246 — LISBOA

ASSOCIAÇÃO DIGITALINE-OUABAINÉ

DIGIBAÏNE

Substitue vantajosamente
a digital e a digitalina no tra-
tamento de todas as formas de
insuficiência cardíaca

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

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:
GIMENEZ-SALINAS & C^a
RUA DA PALMA, 240-246 — LISBOA

SIRAN

CONTRA A TOSSE

COMPOSIÇÃO:

Sulfogaicolato de potássio (6 0/0), xarope de hortelã pimenta composto, adicionado de ácido thimico e de extracto de tomilho.

INDICAÇÕES:

Doenças catarrhaes dos órgãos respiratorios, bronchite aguda e chronica, tuberculose pulmonar e laryngea, gripe, coqueluche e asma.

TEMLER — WERKE
BERLIN — Johannisthal

BROSEDAN

Medicamento sedante, de toda a confiança, com elevada percentagem de vitaminas de levedura

INDICAÇÕES:

Neurasthenia e padecimentos nervosos de toda a especie, especialmente insomnia nervosa e nevrose cardíaca. Padecimentos nervosos sobrevindo durante a menstruação e durante a menopausa. Estados de excitação de origem psychica; nevroses de terror e afecções semelhantes. Hyperexcitabilidade sexual. Neuralgias e enxaqueca. Epilepsia. Alem disso o Broседan é empregado, quando se quizer fazer uma alimentação pobre de sal (na nephrite, rheumatismo, tuberculose).

TEMLER — WERKE
BERLIN — Johannisthal

Hämafopan

feito de
Extracto de Malte e Sangue
contem todas as substancias baseas e complementares em estado activo para a **formação de sangue novo**

Dr. August Wolff, Blelefeld

A terapeutica das enfermidades reumáticas e inflammatorias

SINNODIN

(Dr. Bauer)

Injecção intra-venosa ou intra-gluteal **indolor** para os diferentes processos reumaticos e inflammatorios, gota, neuralgias, mialgias e irite.

Chem. Fabrik Milkal, Altona-Hamburgo

Poderoso desinfectante vaginal — O protector ideal para a mulher, conhecido desde há 25 anos.

SPETON



Templer-Werke, Berlin-Johannisthal

Depositários exclusivos: **HENRIQUE LINKER L.^{da}**, Lisboa, Rua D. Pedro V, 34

logia morfológica como brevilineo, macroesplâncnico, hipervegetativo e hipertônico, correspondendo ao temperamento anabólico de Pendé.

Tais caracteres incluem-se claramente no tipo pícnico de Kraetchmer equivalente ao vulgar aspecto pletórico.

B) *Exame somático.* — O estado geral é satisfatório, a-pesar-da ligeira anemia da pele e das mucosas, confirmada pelo exame laboratorial.

Do lado do aparelho circulatório observamos um pulso batendo 72 vezes p. m., muito tenso, regular no ritmo e amplitude, com pronta recorrência e sem aritmia respiratória; as artérias superficiais são duras (artério-esclerose), não são sinuosas nem se palpam placas de calcificação; a pressão arterial medida com o oscilómetro de Pachon marca 26 cm. de máxima e 9 cm. de mínima; a área cardíaca determinada pela percussão não estava apreciavelmente aumentada ou deformada e a auscultação deu-nos os tons surdos e no foco aórtico o 1.º tom apagado e o 2.º batido (esclerose da aorta).

Não havia sintomas subjectivos nem sinais somáticos de insuficiência circulatória, nem outros quaisquer sintomas de *deficit* vascular periférico.

Dos exames laboratoriais conclue-se que há uma ligeira anemia (3.440.000 glóbulos rubros por mm. c. com 80 % de hemoglobina), hiperlinfocitose, hipermonocitose relativas e absolutas.

A ureia e glicose do sangue apresentam-se normais e a urina revela ligeiros vestígios de albumina e ligeira deficiência da concentração da ureia.

Estas alterações não indicam lesões renais de grau suficiente para produzir por si só a hipertensão arterial observada, que aliás, como soubemos por informação, é lábil e cede bem à terapêutica vaso-dilatadora, havendo quando muito uma esclerose renal benigna, dependente da sua artério-esclerose generalizada.

A reacção de Wassermann no sangue, praticada por duas vezes em laboratórios diferentes, foi negativa.

O exame clínico dos restantes órgãos e aparelhos é negativo, coincidindo com as informações que nos foram prestadas da normalidade das suas funções vegetativas.

C) *Exame neurológico.* — A visão do olho direito está muito comprometida por um antigo leucoma da córnea. No olho esquerdo há a presbitia, própria da idade, ligeiro *exophthalmus* e as reacções fotomotoras, de acomodação e convergência estão normais. É evidente o arco senil. A motilidade ocular e palpebral está conservada e é sinérgica com a do frontal.

Observa-se um fino tremor das pálpebras e ligeira parésia do nervo facial direito, interessando especialmente a parte inferior da face, mas sem perturbar a mastigação, o sopro e a emissão das consoantes labiais. Não há contracturas, nem movimentos fibrilares, nem atrofia muscular da face.

Existe tremor fibrilar e ligeira ataxia da língua.

Regista-se como muito importante a ausência de disartria verdadeira. A perturbação *lábica*, cuja descrição adiante desenvolveremos, é de natureza afásica e não provém de má articulação verbal por incoordenação, ataxia, atrofia, paralisia ou contractura dos órgãos adstritos à fonação.

Os restantes nervos cranianos são normais.

Existe monoparesia global do membro superior direito sem alterações apreciáveis do *tonus*, das funções tróficas, posição anormal ou perturbações vaso-motoras; a-pesar-da diminuição da força muscular, que interessa preferentemente a extremidade distal, sem electividade por determinados grupos de músculos (como é próprio das paralisias de origem central) e da insegurança dos movimentos complexos, não há ataxia, mas somente ligeiríssima apraxia motora.

Nota-se tremor manual e digital de ambos os lados, de pequena intensidade, mas mais marcado à direita; ausência de tremor intencional.

A motilidade do tronco e membros inferiores é normal.

A observanda marcha com pequenos passos, mas sem a postura própria dos estados lacunares. A diadococinesia, coordenação motora e equilíbrio estão conservados, não havendo ataxia nem sinal de Romberg.

Os movimentos automáticos espontâneos, ainda que parcos, não estão abolidos.

Os reflexos ósteo-tendinosos dos membros inferiores e membro superior esquerdo estão abolidos. Os reflexos periósteo-radial, cúbito-pronador e olecraniano direitos obtêm-se com facilidade, sendo o primeiro bastante vivo.

Os reflexos cutâneos encontram-se abolidos, apenas se esboça o abdominal superior esquerdo (pesquisa difícil por defesa da examinanda).

Dos sinais característicos de lesões da via piramidal — Oppenheim, Babinski, Gordon, Schaefer, Rossolimo, Egas Moniz, etc. — apenas obtivemos o primeiro do lado direito.

Não se obtêm os reflexos de postura nem tampouco sintomas patológicos das vias extrapiramidais.

A sensibilidade parece conservada em todas as suas modalidades.

Os esfíncteres estão normais e não se apuram perturbações tróficas nem do sistema nervoso vegetativo.

D) *Estudo detalhado das perturbações afásicas e agnósticas.* — Para o estudo pormenorizado e rigoroso das perturbações afásicas tivemos o cuidado de submeter a examinanda a longas e demoradas provas, de modo a esgotar a exploração de todas as modalidades da expressão e compreensão da linguagem.

Experimentando em primeiro lugar com seis objectos vulgares (relógio de bolso, chave, caixa de fósforos, caneta, lenço e moeda) observamos:

- a) Que os aponta correctamente sobre o comando oral e
- b) Sob o comando escrito, tanto em cursivo como em caracteres tipográficos.
- c) Reconhece-os quando lhe introduzimos na mão, sem serem vistos, objectos iguais.
- d) Que os aponta com dois erros depois de mostrados três minutos antes.
- e) Repete o nome de três deles com algumas deturpações.
- f) Nomeia os objectos mostrados com grande dificuldade, apenas dizendo

correctamente: chave, fósforos; para os restantes faz gestos explicativos adequados, conjugados com a emissão de sílabas imperceptíveis ou palavras ambíguas de significação genérica: «coisas... coisas...»; conseguindo, no caso do lenço, dizer: «sàchar... sàssoar...».

g) Quando tenta escrever o nome do objecto mostrado, traça riscos ininteligíveis, tremidos, onde se nota perseveração da primeira letra do seu nome próprio, escrito anteriormente.

h) A còpia de palavras também é difficil ainda que não completamente impossível, conseguindo traçar as três primeiras letras da palavra chave.

Experimentando com quatro côres vivas pintadas sôbre a forma de rectângulos numa fôlha de papel branco, observamos que as indicou correctamente scb o comando oral e escrito e que repetiu as suas designações perceptivelmente, a-pesar-das ligeiras deturpações, acréscimos e omissões de letras e sílabas variáveis na presença, qualidade e intensidade. Aponta acertadamente a côr mostrada anteriormente e, se não exprime ante o objecto a sua representação verbal, indica clara e prontamente que as conhece, apontando no cobertor do leito ou em objectos próximos uma côr idêntica.

Não consegue pronunciar os números em série, trocando as palavras que os simbolizam umas pelas outras, a-pesar-de, pelos actos e enumerações que em outras provas e ocasiões executou, ser claro que os conheça e lhes saiba o relativo valor; di-los algo melhor *in concreto*, por exemplo, contando os dedos. A leitura dos números é muito difficil ainda que igualmente pareça compreendê-los, pois marca com os dedos o seu valor; consegue proferir: «três, sete, dez»; cinqüenta é traduzido verbalmente por: «cinco e dez». Num relógio de bôlso e em outro de parede, só conhece as horas, e não as suas fracções.

Compreende e executa perfeitamente ordens simples: levantar, sentar, marchar, levar as mãos aos olhos, às orelhas, ao queixo e à testa; leva a mão esquerda à orelha direita, etc. A execução motora dêstes actos, bem como outros mais complexos, como benzer-se, encher um copo de água, cruzar os braços, abotoar-se, etc., não evidenciou incoordenação nem perturbações que nos indiquem a existência de apraxia de qualquer natureza, excepção feita do membro superior direito onde há, como referimos, apraxia motora que não basta por si só, nem tão pouco aliada à parésia, para justificar as perturbações da escrita sem a consideração de uma perturbação especial, perda de memória das imagens e símbolos gráficos das palavras, a agrafia.

Também algumas vezes se revelou uma leve perseveração motora. Depois de a termos mandado soprar, repetiu êste acto duas vezes ante outra ordem diversa. No emtanto, na maior parte dos casos tal automatismo não se revelou, pois respondeu correctamente a séries de ordens variadas; comandadas com rapidez.

Sujeita à prova clássica dos três papéis de Pierre Marie, que implica para a sua execução a integridade de outras funções mais elevadas, além da percepção e motricidade, a observanda repartiu os três retalhos de papel de diversas dimensões pelas pessoas que haviam sido designadas, sem erros nem hesitações.

Mostrando-lhe quatro cartas de jogar com os quatro diferentes naipes,

nomeou espontâneamente os paus, e os outros, pelo seu modo evasivo de ocultar a sua afasia motora por: «coisas... coisas...». Ordenando-lhe oralmente que, à semelhança da prova anterior, escolhesse e oferecesse cada uma das cartas de per si a um determinado individuo de entre os presentes, obedeceu e executou-o correctamente.

Ante um livro (*Erkennung der Geistesstörungen*, de Weigandt), pág. 83, representando com pormenores vários objectos de uso comum, tivemos ensejo de estudar a extensão do seu vocabulário e colhêr informes gerais (como aliás de todas as provas) sôbre o funcionamento global das suas faculdades psíquicas. Alongando-se já demasiado esta exposição, desnecessário se torna especificar as suas respostas. Não se nota diferença entre o modo como se faz a percepção visual dos objectos reais e da sua imagem gráfica. Mostrou maior dificuldade em perceber as figuras simplificadas e reduzidas aos traços essenciais da pág. 84 do mesmo livro.

Do conjunto da observação e destas e doutras provas semelhantes, vemos que a linguagem falada da observanda está altamente cerceada; contudo, ainda pode exprimir algumas palavras compreensíveis, muitas deturpadas, e muitos sons semelhantes a sílabas, mas que não formam palavras inteligíveis (parafasia). Por vezes erra a terminação dos termos por contaminação fonética doutras palavras.

O seu vocabulário é parco e composto quasi só por substântivos (nomes de objectos, menor número de nomes próprios e raras palavras abstractas) e por poucos verbos e adjectivos. Também não é constante no tempo nem na extensão, pois para um dado nome tão depressa o pronuncia bem, como o deforma, como lhe é impossível dizê-lo. A enunciação dum objecto é facilitada pela sua presença. Raramente constrói frases e no geral não conjuga os verbos nem faz concordâncias gramaticais, usando de expressões ambíguas, termos genéricos e de frases feitas e usuais. A repetição das palavras é um pouco mais fácil, não assim a dicção de palavras em séries conhecidas e triviais (rezas, etc.).

Maior penúria ainda observamos na expressão verbal por escrito. Espontâneamente, apenas consegue traçar alguns algarismos e as quatro primeiras letras do seu primeiro nome, que a seguir termina e a que acrescenta os outros nomes por uma série de garatujas arremedando letras, com uma extensão aproximada à das palavras correctamente escritas.

Umaz vezes compreende a imperfeição dos seus escritos e, entediada, repudia a pena e o papel; outras ocasiões, especialmente para exprimir números, socorre-se dêste meio para suprir o seu *deficit* de expressão oral.

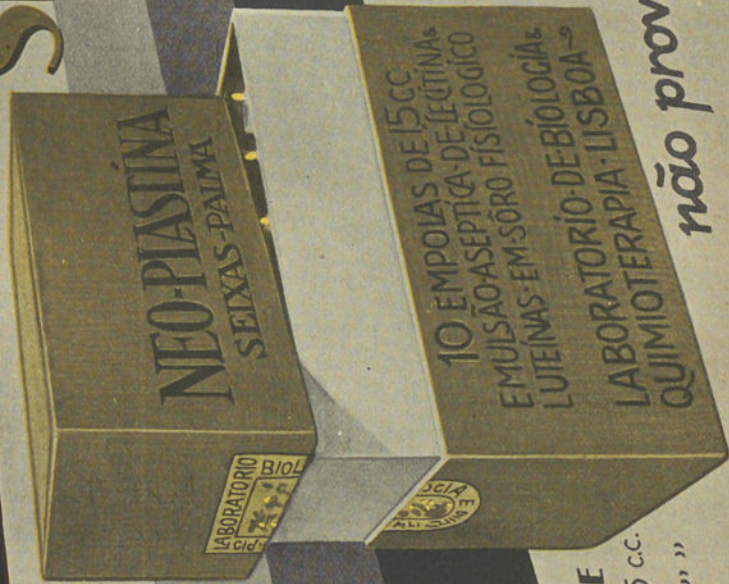
A reprodução, por cópia, de palavras impressas ou manuscritas está ligeiramente menos enfraquecida; o mesmo não sucede para o ditado.

É na escrita, faculdade que em M. encontramos mais lesada, que se patenteia mais intensamente o fenómeno de automatismo, a perseveração, que neste caso mostra a falta de inibição activa, e o uso e repetição dos mesmos símbolos gráficos por mingua de representações adequadas.

As letras mais perseveradas são as primeiras dos seus nomes próprios, sem dúvida das mais antigas entre o cabedal de símbolos verbais que adquiriu.

NEO=PLASTINA

SEIXAS=PALMA



Emulsão aseptica de lecitina e luteínas em soro fisiológico



Este preparado não provoca reacção

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

NEO=PLASTINA

SEIXAS=PALMA

Emulsão aseptica de lecitina e luteinas em sôro fisiologico

Este preparado não provoca reacção

Receitae a

NEO=PLASTINA

SEIXAS=PALMA

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

» » » 6 » » 5 » »

Porque é

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

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

O desenho de figuras geométricas simples, como um círculo, um quadrado, uma árvore e uma cruz mostra a permanência da noção das suas linhas gerais. Desenhou por cópia, conservando-lhes os caracteres basilares, um losango e um triângulo. Não levou a bom termo outros desenhos mais complexos.

A compreensão da palavra falada está outrossim algo comprometida mas em grau notavelmente menor, pois entende correctamente palavras isoladas com qualquer significado desde que sejam de uso comum. A compreensão de frases simples é perfeita, como ficou provado com a execução de ordens, não assim a de frases complexas, especialmente se forem longas, de significado menos concreto, referentes a factos, objectos ou situações não presentes, ou exprimindo sucessões de ideas e acontecimentos.

Dos seus conhecimentos da língua francesa, aliás restritos, apenas apuramos a compreensão de palavras indicativas de partes do corpo humano.

A compreensão da palavra escrita é bastante mais difícil do que a da palavra falada, sem diferença apreciável entre os caracteres gráficos e manuscritos.

Apenas entende e raramente lê palavras isoladas ou frases muito simples. A leitura dos seus próprios escritos não é mais feliz.

Por último verificamos que não há agnosia táctil, nem tampouco amnésia ou amúsia.

Em resumo, M. está afectada de afasia parcial preferentemente de expressão (afasia motora e agrafia) e em menor grau de percepção (afasia sensorial), mas está tão somente prejudicada a parte intelectual da linguagem cuja sede anatómica reside no hemisfério cerebral esquerdo e não a parte mais antiga filo e ontogénicamente: os elementos musicos como entoações, pausas, acentuação e ritmo dependente dos núcleos ganglionares da base cerebral, de que aliás não se denunciam outras mostras de menoscabo funcional.

Também não está muito perturbada a restante parte emocional localizada no hemisfério cerebral direito, como certos modismos e sucessão de palavras dependentes do estado emotivo.

A separação clássica em múltiplas formas de afasia, tomando como base o conhecimento hipotético das relações fisiológicas entre os centros adstritos às imagens e recordações motoras, acústicas e visuais, não tem hoje grande valor.

Em cada caso os *deficits* observados são uma reacção do cérebro a uma situação anormal motivada por um processo patológico comprometendo a formulação verbal e simbólica.

Segundo as ideas mais modernas, deve classificar-se fenome-

nològicamente a afasia de M. como *verbal e sintática*, compreendendo a primeira aproximadamente a afasia de Broca dos clássicos, e a segunda as formas ligeiras da afasia sensorial.

E) *Exame psíquico*. — É árduo realizar na examinanda o exame psíquico propriamente dito, de tal modo as perturbações afásicas dificultam a compreensão da sua personalidade. No entanto, conseguimos ajuizar com suficiente exactidão da inteligência, affectividade e vontade de M., utilizando, além do seu restrito vocabulário oral e gráfico, as restantes fórmulas da expressão intelectual e emotiva, como os gestos e a mímica.

Por vezes, avaliamos do conhecimento e assentimento de determinados factos por meras afirmações ou negações, que no caso sujeito são merecedoras de crédito, dado o modo convincente como são debitadas e a sua expressão conjugada por acenos, mímica, atitude e linguagem, e a ausência de possibilidade de sugestão ou acaso, certificados por contra-prova com factos de significado contrário.

A apresentação da observanda é correcta e a sua atitude e postura não são contrafeitas nem affectadas.

Queda-se tranqüila, encarando os circunstantes com naturalidade e remirando o ambiente.

A mímica, pouco móvel, está no geral animada por um sorriso beato; as suas expressões, pôsto que de fraco potencial sugestivo, adaptam-se regularmente à situação e conteúdo ideativo. Os gestos, pouco fluentes mas naturais, coadjuvam e rimam com a mímica.

Afável e sociável, sujeita-se de bom grado ao exame, mostrando conservar as fórmulas usuais da polidez e urbanidade. O humor não apresenta cambiantes súbitas na sua tonalidade, que é no geral a da satisfação: uma euforia passiva, beata ou senil, sem irritabilidade nem irascibilidade.

A orientação autopsíquica está conservada: diz o nome; escreve a sua idade, lendo-a a seguir; concorda que seja casada, apontando *sponte sua* o marido. Nega que seja solteira.

A orientação somatopsíquica é perfeita, pois conhece correctamente a situação e relação das partes do seu corpo.

A orientação no espaço e ambiente é regular: reconhece e caminha com segurança pelos vários quartos da sua casa e pelo jardim, sabendo que está em sua casa; aponta a situação da capela no andar superior, dizendo mesmo: «tenho uma capela muito linda», — frase e indicação que aliás repetiu várias vezes. Se não consegue dizer a sua morada, presa como está da afasia, concorda quando se enuncia a rua e bairro onde vive e nega terminantemente quaisquer outros dados que se lhe apresentem mesmo próximo dos verdadeiros.

Acêrca da sua orientação no tempo podemos constatar que não aceita como verdadeiras as datas falsas que propositadamente lhe enunciamos, confirmando as reais quanto à hora aproximada do dia, mês, estação e ano.

A percepção é morosa e lacunar, estando subordinada à afasia sensorial.

O reconhecimento e a identificação são regulares: conhece as pessoas

que com ela habitualmente convivem e nos últimos exames os peritos. Não se registam falsos reconhecimentos nem erros psico-sensoriais (ilusões e alucinações).

Ao passo que a sua atenção espontânea está preferentemente extravertida e é desviável pelos acontecimentos e solicitações ambientais de maior vulto, a sua atenção voluntária é facilmente captável e sustentável a um suficiente grau de concentração sem fadiga.

Numa nonagenária com penúria notória da linguagem é mesmo digno de registo a relativa resistência à fadiga psíquica, que mostrou, dissipando os temores da família e clínico assistente.

Sofreu o primeiro exame de duração superior a uma hora e os dois seguintes de mais de duas horas sem aparentar cansaço, nem diminuir consideravelmente o rendimento da sua actividade psíquica. Somente em determinadas circunstâncias mostrou um certo enfado pela nossa insistência nas fastidiosas e entediadas provas de que carecíamos para o exacto estabelecimento do nível actual das suas perturbações afásicas.

O *test* de Franz e o de Bourdon, usados correntemente em psicologia para o estudo da atenção, deram resultados péssimos, contradizendo a impressão geral já apontada e que é a mais justa.

A afasia é uma condição que falseia toda a experimentação com os *tests* estandardizados, pelo que nos privamos do seu uso. Não temos porém deixado de objectivar tanto quanto possível as nossas informações sobre as faculdades intelectuais da examinanda.

A determinação do estado da memória, de capital valor no caso sujeito, é mais um obstáculo que pacientemente tentamos vencer, acumulando os seguintes factos colhidos no transcurso das nossas três observações. Assim, a terceira vez que vimos a examinanda, mostrou esta claramente que se recordava de nós, peritos, e de nos ter já visto por duas vezes, a primeira na sala do jardim e a segunda no seu quarto; lembrou-se também de lhe termos tomado o pulso, auscultado, palpado, picado os membros (na pesquisa da sensibilidade e outros sinais neurológicos), evidenciando mesmo o desagrado que lhe causara esta última exploração, bem como a da braçadeira do oscilómetro de Pachon quando da tomada da pressão arterial; marcou aproximadamente o tempo que havia decorrido sobre o primeiro exame; perguntada sobre o que tinha comido no próprio dia e na véspera, deu, com várias deturpações, dados que nos foram confirmados; muitos outros factos deste teor, aqui omitidos, pudemos apurar.

Os *tests* para a exploração da memória foram tentados, mas, como ficou dito, o seu rendimento não pode ser equiparado com os paradigmas normais.

Conclue-se desta arte que a capacidade de apreensão, ou memória de fixação, a memória de conservação, reconhecimento e evocação não estão altamente prejudicadas; não se pode discernir diferença entre a fixibilidade e manutenção dos nomes próprios, de objectos, verbos, etc., nem parece haver maior enfraquecimento em relação à memória dos factos recentes que à dos antigos, antes pelo contrário. Há, na verdade, mais fácil recordação dos acontecimentos de tonalidade emocional e maior perda das noções complexas e abstractas.

De modo algum supre as suas parcas lacunas mnésicas com produtos de confabulação.

O campo da consciência apresenta-se-nos perfeitamente lúcido. Nota-se uma certa morosidade, empobrecimento e mumificação do curso do pensamento; os círculos representativos são estreitos e determinados pelas excitações externas.

Não observámos quaisquer ideas delirantes.

O estudo da associação de ideas pela prova de Heilbronner, que consiste em apresentar uma série de imagens que representam cada vez com mais pormenores um objecto comum, deu resultados apenas ligeiramente inferiores aos normais nos objectos cuja imagem verbal sabia pronunciar: peixe, carrinho, peça.

Não foi possível avaliar directamente da sua capacidade e perspicácia lógicas, juízo, inteligência verbal e espacial, etc., mas do conjunto da observação deduz-se uma apreciável deficiência global das suas aptidões intellectuais mais elevadas.

A execução de cálculos é muito penosa; conseguiu fazer sem erros uma soma de duas parcelas de três algarismos; em outras experiências nota-se uma notável perseveração e impossibilidade de transpor as dezenas; a perseveração também se faz de uma conta para a imediata, índice manifesto de um grande automatismo.

Há uma certa tendência à aprobatividade e passibilidade; mas não notamos suggestibilidade nem influenciabilidade manifestas.

Recusa-se a aceitar frases ou asserções absurdas e não se conforma de modo algum com todas as situações que se lhe imponham.

Ante as suas perturbações lógicas não se queda inerte e desarmada, pelo contrário: arrelia-se e anseia-se ao emperrar-se-lhe a dicção e grafia, procurando exprimir o seu pensamento por outras vias e alegrando-se muito quando consegue vencer as suas dificuldades ou a auxíliam nas suas respostas.

Aponta também freqüentemente o seu braço parestiado como a oferecê-lo à observação daqueles que reconhece como médicos, o que nos mostra a consciência do seu estado patológico.

A sua espontaneidade e iniciativa estão muito cerceadas, bem como o seu interesse, que, dirigido e ocupado com a satisfação das necessidades corporais, funções vegetativas, bem-estar e comodidade, não procura outros móveis mais elevados; somente, por vezes, manifesta uma certa curiosidade por objectos desconhecidos, como por exemplo os instrumentos da observação clínica.

Durante a observação não se apurou que a sua vontade fôsse captável ou orientável por influências estranhas.

Não observámos ecomímia, nem ecopraxia, nem ecolália; são, no entanto, evidentes outros fenómenos de automatismo psicológico, como a perseveração, e reacções contaminadas pelas respostas anteriores. Em nenhum caso se patenteou antecipação das respostas aos estímulos.

Não se revelaram perturbações da affectividade; pelo contrário, evidencia sentimentos de affecto por determinados membros da sua família e desagrado por outros.

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL LAFAY

Huile iodée à 40%.

Ampoules - Capsules
Émulsion - Comprimés
54 centigr. d'iode par cm³

A. GUERBET & C^o, Ph^{ciens}

22, Rue du Landy
St-Ouen près Paris

HÉMET-JEP-CARRÉ

AMOSTRAS E LITERATURA: **Pestana, Branco & Fernandes, Lda.**
Rua dos Sapateiros, 39, 1.º - LISBOA

NÃO ha no mundo Termómetros clínicos que possam suplantar a grande marca "NEGRETTI & ZAMBRA". No seu próprio interêsse experimente V. Ex.^a esta marca. Não são possíveis :::: imitações.

TODOS teem a marca registada dos fabricantes. Não se deixe enganar! :::: ::::

Vendem com garantia todas as farmácias do país. Fabricantes:

Negretti & Zambra
38, Holdorne Viaduct - Londres



LISBOA MÉDICA

Gardan

M. R.

Antipirético

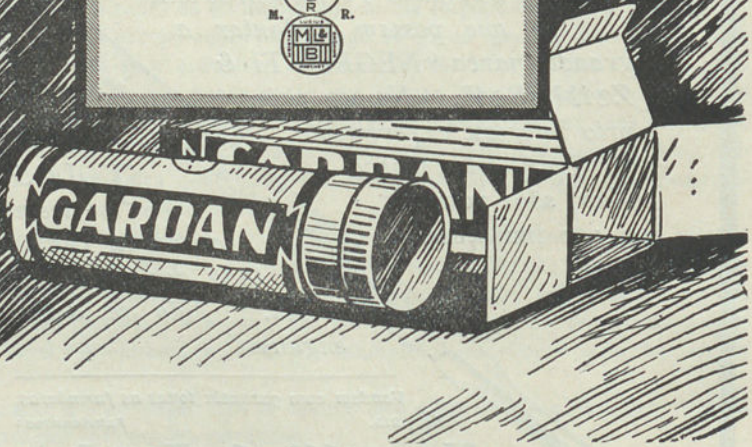
e analgésico de

primeira ordem

Acção prompta e enérgica nos resfriamentos febris, principalmente em casos de gripe.

Nas perturbações reumáticas e nevralgias o Gardan faz regressar a inflamação, acalmando ao mesmo tempo as dores.

Embalagem original;
Tubo de 10 comprimidos de 0 gr. 50



» *Bayer-Meister-Lucius* «

SECÇÃO FARMACEUTICA SCIENTIFICA

I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT, LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante

» LUSOPHARMA «

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150 3.º, LISBOA

Não há incontinência nem labilidade emocional.

Ligeiramente desconfiada e egoísta, parece por vezes tomada de certa vaidade pela sua casa e propriedades, mostrando-se lúdicamente adúlvel.

Conserva o pudor, o sentimento das conveniências e de dignidade, não constando de modo algum anomalias da conduta, desvios abnormes da libido ou perversão dos instintos.

DIAGNÓSTICO E DISCUSSÃO

Um síndrome neuro-patológico, consistindo numa parésia associada fácio-braquial direita, com os caracteres semiológicos dos *deficits* motores de origem central, aliada a perturbações da linguagem, catalogadas já como afasia verbal e sintática, não pode ter outra causa, provado como está o seu carácter orgânico, senão uma lesão do córtex do hemisfério cerebral esquerdo, interessando os lóbulos frontal e temporal (nomeadamente na terceira circunvolução frontal, a zona de Broca, ou mais precisamente o campo 44 de Broadmann ou FC Bm de V. Economo e Koskinas; as ligações que unem a terceira frontal à segunda; a parte inferior da circunvolução frontal ascendente ou central anterior onde se faz a projecção das fibras motoras do membro superior e face; na primeira circunvolução temporal o campo 41 ou TC).

A lesão considerada pode ter variadíssimas causas, entre as quais merecem, no caso sujeito, consideração quasi exclusiva a *embolia, a hemorragia e o amolecimento*. Seria na verdade descabida a consideração diagnóstica doutras lesões, como tumores, quistos, parasitas, traumatismos, lesões ósseas e meníngeas, encefalites, paralisia geral, esclerose em placas, etc.

Não cabendo num documento de natureza jurídica largas considerações de diagnose diferencial entre as três hipóteses preferidas, diremos somente que: a ausência de focos embolígenos na árvore circulatória; a avançada idade da examinanda; os pró-dromos e modo subreptício da invasão da moléstia, sem acompanhamento de cóma ou notável turvação da consciência e sem sintomas de compressão ou irritação cerebral; a evolução (melhoras rápidas de começo e lentas a seguir); a grande extensão, a distribuição e localização das lesões; a pouca intensidade das paralisias, ausência de contractura e de movimentos anormais;

a própria existência de afasia mixta (motora e sensorial); a ausência de hipertrofia cardíaca, de outras hemorragias ou embolias; a esclerose geral ainda que pouco acentuada do aparelho circulatório e de outros órgãos (coração, aorta, rim, etc.), são valiosos argumentos, que isoladamente e com mais forte razão em conjunto, pleiteiam e irrefragavelmente impõem o diagnóstico de amolecimento cerebral ou encefalomalácia.

Tal lesão é sem dúvida de natureza isquémica, ou seja motivada por insuficiência do afluxo sanguíneo ao território citado, por redução do *lumen* das artérias cerebrais, causada por trombose de natureza artério-esclerótica.

Que é assim e não um amolecimento de outra qualquer natureza (compressão vascular extrínseca ou arterite infecciosa, tóxica, ou discrásica) prova-o exuberantemente a observação relatada, especialmente a consideração da propecta idade de M., o estado patente de esclerose do restante sistema arterial, a ausência de causas capazes de condicionar uma lesão diversa (lues, etc.).

As alterações artério-escleróticas (fibrose, hialinização, calcificação, etc.) atingem especialmente a artéria cerebral média; não, pela certa no tronco principal antes da emissão das colaterais, dada a ausência de hemiplégia, hemianopsia e de sintomas estriopalidares, mas sim numa zona mais distal: quer uma obliteração incompleta antes da emissão do tronco ascendente comum, correspondendo em grau atenuado às lesões do conhecido síndrome de grande amolecimento do território superficial da artéria média, quer simples e difusas alterações dos seus ramos colaterais superficiais, que dão a rede anastomótica da pia-máter e donde partem as arteríolas terminais para o córtex, particularmente os ramos destinados às zonas apontadas (primeiro e quatro dos ascendentes).

O domínio da linguagem é condição preliminar necessária para o exercício da maioria das aptidões e disposições psíquicas, mas o seu prejuízo, mesmo notável, não implica a existência de demência, em particular não compromete essencialmente a personalidade, nem subverte os processos e instrumentos mais elevados da inteligência (compreensão das relações entre os factos, objectos e situações, apreciação dos elementos essenciais dum conceito, sucessão e associação de ideas, formação de juízos e

capacidade de lógica, poder de abstracção e generalização, etc.) nem tampouco afrouxa necessariamente a afectividade e a vontade.

Oposto a êste parecer estadeia-se o daqueles que consideram todo e qualquer *deficit* das funções expressivas e gnósticas como uma verdadeira e essencial perturbação da inteligência.

A nossa opinião é favorável, em princípio, à maneira de ver enunciada em primeiro lugar. Mas no caso presente a avaliação dos dotes psíquicos, tal como foi praticada, tomando em devida consideração as perturbações afásicas, revela em conjunto uma notória insuficiência ou deficiência das faculdades intelectuais.

Êste apoucamento mental, capitulável de demência parcial artério-esclerótica, não é acompanhado de alterações paralelas da affectividade, e por alguns dos seus caracteres clínicos, como a diversidade de grau dos sintomas, compromisso distinto dos vários dons mentais, menor relêvo na tela mórbida ante os sintomas neurológicos em foco, ausência de notável amnésia, de confabulação, de excitação ou depressão, pela idade, estado somático, ausência de sífilis, etc., aparta-se nitidamente das outras espécies nosológicas que lembrariam, como a demência senil, paralisia geral, e outras demências luéticas, presbiofrenia, doença de Alzheimer...

As primeiras observações realizadas há cêrca de 9 meses são concordes em marcar para a afasia um grau muito maior do que aquele que observamos e amplamente documentamos.

Esta constatação permite-nos concluir que a lesão nervosa que condiciona os sintomas neurológicos observados se apresenta clinicamente como de carácter não progressivo, antes ao invés permitiu manifestas melhorias de algumas das funções que comprometia, especialmente, e em acôrdo com a regra geral, da parte sensorial da afasia (surdez verbal e cegueira psíquica).

Não careceríamos de nos pronunciar sôbre o processo fisiopatológico explicativo de tais melhorias, se o diagnóstico de encefalomalácia que defendemos não fôsse, para muitos, incompatível com a evolução clínica do caso.

A noção da irregressabilidade dos focos de amolecimento cerebral, sendo de ordem meramente anatômica, é infirmada pelas observações irrefutáveis dos clínicos que têm registado evoluções

favoráveis, quanto às funções comprometidas, em numerosos casos de amolecimento cerebral.

A anatomia patológica dava poucas probabilidades de regressão do foco de desintegração cerebral, a partir das primeiras horas da sua instalação; a fisiologia no entanto, considerando as possibilidades de substituição por outros centros, mormente pelo hemisfério direito, da abertura de novas vias de suprimento, explica e justifica as melhoras constatadas, após o icto ou a primeira fase de inibição (nos casos em que como no presente o surto dos sintomas foi insidioso) e a possibilidade de nova aprendizagem da linguagem num grau diverso conforme a anterior compleição do indivíduo, tanto geral como local (nervosa e vascular).

Além disso, e contra a opinião clássica do carácter terminal das artérias cerebrais, trabalhos modernos mostram que as artérias superficiais do cérebro se anastomosam amplamente, e só os ramúsculos eferentes que mergulham perpendicularmente no córtex, seguem um trajecto independente. Este facto, de grande interesse médico, apoia a ideia, já hoje admitida, da possibilidade duma regressão parcial do foco de amolecimento isquémico, e probabilidades de estabelecimento de uma circulação colateral compensadora (visto as lesões serem preferentemente dos vasos superficiais).

Se estas considerações registam e são de ordem a justificar e explanar o carácter parcialmente regressivo e a atenuação das perturbações neurológicas observadas, manda no entanto a verdade que se diga que tais progressos são puramente locais e circunscritos aos sintomas em foco, pois é de sua própria natureza progressivo o processo de artério-esclerose generalizada que lhes serve de base.

TRATAMENTO DA SÍFILIS NA INFÂNCIA

Parte principal do Resumo Esquemático da Aula do
DR. LEONEL GONZAGA

Transcrição do jornal de medicina brasileiro "O HOS-
PITAL" de Junho de 1931

No tratamento da sífilis congénita infantil é muito conhecida a escala de Erich Müller, que consta do seguinte:

1.ª semana — 2 injeções de BISMOGENOL

2.ª semana — 1 injeção de Neosalvarsan

3.ª semana — 2 injeções de BISMOGENOL

4.ª semana — 1 injeção de Neosalvarsan

e assim até á 14.ª semana.

O BISMOGENOL administra-se na dose de uma divisão da seringa por cada ano de idade, utilizada a preparação apropriada ás crianças.

O Neosalvarsan é aconselhavel nas crianças mais crescidas, de veias acessiveis não devendo ser ultrapassada de cada vez, a dose de 15 a 20 centigramas.

Nunca foi observado pelo autor destas notas o menor acidente na aplicação do Neosalvarsan na criança, desde que se obdeça ás regras e precauções usuais.

Nas crianças lueticas, portadoras de veias epicraneanas ecstasidas (um dos estigmas importantes para o diagnostico) hà quem aconselhe a utilização dessas veias para a aplicação do 914.

Não é de técnica fácil nem recomendável a injeção nas jugulares.

Para os casos de crianças fracas, de veias difficilmente accessiveis, em vez do Neosalvarsan, administrar-se-ha o Myosalvarsan, o Neo I C I, o Neciacol ou o Sulfarsenol sendo de todos estes, talvez o mais indicado, o Neo I C I, que o autor tem usado com exito.

Depois de 14.ª semana do esquema descrito, descansar-se-há três meses e assim se vão alternando os periodos de tratamento com o descanso até prefazer dois anos de cura, pelo menos.



SOLGANAL
INTRAVENOSO
SOLGANAL B
INTRAMUSCULAR

CHIMIOThERAPIA
MODERNA DAS
ENFERMIDADES
INFECCIOSAS

arthritis infecciosa (rheumatismo articular), syphilis, tuberculose, lepra, sclerose multipla, lupus erythematoso, febre undulans, psoriasis, etc.

com os NOVOS PREPARADOS ORGANICOS DE OURO de maxima effi-
cacia e minima toxicidez SOLGANAL e
SOLGANAL-B

exactamente estudados em ensaios chi-
miotherapicos em animaes e comprova-
dos clinicamente durante varios annos.

62748503

Caixas com 1 amp. do pó em secco e
1 amp. do dissolvente, em doses de
0,01, 0,05, 0,1, 0,25, 0,5 e 1,0 gr.
(Doses I-VI)

Amostras e litteratura á disposiçã dos Senhores Medicos

SCHERING-KAHLBAUM A. G., BERLIN

Os nossos concessionarios:

SCHERING LIMITADA,
Rua Vitor Cordon, 7, Lissabon.

Revista dos Jornais de Medicina

Sobre la operaci3n de litiasis biliar, por H. FLÖRCKEN. — *Revista de Cirurgia de Buenos Aires*. N.º 8. AÑO x. 1931.

Trabalho escrito para a *Revista de Cirurgia* por Flörcken (Clínica Cirúrgica de Frankfort) apresentando em resumo as suas experiências sobre 1.000 operações por litíase biliar. Começa por citar as suas principais publicações sobre:

A coledocoduodenostomia como substituto da drenagem do hepático de Kehr (*Münch. Med. Wochenschrift*, 1922);

Resultados próximos e afastados da coledocoduodenostomia, em colaboração com E. Stenden (*Archiv für Klin. Chir.*, 1923);

Sobre dores e sofrimentos recidivantes depois de operações nas vias biliares e em especial na anastomose do canal biliar ao duodeno. (*Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1926).

Em seguida chama a atenção para o papel da infecção na litíase biliar, não só pela inflamação da vesícula biliar — com ou sem formação de pus — mas ainda pela infecção concomitante das vias biliares, do fígado e do pâncreas; mostrando que já não se pode permanecer na simples supressão da vesícula calculosa para obter a cura de todos os males. Frisa a freqüência da concomitância da úlcera duodenal e a importância da inflamação, como em Budapest, no 10.º Congresso da Sociedade das Doenças Digestivas e da Nutrição, foi estudado por W. Löwenberg (de Berlim).

Insiste em que depois da colecistectomia muitas vezes persistem processos inflamatórios das vias biliares e do fígado, causas de sofrimentos post-operatórios. Nestas persistências inflamatórias deve buscar-se a orientação da técnica operatória.

Flörcken opera:

- 1.º — Quando há cólicas repetidas, com ou sem febre;
- 2.º — No empiema, que não desaparece em poucos dias;
- 3.º — Na colangite, com febre, calafrios e icterícia;
- 4.º — Na oclusão crônica calculosa do colédoco, com icterícia de intensidade variável, com ou sem cólicas, e temperatura não muito alta;
- 5.º — Havendo pancreatite;
- 6.º — Na perfuração livre da vesícula biliar inflamada.

Sobre técnica cirúrgica insiste em que pelo perigo de uma hemorragia colêmica se deve preparar todo o paciente com icterícia, preferindo uma só transfusão de 500 c. c. de sangue. Faz notar que a-pesar-da preparação assim feita lhe morreram dois doentes com oclusão tumoral do colédoco com he-

morragias post-operatórias. Considera indispensável a prévia preparação do coração, especialmente em mulheres obesas. E prefere a irradiação do baço, segundo R. Stephan, ao cloreto de cálcio antes da operação.

A-pesar-de ser partidário da intervenção cirúrgica, entende que a colecistectomia combinada com a drenagem do colédoco, ou a anastomose dêste ao duodeno, pode falhar pelo mau estado ou a idade do paciente. Nestes casos prefere a colecistostomia para afastar o perigo imediato. Intervém com anestesia local.

Os resultados imediatos desta *pequena operação* são muito bons, mas como num têtço dos casos há recidivas, deve-se, quando melhorado o estado geral, tornar a operar. Aqui, como na colangite com icterícia e calafrios, acompanhada de perturbações circulatórias e renais, aconselha, num segundo tempo, a coledocotomia e colecistectomia.

Faz a colecistectomia com narcose combinada pela avertina e sodium-amytal (Flörcken, *Mediz. Klinik*, 1930) e se não há icterícia na anamnese, não há dilatação do colédoco e a bilis é normal, não drena; são os únicos casos em que assim procede.

Se a vesícula é grande e tensa, punciona-a, e quando a bilis sai turva do cístico, tirados os cálculos, anastomosa o colédoco ao duodeno, feita a colecistectomia.

Aponta as seguintes vantagens: a bilis desvia-se eficaz e permanentemente, o paciente não tem de sofrer o corrimento exterior da bilis, cura-se em média em três semanas. A anastomose pode ser contra-indicada por fragilidade da parede do colédoco ou nos obesos pela profundidade a que haveria de se trabalhar.

¿Qual o destino da anastomose?

Por intervenções feitas mais tarde, por hérnias, convenceu-se o autor de que a permeabilidade da anastomose depende do estado da papila. Se esta se tornou normal e bem permeável, a anastomose fecha lenta e progressivamente, mas se a papila fica estenosada, a anastomose mantém-se passados anos. Nem o autor nem outros cirurgiões, afirma-o, observaram colangite ascendente como consequência da anastomose, e os resultados são excelentes. Referindo-se aos resultados afastados, diz ter tido 71 % de resultados muito bons e 17,8 % de resultados satisfatórios.

Quando pode, pratica a coledocoduodenostomia na colangite com icterícia.

Para Flörcken, o resultado operatório de todas as intervenções por cálculos biliares depende — em primeiro lugar — do estado dos órgãos internos, da idade do operado e da gravidade da afecção. Teve 50 mortes em 1000 operações, por pancreatites, peritonites, degenerescência do miocárdio, embolias, enfartos, hemorragias colémicas e insuficiência renal.

Separando os casos de simples afecção calculosa da vesícula, não complicados, teve apenas, nestes, 1,8 % de mortes. Propagando-se o mal ao fígado, aos condutos biliares, morrem 10,8 % dos operados. Isto leva-o a confirmar o postulado de Enderlen e Hotz de preferir a operação numa idade em que o organismo ainda é resistente. Operar segundo os princípios do autor permite em observações prolongadas durante anos obter em 75,4 % dos casos, cura sem qualquer padecimento.

O autor considera um grande progresso o uso da sonda duodenal no tratamento da litíase biliar, porquanto:

1.º — Uma sondagem do duodeno antes da operação evita, por vezes, as manifestações inflamatórias agudas. Chega-se a obter a apirexia e opera-se com mais probabilidades de bom êxito.

2.º — A sondagem duodenal post-operatória dá bons resultados no tratamento dos que têm inflamações das vias biliares. Em vez dos resultados incertos de uma cura de Karlsbad temos, pela sondagem duodenal, um meio, aplicando-o repetidas vezes, de eliminar, quasi com certeza, os restos de processos inflamatórios.

F. G.

O tratamento cirúrgico dos carcinomas do cólon. (*The surgical treatment of carcinoma of the colon*), por FRED. W. RANKIN. — *Mayo Clinic. Surgery, Gynecology and Obstetrics*. Agosto de 1931.

O A. justifica a importância dos carcinomas do cólon como problema de saúde pública, dada a alta percentagem do seu aparecimento (10 %) entre a totalidade dos carcinomas. Faz em seguida referência às indubitáveis relações etiológicas destes com as lesões mais comuns daquele intestino, em especial os pólipos cuja classificação apresenta; em seguida passa propriamente ao diagnóstico e tratamento dos carcinomas do cólon, sobre o que faz mais longas considerações.

No diagnóstico refere a nítida e diferente sintomatologia dos tumores da metade direita do cólon, em relação aos da metade esquerda, baseada por um lado na desigual fisiologia daqueles dois segmentos do mesmo intestino, e por outro nos diferentes caracteres dos tumores, segundo a metade que ocupam; resume então em três estes factores, bases da sintomatologia:

1.º — O carácter líquido do conteúdo da metade direita do intestino, oposto ao aspecto consistente e moldado do da metade esquerda, de mais difícil passagem através um lume apertado.

2.º — As diferentes características dos tumores, consoante o lado que ocupam: os da metade direita, chatos, largos, ulcerados, cobertos de protuberâncias acinzentadas e ocupando geralmente a parte lateral do intestino, sem tendência a obstruí-lo. Os da metade esquerda, pelo contrário, envolvendo circularmente o intestino, com tendência a obstruir-lhe o lume.

3.º — Os diferentes calibres do cólon que, ao nível da metade direita, é cerca de duas vezes superior ao da metade esquerda e cuja musculatura nesta última é bastante mais delgada.

Baseado nestas características, fácil é compreender o diferente aspecto clínico dos tumores de cada metade; enquanto os tumores da metade direita do cólon se revelam por perturbações fisiológicas do intestino, os da metade esquerda, mais alarmantes, caracterizam-se e apresentam-se segundo os diferentes tipos de obstrução intestinal. São pois clinicamente dois quadros bem diferentes, embora de sintomatologia banal, sintetizáveis no axioma de Moynihan: «Nos tumores do cólon esquerdo a prisão de ventre é regra, enquanto que nos da direita é rara», completado pelo aforismo de Rutherford

Morrison: «Aumento de prisão de ventre, de origem recente, em pessoa idosa, somente combatível por meio de purgantes, sugere a existência de doença maligna da metade esquerda do intestino grosso».

Uma vez estabelecidas estas bases, o A. apresenta os diferentes quadros clínicos dos tumores de cada metade do cólon, passando em seguida a indicações terapêuticas. Neste último capítulo o autor começa por indicar as seguintes precauções de ordem geral para qualquer dos referidos grupos tumorais:

1.º — Levantamento do estado geral e tratamento do processo inflamatório local que acompanha o tumor.

2.º — Marcação da altura propícia à operação e sua execução em uma ou duas sessões, segundo as exigências de cada caso particular.

3.º — Emprêgo de vacinas para evitar processos peritonias post-operatórios, muitas vezes comprometedores da operação.

4.º — Escolha de uma adequada anestesia, dando o A., em regra, preferência à raquidiana.

5.º — Conservação de um rígido tratamento dietético post-operatório.

Finalmente o autor entra na escolha da operação. Para a metade direita indica a ileocolostomia seguida, na mesma ou noutra sessão, de ressecção do segmento que contém o tumor. Defende a ileocolostomia término-lateral entre a extremidade do íleon e o cólon transverso, pelas razões que apresenta, e pormenoriza alguns detalhes técnicos para a ileostomia descompressiva, necessária em alguns casos.

Quanto à metade esquerda, dois casos se podem dar: ou o quadro clínico é de obstrução aguda, ou pelo contrário do tipo subagudo ou crónico. No primeiro torna-se necessário uma pequena *etape*, composta somente de ceco ou colostomia descompressiva; só ulteriormente se fará a ressecção do tumor e anastomose, mas em sessões separadas e pela ordem aqui mencionada. No caso de obstrução subaguda ou crónica, o primeiro tempo poderá compreender a drenagem e ressecção, e o segundo, somente, a anastomose. Sobre o tratamento deste último grupo de tumores, o A. faz ainda referências a processos postos de lado, como o de Mikulicz.

O A. termina o artigo com a indicação da melhoria trazida à estatística pelos processos que defende.

FILIFE DA COSTA.

Embolectomia. (*Embolectomy*), por ROBERT L. MASON — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. Agosto de 1931.

Robert L. Mason, em editorial da revista mencionada, insere umas pequenas notas sobre embolectomia, em que critica o pouco emprêgo desta operação, tratando-se de uma intervenção de técnica relativamente fácil e de resultados tão úteis. Lembra a êste propósito um período dum recente artigo de Pemberton, que diz: «Não há intervenção operatória, tão fácil, livre de perigos e com tão úteis resultados que seja tão lamentavelmente desprezada, como a embolectomia nas alterações vasculares das extremidades».

Prossegue o artigo, dizendo: «Lendo a literatura escadinava é-se im-

LISBOA MÉDICA

Termómetros Clínicos "Scott Precisão,, de absoluta garantia

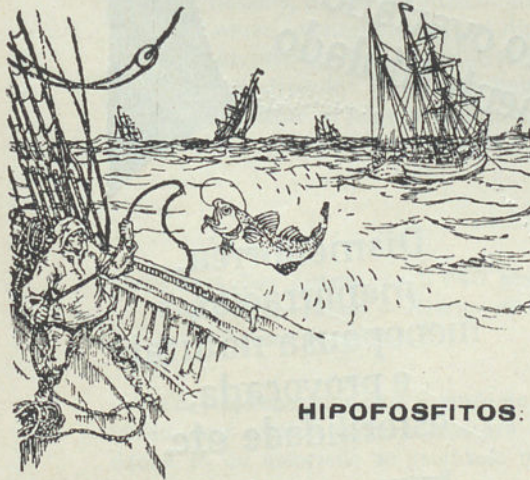
Adoptados nos mais prestigiosos SANATORIOS, HOSPITAIS
e à venda em tôdas as farmácias do mundo.

Modelos prismáticos de 11 e 13 centímetros de 1 minuto e de 12 centímetros de 1/2 minuto.
Representantes para Portugal e Colômas:

Pestana, Branco & Fernandes, Limitada

Rua dos Sapateiros, 39, 1.º

LISBOA



GLEFINA

LABORATORIOS ANDRÓMACO

Pl. Central de Tibidabo 3

BARCELONA

Preparada com:

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

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

D O S E S :

Crianças de 3 a 5 anos, duas a três colheres das de café por dia.

De 5 a 10 anos, de duas a quatro colheres das de doce por dia.

De 10 a 15 anos, de duas a quatro colheres grandes por dia.

Adultos, de três a quatro colheres grandes ao dia.

Tem um sabor agradável. Não produz transtornos digestivos

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

LASA para as doenças das vias respiratórias.

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

Depositários gerais para Portugal: **PESTANA, BRANCO & FERNANDES, L.ª**

Rua dos Sapateiros, 39, 1.º - LISBOA



Para regularizar
o ciclo menstrual

SISTOMENSINA "CIBA"

Hormonio ovariano
biologicamente titulado

Dismenorréa,
menorragias,
menopausa natural
e provocada,
esterilidade etc.

Drageas

Ampolas

Amostras e litteratura

CATULLO GADDA,
RUA DA MADALENA 128,
LISBOA,

unico representante
dos Productos "Ciba" no Portugal.



pressionado pelos bons resultados obtidos com a embolectomia; estes autores têm seguido os trabalhos de Rey, autor que chamou a atenção do público médico para os excelentes resultados obtidos com esta operação. — O diagnóstico da oclusão embólica das extremidades não é difícil, especialmente se nela se pensa e se o doente fôr portador de doença enquadrada na sua etiologia. O início acompanha-se de dor brusca e forte na extremidade afectada, seguida de progressivo aumento de dificuldade dos movimentos. Ao exame físico verifica-se ausência da pulsação nos vasos distais da oclusão, embranquecimento da pele e diminuição da temperatura. — A embolia parte em geral de formações trombóticas do lado esquerdo do coração e, menos comumente, da aorta e seus grossos vasos».

Como factores favorecedores da trombose aponta a estase, infecções e lesões endoteliaes, sobre as quais faz algumas considerações.

Salienta, pois, a conveniência da immediata intervenção, uma vez que se instale a embolia, dadas as probabilidades de bons resultados que com ella se podem obter, possibilidades essas directamente proporcionais à brevidade de tempo decorrido entre o instalar-se da lesão e a operação.

Termina, dizendo: «A oclusão embólica das extremidades é mais vulgar do que geralmente se julga, e só a embolectomia tem conseguido salvar muitos membros que, sem ella, estariam votados a uma inevitável amputação».

FILIFE DA COSTA.

Considerações acerca de 3.240 anestésias, pelos Drs. JOSÉ LASTRA e RAMON MONTENEGRO. — *Revista de Medicina e Cirurgia de la Habana.* N.º 8. Agosto de 1931.

Em 3.240 operados num período de 5 anos foi o éter o anestésico mais usado, quer administrado em máscara aberta, quer em máscara de Ombredanne, só, ou associado ao protóxido de azoto, na totalidade de 1.323 anestésias.

O clorofórmio foi apenas empregado em 11 doentes.

Dos anestésicos locais foi a novocaína o mais empregado, tendo sido preferido à tutocaína nos últimos 3 anos.

A raquíanestesia foi usada em 212 casos, quasi exclusivamente nas intervenções ginecológicas, empregando a tutocaína.

O protóxido de azoto foi também muito empregado nas intervenções de curta duração.

Desde 1929 que os AA. têm experimentado dois novos anestésicos: O amytal sódico por via endovenosa e a avertina por via rectal. Consideram a avertina a mais inócua, alterando pouco a função renal e o estado químico do sangue. Actualmente apenas empregam o amytal por via endovenosa, associado à anestesia local, em certos casos de cirurgia gastro-intestinal.

A avertina é empregada mais largamente, sobretudo na cirurgia da doença de Basedow.

Concluem os AA. que a anestesia deve ser sempre confiada a um médico

especializado, conhecedor das diferentes substâncias que emprega e da sua maneira de actuar.

A. RODO.

Tratamento cirúrgico da dismenorrea. (*Tratamiento quirurgico de la dismenorrea*), por Dr. JOSÉ MARIA OTAOLA. — *Rivista Española de Obstetricia y Ginecologia*. N.º 189. Setembro de 1931.

O A. entende que o problema da dismenorrea não tem sido até hoje resolvido duma forma satisfatória. Sendo múltiplas as causas desta perturbação não se conhece um meio seguro de a combater. Quási todos os meios empregados são falíveis, tanto médicos como cirúrgicos.

Proclama a ressecção do plexo hipogástrico superior, como sendo a operação capaz de resolver o problema. Em cêrca de 40 casos obteve os melhores resultados, mesmo naqueles em que todos os outros processos terapêuticos tinham fracassado.

Condena as operações mutilantes até hoje empregadas, a não ser nos casos em que existam lesões orgânicas que tornem indicadas estas operações.

O A. termina por afirmar que a ressecção do plexo hipogástrico superior pode curar a dismenorrea desde que a operação seja correctamente executada.

Nota. — Estes trabalhos estão de acôrdo com os trabalhos de Cotte.

No 1.º Congresso Espano-Português de Ginecologia, realizado êste ano, o Prof. Morais Frias apresentou um trabalho sôbre «cirurgia do simpático pélvico da mulher na profilaxia da esterilidade», em que aborda o mesmo problema, concluindo que a ressecção do pre-sagrado, a peri-simpatectomia hipogástrica e a inervação ovárica não impedem a fecundação.

A. RODO.

Pielografia descendente por via rectal. (*Pielografia discendente per via rectalle*), pelo Dott. GUGLIELMO GIORDANENGO. — *Bolletino e Memorie della Società Piemontese di Chirurgia*. Vol. 1. N.º 12. Junho de 1931.

Os bons resultados referidos nos poucos trabalhos que existem publicados sôbre esta via de administração para obter a pielografia levaram o autor a experimentá-la.

Empregou o abrodil por ser inócuo para a mucosa rectal. A técnica consiste em fazer um clister evacuador, e duas horas d. pois introduzir 50 c. c. duma solução de abrodil a 60 % com 15 gotas de láudano. A última refeição da véspera deve ser ligeira e é aconselhável não beber nada uma hora antes da prova.

Duma maneira geral os resultados obtidos foram bons. A tolerância foi perfeita, não tendo havido em nenhum caso a sensação de calor na face e a secura da garganta, que é freqüente aparecer quando se emprega a via endovenosa. Apenas em alguns casos houve dores abdominais de curta duração.

O método parece ser útil nos doentes com pequenas veias e sobretudo nas crianças.

A. RODO.

Tratamento do corrimento vaginal pelos sais Puffer do ácido láctico. (*Tratamiento del flujo vaginal por las sales Puffer del acido lactico*), pelo Dr. C. GIL Y GIL. — *Rivista Española de Obstetricia y Ginecologia*. N.º 189. Setembro de 1931.

Desde 1926 que o A. vem ensaiando êste tratamento na clinica do Prof. Varela Radio, de Madrid.

O A. empregou os sais derivados do ácido láctico com o fim de assegurar à cavidade vaginal um grau de acidez capaz de permitir a formação de bacilos de Döderlein, modificadores do meio vaginal. Várias experiências permitiram obter uma solução com um grau de acidez constante, cujo emprêgo deu os resultados desejados. O desenvolvimento dos bacilos de Döderlein transforma o aspecto do corrimento vaginal, terminando por fazê-lo desaparecer.

A técnica a empregar é muito simples, sendo necessário um periodo de duas semanas de tratamento. O A. tratou algumas centenas de doentes com grande percentagem de curas. Mesmo os casos em que existe uma cervicite gonococcica são beneficiados por êste tratamento, desde que se não despreze a lesão do colo.

A. RODO.

Toxinas do estreptococo epidémico isolado da angina epidémica. (*Toxins of streptococcus epidemicus from epidemic septic sore throat*), por I. PILOT e I. DREYER. — *The Jour of Inf. Disea.* Agosto de 1931.

Os estreptococos hemolíticos da escarlatina, da erisipela, da infecção puerperal e da septicémia produzem toxinas capazes de determinar reacções cutâneas nas pessoas susceptíveis.

A-pesar-da semelhança clinica que há entre certos sintomas da angina escarlatínica e da angina epidémica outros existem que as diferenciam

Quanto à toxina do estreptococo epidémico, 30% das pessoas que serviram para estudo apresentaram intra-dermo reacções positivas. Não há concordância entre os resultados das reacções para a toxina do estreptococo *escarlatinæ* e do estreptococo *epidemicus*.

O estudo comparativo das toxinas do estreptococo *escarlatinæ* e *epidemicus* mostra ainda outras diferenças.

Assim, um ataque de escarlatina faz desaparecer a reacção cutânea para a toxina do estreptococo *escarlatinæ*, mas não afecta a reacção para a toxina do estreptococo *epidemicus*.

Em individuos sensíveis para as duas toxinas a imunização com a toxina da escarlatina provoca o desaparecimento da reacção cutânea para esta toxina, mas não altera a susceptibilidade para a toxina do estreptococo *epidemicus*. Por outro lado a imunização com esta última toxina faz com que a reacção cutânea desapareça nos individuos imunizados sem produzir modificações da reacção de Dick.

Os anti soros para a toxina do *streptococcus epidemicus* são nitidamente

específicos para essa toxina e não mostram efeitos sobre toxina escarlatínica.

MORAIS DAVID.

Obstrução experimental da porção terminal do duodeno e do ílion. (*Experimental obstruction of the terminal duodenum and ileum*), por R. ELMAN e A. HARTMANN. — *Surg. Gyn. and Obst.* Setembro de 1931.

As obstruções ou fistulas experimentais que os autores provocaram em vários cães permitiram-lhes o estudo das alterações sangüíneas que os animais vão apresentando e bem assim verificar que o quadro clínico das obstruções altas é diferente do das obstruções mais baixas e que as causas da morte são diferentes em cada uma destas condições.

As fistulas ou obstruções completas da porção terminal do duodeno determinam um estado de acentuada desidratação, com alteração nas concentrações dos cloretos, do fósforo inorgânico, do ácido láctico, das proteínas, da reserva alcalina, etc.

A principal causa da evolução rápida para a morte parece residir inicialmente nas alterações químicas dos fluidos orgânicos, provenientes das perdas de secreções gastro-intestinais e que depois se complicam de insuficiência cardíaca e renal.

As causas de morte nos casos de obstrução experimental da porção terminal do ílion devem ter interpretação diferente. Com efeito, as modificações químicas dos fluidos orgânicos são pouco pronunciadas. Com raras excepções, as lesões encontradas próximo da morte dos animais com obstrução baixa são muito ligeiras e em parte provavelmente ligadas a uma certa perda de fluidos pelo vômito e à acumulação de líquidos na porção terminal da ansa obstruída.

As alterações sangüíneas verificadas na obstrução intestinal alta são temporária mas eficazmente combatidas com a administração de fluidos; imediatamente após a injeção intravenosa de cerca de 500 c. c. de solutos salinos adicionados de 5 % de glucose notam-se diferenças apreciáveis.

Os exames laboratoriais do sangue não permitem um diagnóstico topográfico ou etiológico da lesão intestinal.

As modificações do sangue são consecutivas ao desfalque em fluidos que o organismo perde.

MORAIS DAVID.

O efeito da anestesia sobre a glicemia. (*The effect of anaesthesia upon the blood sugar content*), por E. MEKIE. — *Surg. Gynec. and Obst.* Setembro de 1931.

Conclusões do artigo:

A anestesia pelo éter é seguida de um aumento na concentração do açúcar do sangue, provavelmente ligado a um efeito directo do anestésico sobre o glicogénio hepático.

MORAIS DAVID.



J. Souza

Togal

ANTINEVRÁLGICO
ANTIPIRETI
ANTIREVMÁTICO

COMPRIMIDOS

DE



Combinação químico-farmacéutica de
Ácido acétil salicílico, de quinino e de lítio
eficaz e completamente inofensivo

ANTIREUMÁTICO
ANTIPIRÉTICO
ANTINEVRÁLGICO

TOGAL

Prescreve-se 2 ou 3 comprimidos de cada vez, duas a tres vezes ao dia, depois ou ás refeições, com água, podendo-se fazer uso prolongado do medicamento.

Agentes exclusivos para
Portugal, Ilhas e Colonias

FARMACIA BARRAL

Rua Aurea, 126-128
Telefones: P. B. X.
2.5321 e 2.5322



Escritórios
Rua Aurea, 124-1.º
L I S B O A

Marca Registrada

Pedir amostras medicas

O tratamento esclerogéneo das varizes e sua relação com o problema da trombose. (*Injection treatment of varicose veins and its bearing on the problems of thrombosis*), por D. PATEY. — *The Lancet*. 8 de Agosto de 1931.

O autor encara sucessivamente as alterações consecutivas às injeções, a sua explicação, a relação entre a trombose produzida pelas injeções e a trombose espontânea e as complicações possíveis do tratamento esclerogéneo.

Liz em sumário:

A injeção de alguns solutos vulgarmente usados no tratamento das varizes na veia marginal dos coelhos é seguida da rápida formação de um coelho intravenoso com alterações destrutivas da parede da veia e reacção inflamatória aguda perivenosa.

O efeito dos solutos esclerogéneos é sensivelmente igual para todos êles.

O coelho intravenoso forma-se quando a parede da veia apresenta ainda sinais discretos de alteração e provavelmente depende de determinados sucos celulares que se libertam na endoveia pela acção dos produtos químicos irritantes.

Após a injeção de doses maciças destes irritantes nas veias de animais, a morte pode sobrevir de várias maneiras, consoante o soluto empregado.

A injeção intersticial produz uma necrose acompanhada de fenómenos inflamatórios agudos, acompanhados por vezes de ulceração e mais tarde de fibrose.

No tratamento esclerogéneo das varizes aparece uma evolução patológica que se sobrepõe aos dados obtidos pelos estudos experimentais.

MORAIS DAVID.

O cálcio no tratamento das toxemias gravidicas. (*Calcium therapy and the toxæmias of pregnancy*), por W. NIXON. — *The Lancet*. 8 de Agosto de 1931.

Na toxemia gravídica há apenas ligeiras variações do conteúdo cálcico de sangue.

Na eclampsia os valores do cálcio podem variar para mais e para menos que o normal. Os resultados do tratamento cálcico na eclampsia são maus.

MORAIS DAVID.

As diabetes insulino-resistentes. (*Les diabetes insulino-résistants*), por M. LABBÉ. — *Rev. Belge des Sc. Méd.* N.º 5. T.ºmo III.

Depois de um estudo crítico do assunto, termina com as seguintes conclusões:

A maioria dos casos de insulino-resistência publicados representa um êrro de interpretação que deve ser relacionado com uma má administração do regime dietético e da insulina.

A insulino-resistência existe mas é muito rara.

Sob uma feição incompleta a insulino-resistência encontra-se em certos casos de diabetes endocrínica. A forma de insulino-resistência completa aparece em casos de diabetes insular, sem que se possa descobrir a causa.

A característica fisiológica da insulino-resistência firma-se nos três dados seguintes :

1.º — Em um diabético submetido a um regime alimentar fixo, a insulina não baixa nem a glicosúria nem a acidose.

2.º — Em um diabético submetido a um regime conveniente torna-se necessário o uso de doses excessivas de insulina para fazer cessar a glicosúria e a acidose e para manter o equilíbrio da nutrição.

3.º — A injeção subcutânea ou intravenosa de insulina, na dose empregada habitualmente na prova da hipoglicemia, não provoca abaixamento da glicemia ou determina um abaixamento do açúcar em proporções inferiores às que se observam ordinariamente nos diabéticos.

Estas averiguações rigorosamente feitas permitirão excluir os falsos casos de insulino-resistência e reconhecer as insulino-resistências verdadeiras na sua forma completa ou incompleta.

MORAIS DAVID.

Acérca da etiologia das colites ulcerosas (estudo clinico e experimental). (*Sur l'étiologie des colites ulcéreuses (étude clinique et expérimentale)*), por R. BUTIAUX e A. SÉVIN. — *An. de l'Inst. Pasteur.* N.º 2. Agosto de 1931.

O agente causal da afecção não é o mesmo em todos os casos. Existem certos germes que provocam as lesões do intestino de uma maneira sistemática (B. de Bargen e um outro agente similar isolado pelos autores).

Outros casos de doença são devidos a agentes microbianos latentes no organismo depois de uma outra localização até a altura em que se manifestam os sintomas intestinais.

Outros casos ainda estão relacionados com agentes banais do intestino que, mercê de uma perda das condições de resistência do organismo, exaltam a sua virulência localizando-se nas paredes do intestino.

MORAIS DAVID.

A acção do chá mate sobre a função gástrica. (*L'action du thé maté sur la fonction gastrique*), por C. UDAONDO e G. GOÑALONS. — *Révue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie.* Tôm. II. N.º 8. 1931.

O chá mate actua sobre a secreção gástrica, aumentando consideravelmente os valores ácidos, especialmente a acidez total e o ácido clorídrico livre.

Em certas formas de secreção aclorídrica, provoca-se, pela ingestão de chá mate, um aumento apreciável da cloridria com aparição de ácido clorídrico livre. É, pois, útil a sua aplicação em patologia gástrica nas hipocloridrias funcionais, tão frequentes em clinica.

O chá mate dado em pleno período digestivo não modifica de maneira apreciável a curva secretória.

O chá mate parece não prolongar o ciclo da secreção.

Por maiores que sejam as variações provocadas pelo chá mate nos valores ácidos da secreção gástrica, os indivíduos não apresentam perturbações dolorosas com as doses estudadas nas observações dos autores.

Numa segunda série de experiências estudaram os autores o valor do mate como estimulante da secreção dos cloretos pelas glândulas gástricas, tendo verificado que o chá mate constitue um estimulante da secreção dos cloretos e pode servir para o estudo da concentração dos sucos gástricos em estados patológicos.

F. FONSECA.

Sobre a acção do glicosido «lanadigin» no coração insuficiente. (*Über die Wirkung des Glykosids «Lanadigin» auf das insuffiziente Herz*), por J. SEIDE. — *Therapie der Gegenwart*. N.º 9. 1931.

O glicosido *lanadigin* contido no preparado Gandigal (P. Beiersdorf — Hamburgo) tem uma acção favorável sobre o coração insuficiente.

Essa acção é muito análoga à dos conhecidos glicosideos da *digitalis*, sem que pelas experiências feitas até agora seja possível afirmar qual dêles é o mais activo.

A *lanadigin* tem a vantagem de se conservar durante longo tempo, a possibilidade de ser esterilizada, possuindo acção uniforme.

F. FONSECA.

Sobre a questão da acção circulatória do «sympatol». (*Zur Frage der Kreiolfanfirkung des Sympatols*), por C. SCHUNTERMANN. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 38. 1931.

Conseguiu determinar-se que o *sympatol*, tanto por via parentésica como entérica (jejum) no coelho em jejum provoca aumento da pressão.

O tipo do aumento da pressão sanguínea lembra mais o da efedrina do que o da adrenalina.

A administração de quatro décimos de miligrama por grama de coelho não determina manifestações tóxicas, especialmente a paragem do coração em diástole.

A tendência para provocar irregularidades do trabalho do coração é menor com o *sympatol* do que com a adrenalina.

F. FONSECA.

Da insuficiência hepática nas doenças mentais. (*De l'insufisance hépatique dans les maladies mentales*), por DUARTE MOREIRA. — *Révue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*. Tõmo II. N.º 8. 1931.

Há um paralelismo notável entre as perturbações funcionais do fígado e certas perturbações mentais.

Os doentes agitados apresentam uma hiperbilirubinemia que diminue extraordinariamente com a melhoria do estado psíquico e somático.

Na confusão mental, no delírio episódico, na paralisia geral, na demência precoce incipiente, no alcoolismo agudo, no nervosismo e na psicose maniaco-depressiva há sempre uma ligeira insuficiência hepática revelada pelos métodos de exploração.

F. FONSECA.

Diagnóstico das neoplasias oculares pela reacção de Botelho no humor aquoso. (*Diagnostic des néoplasmes oculaires par la réaction de Botelho dans l'humeur aqueux*), por H. POVOA e PAULO FILHO. — *Révue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*. Tómo II. N.º 8. 1931.

Praticando a reacção azoto-iodo-iodetada simples de Botelho no humor aquoso de doentes com afecções diversas e não malignas do globo ocular (descolamento da retina, glaucoma aguda, cório-retinite, esclero-coroidite) e em indivíduos normais, os autores obtiveram sempre um resultado negativo. Pelo contrário, em quatro casos de neoplasia ocular obtiveram uma concordância entre a reacção positiva e a confirmação histopatológica depois da enucleação. No caso em que parecia haver uma reacção «falsamente positiva», o humor aquoso era fortemente xantocrômico e espontaneamente coagulável.

F. FONSECA.

A propósito da doença de Raynaud tratada pela supra-renalectomia. (*A propósito de «Enfermedad de Raynaud tratada por supra-renalectomia»*), por CARLOS I. ALLENDE. — *Boletines y trabajos de la Sociedad de Cirurgia de Buenos Aires*. Tómo XV. N.º 21. Págs. 782-793. Sesión del 2 de Septiembre.

O A. não pretende discutir neste momento o valor terapêutico da supra-renalectomia parcial nas gangrenas das extremidades. O seu verdadeiro alcance só se pode estabelecer com mais vasta experiência, dado o inconstante — e às vezes apenas transitório — dos resultados obtidos.

Estes são sobretudo os da doença de Raynaud, pois na de Buerger parece serem constantes os fracassos.

O que o A. intenta agora é destacar o valor da via de acesso à cápsula supra-renal, imaginada por De Nicola e descrita por êste cirurgião para o cadáver, e aplicada cirurgicamente em três casos, no serviço de V. Sacco. Usando a técnica preconizada por De Nicola, aborda-se facilmente a cápsula supra-renal, bem à vista e directamente.

É fácil afastar, íntegro, o fundo do saco pleural e, *atravessando o diafragma*, sem tenteios que destruam o abundante tecido célula-adiposo da região, e os vasos que se dirigem ao frágil parênquima da cápsula supra-renal, extirpar desta, justamente, a quantidade desejada, mediante secção com a ansa fria.

Com esta via, a céu aberto, fica escusado todo o tenteio que, para atin-

IODALOSE GALBRUN

iodo Physiologico, Soluvel, Assimilavel

A IODALOSE É A ÚNICA SOLUÇÃO TITULADA DO PEPTONIODO
Combinação directa e inteiramente estavel do Iodo com a Peptona
DESCOBERTA EM 1896 POR E. GALBRUN, DOUTOR EM PHARMACIA
Comunicação ao XIIIº Congresso Internacional de Medicina, Paris 1900.

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

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

Pedir folheto sobre a Iodothérapie physiologica pelo Peptoniiodo.
LABORATORIO GALBRUN, 6 et 10, Rue du Petit-Musc. PARIS

TUBERCULOSE MEDICAÇÃO BRONCHITES

CREOSO - PHOSPHATADA

Perfetta Tolerancia da creósote. Assimilação completa do phosphato de cal.



SOLUÇÃO PAUTAUBERGE

de Chlorhydro-phosphato de cal creosotado.

**Anticarrhal e Antiseptico
Eupeptico e Reconstituente.**

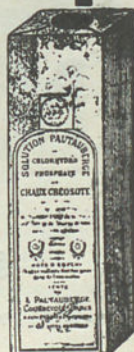
Todas as Affecções dos Pulmões e dos Bronchios.

L. PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople

PARIS (8º)

GRIPPE

RACHITISMO



FORXOL BAILLY

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

FERRO, MANGANEZ, CALCIUM

em combinação nucleica, hexose-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, 13 et 17 Rue de Romé PARIS 8º)

LISBOA MÉDICA



ENDOIODINA

Jodo orgânico injectável

M.R.

**Em lugar da
medicação iodada
por via oral**

Devido as suas condições favoráveis de dissociação, a Endoiodina demonstra, além da bõa tolerância, uma rápida e duradoura acção iódica e pôde ser por isso considerada como o preparado iodado ideal (contem cerca de 60 por cento de iodo).

Embalagem original: Caixa com 10 ampolas de 2 c. c.



» *Bayer-Meister-Lucius* «

SECÇÃO FARMACEUTICA SCIENTIFICA
L.G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT, LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante:

• LUSOPHARMA •

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150, 3.º LISBOA

gir o órgão, impõem as vias de acesso pouco directo, por baixo do diafragma, até agora empregadas e com as quas se corre o risco de destruir o frágil tecido da supra-renal e os vasos antes de os ter identificado.

Por esta via é também fácil fazer a cuidadosa hemóstase e a reconstrução dos vários planos incisados, sendo apenas necessário deixar um pequeno dreno expectante.

Êste processo, que foi utilizado no serviço de De Nicola em três casos, depois de se ter feito em dois casos o de Leriche, ficou consagrado até ulterior confirmação.

MENESES.

Relações entre a artrite deformante e o traumatismo, por AUGUSTE BLENCKE (Magdeburgo). — *Archiv für orthopädische und Unfall-Chirurgie*. Bd. XXIX. H. I. Págs. 26 a 67. Ref. Moutier.

Esta questão, tantas vezes discutida entre nós como lá fora, nos tribunais de accidentes do trabalho, está muito bem tratada neste trabalho do professor de ortopedia em Magdeburgo.

A artrite deformante não é apenas uma doença primitiva, essencial; pode seguir-se a uma crise de reumatismo articular agudo, e então é poliarticular, não tendo nesse caso relação com algum traumatismo.

Mas pode também representar o estádio terminal de numerosas doenças articulares, e então é monoarticular, e está longe de ser sempre de origem traumática.

Seja qual for a sua forma, a artrite deformante é uma doença muito difundida, que atinge quasi sempre as pessoas de idade, mas que também se pode observar algumas vezes em indivíduos novos.

Não se pode reconhecer uma origem traumática à artrite deformante senão quando a articulação atingida sofreu um traumatismo, que foi violento, com sinais clínicos nítidos, capaz de determinar lesões cartilaginosas que são a origem da artrite deformante. Se o traumatismo não tem estes caracteres, não o poderemos incriminar como causa da artrite deformante.

Mas, fora destes traumatismos súbitos e violentos, pequenos traumatismos repetidos podem ser muito bem tidos por responsáveis da sua aparição.

É impossível fixar um espaço de tempo entre o traumatismo e a aparição dos primeiros sinais da artrite deformante, que possa estabelecer conclusões sobre a acção do traumatismo. Em certos casos os sinais de artrite deformante aparecem algumas semanas após o accidente, noutros casos notam-se intervalos de muitos anos em que nenhum sintoma se manifestou, sejam dores, sejam perturbações funcionais.

Pode-se também admitir que o accidente seja responsável por uma artrite deformante desenvolvida numa determinada articulação, sem que esta tivesse sido directamente atingida, se o accidente deixou como consequência deformidades tais que a estática do membro ou do corpo seja, por motivo dela, profundamente alterada. O A. refere algumas observações nas quais, em seguida a fracturas da coxa com grande encurtamento, se desenvolveram, num caso uma artrite deformante da anca, noutro uma espondilite defor-

mante. Pode-se assim, muito raramente, na verdade, reconhecer a acção do traumatismo no desenvolvimento duma artrite deformante aparecida numa articulação sã mas submetida a uma carga excessiva.

É bom, além disso, notar que pode não existir paralelismo algum entre os sinais clínicos e radiológicos da artrite deformante. Determinada articulação que mostra consideráveis deformidades das extremidades articulares está indolor e conserva todos os seus movimentos, emquanto outra, muito dolorosa, pode não apresentar sinais radiológicos.

Se o traumatismo pode originar uma artrite deformante, também é certo que pode agravar uma artrite deformante já existente. Neste caso, o traumatismo pode ser menos violento, porque uma articulação já doente oferece menos resistência à sua acção. É preciso, porém, saber bem diferenciar uma agravação da artrite deformante pelo traumatismo das *poussées* agudas que muitas vezes se dão na evolução da artrite e que são *étapes* normais da mesma. Não se admitirá nesse caso a acção do traumatismo senão quando elle trás uma agravação evidente das lesões reumatismas, mais acentuada do que a das outras articulações. E, naturalmente, não se reconhecerá direito a indemnização, se a agravação das lesões é simplesmente função da evolução natural da doença.

Para apreciar a incapacidade definitiva resultante da artrite deformante é necessário baseá-la nos sintomas clínicos da dor e da impotência que a traduz, e nunca nos sintomas radiológicos (alterações ósseas) desvendados pela radiografia. Se o indivíduo tinha a artrite deformante antes do acidente, será necessário apreciar a redução da capacidade que ela traria e deduzi-la na incapacidade total avaliada após o acidente. Essa avaliação é muitas vezes difficilima.

Emfim, a imobilização necessária ao tratamento duma fractura pode agravar lesões anteriores de artrite deformante. Esta agravação é naturalmente atribuível ao acidente, e deve ser indemnizada.

MENESES.

Observações sôbre os efeitos da neurectomia intercostal múltipla.
(*Observaciones sobre los efectos de la neurectomia intercostal multiple*),
pelo Dr. MANUEL BASTOS ANSART (Madrid). — *Revista Española de Tuberculosis*. Tômo II. N.º 3. Págs. 310-318. Agosto de 1931.

O estimado cirurgião ortopédico do Hospital de Carabanchel publica neste artigo, conciso e claro, com excelente documentação, as suas primeiras experiências sôbre o método cirúrgico pôsto ao serviço do tratamento da tuberculose pulmonar, que nos serve de título.

As suas observações, que acha ainda esçassas em número, permitem todavia considerar a neurectomia intercostal múltipla como um complemento indispensável da frenicectomia nos casos em que se deseja um repouso completo do pulmão. Ambas as forças musculares, intercostais e diafragma, se completam no seu trabalho. A neurectomia intercostal produz um afundamento paradoxal dos espaços intercostais na inspiração, do mesmo modo que a frenicectomia produz a elevação inspiratória paroxal do tórax. Esta eleva-

ção do diafragma produz, verosimilmente, uma maior diminuição da cavidade do hemitórax do que a produzida pela neurectomia múltipla.

A acção colapsante desta última operação é na verdade escassa. Tenha-se em atenção que a atitude de repouso do tórax privado de músculos, isto é, sustentado apenas pela elasticidade da caixa óssea, não é a expiração, como se poderia julgar, mas a inspiração. A paralisia completa de todos os inspiradores não chega sequer a produzir o afundamento do tórax que a expiração forçada produz.

Pelo contrário, a neurectomia é a operação repousante por excelência, quer dizer, a que mais completamente anula os movimentos do hemitórax. Sob este ponto de vista a operação de Alexander é muito mais eficaz do que a frenicectomia.

MENESES.

Fracturas do carpo. (*Fratture del carpo*), pelo Dr. RINALDO MICOTTI (Novara). — *Archivio di Ortopedia*. Vol. XLVII. Fasc. III. Págs. 723-766. 3o de Setembro de 1931.

Sobre este capítulo da cirurgia traumatológica escreve o A. um trabalho muito completo e prático, com boa casuística e boa documentação iconográfica.

As fracturas dos ossos do carpo são em geral mais frequentes na idade média do que na idade avançada, pois naquela é maior a faculdade de trabalho do indivíduo e portanto a possibilidade de receber traumatismos. Dificilmente, além disso, se encontram essas lesões em crianças, pois nelas o núcleo ósseo está protegido por abundante quantidade de substância cartilaginosa.

Entre os ossos do carpo, o que é atingido mais frequentemente é o escafoide. São frequentes ainda as luxações e fracturas do semilunar e mais raras as fracturas do grande osso, piramidal, trapézio e trapezóide; raríssimas as fracturas do unciforme e pisiforme.

Pelo que respeita ao mecanismo da fractura pode-se concluir que as fracturas dos ossos do carpo aparecem em seguida a traumas directos ou indirectos.

O trauma directo dá lugar quasi sempre a fracturas conjuntas de mais ossos, pois é difficil que atinja só um osso (excepção feita para o caso dum projectil), mas em geral são atingidos varios ossos do carpo em virtude da sua vizinhança proxima.

O trauma indirecto é o que mais frequentemente dá lugar à fractura dos ossos do carpo; é o trauma que se manifesta pela queda sobre a palma da mão, em geral em hiperextensão. O mecanismo da fractura em seguida a este trauma está em relação com as varias deslocaciones dos ossos carpícos no momento do choque da mão com o solo.

As fracturas, particularmente as do escafoide e semilunar, dão-se quasi sempre por esmagamento, pois estes dois ossos, pela sua posição especial, são os que no momento do choque suportam o esforço máximo, sustendo por

uma parte todo o esforço do pêso do corpo transmitido pelos ossos do antebraço e além disso o choque contra o solo.

Também para os outros ossos o mecanismo principal é em geral o do esmagamento; porém, das observações do A. pode-se deduzir que, além dêste mecanismo, é freqüente também o do arrancamento devido aos ligamentos e músculos que se vão inserir nos vários ossos do carpo, pelo que em alguns casos se podem dar arrancamentos parcelares em vez de fracturas completas.

Pelo que respeita ao gênero de fractura, pode deduzir-se que são mais freqüentes as fracturas unilaterais e dum só fragmento do que as fracturas bilaterais e de muitos fragmentos.

O diagnóstico de individualização do ôsso fracturado é sempre difícil, pois a sintomatologia nos primeiros tempos é quasi sempre uniforme para todas as fracturas dos diversos ossos do carpo e só a radiografia pode ser o meio mais seguro de exame para evitar interpretações errôneas.

Um facto, todavia, se deve assinalar: sôbre o ôsso fracturado a dor à pressão é constantemente mais acentuada do que nos outros ossos, comquanto possam faltar os vários sintomas descritos pelos autores, como por exemplo o de Hirsch, ou o da crepitação dos fragmentos ôsseos. A saliência ôssea também pode não ser constante, na tabaqueira anatómica, para o caso do escafóide.

Pelo que respeita à cura das observações apresentadas pelo A., deu-se espontaneamente, sem traços de *reliquats* e sem ter recorrido a algum método cruento, apenas com a imobilização e com o tratamento consecutivo de massagens e movimentos. Isto serve para confirmar o conceito que prevalece hoje do método conservador adoptado para as fracturas médio-transversais ou arrancamentos parciais sem afastamento, enquanto o método cruento se deve reservar, total ou parcial, apenas para os casos de fracturas complexas de muitos fragmentos, afastados ou móveis.

MENESES.

A neurologia dos velhos. (*Neurology of Old Age*), por M. CRITCHLEY. — *Lancet*. Pág. 1221. Junho de 1931.

Uma longa e abundante experiência da observação neurológica de pessoas idosas mostrou a Critchley que o estado dos reflexos se altera com a idade e que a interpretação de certos sinais físicos não pode ser a mesma que nos novos. Assim, os reflexos tendinosos tornam-se progressivamente preguiçosos chegando mesmo a desaparecer.

O modo de se comportar do reflexo aquiliano mostra isso particularmente bem; com o decorrer dos anos êste reflexo torna-se cada vez mais difícil de provocar, desaparecendo por fim completamente. Sucede isto tão freqüentemente, e sem acompanhamento de qualquer outro sinal neurológico, que se pode concluir certamente não ter o desaparecimento do reflexo aquiliano nos velhos qualquer significado patológico.

Os reflexos bicipital, bicipital e do supinador também enfraquecem, terminando por não se poderem obter, mas nunca se extinguem completamente antes do do tendão de Aquiles. Algumas vezes o reflexo patelar porta-se do

mésimo modo, mas também só desaparece bastante tempo depois da abolição do aquíliano.

Este enfraquecimento «normal» dos reflexos tendinosos parece ser independente de modificações locais da estrutura fibro-muscular.

Os reflexos cutâneos modificam-se também na velhice. A dificuldade progressiva em se obter os reflexos abdominais é bem conhecida, e mesmo esta transformação dá-se numa idade não muito avançada. O reflexo plantar conserva em geral até muito tarde a sua resposta em flexão. Por vezes, porém, em indivíduos muito idosos tem-se encontrado a extensão do dedo grande sem haver outros sinais que façam pensar numa lesão do feixe piramidal.

ALMEIDA LIMA.

Um caso de siringomielia com tumefacção papilar. (*Syringomyelia with Choked Disk*), por B. J. ALPERS e B. I. COMROE. — *Jour. of Nervous and Mental Disease*. Pág. 577. Junho de 1931.

Os AA. descrevem um caso de siringomielia de sintomatologia clínica típica acompanhada de uma papila de estase muito intensa. A causa desta tumefacção da papila verificou-se ser um hidrocéfalo interno provocado pela obturação dos orifícios de comunicação no teto do quarto ventrículo.

ALMEIDA LIMA.

Considerações sôbre o tratamento dos gliomasependimários da medula, por HUGH CAIRUS e GEORGE RIDDOCH. — *Brain*. Vol. LIV. Part. 2. Pág. 117. 1931.

Os AA. descrevem dois casos de gliomasependimários intra-medulares. Num, o tumor estendia-se desde o quarto segmento cervical ao terceiro torácico; no outro, do terceiro ao quinto segmentos torácicos. Ambos os tumores foram removidos totalmente e com êxito na operação. O aspecto clínico e a sintomatologia bastante diferente dos dois casos são cuidadosamente expostos. Segue um relato detalhado dos resultados imediatos e tardios da intervenção.

ALMEIDA LIMA.

Pseudo tumores cerebrais. (*Cerebral pseudo-tumors*), por CHARLES FRAZIER. — *Archives of Neurology and Psychiatry*. Pág. 1117. Dezembro de 1930.

De 22 casos de pseudo tumores cerebrais (meningite serosa) nos quais a prova do tempo ou a intervenção cirúrgica permitiam afirmar o diagnóstico, escolhe o A. 8 exemplos destinados a ilustrar as suas considerações.

Comenta um após outro estes casos, insistindo sôbre os sinais que permitem o diagnóstico de pseudo tumor.

A longa evolução da doença, por ser um carácter comum a certas varie-

dades de tumores cerebrais, é um mau sinal clínico. Os sinais de hipertensão são sempre os primeiros a aparecer, precedendo de muito os sintomas de localização. A pleiocitose raquidiana seria mais freqüente. Mas, por vezes, a semelhança é tal com os tumores cerebrais e principalmente cerebelosos, que a intervenção se impõe rectificando o diagnóstico e curando o doente. Muitas vezes se encontra na intervenção uma coleção encapsulada de líquido céfalo-raquidiano.

A origem infecciosa destes pseudo tumores não deixa dúvida alguma. Num dos casos a ablação das amígdalas infectadas determinou a cura. A ventriculografia pode ser de uma certa utilidade no diagnóstico. O tratamento é, em todos os casos em que uma punção lombar ou um tratamento mercurial (a sífilis aparece algumas vezes na etiologia desta perturbação) não trouxeram melhoras notáveis, a intervenção cirúrgica que tantas vezes se impõe imediatamente perante um quadro clínico de compressão cerebral com rápida perda da visão.

ALMEIDA LIMA.

Dados experimentais da influência dos extractos de cérebro sobre a circulação intracraniana. (*Experimentelle Daten zur Frag über den Einfluss von Hirnextrakten auf den intracraniellen Blutkreislauf*), por PUUSEPP. — *Folia Neuropathologica Estoniana*. Vol. x. Pág. 106. 1930.

Conclue-se dos trabalhos do A. que a accção da substância cerebral injectada varia segundo as doses. Com pequenas doses (menos de 1 grama) não se observa nenhuma accção sobre a pressão circulatória, mas com doses mais elevadas (1 a 2 grs.) observa-se, decorrido um certo tempo, a pressão sanguínea subir, depois descer, para de novo voltar a subir. Com doses de 8 grs. de cerebrina aparecem fenómenos tóxicos.

ALMEIDA LIMA.

A citologia do líquido céfalo-raquidiano no diagnóstico dos tumores do sistema nervoso central e dos provenientes dos plexos ou das meninges. (*Die Bedeutung des liquorgebildes für die diagnostik der Tumoren des Zentralnervensystems und die vom Plexus un den Meningen ausgehenden Tumoren*), por FORSTER (E.). — *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*. Vol. 126. Fasc. 5. Pág. 683. 1930.

O exame sistemático da citologia do líquido céfalo-raquidiano mostrou que nos casos de tumores que atinjam o ventrículo ou a superfície cerebral ou medular, ou partidos das meninges, o líquido contém sempre células tumorais. O A. admite mesmo que o aspecto das células varia com a espécie de tumor. Daí a grande importância, segundo o autor, de um exame citológico cuidado em toda a doença orgânica do sistema nervoso e muito especialmente nos casos de tumor.

ALMEIDA LIMA.

O método de Bordier na paralisia infantil, por ARCE (Manuel e Francisco). — *Paris Médical*. 20.º ano. N.º 50. Págs. 517-519. 13 de Dezembro de 1930.

O método de Bordier consiste em empregar no tratamento da paralisia infantil: a radioterapia, a diatermia e a electroterapia.

Os efeitos da radioterapia não devem ser atribuídos à sua acção bactericida pois esta não se faz sentir nas doses empregadas, mas é inegável a acção dos raios X, applicados immediatamente após as paralisias, pois vão agir sobre lesões ainda inflamatórias, favorecendo a desapareição da infiltração edematosa dos exsudados e quiçá de células de neoformação.

Nos casos de paralisias antigas, a radioterapia exerce a sua acção sobre as lesões cicatriciais e esclerosantes.

A radioterapia em doses terapêuticas não exerce qualquer acção nociva sobre o sistema nervoso, quer seja semipenetrante ou profunda.

A diatermia é um meio precioso de combater a hipotermia. Como a diatermia tem uma acção vaso-dilatadora antiespasmódica, o aumento de temperatura na profundidade dos tecidos é duradoura, pois exerce-se sobre a circulação e sobre a temperatura dos próprios tecidos. Dêste modo, favorecendo a nutrição dos tecidos, deminuem-se as perturbações tróficas.

Deve-se começar as applicações de diatermia ao mesmo tempo que a roentgenerapia, procurando obter nos membros paralisados uma temperatura igual à normal. Para isso é necessário fazer applicações diárias durante dois meses.

A electroterapia (C. G.) deve evidentemente ser empregada antes das atrofiás definitivas se produzirem. Deve-se iniciar esta terapêutica quando se tenha conseguido, pela radioterapia e diatermia, igualar a temperatura do membro doente à do membro são.

ALMEIDA LIMA.

Estudos experimentais sobre a influencia do alcoolismo dos ascendentes na estrutura e no desenvolvimento do cérebro e dos gânglios subcorticais da descendência. (*Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung von Alkoholismus der Eltern auf Bau und Entwicklung der Hirnrinde und der Subcorticalganglien bei der Nachkommenschaft*), por VOLDEMAR UPRUS.—*Folia Neuropathologica Estoniana*. Vol. x. 193. Pág. 71.

O alcoolismo dos progenitores conjuntamente com o alcoolismo da mãe durante a gravidez influe sobre a descendência. Êste facto pode ser estabelecido, pelo A., 10 vezes em 13 animais observados. Pôde constatar que o alcoolismo dos ascendentes atinge principalmente a nevrógia, influe menos no sistema vascular e nada nos gânglios da base.

Parece também que a hidrocefalia é uma consequência freqüente do alcoolismo dos pais.

ALMEIDA LIMA.

Contribuição para o estudo das modificações bioquímicas nas emoções. (*Contribution à l'étude des modifications biochimiques au cours des émotions*), por JANKOUSHA (Halina). — *Encéphale*. 26.º ano. N.º 3. Pág. 205. Março de 1931.

Constata-se no decurso de emoções fortes uma alcalose, aumento do cloro, aumento do azoto total, por vezes aumento do azoto amoniacal e em regra geral aumento do volume horário das urinas.

Num caso de ansiedade permanente encontrou o A. números bastante elevados durante todo o período diurno.

Em dois casos de esquisofrenia observados apresentaram-se, sem causa evidente, perturbações análogas às observadas nas emoções.

ALMEIDA LIMA.

O exame do liquido céfalo-raquidiano à luz ultravioleta, por FURSON SKIUNER. — *Journal of Neurology and Psychopatology*. N.º 42. Págs. 144-156. Outubro de 1930.

Neste trabalho, segundo de uma série que o A. se propõe publicar sobre o assunto, o A. retoma o estudo do liquido céfalo-raquidiano com os raios U. V. Emprega nesta nova série de experiências um arco de tungsténio.

Preconiza as vantagens dessa fonte de U. V. É principalmente no decurso das meningites que este método, muito delicado e difícil mesmo nas mãos já experimentadas do autor, dá as indicações mais características.

As modificações do espectrograma parecem mais em relação com modificações de ordem física do que química.

ALMEIDA LIMA.

Sobre o problema do tratamento da atrofia do nervo óptico pela atropina, por P. I. GAPEEFF. — *K. Monatsblaetter fuer Angenheilkunde*. T. 85. de *R. de Oto-Neuro-Oftalmologia*. T. VI. N.º 1. Pág. 37.

O A. justifica o seu trabalho sobre o assunto pela carência absoluta de terapêutica eficaz nas atrofias do nervo óptico, que caminham inexoravelmente para a cegueira.

Faz uma resenha da história do emprêgo da atropina e de outras substâncias hiperemiantes dos vasos da retina. A acção desses medicamentos é explicada pelo facto de ser a atrofia causada pela destruição das fibras nervosas por deficiência de nutrição. Foi Abadie, em 1923, quem primeiro sugeriu o emprêgo da atropina em solução a 1 por mil em injecções retrobulbares; os resultados comunicados à Societé d'Ophtalmologie de Paris foram muito bons, tendo conseguido com esse tratamento melhorar a visão de 1/50 a 1/3 e de 1/10 a 1/2. Mais tarde, associou ao tratamento local injecções endovenosas ou hipodérmicas de 2 miligramas de atropina. Em 1925 este mesmo autor (Abadie) propunha o emprêgo da atropina no tratamento da embolia

LISBOA MÉDICA

MAGNESIA S. PELLEGRINO

*Purga,
refresca,
desinfecta*



LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO MODERNO - Via Castelvetro, 17 - MILANO

Representantes e depositarios para Portugal e Colonias:

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

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

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

Vidalon

(Óleo de fígado de bacalhau estandarizado com Vigantol)

Possúe do contrario do oleo de fígado de bacalhau do comercio um conteúdo constante e elevado em vitaminas.

O Vidalon permite reduzir á metade as doses ordinárias de oleo de fígado de bacalhau sendo que basta tomalo uma só vez por dia.

Posologia:

Lactantes e crianças de tenra idade: $\frac{1}{2}$ -1 colher das de chá por dia.

Crianças maiores: 1 colher das de chá até 1 colher das de postres por dia.

Adultos: 1 a 2 colheres das de sopa por dia.



»Bayer-Meister-Lucius«

Secção Farmacêutica Científica
I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen (Alemanha)

Representante:

»LUSOPHARMA«
AUGUSTO S. NATIVIDADE
Rua dos Douradores, 150, 3.º
LISBOA

E. MERCK

Fábrica de Produtos Químicos
Darmstadt (Alemanha)

Depositário:

Estabelecimentos HEROLD, Lda.
Rua dos Douradores, 7
LISBOA

da artéria central da retina, justificando-a com o facto de que, dilatados os vasos, a nutrição da retina far-se-ia melhor.

Bursuk é de opinião de ser a benéfica influência da atropina nas atrofias nervosas, devida à acção excitante dêsse alcalóide sôbre as terminações nervosas quer sensoriais, quer motoras. As observações do A. não confirmam essa hipótese.

Refere o A., em consequência com as suas observações, que a acção da atropina sôbre os vasos é independente da sede de applicação do medicamento. Por isso, julgo indiferente fazer a injeccção retrobulbar ou simplesmente subcutânea.

Cita nove casos em que empregou injeccões retrobulbares e dois em que usou a via subcutânea, todos com resultados bons a principio, mas que ao fim de um ano voltaram ao estado primitivo, não se deixando já então influenciar pela atropina.

ALMEIDA LIMA.

Compressões medulares. (Tumores e outras condições não traumáticas de compressão). (*Spinal cord compression and Tumors and Allied Non-traumatic Conditions*), por W. M. CRAIG. — *Am. Jour. of Surg.* Pág. 303. Maio de 1931.

Em 312 casos de compressão medular analisados por Craig, 223 tumores não tinham relações com a medula a não ser pela compressão que realizavam. Estes são classificados como extramedulares e divididos ainda em duas categorias: intradurais (156) e extradurais (67). Oitenta e nove (89) tumores atingiam a própria medula, sendo por isso classificados de intramedulares.

No grupo dos 67 casos de tumores extradurais comprimindo a medula, estão incluídas lesões partindo do ósso, dos discos intervertebrais, do tecido adiposo extradural, das raízes e dos vasos, assim como lesões metastáticas desconhecidas.

O diagnóstico de lesões extradurais partidas do ósso pode muitas vezes ser feito pelo exame radiológico; evidentemente, é também possível o diagnóstico de uma metástase quando é conhecida a lesão primária.

A série de tumores intradurais e extramedulares é a maior de todas e a que comporta um melhor prognóstico. Estes tumores têm origem nas estruturas fibroblásticas das meninges ou dos seus vasos. Os dois tipos predominantes são o endotelioma ou fibroblastoma meníngeo, e o neurofibroma. Nesta série, aproximadamente metade dos tumores intradurais extramedulares revelaram-se como endoteliomas e aproximadamente um terço como neurofibromas.

No grupo dos tumores intramedulares foram estudados 89 casos, só 62 foram histologicamente observados. Nos tumores partidos da medula, o grupo dos gliomas predomina; contudo, foram encontrados alguns tumores encapsulados benignos que puderam ser extraídos com êxito. Num certo número de casos, em que não foi possível uma remoção completa do tecido neoplásico, obteve-se sempre, porém, melhoras dos doentes pela descompressão provocada pela laminectomia. Tendo em vista o risco mínimo de uma laminectomia,

aconselha o A. a executá-la nos casos atípicos de compressão medular, tanto com finalidade de terapêutica paliativa como de diagnóstico.

Numa grande percentagem de casos de compressões medulares um diagnóstico entre lesões inflamatórias e neoplásicas é possível, se nos servirmos dos meios que hoje dispomos: estudo neurológico completo, exames radiográficos simples ou com meios de contraste (óleos lipiodolados) e exame do líquido céfalo-raquidiano.

ALMEIDA LIMA.

Acérca dos modernos meios de anestesia cirúrgica local e raquidea. (*Sui moderni mezzi di anestesia chirurgica locale e rachidea*), por A. ALHAIQUE. — *Rinascenza Medica*. N.º 11. 1931.

O A., depois de acentuar o predomínio cada vez maior da anestesia local e raquidea sobre a anestesia geral, elogia e recomenda o emprêgo da percaína na primeira e segunda, pelas seguintes vantagens que êste anestésico apresenta:

1) Ligeiro grau de toxicidade, que permite adoptar doses relativamente elevadas, sem perigo imediato ou tardio para o operado.

2) Intensidade e rapidez na acção anestésica mesmo com soluções diluídas (geralmente 1/2-1 ‰) e com quantidades limitadas de analgésico.

3) Toxicidade pouco elevada, não pela sua composição química (visto que em dose igual a percaína é mais tóxica que os outros anestésicos conhecidos) mas essencialmente pelas suas notáveis propriedades analgésicas, produzidas mesmo em soluções ao milésimo.

4) Segurança de acção, de modo a prescindir da administração complementar de um narcótico, como acontece freqüentemente com os outros anestésicos locais.

5) Não há necessidade de reforçar a acção anestésica com a adição de substâncias vaso-constrictoras e isquemiantes como a supra-renina ou adrenalina.

J. ROCHETA.

Tuberculose da mama e traumatismo. (*Tubercolosi della mammella e trauma*), por M. PRATI. — *Annali Italiani di Chirurgia*. Vol. x. Fasc. 6. 1931.

É opinião unânime de quasi todos os autores negar qualquer importância patogénica ao trauma como causa determinante duma ulterior tuberculose da glândula mamária.

O A. refere dois casos, onde a seguir ao trauma e passado em média mês e meio, se iniciou um processo tuberculoso dêste órgão. Discute depois os diversos mecanismos que podem actuar conjuntamente com o traumatismo, detalhando mais minuciosamente a acção localizadora do mesmo, admitindo por isso, naturalmente, a existência dum outro foco primitivo, em órgão diferente.

Sabendo-se, além disso, que é verosímil a existência dum microbismo tu-

CALCIUM

SANDOZ

Gluconato de calcium puro

FÓRMAS

PÓ GRANULADO

insipido

COMPRIMIDOS

gosto agradável

EMPOLAS

via intra-muscular
ou endo-venosa de 10 cc.

INDICAÇÕES

TUBERCULOSE

HEMORRAGIAS

DECALCIFICAÇÃO

EM GERAL

Mais de 120 trabalhos scientificos sobre o CALCIUM "SANDOZ"

Fabrique de produits chimiques Ci-Devant Sandoz :: Bale (Suisse)

CORRESPONDENCIA

Queira enviar-me **CALCIUM "SANDOZ"** ou
BELLADENAL "SANDOZ" sob as formas de:

Assinatura :

Especialista em:

Nome

Morada

Endereço exacto e ligivel

BELLADENAL

SANDOZ

Sedativo nervoso dos casos resistentes

FÓRMA — comprimidos, tubos de 20.

INDICAÇÕES

ANGINA DE PEITO
ENXAQUECA
ESTADOS DE CRISE

POSOLOGIA

ANGINA DE PEITO-ASMA: Na crise; 3 a 4 comprimidos por dia. Profilaxia da crise: 2 a 3 comprimidos por dia.

TREMORES: Senis, de Parkinson, alcoolicos, toxicos da P. G., da esclerose em placas, etc.: 2 a 4 comprimidos por dia.

DISMENORREA: 2 a 4 comprimidos por dia.

EPILEPSIAS: 2 a 5 comprimidos por dia.

Fabrique de produits chimiques ci-devant Sandoz :: Bale (Suisse)

Productos farmaceuticos **SANDOZ**

ANTONIO SERRA, L.^{DA}

CAMPO DOS MARTIRES DA PATRIA, 96, 2.^o

LISBOA

Apartado 142

Telefone N. 3200



berculoso latente na mama de indivíduos portadores de lesões específicas pulmonares, julga poder afirmar que o traumatismo possa ter dado lugar a uma aumentada actividade do bacilo de Koch com o consecutivo aparecimento de lesões tuberculosas.

J. ROCHETA.

O papel dos eosinófilos no decurso da tuberculose. (*Die Rolle der Eosinophile im Tuberkulösen Geschehen*), por H. GRASS e H. V. SIMMERT. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 31. 1931.

Os AA. apresentam uma estatística de 56 doentes com tuberculose pulmonar, e cujos esfregaços do sangue mostravam uma eosinofilia nítida que não podia imputar-se a outra afecção. A maioria destes casos encontrava-se num período activo da doença, quer por neoformação nodular quer por fusão de focos antigos. No decurso dos respectivos processos verifica-se, principalmente nas formas infantis, que a eosinofilia mais abundante corresponde à fase mais intensa da infiltração, e *vice-versa*, deminuem com a cura dos mesmos. Todavia alguns casos há de mau prognóstico que acusam a mesma fórmula leucocitária, e por isso pode dizer-se que ela representa um estado reaccional, um estado alérgico. Na tuberculose a eosinofilia pode encarar-se como um fenómeno de hipersensibilidade, expressão duma maior destruição de albumina, e que, contrariamente às infecções agudas, nem sempre representa um sintoma de bom prognóstico. Por isso a importância prática destas observações é um pouco limitada, pelo facto do desaparecimento ou diminuição dos eosinófilos nem sempre corresponder a uma dessensibilização com a cura consecutiva, mas por vezes ser sinal duma perda dessa sensibilidade e portanto um empioramento do processo. A-pesar-dêste facto a análise cuidadosa das fórmulas sanguíneas pode fornecer-nos elementos importantes para a conduta terapêutica a que deve obedecer-se.

J. ROCHETA

Resultados do tratamento pela transfusão sanguínea. (*Erfolge der Bluttransfusionsbehandlung*), por F. OCHLECKER. — *Fortschritte der Therapie*. Heft. 15. 1931.

Em todos os casos que necessitem duma transfusão deve valer como regra tratar em primeiro lugar a hemorragia, causa da anemia.

Quando aquela é motivada por *ulcus* gástrico ou duodenal, costuma-se, para não elevar demasiado a pressão sanguínea, fazer uma transfusão de aproximadamente 500 a 600 c.c. Se a hemorragia se repete, como sucede muitas vezes com os *ulcus* que atingem o pâncreas, deve operar-se o paciente e logo em seguida fazer a transfusão.

Em anemias, principalmente por tumores malignos, deve-se-lhes fazer previamente uma transfusão, que é por vezes o único processo capaz de criar as condições indispensáveis para o acto operatório.

Em casos de pancreatite grave, com hipopirexia, colapso, etc., muitas

vezes a transfusão, diminuindo a intoxicação e melhorando a circulação, permite a intervenção necessária.

O A. aponta ainda como indicação para a transfusão: os acidentes acompanhados de choque; queimaduras graves, transfusões pouco abundantes repetidas; anemias crônicas, quer de etiologia luética, por exemplo, quer aquelas cuja causa é desconhecida; tuberculose óssea crônica, fistulizada, acompanhada de anemia, mas sem sinais de amiloidose; febre tifóide, sobretudo quando é acompanhada de hemorragias intestinais; hemofilia, deve tentar-se sempre, principalmente quando a Nateína não produzir melhoras sensíveis.

J. ROCHETA.

Experiências clínicas com a Prostigmin, um novo excitante do peristaltismo. (*Klinische Erfahrungen mit dem neuen Peristaltikum Prostigmin*), por W. WEIGAND. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 32. 1931.

A casa Hoffmann-Laroche, por indicação do A., apresentou no comércio um novo excitante do peristaltismo intestinal, a Prostigmin, que possui em relação com a fisostigmina uma acção cardíaca menos intensa e pelo contrário muito mais acentuada no *tractus* intestinal. Possui além disso ainda a vantagem duma maior estabilidade em face dos processos oxidativos ou de hidrólise, permitindo um doseamento mais seguro.

O A. empregou este fármaco em mais de 300 casos, principalmente depois de operações do abdómen, verificando que, 20 a 25 minutos depois da injeção subcutânea, se iniciam nítidos movimentos do intestino. Em geral emprega também nesta mesma altura um clister de glicerina de 150-200 c. c. Se a primeira injeção não dá resultado, repete-se uma segunda ao fim de 5 horas com um segundo clister. A injeção é feita logo no dia seguinte ao da intervenção cirúrgica, e se fôr necessário nos outros subsequentes. Quando se trata de doentes cujo coração se encontra já intoxicado por ileos demorado, é bom principiar com 1/2 ampola.

J. ROCHETA.

Contribuição ao papel do fígado na diabetes melitus. (*Beitrage zur Rolle der Leber bei Diabetes mellitus*), por R. BEROVIC. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 33. 1931.

As últimas ideias sobre a patogénese da diabetes açucarada tendem cada vez mais a dar ao fígado um papel de primeira importância. Segundo Loewi, por exemplo, a diabetes inicial é sempre hepatogénea. O A. partindo do princípio já verificado (Brugsch, Horsters, etc.) da hipoglicemia provocada pela administração dos ácidos biliares e sais correspondentes, experimentou a acção da Decholin em indivíduos diabéticos e em sãos.

Verificou que tanto nos primeiros como nos segundos a injeção de Decholin provoca uma baixa da glicemia, em geral numa relação directamente proporcional. Se este fármaco é administrado sistematicamente vários

dias a seguir, nota-se um sucessivo abaixamento dos valores da glicemia em jejum, que desaparecem para atingirem os valores habituais, se se suspende esta medicação. A acção sobre a glicosúria também é nítida e mantém-se por alguns dias após se ter cessado o emprêgo do medicamento. Especialmente importante é a sua acção sobre acetonúria, que desaparece em geral depois das primeiras injeções.

Sobre o modo como actuam os sais biliais o A. refuta a hipótese, defendida por alguns, que se trata duma excitação do tecido pâncreático e particularmente das ilhotas de Langerhans que restam, mas sim apoia a tese partidária dum aumento da actividade funcional do fígado provocada por estes sais.

J. ROCHETA.

Sobre a terapêutica da taquicardia paroxística. (*Zur Therapie der paroxysmalen Tachykardie*), por P. S. PLASSMANN. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 33. 1931.

O grande número de medicamentos recomendados para o tratamento da taquicardia paroxística — digitális, cânfora, estrofantina, morfina, quinina, e a apomorfina há pouco indicado por Drucker — provam bem que ainda não existe o fármaco ideal para debelar rápida e seguramente o seu aparecimento. O A. refere um caso de taquicardia com 200 pulsações por minuto, que cedem prontamente à pressão do seio carotídeo — reflexo do seio carotídeo (Hering) — com a injeção concomitante intramuscular de 2 gramas de Solvochin, partindo da hipótese que este reflexo aumenta o *tonus* do vago que pode considerar-se paralisado, ou melhor, diminuindo durante as crises. É preciso não esquecer, porém, que este reflexo provoca sempre uma baixa acentuada da pressão arterial que, somada à que já existe, pode dar origem a fenómenos desagradáveis que necessitem do emprêgo da adrenalina ou da cafeína.

É indispensável o conhecimento topográfico do seio carotídeo, no início da carótida interna: na região cervical lateral ao nível do ponto de cruzamento duma horizontal que parta do bordo superior da laringe com o bordo anterior do esterno-cléido-mastoídeo. Sobre o mecanismo da Solvochin nada se pode afirmar de seguro.

J. ROCHETA.

O tratamento da «migraine» com a hormona do lobo anterior da hipófise. (*Die Behandlung der Migräne mit Hypophysenvorderlappenhormon*), por I. K. CROUHEIM. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 34. 1931.

É sabido que é frequente, em mulheres que sofrem de *migraine*, o desaparecimento das crises durante a gravidez. Se assim acontece é lógico supor que durante esse período ou não se formam substâncias provocadoras duma auto-intoxicação, ou outras aparecem que neutralizam aquelas. Depois que Ascheim e Zondek demonstraram uma maior produção hormónica do lobo

anterior da hipófise durante o período gravídico, era natural admitir que êsse produto representava o factor desintoxicante. Isto é tanto mais admissível, quanto é certa a íntima interdependência da menstruação e da *migraine* e ainda pelo facto de esta não aparecer depois do *climaterium*, o que se explicaria pelo facto do *déficit* ovárico provocar uma mais intensa secreção da hipófise. De resto, encarando a questão sob o aspecto prático, pouco importa que a hormona em excesso seja produzida por esta glândula ou derive da placenta, visto que ficou provado por Zondek que êste órgão segrega aquela juntamente com a foliculina.

Partindo dêstes factos o A. experimentou, numa série de casos, se por administração oral da hormona hipofisária podia influenciar os acessos. Empregou o preparado Prolan na dose de 3 comprimidos por dia, tendo verificado que em 7 dos 10 casos tratados, os ataques cessavam completamente ou pelo menõs deminuíam muito. Os casos restantes podiam considerar-se como constituídos por um complexo sintomático devido a outras afecções, de modo que o emprêgo de Prolan pode até desempenhar uma função de diagnóstico. Nos doentes que ainda não tenham atingido a idade adulta não é conveniente o emprêgo desta substância, pois pode provocar perturbações sexuais.

J. ROCHETA.

O tratamento do carbúnculo. (*Zur Milzbrandbehandlung*), por O. SCHEREFETTIN. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 34. 1931.

O A. apresenta uma série de 35 casos com carbúnculo, dos quais morreram dois, ambos de idade avançada, e que, além de apresentarem lesões de miocárdio, iniciaram o tratamento tardiamente. As conclusões a quê chega acêrca do tratamento são as seguintes:

- 1) Os casos pouco graves de pústula maligna podem curar sem tratamento, ou então por meio da cauterização local, como habitualmente se pratica.
- 2) Casos mais graves com edema extenso devem tratar-se com fortes doses de sôro; de 50 a 100 c. c.
- 3) Os casos muito graves com septicémia ou localização pulmonar, que anteriormente terminavam sempre pela morte, podem salvar-se com intervenções precoces e altas doses de sôro.
- 4) Pode-se com vantagem associar a soroterapia à proteínoterapia.
- 5) O emprêgo de Jogurt parece exercer uma influência benéfica sôbre a cicatrização consecutiva.

J. ROCHETA.

A radiografia das cápsulas supra-renais. (*Über die Darstellung der Nebennieren im Röntgenbilde*), por F. LITTEN. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 34. 1931.

Normalmente não se obtêm radiografias das cápsulas supra-renais, principalmente porque estes órgãos não têm espessura suficiente, embora o

emprego de raios moles já permita o diagnóstico precoce da tuberculose pulmonar, e ainda porque a sua topografia dificulta a sua representação.

todavia, alguns casos raros de doença de Addison têm sido mencionados na literatura médica com chapas que mostram nódulos calcificados daqueles órgãos.

Matthes, por exemplo, afirma no seu *Diagnóstico diferencial* a possibilidade da sua visibilidade, se de facto existe uma calcificação. O A. apresenta casos da doença de Addison, dos quais refere a história, embora só a dois tenha sido possível obter radiografias, e que de facto mostravam as manchas características da calcificação. Recomenda também o emprego de Encypan ou, melhor ainda, Adsorgan, para evitar que os gases do tubo gastro-intestinal possam produzir imagens enganadoras.

J. ROCHETA.

O tratamento cirúrgico da estenose congénita do piloro, nos lactantes.

(*Ueber dischirurgische Behandlung der angeborenen Pyloruestenose bei Säuglingen*), por L. SCHÖNBANER. — *Wiener Klinische Wochenschrift*, N.º 35. 1931.

O tratamento cirúrgico aconselhado pelo A. como tratamento da estenose hipertrófica do piloro funda-se na técnica seguinte: laparotomia mediana alta, principiando na ponta do apêndice xifoideu e terminando 2 cm. abaixo; incisão da serosa e da camada muscular até a submucosa, numa região pobre em vasos, com consecutivo descolamento desde o duodeno até o antro do piloro; laqueações com sêda fina e tamponamento das hemorragias parenquimatosas com um soluto de destrose a 60 0/0. O tempo operatório comporta uma média de 10 a 12 minutos. Quanto a resultados, dos 17 casos operados só um morreu de peritonite.

J. ROCHETA.

A isquemia com a supra-renina. (*Ueber die Bluteere mit Suprarenin*), por MOCK. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*, N.º 36. 1931.

Deve-se a Borchers o emprego da supra-renina como agente isquemiantes nas intervenções cirúrgicas. O A., que a usou nas mais variadas operações, aconselha-a também e dá as seguintes regras técnicas: 2 c. c. de soluto millesimal diluídos em 200 c. c. de sôro fisiológico, quantidade suficiente para quasi todos os casos, e não tóxica em virtude da sua fraca percentagem. O soluto deve ser feito sempre imediatamente antes da operação, e como especialmente importante deve evitar-se o contacto com alcalis; assim, as seringas devem ser fervidas em água destilada. Solutos corados devem rejeitar-se por indicarem alteração do produto.

Para se produzir uma boa isquemia deve-se embeber bem os tecidos a operar; a acção vaso-constritora começa em geral 5 minutos depois da injeção. Nunca observou nenhuma hemorragia secundária grave nem tampouco fenómenos de intoxicação.

J. ROCHETA.

Bibliografia (1)

Die Hormone des ovariums und des Hypophysenvorderlappens,
por BENHARD ZONDEK. — 1 vol. de 343 págs. Berlim, 1931.

Neste livro reúne B. Zondek a colectânea das suas investigações pessoais (algumas ainda inéditas) sobre a fisiologia e a patologia da função genital da mulher. Adita-lhe, em apêndice, um capítulo sobre a chamada reacção de Zondek-Ascheim, hoje inteiramente consagrada e de valor diagnóstico indiscutível. Sobre esta reacção publicou a *Lisboa Médica* um trabalho — as primeiras investigações feitas entre nós — do Dr. Filipe da Costa.

A relação das hormonas dos ovários com as hormonas do lobo anterior da hipófise constitue um capítulo da maior importância biológica e clínica, que está na ordem do dia. Para resolver este problema de ordem fisiológica, que tantos esclarecimentos trouxe à patologia, muito concorreram as investigações de B. Zondek, um clínico que enriqueceu extraordinariamente a fisiologia.

Remontam a 1913 os primeiros trabalhos deste ginecologista, conduzidos com um critério, uma orientação e um método, que constituem o segredo do primado da medicina alemã.

São especialmente interessantes as relações das hormonas sexuais com as hormonas pre-hipofisárias no período da gravidez.

O ovário e o lobo anterior da hipófise apresentam, no decurso da gravidez, sinais nítidos de uma hipofunção progressiva. Entretanto, a concentração das hormonas hipofisárias (Prolan A e Prolan B), como das hormonas ováricas (luteína e foliculina) acresce no sangue e na urina durante o período da gravidez; mas a placenta, como órgão endócrino, tem também uma grande importância, segundo Zondek, Ascheim e Collip, a placenta contém quatro hormonas: foliculina, Prolan A, Prolan B e Emenine, hormona muito semelhante.

Sobre a origem da foliculina há duas opiniões divergentes. Para Allén,

(1) Como já fizemos em dois números anteriores (n.ºs 7 e 8) iremos analisando nesta nova secção alguns dos bons livros de patologia que acabam de aparecer. Apenas as obras que valem. Por isso só diremos bem, embora de onde a onde, a crítica — crítica científica — tenha que apontar uma ou outra lacuna ou discordância. Crítica fundamentada, entendida-se. Nunca faremos reparo, como dizia o autor do *Elucidário*, com «torcidas vistas». Mas o que nos interessa, sobretudo, é pôr o leitor em contacto com os problemas novos que estas obras sugerem, enfrentam ou resolvem.

Frank e Zondek a foliculina é segregada sucessivamente pelo folículo, pelo corpo amarelo e pela placenta. Esta hormona presidirá por si só ao ciclo das transformações do aparelho génito-mamário, desempenhando o corpo amarelo, apenas, o papel de secretor de foliculina. Loeb, Bouin e Ancel, Marshall admitem uma dualidade humoral do ovário: há duas hormonas (a foliculina e a luteína) que possuem uma acção distinta, a primeira corresponde à fase de proliferação e a segunda à fase de secreção.

Parece que as duas fases do ciclo ovárico são presididas por uma hormona diferente: a fase folicular pela foliculina e a fase lutéinica pela progestina.

Segundo Zondek o corpo amarelo segrega simultâneamente a foliculina e a progestina.

O conhecimento das modificações humorais da gravidez conduz-nos à apreciação do seu mecanismo hormonal.

Alguns dias após o aparecimento da placenta, o corpo amarelo continua o seu desenvolvimento, e a urina começa a apresentar Prolan B. A placenta desencadeia, portanto, a hipersecreção da hormona hipofisária ou ela própria produz o Prolan B. O aumento de produção de Prolan B determina a proliferação do corpo amarelo, e, por consequência, o aparecimento de grande quantidade de luteína no sangue.

É a foliculina que, desde o comêço da gravidez, dirige o crescimento do útero, embora a sua concentração no sangue não seja, nessa ocasião, muito considerável.

Contrariamente ao que se passa durante a menstruação, na gravidez é o corpo amarelo que, além da luteína, produz a foliculina sob a acção do Prolan A. Mas, como a função do ovário vai desaparecendo à medida que a gravidez progride, um outro órgão o vem suprir na produção crescente de foliculina — a placenta. Durante a gravidez é a glândula da produção de foliculina. É essa a opinião defendida por numerosos endocrinologistas (Zondek e Ascheim, Lowe e Voss, Alen, Frank, Champy, etc.). A placenta contém 700 unidades de rato de foliculina por quilograma.

O aumento progressivo de foliculina no sangue durante a gravidez provoca a inibição da secreção hipofisária. Assim, no quinto mês da gravidez da mulher há uma diminuição de secreção do Prolan B, e consecutivamente a regressão do corpo amarelo gravídico.

Numerosas investigações histológicas mostram a existência desta acção recíproca entre a hipófise anterior e a foliculina.

Neste período da gravidez (quinto mês) a placenta segrega ainda outra hormona que vai substituir o Prolan A e que contrasta (*contrôle*) a secreção da foliculina — Emenine «Collip». Esta hormona excita a secreção da foliculina sem provocar a maturação folicular.

A foliculina parece desempenhar ainda um papel importante no desencadeamento das contracções uterinas do parto.

Sobre o mecanismo do trabalho de parto devemos salientar aqui as investigações do Prof. Joaquim Fontes, do maior interesse e originalidade.

Seria interessante estudar o grau de foliculinémia das grávidas em trabalho de parto e cotejá-lo com a foliculinémia anterior. O que se sabe já é

que a oxitocina só determina contracções violentas do útero quando há uma foliculinémia acentuada. Sem esta o trabalho de parto não se inicia.

Encontramos neste livro o estado actual dos conhecimentos científicos sôbre esta importante comarca da medicina—estudo das hormonas sexuais—ainda no limiar da sua evolução, para o progresso da qual muito concorreram os trabalhos portugueses de M. Athias. Os fenómenos observados permanecem como expressão da realidade. As hipóteses serão substituídas por outras hipóteses de trabalho. Seja como fôr, as investigações experimentais e clínicas do notável ginecologista B. Zondek constituem uma contribuição apreciável para o importante capítulo da endocrinologia que cuida do estudo das hormonas sexuais femininas e das suas relações com as hormonas pre-hipofisárias. A sua obra tem uma extraordinária importância biológica e clínica; mas, sobretudo, a sua parte experimental é um modelo de propedêutica científica, estalão que gostaríamos de ver seguido.

E. COELHO.



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Para meditar...

A preparação do médico

Houssay, sábio argentino da melhor estirpe, renovador da mentalidade médica do seu país e professor da Faculdade de Medicina de Buenos Aires, proferiu, na qualidade de vice-decano, um discurso de saudação aos médicos novos. Dêle recortamos estes passos, nos quais se põem as condições morais, intelectuais e culturais do médico :

- 1.º — Uma boa preparação, única base sólida e duradoura ;
- 2.º — O estudo disciplinado, constante ;
- 3.º — O aperfeiçoamento no espírito científico, na exactidão, nunca empregando expressões, tais como — *parece-me, mais ou menos, para que serve isso, pratiquei sem o conhecimento disso* — recordando que a medicina é uma parte das ciências naturais e biológicas que progride pela observação, pela crítica e pelo raciocínio ;
- 4.º — Manter um nível cultural humanista, porque, para cultivar o idealismo, utilizar as ideas gerais, ordenar os pensamentos, é necessária uma cultura científica, filosófica e literária ;
- 5.º — Possuir autocrítica, nunca aceitar porque *está na moda* ;
- 6.º — Trabalhar muito, pois êsses inteligentes que não trabalham é porque não são bastante inteligentes ;
- 7.º — E, especialmente, possuir bondade, altruísmo, paciência, de sorte que ao auscultar os corações não se ouçam só as suas pulsações, mas que se procure ganhar as suas simpatias e despertar a sua confiança ;
- 8.º — Exercer com consciência o poder imenso e quasi absoluto do médico, pensando sempre : — *¿faria o mesmo a meu irmão, a meu filho, a minha mulher, a meus pais ?* ;
- 9.º — Por último — não a última condição, porém a primeira — o amor à profissão».

Palavras de Del Rio Ortega

Quando uma centena de amigos e admiradores do eminente histologista espanhol se reuniu à volta do mestre para festejar os seus triunfos, no regresso das conferências que proferiu na Alemanha, Del Rio Ortega leu *unas quar-*

tilas de sã e profunda pedagogia, sôbre as quais convém reflectir. Cabem no mesmo quadro que as de Houssay, quiçá mais elevadas pelo idealismo que envolvem.

Transcrevemos estes passos :

«Felizmente, não tendes diante de vós um homem extraordinário ao qual se deva a realização de emprêsas a outros vedadas. E digo por felicidade, e não por desgraça, como dissera se pensasse com egoísmo, porque considero mais útil a falta absoluta de cérebros privilegiados, que tanto escasseiam, em benefício das mentalidades bem organizadas, que abundam mais do que se supõe.

Os novos farão muito bem em não esperar tudo dos super-homens e em pensar, como eu, que a massa humana está na sua maioria capacitada para realizações sublimes.

O que faz um homem reputado genial, honra e glória da sua pátria ou do mundo, pode fazê-lo com igualdade de esforços, ou com um pouco mais, outro qualquer de inteligência mediana. O fundamental não consiste em possuir uma dotação superior de inteligência, mas sim arder em ideais: abandonar impulsos egoístas e proceder com altruísmo e abnegação; perseverar na emprêsa sem desfalecimentos; ter o nobre entusiasmo de marchar à frente e de vencer por si; aspirar a sobreviver em obras duradouras. O essencial é ser-se também bom administrador do caudal de inteligência; não o desbaratar em emprêsas ruinosas para as quais faltam vocação e aptidões, e applicá-lo integralmente num único objectivo, cuidadosamente escolhido.

Tenho-me por um homem vulgar, talvez com mais energia do que a usual. Há em mim uma vontade, uma inquietação, uma chama. Uma vontade de fazer obras duradouras; um desejo de não morrer de vez e para sempre; um afan de descobrir novos panoramas e horizontes; uma chama que, a-pesar-de tudo, se alimenta de ideais».



Faculdade de Medicina de Lisboa

Segundo editais afixados na Faculdade de Medicina estão abertos concursos, até 25 de Fevereiro de 1932, para professores auxiliares: dois lugares do 1.º grupo, sub-grupo A (Anatomia humana, descritiva e topográfica); e um lugar do 2.º grupo, sub-grupo B (Farmacologia e terapêutica geral — radioterapia, fisioterapia, hidrologia, etc.), com o vencimento anual de 18:000\$00, acrescidos de 1:080\$00, ao fim de dez, de 2:280\$00, ao fim de quinze, e de 3:000\$00, ao fim de 20 anos de efectivo serviço.

Vinte dias antes do início das provas, serão afixados os pontos das lições e das provas práticas e, nêsse mesmo dia, fixado por edital do júri dos concursos, os candidatos entregarão na secretaria da Faculdade:

1.º — Declaração escrita do assunto sôbre que versará uma lição à escolha do candidato.

2.º — 50 exemplares de uma dissertação impressa, escrita expressamente para o concurso.

A 1.^a prova consistirá na apresentação e discussão dos trabalhos científicos do candidato, incluindo a dissertação, durante o prazo máximo de uma hora, meia para cada argüente.

A 2.^a prova consistirá numa lição sôbre assunto tirado à sorte entre 15 pontos, que serão afixados vinte dias ante.

A 3.^a prova consistirá numa lição, que poderá ir até uma hora, sôbre assunto escolhido pelo candidato, seguido de interrogatório.



Sociedade Portuguesa de Biologia

Na sessão de 7 de Julho de 1931 foram apresentadas as seguintes comunicações:

«Hidratação bioquímica do ácido fumárico pela fumarose dos tecidos», pelo Dr. Anselmo Cruz.

«Investigações sôbre a especificidade das hidratases. Acção das ervilhas e da levedura sôbre o ácido crótónico», pelo Dr. Kurt Jacobson e Dr. Fernando Belo Pereira.

«Sôbre a existência duma substância ocitócica no sangue da mulher grávida e em parturicão», pelo Dr. Pedro da Cunha.

«Existência de *Gambusia* na região de Benavente», pelo Sr. Rodrigo Bôto.

«O antagonismo entre iões Mg e catiões monovalentes, estudado sôbre o preparado neuro-muscular da rã e sôbre o músculo tibial anterior do cão», pelo Dr. Toscano Rico.

«Sôbre o valor da reacção de Botelho-Itchikavova para o diagnóstico precoce do cancro», pelo Dr. S. Gomes da Costa.

«A acção específico-dinâmica das proteínas na tuberculose pulmonar», pelo Dr. Eduardo Coelho.

«A glândula tiroideia e o metabolismo das proteínas», pelos Drs. Eduardo Coelho e José Rocheta.

«O metabolismo do cloro no mixedema experimental», pelos Drs. Eduardo Coelho e José Rocheta.

«As alterações electrocardiográficas no derrame pericárdico experimental», pelos Drs. Eduardo Coelho e J. Cândido de Oliveira.

«Parathormona e metabolismo dos hidratos de carbone», pelos Drs. Eduardo Coelho e J. Cândido de Oliveira.

«Acção das soluções de radon sôbre o poder lipolítico do sangue na cobaia», pelo Dr. Carlos Vidal.



Congresso Internacional de Neurologia de Berne

A representação portuguesa ao Congresso Internacional de Neurologia de Berne foi presidida pelo Prof. Egas Moniz e composta pelos Drs. Amândio Pinto, Celestino Henriques, Almeida Dias e Corino de Andrade.

O Prof. Egas Moniz apresentou os seus trabalhos sobre *La localisation des tumeurs cérébrales par l'encéphalographie artérielle*, publicados no último número da *Lisboa Médica*. Presidiu ainda a uma das sessões do Congresso, onde fez a apreciação da obra do Prof. Magalhães de Lemos. Finalmente, pronunciou uma conferência sobre a nova técnica simplificada da encefalografia arterial.

O Dr. Amândio Pinto tomou parte na discussão sobre tumores cerebrais, falando sobre o choque cirúrgico nas neoplasias cerebrais e acentuando a vantagem do uso da avertina.

O Dr. Almeida Dias referiu um caso de encefalite epidémica crónica estudado sob o ponto de vista anátomo-patológico.

Ainda as Jornadas Médicas Galegas

Por erro de composição, não se publicou no último número a notícia completa da contribuição portuguesa a estas Jornadas.

Além das comunicações já citadas houve ainda as seguintes:

Prof. F. Gentil, «O tratamento do cancro do colo uterino no Instituto Português de Oncologia»; Prof. H. Parreira, «Cancro colóide da mama»; Dr. Rodo, «O bisturi eléctrico no tratamento das neoplasias da pele e das mucosas»; Prof. Rocha Brito, «Sobre a «leischmaniose» cutânea».

O Prof. Gentil realizou uma conferência na Universidade de Santiago sobre «O cancro da lingua» e foi nomeado presidente honorário estrangeiro das 3.ªs Jornadas Médicas Galegas que se realizam em Lugo no próximo ano.

Ao Prof. Gentil foram prestadas as maiores homenagens pelo elemento oficial e universitário da Galiza. A Redacção da *Lisboa Médica* cumprimenta o ilustre professor pelo êxito da sua jornada às Jornadas Médicas Galegas.

Hospitais da província

Foram aprovados pelo Governo os orçamentos do Hospital de D. Manuel de Aguiar, de Leiria.

Curso de Hidrologia e Climatologia

As matrículas no Curso de Hidrologia e Climatologia do Instituto de Hidrologia de Lisboa realizam-se de 1 a 15 de Outubro no Instituto Superior Técnico

— No diário do Governo foi publicada a proposta do Conselho Escolar

do Instituto de Hidrologia e Climatologia de Lisboa e o despacho pelo qual o Dr. José Alberto de Faria é autorizado a exercer cumulativamente os cargos de director geral de saúde, médico dos Hospitais Civis e professor daquele Instituto.

Junta médica do Ministério das Finanças

No Ministério das Finanças foi criada uma junta médica constituída pelos seguintes clínicos: efectivos, os Drs. Travassos Lopes, Freitas Esméraldo, Carlos Correia Guedes, José Gomes Lopes, Weiss de Oliveira e Leite Faria; e suplentes os Drs. Aguiar Saldanha, Gualberto Pinto, Leite da Silva, Soares de Oliveira e Appleton Figueira.

Aos membros da junta compete: fazer individualmente a inspecção dos funcionários de todos os serviços públicos nos seus domicílios; fazer parte, como vogais, da junta médica de cada Ministério, que será presidida pelo secretário geral do Ministério das Finanças; emitir parecer sobre os pedidos de licenças dos funcionários por motivo de doença; inspecionar os indivíduos antes do seu ingresso no quadro do funcionalismo público, e, no caso de promoções, quando isso fôr necessário; e, por último, inspecionar os funcionários para efeitos de aposentação que não esteja a cargo da Caixa Geral de Depósitos, Crédito e Previdência.

Saúde pública

Os Drs. Luís Henriques da Silva Pacheco e Manuel Marçal de Mendonça, delegados de saúde substitutos do quadro da Inspecção de Saúde de Lisboa, foram nomeados efectivos do mesmo quadro.

Missões de estudo

Partiu para Londres o Dr. Silvério Gomes da Costa, assistente do Instituto de Farmacologia da Faculdade de Medicina de Lisboa e do Instituto Português para o Estudo do Cancro, em desempenho de missão de estudo daqueles estabelecimentos.

— O Dr. António Augusto Gonçalves Braga, inspector-chefe de sanidade marítima e internacional foi ao Brasil em missão de estudo.

— O Dr. Manuel de Oliveira Feijão foi autorizado a estudar os progressos da hygiene em Espanha, França, Holanda, Alemanha e Bélgica.

*
* *
*

Médicos militares

A fim de estabelecer o material cirúrgico das formações sanitárias de cirurgia geral e das especialidades, constituiu-se uma comissão composta pelos tenentes-coroneis Drs. Mário Moutinho e Alberto Luís de Meadonça e majores Drs. Alfredo de Vasconcelos Dias e João Bastos Lopes.

Também foi nomeada uma comissão, a que pertencem os Drs. Alberto dos Santos Monteiro, tenente-coronel, e João Medeiros de Almeida, Mário Pereira Machado e António de Oliveira Zuquete, capitães, com o fim de estudar a actualização da carga do carro sanitário regimental.

— Foi louvado o tenente-coronel médico Dr. Eugénio Pereira de Castro Caldas, director do Hospital Militar Principal de Lisboa, pela maneira como tem desempenhado o seu cargo.

*
* *
*

Saúde naval

Passou, a seu pedido, para o quadro de reserva da Armada o capitão de fragata médico Dr. Raúl do Carmo Pacheco, que por êste motivo abandona o cargo de subdirector do Hospital da Marinha.

*
* *
*

Exoneração

Foi exonerado do cargo de delegado de saúde do concelho de Mesão Frio o Dr. Manuel Rodrigues Mateus.

*
* *
*

Necrologia

Faleceram: em Estremoz, o Dr. João Lopes Nunes Vieira da Silva; em S. Simão (Vila do Conde), o Dr. Américo Ferreira da Costa, e em Coimbra o tenente-médico Dr. Aureliano Aníbal dos Santos Viegas.



Tratamento completo das doenças do fígado e dos síndromas derivativos

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



Opoterapias hepática e biliar
associadas aos colagogos

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

PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos científicos

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



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

Depósito Geral, Amostras e Literatura: LABORATÓRIO da PANBILINE, Annonay (Ardèche) FRANÇA
Representantes para Portugal e Colónias: GIMÉNEZ-SALINAS & C.^a Rua da Palma, 240 - 246 — LISBOA

A MUSCULOSINA BYLA, VITAMINADA

SUCO MUSCULAR DO BOI, CONCENTRADO, INALTERÁVEL

FORÇA,

DÁ

SAUDE

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

RUA DA PALMA, 240-246 — LISBOA

FORMITROL

O formaldeído é um poderoso desinfectante que no uso externo, se emprega em larga escala. Há vinte anos, quando se experimentou o valor dos produtos bactericidas como medicamento interno, o formaldeído revelou-se o mais apropriado de todos. As experiências sobre a cultura dos bacilos provaram que as doses muito mínimas de formaldeído impediam o desenvolvimento de micróbios patogénios, por exemplo a difteria, a escarlatina, tífos, etc. Foi em seguida a estas experiências que as pastilhas de Formitrol foram creadas: cada pastilha contém 0,01 gr. de formaldeído. Um dos nossos colegas escreve-nos: «Utilizei com sucesso, eu próprio e duas crianças, as vossas pastilhas de Formitrol. Não deixarei de recomendar calorosamente esta preparação».

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

Amostra gratuita e literatura pedindo-se á firma

ALVES & C.^A (Irmãos)

RUA DOS CORREIROS, 41, 2.º

LISBOA

Sala

Est.

Tab

N.º