



Ano IX

N.º 11

Novembro 1932

# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

## DIRECÇÃO

PROFESSORES

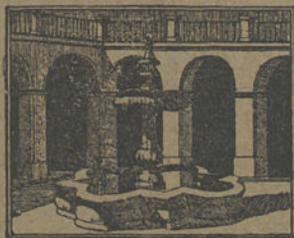
*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,  
Lopo de Carvalho, Pulido Valente, Adelino Padesca,  
Henrique Parreira, Carlos de Melo,  
António Flores*

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

# FLUOROFORMIO

Em solução aquosa e saturada

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

**PNEUMONIAS AGUDAS — TUBERCULOSE — TOSSE**

Peca-se literatura aos agentes para Portugal e Colónias

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>ª</sup> — 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 MI RAES, CA-DIOPATHIAS 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; exigir os Verdadeiros Granulos **CATILLON** Premio da Academia de Medicina de Paris para Strophantus e Strophantine, Medalha de Ouro, 1900, Paris.

3, Boulevard St-Martin Paris — PHARMACIAS

DOCTOR:

NO CASO EM  
QUE PRECISE TONI-  
FICAR UM ORGA-  
NISMO DEBILITADO  
RECORDE O



# Phosphorrendal

**ROBERT**  
NA SUAS TRES FORMAS:  
GRANULADO - ELIXIR  
INJECTAVEL  
LABORATORIO  
ROBERT

Deposítários para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>ª</sup> 240, Rua da Palma, 246 - LISBOA

Sala B  
Est. 9  
Tab. 12  
N.º 19

O Tratamento Intravenoso da Gonorrhêa  
Com Glucosa e

# MERCUROCHROMO

(Dibromoximercurifluoresceína)

Marca Registrada

Redewill, Potter e Garrison, da Marinha dos Estados Unidos de América (Journal of Urology, Vol. XXII, No. 6, Dez. de 1929) demonstraram em 2053 casos que a glucosa com Mercurochromo, intravenosamente, em solução fresca, aumenta a propriedade bactericida do ultimo e reduz a sua anafilaxia duas terças partes, mantendo ao mesmo tempo uma bacteriostasis sanguinea muito eficaz contra toda a espécie de infecção génito-urinária, e estimula a formação dos anticorpos especificos. Estes resultados conduzem com as informações obtidas de uma infinidade de autoridades e investigadores da Europa e da América do Norte e do Sul.

## DESCONFIE!

de todo o Mercurochromo  
cuja embalagem não leve o  
nosso nome na etiqueta, com  
a designação de

"MERCUROCHROMO H. W. & D."  
ou "MERCUROCHROMO-220  
SOLUVEL H. W. & D."



Unicos Fabricantes  
HYNSON, WESTCOTT & DUNNING  
BALTIMORE, MD., E.U.A.

Representantes: ROBINSON, BARDSLEY & Cia., Lda., Lisboa

HYNSON, WESTCOTT & DUNNING, Dpto. B, Baltimore E. U. A.

Peço-lhes tenham a bondade de enviar-me amostras e litterature descriptiva do MERCUROCHROMO.

Doutor .....

Endereço .....

Cidade .....

(Escrever em letra bom legivel.)

# STANNOXYL

**Tratamento da furunculose e de todas as doenças com estaphylococcus**

antraz, lercol abscessos do seio e berbulhagem

Produto com base de zinco e óxido de zinco, preparado de harmonia com os trabalhos científicos de A. Frouni.

Laboratorios Robert & Carrière-Paris

Agente em Portugal: A. G. ALVAN-R. da Madalena, 66, 2.º - Lisboa

MEDICAÇÃO NUCLEO-ARSENIO-PHOSPHATADA  
GRANULADO, INJECTAVEL

## NUCLÉARSITOL

### "ROBIN"

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

OS LABORATORIOS ROBIN  
13, Rue de Poissy, PARIS

App. peto. D. N. S. P.

N.º 825-827  
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias:

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

**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.<sup>ª</sup> — 240, RUA DA PALMA, 246 — LISBOA

PÕ  
DE ABYSSINIA

## EXIBARD

*Sem Opio nem Morphina.*

Muito eficaz contra a

## ASTHMA

**Catarrho — Oppressão**

em todas as affecções espasmódicas das vias respiratorias.

35 Anos de Bom Exitto. Medalhas Ouros e Prata.

H. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C<sup>ª</sup>  
6, Rue Dombasle, 6  
PARIS

EM BOAS PHARMACIAS

# Salvitae

---

# 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:**  
**Simenex - Salinas & C.<sup>a</sup>**  
240, Rua da Palma, 246 - LISBOA



# SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

**TOXICIDADE** consideravelmente inferior

à dos 606, 914, etc.

**INALTERABILIDADE** em presença do ar

(Injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de **BIOQUÍMICA MÉDICA**

**92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI<sup>e</sup>)**

DEPOSITARIOS  
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.<sup>a</sup>, L.<sup>da</sup> 45, Rua Santa Justa, 2.<sup>o</sup>  
LISBOA

DE MAIOR INOCUIDADE E ALTA EFICACIA

Syphilis:

**Bismogenol**

Laboratorios  
E. Tosse. Hamburgo

FAMA MUNDIAL

AMOSTRAS E LITERATURA AOS MÉDICOS

REPRESENTANTE PARA PORTUGAL: **SALGADO LENCART**  
PORTO — Rua 31 de Janeiro, 203

SUB-AGENTE: **A. G. ALVAN**-R, da Madalena, 66, 2.<sup>o</sup>-LISBOA

**acção  
pureza  
inalterabilidade absolutas**



eis as características  
e os fundamentos

do renome mundial da

marca

**INSULINA**



para a **DIABETES**

registada

(De ALLEN & HANBURY'S, 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. 2 1476  
G. DELTA

Agente no PORTO

M. PEREIRA DA SILVA, L. L0108, 36. Telefone 701

**allenburys**

alimentos de confiança para o bebé tomar

e para o médico receitar

VITAMINADOS

AFAMADOS

SCIENTIFICAMENTE PREPARADOS

**GARANTIDOS**

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'S, LTD. — LONDRES:  
COLL TAYLOR, LDA. — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA

Tele. } F. 2 1476  
G. DELTA

# AMYGDALITE

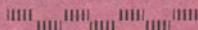
A amygdalite, e em particular a amygdalite follicular, é muitas vezes inflexível, com tendência a desenvolver-se em forma supurativa.

Quando a supuração parece inevitável, a aplicação de emplastos quentes é o tratamento mais acertado. A

## *Antiphlogistine*

provoca uma activa hiperemia na area afectada, faz dilatar e afluir os capilares superficiais, estimula a leucocytose e promove a destruição das bacterias.

A *Antiphlogistine* é bacteriostatica, não fermentável e adere com facilidade em torno do pescoço, o que não se dá com outras aplicações dificeis de manter-se no lugar.



PARA AMOSTRA E LITERATURA ESCREVER A'

**The Denver Chemical Mfg. Co.,**

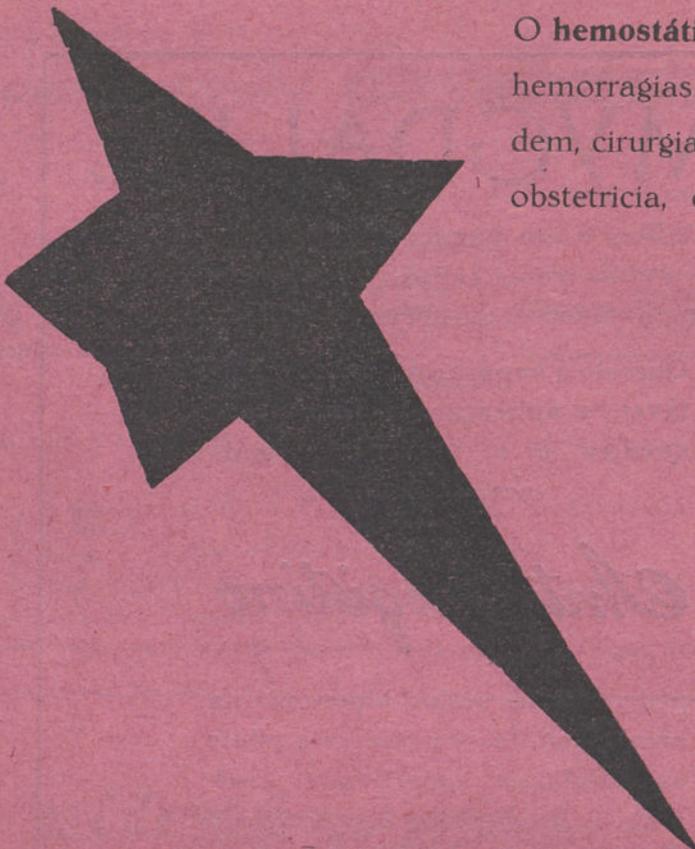
183 Varick Street,

York New, N. Y.

**Robinson, Bardsley & Co., Lda.**

Caes do Sodré, 8, 1.º

L I S B O A



O **hemostático** ideal para hemorragias de toda a ordem, cirurgia, ginecologia, obstetricia, otologia, etc.

# STYPTICINA (Cloridrato de cotarnina) **MERCK**

Principalmente as hemorragias uterinas são sustadas pela  
**STYPTICINA**  
com extrema rapidez.

Embalagens: **Stypticina em grageias** de 0,05 gr. Tubos de 20 grageias.  
**Stypticina em ampólas** de 1 c.c. : 10%. Caixas com 5 ampólas.  
**Stypticina em substância** para receitas.

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**

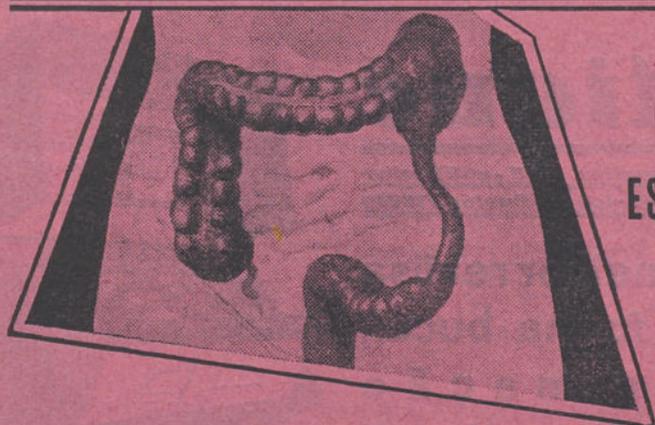
---

---

**ALGUNS ASPECTOS DA FISIOLOGIA INTESTINAL**

---

---

**INTESTINO  
ESPASMÓDICO**

**N**OS doentes que têm tomado catárticos por um período muito longo, sem consentimento médico, encontra-se frequentemente um intestino espasmódico.

O 'Petrolagar' está indicado definitivamente para o tratamento destes casos, porque:

- 1.º Exerce uma acção suave e moderada.
- 2.º Produz uma boa evacuação natural.
- 3.º Educa o intestino para se obrar diariamente à mesma hora.

## 'Petrolagar'

(Marca Registada)

*O 'Petrolagar', é uma emulsão de sabor agradável de 65% de parafina medicinal pura emulsionada com agar-agar. V. Ex.ª poderá prescrevê-la sem receio.*

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

*Representante em Portugal:*

**RAUL GAMA, RUA DOS DOURADORES, 31, LISBOA.**

---

---

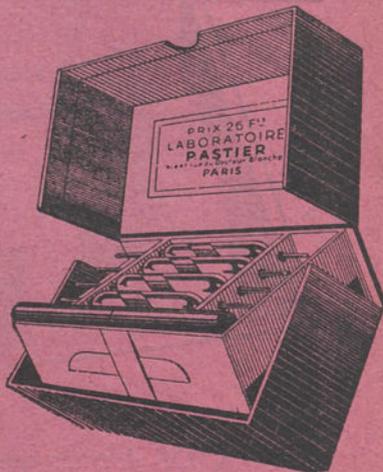
## 2 novidades em vacinoterapia

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 applicações locais

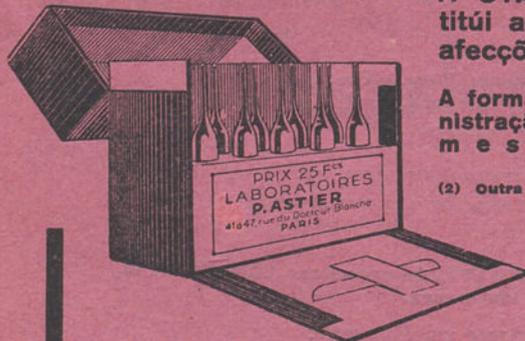
# stalysine

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

A STALYSINE injectavel constituiu a melhor terapeutica das afecções estafilococicas.

A forma bucal (de mais 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 do Docteur Blanche — PARIS

ou nos representantes para Portugal e Colónias

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> — R. da Palma, 240-246 - Lisboa



## SUMÁRIO

### Artigos originais

As variações leucocitárias consecutivas ao corte e excitação do vago e do simpático, por H. Monteiro, Alvaro Rodrigues, Sousa Pereira e Ernesto Morais.....	Pág.	999
Les fausses lithiases biliaires, par le Dr. Armando Narciso.....	»	1009
A reacção de Rubino e o diagnóstico precoce da lepra, por Diogo Furtado e Salazar Leite.....	»	1019

### Notas clínicas

Sóbre um caso de sinusite maxilar, por A. Meireles do Souto....	»	1028
Revista dos Jornais de Medicina.....	»	1037
Neurologia.....	»	1065
Notícias & Informações.....	»	CV

## AS VARIAÇÕES LEUCOCITÁRIAS CONSECUTIVAS AO CORTE E EXCITAÇÃO DO VAGO E DO SIMPÁTICO (\*)

POR

H. MONTEIRO, ÁLVARO RODRIGUES, SOUSA PEREIRA e ERNESTO MORAIS

Em investigações anteriores (1, 2, 3 e 4) tínhamos já demonstrado, contrariamente à afirmação de Jung, Collet e Dischamps (5, 6, 7 e 8), que no Cão a secção do simpático é seguida de hiperleucocitose e a do vago de leucopenia, o que confirmava os trabalhos de Leriche e Fontaine (9), Dobrzaniecki (10), Iscenko e Olga Proscura (11); a baixa do número de leucócitos observada por aqueles autores após a secção do vago-simpático do Cão resultava, pois, não do corte do simpático, como eles pensavam, mas da interrupção do vago, como ainda verificámos num animal a quem cortámos apenas este nervo. Assim, a leucopenia

(\*) Comunicação ao Congresso luso-espanhol para o Avanço das Ciências (Lisboa, 1932).

(1) Hernâni Monteiro. — Simpático e vaso-motricidade. — *Portugal Médico*. N.º 4. 1930.

(2) H. Monteiro, A. Rodrigues, S. Pereira e E. Morais. — Variations du taux leucocytaire après section du vague et du sympathique chez le Chien. *Comptes Rendus des Séances de la Soc. de Biol.* Tome CVI. Pág. 1186.

(3) H. Monteiro, A. Rodrigues, S. Pereira e E. Morais. — Simpaticectomia e leucocitose. *Lisboa Médica*. N.º 2. Ano VIII. 1931. Pág. 60.

(4) Ernesto Morais. — Variations leucocytaires consécutives à la ressection du ganglion cervical du sympathique chez le Lapin. *Comptes Rendus des Séances de la Soc. de Biol.* 17 Janvier. 1931.



CENTRO CIÊNCIA VIVA  
UNIVERSIDADE COIMBRA

consecutiva à secção do vago transformou-se em hiperleucocitose muito acentuada logo que seccionámos naquele animal o simpático do mesmo lado.

Tencionávamos já prosseguir nessas pesquisas, a fim de procurar interpretar o mecanismo destas variações leucocitárias determinadas pela interrupção quer do vago, quer do simpático, quando tivemos ensejo de conhecer os resultados a que chegou Czubalski (12) acêrca das modificações leucocitárias verificadas no sangue venoso após a excitação periférica do simpático e do pneumogástrico; êste autor, dirigindo as suas investigações sôbre todos os componentes morfológicos do sangue (plaquetas de Bizzozero, glóbulos brancos e glóbulos rubros) concluiu das suas experiências em 4 cães, excitando elèctricamente durante 1 minuto o tópo periférico do pneumogástrico, com uma bobina de Du-Bois-Reymond e com um afastamento do induzido de cêrca de 10 cm., que a excitação periférica do vago provocava, entre outros fenómenos, um abaixamento notável dos glóbulos brancos no sangue venoso periférico (colhido em gerál na extremidade periférica da veia jugular), abaixamento que podia ir até cêrca de metade do seu valor inicial; por outro lado, verificou que a excitação do simpático no pescoço, realizada pelo mesmo processo em um animal, produziu no sangue venoso uma hiperleucocitose, que fêz elevar para o dôbro a percentagem inicial de leucócitos.

Impressionados por estes resultados das experiências de Czubalski, que se encontram em discordância absoluta com o que já sabemos dos fenómenos produzidos pela secção de cada um

(5) Jung e Dischamps. — *C. R. de la Soc. de Biol.* 1928. Tome XCIX. Pág. 1995.

(6) Jung e Collet. — *C. R. de la Soc. de Biol.* 1930. Tome CIII. Pág. 257.

(7) Jung e Collet. — *C. R. de la Soc. de Biol.* 1930. Tome CIV. Pág. 203.

(8) Jung e Collet. — *C. R. de la Soc. de Biol.* 1930. Tome CV. Pág. 10.

(9) Leriche e Fontaine. — *Presse Médicale.* 4-IX-1926.

(10) Dobrzaniecki, W. — Influence de l'ablation des ganglions sympathiques sur l'évolution des différentes formes de greffes cutanées autoplastiques et homoplastiques. *Lyon Chirurgical*, Sept-Oct. 1930. Pág. 537.

(11) Iscenko e Olga Proscura. — A propos de l'influence des opérations sympathiques sur la leucocytose. *Lyon Chirurgical*, Tome XXVII. Pág. 426.

(12) Czubalski. — Influence de l'excitation des nerfs pneumogastrique et sympathique sur le nombre des plaquettes de Bizzozero et des leucocytes. *C. R. de la Soc. de Biol.* Tome CIV. 1930. Pág. 899.

dêstes nervos, deliberámos realizar duas novas séries de experiências em cães, acêrca das variações leucocitárias produzidas pelo corte e excitação subsequente dos topos periféricos do vago e do simpático.

As modificações leucocitárias foram pesquisadas simultâneamente no sangue venoso periférico (colhido na veia auricular posterior) e no sangue venoso central (colhido numa das veias mesentéricas).

As contagens dos glóbulos foram feitas com o auxílio da câmara de Thomas Zeiss, depois de haver sido colhido o sangue por meio de pipetas de Pasteur, e diluído com água acetificada a 1 0/0.

Numa primeira série de seis experiências, depois de colhido por punção o sangue da veia da orelha e da veia mesentérica, procedemos à descoberta do pneumogástrico no pescoço, fazendo novas colheitas pouco depois de o haver seccionado. O tópo periférico do vago foi então excitado durante 1 minuto com o auxílio da bobina de indução de Du-Bois-Reymond, encontrando-se o induzido afastado cêrca de 7,5 cm. Novas colheitas de sangue foram então repetidas nas mesmas veias com intervalos variando entre 2 e 10 minutos.

Dos resultados obtidos dão-nos conta as seis observações seguintes:

#### I EXPERIÊNCIA

Secção seguida de excitação do vago à direita. Efectuada em 27-II-932.

	Antes da operação	Após a secção	Excitação do tópo periférico
Veia auricular esquerda	12.400	(6 m. e 30 s.) 10.850	(5 m. 30 s. depois) 13.500
Veia mesentérica . . . . .	12.330	(5 m. e 30 s.) 12.130	(2 m. 30 s. depois) 12.360

#### II EXPERIÊNCIA

Secção seguida de excitação do vago à direita. Efectuada em 5-III-932.

	Antes da operação	Após a secção	Excitação do tópo periférico
Veia auricular direita . .	16.530	(3 m. e 30 s.) 14.130	(2 m. 30 s. depois) 16.100
Veia mesentérica . . . . .	17.060	(2 m.) 13.530	(1 m. 30 s. depois) 12.630

## III EXPERIÊNCIA

Secção seguida de excitação do vago à direita. Efectuada em 8-III-932.

	Antes da operação	Após a secção	Excitação do tópo periférico
Veia auricular direita . .	8.360	(7 m.) 7.900	(4 m. depois) 8.400
Veia mesentérica . . . . .	9.660	(6 m.) 8.560	(2 m. 30 s. depois) 8.760

## IV EXPERIÊNCIA

Secção seguida de excitação do vago à direita. Efectuada em 30-III-932.

	Antes da operação	Após a secção	Excitação do tópo periférico
Veia auricular direita . .	11.300	(4 m.) 10.760	(5 m. depois) 12.800
Veia mesentérica . . . . .	12.560	(2 m. e 30 s.) 11.130	(4 m. depois) 12.730

## V EXPERIÊNCIA

Secção seguida de excitação do vago à direita. Efectuada em 31-III-932.

	Antes da operação	Após a secção	Excitação do tópo periférico
Veia auricular direita . .	16.600	(9 m.) 12.530	(9 m. depois) 14.400
Veia mesentérica . . . . .	16.860	(6 m.) 13.460	(7 m. depois) 15.030

## VI EXPERIÊNCIA

Secção seguida de excitação do vago à direita. Efectuada em 8-IV-932.

	Antes da operação	Após a secção	Excitação do tópo periférico
Veia auricular direita . .	10.200	(9 m.) 8.600	(7 m. depois) 10.430
Veia mesentérica . . . . .	9.550	(7 m.) 9.200	(5 m. depois) 10.760

Pelo exame destes resultados, verifica-se que, em todos os casos, a interrupção do vago determinou, como já havíamos observado em experiências anteriores, uma diminuição do nú-

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.<sup>a</sup>**

Rua da Palma, 240-246

**L i s b o a**



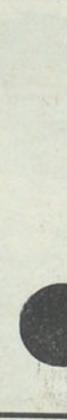
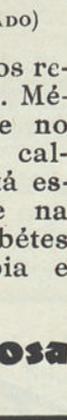



# Metranodina "Serono"

(EM GOTAS)

provadamente indicada na dismenorrea e nas menstruações de character hemorrágico, combate as dôres, regulariza o fluxo sanguinio e acalma as perturbações histéricas e psiquicas. \_\_\_\_\_

Dos opoterápicos "SERONO" é a

# Épatasi "Serono"

(EXTRACTO GLICÉRICO TOTAL DE FIGADO)

um dos que melhor marca pelos resultados brilhantes que os srs. Médicos dêle têm obtido, quere no tratamento da insuficiência e calculose hepática (para que está especialmente indicado), quere na hipofunção do figado, diabétes assucarada, gôta, hemeralopia e ainda na



**Infeção Tuberculosa**

Amostras grátis para os srs. Médicos

**L. Lepori**

Apartado 214 — Rua Victor Cordon, 1-E

**Lisboa**

mero dos glóbulos brancos, leucopenia que se fazia sentir (com excepção da I experiência) tanto no sangue venoso periférico (veia auricular posterior) como no central (veia mesentérica); a excitação eléctrica, durante 1 minuto, do tópo periférico do mesmo nervo, praticada a seguir, provocou uma subida do número dos glóbulos brancos, fazendo voltar a sua percentagem à verificada antes da secção do nervo, ou determinando mesmo (na I, IV e VI experiências) uma hiperleucocitose em relação a esses números verificados anteriormente; este aumento do número dos glóbulos brancos após a excitação do vago foi observado simultaneamente (ainda com excepção da I experiência) no sangue venoso periférico e no central.

Quanto ao estudo das modificações leucocitárias consecutivas à excitação do simpático, procedemos de forma análoga à adoptada para com o vago. O simpático foi descoberto no pescoço e, depois de seccionado muito próximo do ponto em que se reunia ao vago para constituir o vago-simpático, excitou-se-lhe o tópo periférico durante 1 minuto. Idênticas colheitas de sangue venoso periférico e central permitiram-nos verificar o seguinte, nas seis experiências efectuadas :

## VII EXPERIÊNCIA

Secção e excitação do simpático cervical direito. Efectuada em 1-III-932.

	Antes da operação	Secção do simpático	Excitação do tópo periférico
Veia auricular direita..	30.860	(3 m.) 23.660	(5 m. depois) 24.100
Veia mesentérica.....	29.500	(1 m.) 30.460	(3 m. depois) 24.960

## VIII EXPERIÊNCIA

Secção e excitação do simpático cervical direito. Efectuada em 3-III-932.

	Antes da operação	Após a secção	Excitação do tópo periférico
Veia auricular direita..	16.130	(9 m.) 18.900	(3 m. depois) 15.230
Veia mesentérica.....	15.650	(6 m.) 18.530	(2 m. depois) 14.100

## IX EXPERIÊNCIA

Secção e excitação do simpático cervical direito. Efectuada em 5-III-932.

	Antes da operação	Após a secção	Excitação do tópo periférico
Veia auricular direita..	12.830	(8 m.) 12.260	(4 m. depois) 7.360
Veia mesentérica .....	12.460	(6 m.) 11.230	(2 m. depois) 8.100

## EXPERIÊNCIA X

Secção e excitação do simpático cervical direito. Efectuada em 6-III-932.

	Antes da operação	Após a secção	Excitação do tópo periférico
Veia auricular direita ..	8.400	(8 m.) 9.430	(5 m. depois) 7.600
Veia mesentérica .....	10.700	(5 m.) 11.900	(4 m. depois) 9.750

## XI EXPERIÊNCIA

Secção e excitação do simpático cervical direito. Efectuada em 9-III-932.

	Antes da operação	Após a secção	Excitação do tópo periférico
Veia auricular direita..	13.030	(11 m.) 16.400	(4 m. depois) 13.100
Veia mesentérica .....	14.100	(9 m.) 15.560	(2 m. depois) 12.900

## XII EXPERIÊNCIA

Secção e excitação do simpático cervical direito. Efectuada em 1-IV-932.

	Antes da operação	Após a secção	Excitação do tópo periférico
Veia auricular direita..	18.430	(11 m.) 20.400	(9 m. depois) 14.700
Veia mesentérica .....	18.130	(10 m.) 19.700	(8 m. depois) 15.300

Da apreciação, em conjunto, destas experiências, concluímos o seguinte :

- 1.<sup>a</sup> Que a excitação eléctrica do tópo periférico do simpático

provoca uma acentuada leucopenia, que se observa após a hiperleucocitose constatada seguidamente à secção do nervo.

2.<sup>a</sup> Que tanto a hiperleucocitose produzida pela secção do simpático, como a leucopenia consecutiva à excitação do tópo periférico, se produzem, como para o pneumogástrico, igual e simultâneamente no sangue venoso periférico (colhido na veia auricular) e no sangue venoso central (colhido nas veias mesenéricas).

Desviam-se apenas um pouco destes resultados a VII experiência — na qual, e contra o que está absolutamente averiguado, o sangue colhido na orelha, após a secção do simpático, mostrou uma acentuada leucopenia (13) — e a IX — em que a secção do simpático não produziu alteração notável na percentagem dos glóbulos brancos do sangue periférico, muito embora a excitação produzida seguidamente provocasse, como nas restantes experiências, uma acentuada leucopenia central e periférica.

Tais são os resultados verificados por nós acêrca das variações leucocitárias operadas no sangue venoso após a excitação eléctrica dos topós periféricos do vago e do simpático, resultados que estão em perfeita concordância com o que era lógico supor, após o que nós (e os autores já referidos) havíamos observado pela secção de cada um destes nervos.

As conclusões absolutamente discordantes a que chegou Czubalski (leucopenia após a excitação do vago, hiperleucocitose pela excitação do simpático), provêm, a nosso ver, do seguinte: Czubalski excitou os topós periféricos de cada um destes nervos, com uma corrente induzida da bobina de Du-Bois-Reymond, estando o cilindro induzido afastado de cêrca de 10 cm. do ci-

---

(13) Numa das experiências do nosso trabalho «Simpaticectomia e leucocitose», ao corte do vago seguiu-se, contra o que é normal, uma hiperleucocitose, mais acentuada do lado oposto ao da operação, hiperleucocitose que se fez acompanhar de um syndroma nítido de Claude-Bernard-Horner, que, como se sabe, é próprio das lesões do simpático. A explicação deste facto reside, a nosso ver, na grande percentagem em fibras anastomóticas de natureza simpática que o tronco do vago possuía, e que determinaram todos êsses fenómenos. Só o exame histológico mostraria se a nossa hipótese era verdadeira, exame que naquele caso se não pôde realizar, sendo, porém, nossa tenção fazê-lo em outros casos semelhantes que, porventura, nos surjam no decurso de experiências ulteriores.

lindro indutor; nas nossas experiências, dispondo de um acumulador de 4 volts, o afastamento máximo do induzido, a que pudemos obter excitação nervosa, foi de 7 cm. 5, sendo com esta corrente que trabalhámos; acima dêste número, a intensidade da corrente era insuficiente para produzir qualquer excitação.

Supomos, por isso, que Czubalski não tivesse nas suas experiências chegado a excitar suficientemente os referidos nervos, e que interpretasse como efeito de excitação o que era apenas resultado do corte.

Se êste autor houvera feito contagens globulares após secção dos referidos nervos, talvez encontrasse números iguais àqueles que obteve após as suas excitações.

Sendo, segundo Leriche e Fontaine demonstraram, a hiperleucocitose função da vaso-dilatação activa, e a leucopenia da vaso-constricção, outros trabalhos vêm confirmar os resultados das nossas experiências.

Assim, Thompson e Mac-Donald (14) verificaram que, após a refrigeração ou secção dos vagos, havia aumento da pressão sanguínea, aumento de pressão que era independente do aumento de frequência do coração. Harris, Kenneth e Marvin (15), dirigindo as suas investigações sobre o problema da innervação dos capilares, verificaram, depois de fazer deter a circulação nos grandes troncos de um determinado segmento, que a excitação do simpático cervical do Coelho produzia uma diminuição de calibre dos capilares, e, portanto, uma acção do vaso-constricção sobre estes últimos.

Tournade (16) e Sava Taditch (17), para estudo das reacções vaso-motrices do rim, excitaram centrífugamente o vago, tendo

---

(14) Thompson e Mac-Donald. — Note on the change of blood pressure after section of the vagi. *American Journal of Physiology*, 1928, Res. in *Biological Abstracts*. Vol. V. Nov. 1931. Pág. 2770.

(15) Harris, Kenneth e Marvin. — The innervation of mammalian capillaries by vaso-constrictor sympathetic nerves. Res. in *Biol. Abstracts*. Vol. V. Nov., 1931. Pág. 2765.

(16) Tournade. — Sur les réactions vaso-motrices du rein pendant l'excitation centripète du nerf de Cyon-Ludwig ou du Nerf vague. *C. R. de la Soc. de Biologie*. 1932. Tome CIX. Pág. 87.

(17) Sava Taditch. — Rôle du nerf vague dans l'innervation vaso-motrice du rein. Thèse d'Alger, 1924.

verificado, mediante um artifício assaz engenhoso (18), que esta excitação produzia um aumento de volume do rim irrigado, devido a reacções vaso-dilatadoras.

Chianello, para o estudo da influência da simpaticectomia da veia porta sobre a função glicogénica e sobre a estrutura do fígado, operou 12 Cães, empregando quer o método de Doppler (simpaticectomia química pelo ácido fénico), quer a simpaticectomia ordinária por arrancamento da adventícia.

Notou, nos primeiros dias, leve congestão dos ramos portas, dos capilares e da veia central, e, além disso, infiltração leucocitária visível em tórno dos vasos dos espaços portas e das veias centrais (19).

Diz ainda Czubalski, pelo que respeita às variações numéricas das plaquetas de Bizzozero, consecutivas à excitação do pneumogástrico, que a diminuição do seu valor nas veias periféricas era acompanhada de um aumento do seu número nos vasos centrais; todavia, pelas razões expostas, parece-nos que novas experiências são necessárias para se poderem aceitar estas conclusões.

Nas nossas experiências acêrca das variações leucocitárias, verificámos, como já atrás se encontra referido, comparando as modificações operadas no sangue da veia auricular e no da mesentérica, que as percentagens respectivas dos leucócitos aumentavam ou diminuíam no mesmo sentido, e até com valores aproximadamente iguais, tanto no sangue periférico como no sangue central.

Pode, portanto, ainda concluir-se das nossas experiências que nas variações leucocitárias consecutivas ao corte ou excitação do vago ou do simpático cervicais, não existe uma compensação entre as modificações observadas no sangue venoso periférico e no central, isto é, a baixa ou aumento do número de glóbulos bran-

---

(18) Tournade, nas suas experiências, para subtrair o rim à influência das modificações humorais determinadas pela acção das excitações do pneumogástrico, isto é, para ter a certeza de que os fenómenos vaso-motrices do rim eram apenas motivados por uma acção nervosa directa, anastomosou a artéria e a veia de um rim do animal a observar, respectivamente, à carótida e à jugular (tôpo cardíaco) de um outro animal, tendo o cuidado de não lesar os nervos do órgão, enquanto procedia ao isolamento do pedículo e às suturas vasculares.

(19) Cit. in *Annales d'Anat. pathol. et d'Anat. norm. méd.-chir.* Janeiro de 1931. Pág. 60.

cos faz-se no mesmo sentido, tanto no sangue da veia da orelha como no da veia mesentérica.

Posta de parte a hipótese de nestas variações leucocitárias existir um equilíbrio dos elementos figurados, sujeito a mutações do sangue venoso periférico e central que se contrabalançassem, e como as subidas ou baixas do número de leucócitos se efectuem tam rapidamente que levam a excluir a ideia de se tratar de fenómenos de regeneração ou destruição bruscas, surgem hipóteses que nos parecem mais plausíveis (20).

¿ Não serão essas variações leucocitárias no sangue venoso contrabalançadas com outras variações em sentido inverso no sangue arterial?

A falta de contagens globulares no sangue arterial não nos autoriza a responder a esta pergunta, tencionando nós, no entanto, orientar nesse sentido investigações futuras.

Porém, admitindo que tenhamos de pôr de lado esta hipótese, ¿ não estarão estas alterações quantitativas dos leucócitos, observadas após o corte ou excitação dos nervos vago e simpático, em relação com a passagem do plasma para os tecidos ou vice-versa, e que assim diluiria ou concentraria os elementos figurados no sangue, no plasma? Tais hipóteses, embora representem apenas, por enquanto, orientações de trabalhos futuros, que procuraremos esclarecer em investigações ulteriores, parecem estar de acôrdo com os resultados obtidos pelo Dr. Simões Raposo em investigações a que tem procedido para o esclarecimento do mecanismo dos edemas e para o estudo dos accidentes respiratórios e tóxicos do mal das altitudes.

Trabalho do Laboratório de Cirurgia experimental da Faculdade de Medicina do Pôrto. (Subsidiado pela Junta de Educação Nacional).

---

(20) Czubalski, inspirado nos trabalhos de Roskam e Brull, pesquisou, durante a excitação do vago, o número de plaquetas de Bizzozero no sangue da veia jugular e no sangue da carótida, verificando que a deminuição daqueles elementos no sangue venoso periférico correspondia a um aumento no sangue arterial. Interpreta, por isso, a deminuição das plaquetas no sangue venoso periférico, dizendo que estas devem ser retidas e agrupadas nas rêdes capilares, sendo possível que nesse processo intervenha o tecido endotelial como origem de influências hemotáticas.

## LES FAUSSES LITHIASES BILIAIRES (1)

PAR LE

DR. ARMANDO NARCISO

Professeur à l'Institut d'Hydrologie et Climatologie de Lisbonne

Dans mon rapport sur le traitement des maladies gastro-intestinales par les eaux médicinales portugaises, présenté à la Réunion annuelle de la Société Internationale d'Hydrologie, à Lisbonne, en Octobre 1930, je terminais en disant que le devoir du médecin consultant, envers les malades, était surtout de bien savoir distinguer quels étaient ceux qu'il fallait envoyer aux eaux et ceux qui devaient être envoyés aux services de chirurgie.

Mais dans ce rapport le problème ne fut qu'énoncé, car il ne s'agissait pas seulement de rapporter sur la lithiase biliaire, mais sur les indications crénotherapiques de toutes les maladies gastro-intestinales. Ce problème est assez complexe. Chez un malade qui se présente, avec des symptômes de lithiase biliaire, il ne faut pas seulement savoir si les calculs menacent de descendre dans les canaux, pour y provoquer une colique expulsive ou une colique de rétention par obstruction, mais il faut aussi se certifier s'il s'agit ou non de lithiase biliaire. Dans les cas douteux il faut s'informer s'il y a cholécystite ou angiocholite chroniques, susceptibles d'une cure thermale, ou si c'est une affection aiguë de cette étiologie ou d'une autre, pour laquelle la cure thermale est contre-indiquée.

Il faut exclure les cas de calcul-carcinome biliaire qui sont presque toujours de diagnostic différentiel difficile. De plus, quand la cure hydrologique n'est pas indiquée, le praticien doit dire au malade si l'intervention chirurgicale est indiquée ou non.

Bien que le tableau symptomatique de la lithiase biliaire soit,

---

(1) Communication présentée au Congrès International de la Lithiase Biliaire. Vichy. Septembre, 1932.

depuis longtemps, classique et bien établi, bien que le tubage du duodenum et la cholecystographie avec contraste aient apporté de nouveaux éléments, très précieux, le diagnostic est encore parfois extrêmement difficile. Nous savons tous que le tableau symptomatique qui caractérise la lithiase biliaire peut être donné par un grand nombre d'états morbides hépatobiliaires et même extra-hépatobiliaires. Même dans la propre pathologie biliaire nous avons toutes les cholécystopathies et angiocolopathies aiguës et chroniques, inflammatoires, infectieuses, parasitaires et néoplasiques qui peuvent donner le tableau de la lithiase, avec les syndromes douloureux et rétentionnaires, sans que la présence de calculs les justifie.

De tous les diagnostics différentiels à établir celui du calcul-cancer est certainement le plus important, parce que, comme il est prouvé aujourd'hui par les statistiques, le cancer primitif biliaire se greffe généralement sur une vésicule lithiasique et peut simuler et continuer la symptomatologie de celle-ci, avec les mêmes caractéristiques syndromatiques douloureuses et ictériques. Ces cas ne sont pas rares et ont été déjà étudiés profondément par les auteurs Français, depuis le Dr. Durand Fardel jusqu'au Professeur Carnot. Malgré cela, il ne me semble pas inutile de citer ici un de ces cas, observé dans ma clinique hospitalière, pour servir d'exemple.

Il s'agit d'une malade de 44 ans qui entra à l'infirmierie ayant une longue histoire prégressive de lithiase biliaire, à laquelle ne manquaient pas les calculs expulsés dans les fèces. Elle avait eu une longue période de calme et, après quelques années, les coliques se répétèrent violentes, à intervalles plus courts, avec la symptomatologie propre, et perturbations accentuées du côté de l'estomac.

Environ deux semaines avant sont internement à l'hôpital, l'ictère apparut. Son état général ne semblait pas grave, mais elle était fébrile. Elle rentra à l'hôpital avec une nouvelle colique qui s'était déclarée cette même nuit. L'épigastre et l'hypocondre droit étaient très douloureux, la douleur plus intense au point cystique et irradiant vers le dos et l'épaule du même côté. Les urines étaient fortement pigmentées et les fèces décolorées, sans hydrobilirubine et sans calculs. Ni la formule leucocytaire ni l'étude radiologique n'ont donné d'éléments de diagnostic.

LISBOA MÉDICA



JUNO

# KLIMAKTON



contra os  
distúrbios do climacterio

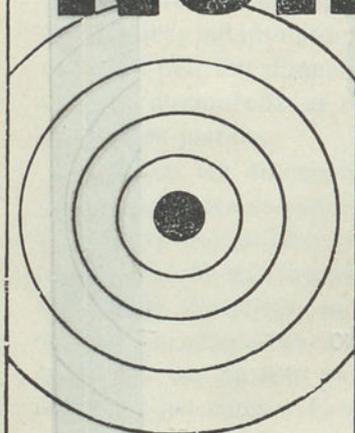
**COMPOSIÇÃO:**

3 cg. de substancia ovarica da mais pura (Ovaradeno),  
6 mg. de substancia da thyroideas da mais pura (Thyradeno),  
15 cg. de Brómural e 15 cg. de Cálcio-Diuretina,

Tubos com 20 e frascos com 50 drageas.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN SOBRE O RHENO

# NORMACOL



**A prisão do ventre crónica**  
pede antes de tudo um  
tratamento absolutamente  
inofensivo e não irritante.  
Sob esta ideia foi creado o

## **NORMACOL**

que sem ser por si nutritivo,  
dá, todavia, aos alimentos  
ingeridos uma composição  
e uma consistencia que fa-  
vorecem a funcção intestinal.  
Sendo, portanto, mais  
um „correctivo da ali-  
mentação” do que um  
“medicamento” não tem al-  
gum inconveniente. Latas  
de 100 e 250 grs. Peça  
amostras e literatura a

**SCHERING LIMITADA,  
LISBOA  
RUA VITOR CORDON 7-3.º**

On accorda donc sur le diagnostic d'ictère par rétention lithiasique. Le transfèrement pour le service de chirurgie fut décidé et l'intervention marquée pour deux jours plus tard. Mais pendant ce temps l'état général de la malade s'aggrava de telle sorte que l'intervention ne put être faite. Elle mourut et l'examen anatomo-pathologique donna vésicule et canaux transformés en masse néoplasique, la lumière complètement obstruée, absence de calculs, parenchyme hépatique envahi par un tissu mou, à superficie de section gélatineuse, semé de petites taches vert foncé et stase biliaire. On ne trouva pas de carcinome digestif d'où soit venue la métastase hépatique. L'examen histologique des coupes du foie montra une profonde altération du parenchyme, les travées lobaires étant, dans leur presque totalité, remplacées par des bandes épaisses formées par des cellules carcinomateuses. Ces bandes de cellules carcinomateuses sont séparées entre elles par stroma connectif peu dense et sont disposées dans le même sens des travées hépatiques, avec lesquelles elles se continuent et qu'elles remplacent en partie. Il y a donc eu une substitution progressive de la cellule hépatique par la cellule cancéreuse. Ni les vases, ni les interstices conjonctifs ont été envahis par le tissu néoplasique (fig. 1).

Mais ce n'est pas seulement le cancer biliaire, associé ou non à la lithiasie, qui peut nous mener à avoir des doutes quant au diagnostic, il en est de même du cancer de l'ampoule de Vater et de celui de la tête du pancréas. Et la rétraction ou la dilatation de la vésicule ne peuvent toujours nous servir de symptôme différentiel. Ni l'analyse des fèces, ni l'état général du malade peuvent nous conduire à des conclusions certaines. Il arrive même que d'autres affections, qui ne sont pas néoplastiques, peuvent nous ramener à la même conclusion, état général grave et bien plus précoce, comme dans l'ictère catarrhale grave, la cirrhose ictérogène maligne et les hépatites mortelles. Toutes ces maladies peuvent occasionner l'ictère accentué, elles peuvent même le donner avec intensité intermittente et avec la colique typique, bien que ce soit moins fréquent. Et comme on ne peut donner une valeur décisive aux caractéristiques d'horaires, de localisation et d'irradiation de la colique hépatique, la confusion entre ces affections de colique atypique continue. Les points douloureux classiques ne sont pas non plus aussi certains et typiques

comme on le dit. L'irradiation semblable à celle de la colique hépatique, se retrouve dans toutes les affections douloureuses de l'hypocondre, du flanc droit et du propre épigastre, comme on peut la retrouver dans la pleurésie enkystée du diaphragme, dans le mal de Pott dorsal haut, dans les algies tabétiques, etc. Il ne faut pas oublier dans cette énumération l'ictère orthostatique avec syndrome douloureux chez les malades du foie ptosé, avec coudes et torsions dans les voies biliaires, quand ils sont debout. J'ai connu une malade dans ces conditions qui fut laparatomisée avec le diagnostic de lithiase biliaire.

Nous avons encore dans la pathologie des voies biliaires,

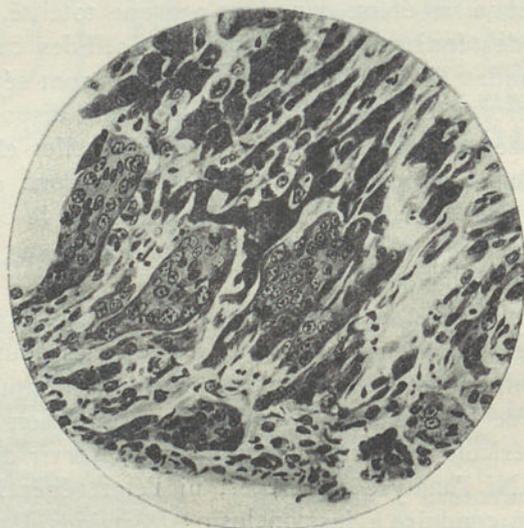


Fig. 1

mais d'origine périviscérale, toutes les destro-périviscérites avec syndrome de réaction péritonéale localisé au carrefour sous-hépatique. Par la radiographie avec contraste on voit apparaître tous les jours des films montrant la péricholécystite-duodénite adhérente, avec une fréquence vraiment impressionnante. Or, les symptômes douloureux de ces périviscérites se confondent, à chaque moment, avec les algies biliaires et il en est de même avec les algies d'origine endoviscérale, provoquées par des lésions ulcéreuses desquelles dérivent ces périviscérites. C'est le cas de

l'ulcère pilorique, de la duodénale, de l'appendicite haute, qui donnent la colique et la défense du muscle grand droit, comme les biliaires. Elles ont même de commun avec ces affections l'horaire tardif, en relation à la digestion, et la propre irradiation de l'algie, comme il arrive dans l'ulcère piloro-duodénale, qui donne l'irradiation dorsale droite, et de même pour les colopathies de l'angle hépatique, les affections douloureuses du rein, etc. Mais de son côté l'algie d'origine biliaire peut faire des irradiations gauche, comme chez un malade que j'ai vu dernièrement et qui, souffrant de cholécystite, simulait un syndrome pilorique, avec douleur à la fin de la digestion, de irradiation dorsale gauche. Toutes ces crises douloureuses peuvent être paroxystiques, à grands ou petits intervalles, comme la crise hépatique, elles peuvent durer des heures et des jours et peuvent terminer brusquement. Le carcinome gastrique même peut rester latent durant une grande partie de son évolution et se manifester tout d'un coup, par une violente crise douloureuse, avec toutes les caractéristiques de localisation et irradiation de la colique hépatique. J'ai observé un des ces cas dans ma clinique de ville; la radiographie seule, qui avait montré l'image lacuneuse du pilore, avait permis le diagnostic. Le malade opéré, on ne trouve à la palpation aucun signe de lésion hépato-biliaire.

Nous avons tous vu certainement des coliques paroxystiques et violentes du quadrant supérieur droit dans la colopathie mucomembraneuse où ni la présence du mucus et des membranes a exclu le diagnostic de la colique hépatique, parce que le mucus et les membranes sont fréquents chez les biliaires, lithiasés ou non. Il arrive aussi, au contraire, que la lithiasé biliaire peut être absolument latente, ne se manifestant par aucun symptôme, ou à l'état larvé se manifestant par des petits symptômes, la plupart de localisation extra-biliaire et quelques-uns même bien atypiques. C'est le cas des biliaires de symptomatologie dispeptique, entérique et même cardiaque. C'est les cas des affections biliaires qui se traduisent par les symptômes névralgiques du membre supérieur droit, étudié par le Professeur Villaret, etc. Et bien que quelques uns de ces symptômes soient habituels dans le syndrome biliaire, comme les dispeptiques, quand ils viennent isolés et solitaires ils n'attirent pas notre attention vers les voies d'excrétion hépatique.

Mais le problème se complique et se confond davantage par l'association fréquente de la lithiase biliaire, non seulement avec les cholécystopathies qui l'accompagnent habituellement, mais avec toutes les entités morbides déjà citées, extra-hépatobiliaires, qui n'ont pas seulement une semblable symptomatologie, mais peuvent aussi être simultanées. C'est ainsi que la lithiase biliaire ne vient pas seulement associée aux cholécystites, aux angiocholites, aux hépatites chroniques, à la néoplasie hépatobiliaire, elle apparaît aussi associée à l'ulcère piloroduodénale, aux colopathies, à l'appendicite, à la lithiase rénale, à la péritonite localisée ou généralisée, à la pleurésie enkystée du diaphragme, etc. Même quand le malade a été opéré, les doutes subsistent. Après la cholécystotomie, la péritonite plastique, provoquée par l'intervention chirurgicale, donne les crises douloureuses, semblables à celles de la colique hépatique, qui peuvent continuer, mais déjà sans la présence des calculs, pareillement à ce qui arrive dans les appendicectomisés. En énumérant toutes ces difficultés et confusions de diagnostic, je n'oublie pas la bonne observation du malade et l'aide de tous les procédés d'investigation clinique, laboratoriale et radiologique, anciens et modernes, parce que ces difficultés et confusions ont déjà induit en erreur des chirurgiens de grande science, consciencieux et méticuleux.

C'est maintenant le moment de poser cette question: «Le diagnostic certain et catégorique de la plupart de ces malades a-t-il en vérité une importance décisive en clinique thermale et en clinique chirurgicale? Il est certain que le premier devoir du praticien est de diagnostiquer avec la plus grande précision. Le diagnostic différentiel entre les affections hépatobiliaires et les affections extra hépatobiliaires, qui peuvent se confondre avec celles-là, est indispensable pour l'indication de la cure thermale ou de l'intervention chirurgicale. Il s'agit du diagnostic de localisation anatomique, le plus rudimentaire, toujours le premier à faire. Mais, après la localisation de l'affection dans le système hépatobiliaire, le diagnostic de la présence ou de l'absence de calculs n'est pas toujours possible, ni indispensable.

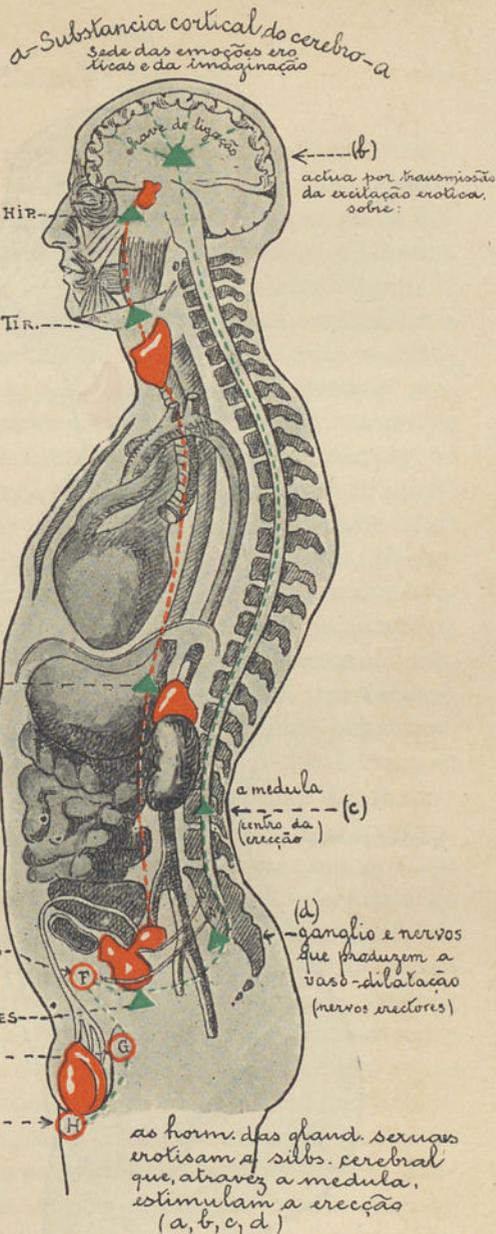
Le syndrome de l'obstruction cholédoque exclus, qui n'est pas susceptible de cure thermale, ce qu'il y a de plus important c'est de reconnaître l'acuité ou la chronicité de l'affection, son degré de bénignité ou de malignité et l'intensité de l'insuffisance hépatique.

# VÍRILINA

HORMONAS COMPL.

HORM. SEXUAES MASC.

Corpos Cavernosos  
 Prost. e SEMINAES  
 Epididimo  
 Test.



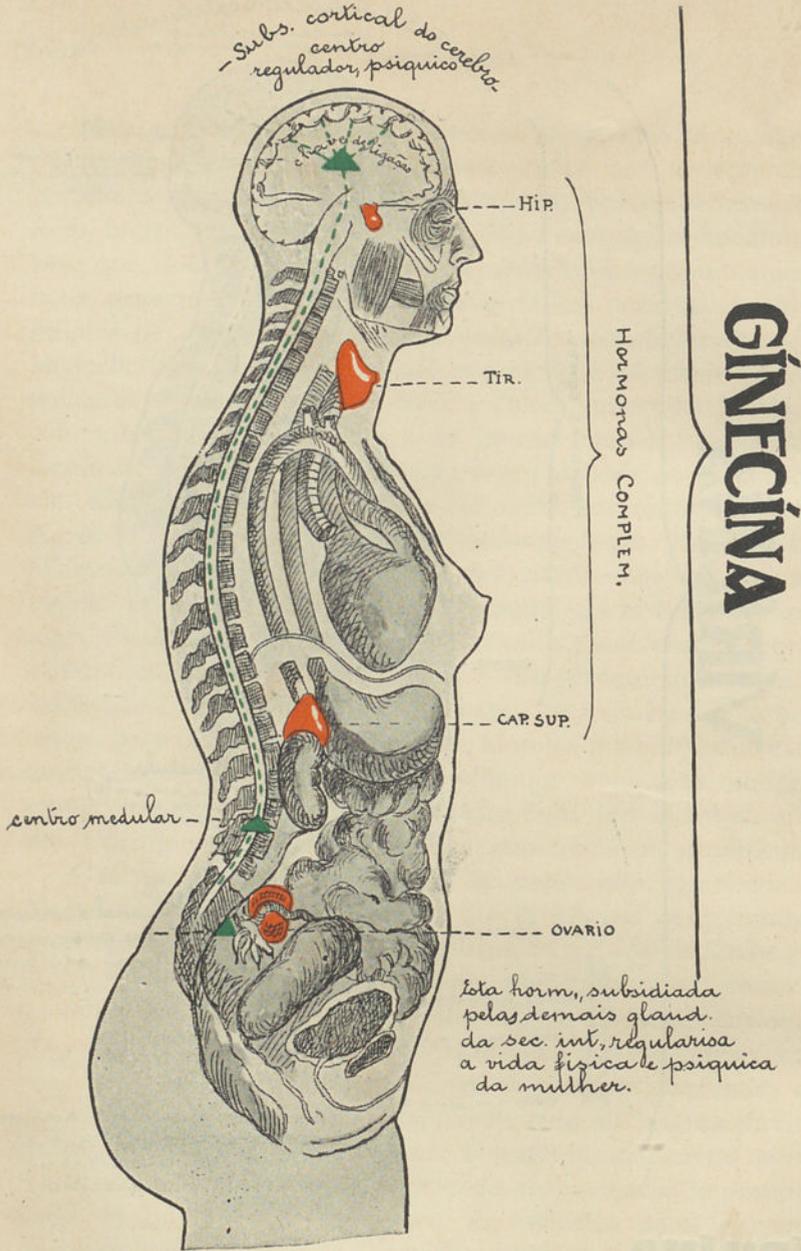
**VÍRILINA.** TONICO NATURAL, contendo a seiva das glandulas masculinas. A sua acção opera-se por influencia directa na nutrição por meio das seivas vitaes dos animais e não por excitação medular ou espinhal do organismo, como fazem os afrodisiacos, os preparados farmacologicos e as preparações secretas.

O QUE A **VÍRILINA** CURA

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

Todos os clinicos podem requisitar amostras aos nossos depositarios

VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, LDA. — Rua da Prata, 237 — LISBOA



**GINECINA,** TONICO NATURAL, de optimos resultados em todos os casos de:

**Irregularidades menstruaes, perturbações da menopausa, neurastenia sexual, histerismo, acidentes consecutivos a ovariectomia, nevroses cardiacas, asma nervosa, neurastenia geral.**

Para os grandes transtornos menstruaes recomendamos:

Nas deficiencias e faltas absolutas, **Extracto Ovarico Anti-menorreico.**

Nas hemorragias, **Extracto Ovarico Anticongestivo.**

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

Parce que ce qui se présente en général c'est la cholécystite lithiasique, ou non lithiasique, qui se traduit toujours par des symptômes qui indiquent plutôt la cholécystite que la lithiase, parce que la présence de calculs n'est pas nécessaire pour que le syndrome biliaire se présente avec tous ses symptômes. Il y a loin depuis le temps où le grand maître, feu le Professeur Gilbert, expliquait la colique seulement par la présence du calcul arrêté dans le cystique, colique biliaire; ou dans le colédoque, colique hépatique, proprement dite. Il est prouvé aujourd'hui que souvent la colique ne dépend pas du calcul. Il y a des calculs, non seulement dans la vésicule comme dans les canaux, qui ne produisent pas de coliques, et ils peuvent même produire l'ictère. Il y a colique, comme il est dit, sans calculs et même sans qu'il y en ait eu. Réaction péritonéale, spasme des voies biliaires? On doit donc conclure que souvent les calculs dans la cholélithiase sont plutôt témoins qu'agents causatifs de la colique. Je parle de la colique classique, caractéristique, typique dans son horaire, sa localisation et ses irradiations.

Ainsi, comme sans calculs on peut avoir la colique hépatique, plus fréquemment encore sans calculs on peut avoir l'ictère et toute la restante séméiologie de la colique hépatique. La théorie de l'ictère par insuffisance hépatique est opposée à l'ancienne théorie de l'ictère toujours par rétention, calculeuse ou non. C'est ainsi que les ictères francs et graves, par hépatite infectieuse ou toxique, peuvent simuler, du moins dans certaines périodes de leur évolution, l'ictère par obstruction lithiasique. Et bien que chacun de ces syndromes ait son tableau bien délimité, l'erreur peut s'établir assez souvent. Il est bien certain que ces confusions ne sont pas aussi fréquentes, ni aussi embarrassantes, que celles qui s'établissent entre la lithiase et les autres affections non lithiasiques des voies biliaires, mais elles peuvent arriver, il peut y avoir confusion dans le diagnostic. Et cela peut arriver dans les ictères par hépatite aiguë ou suraiguë due à l'intoxication alcoolique, à la neosalvarsanique, bien comme dans l'ictère infectieux à spirochètes.

Deux de mes cas de clinique hospitalière en sont des exemples. Une femme, de 42 ans, est entrée à l'hôpital avec ictère généralisé, vert foncé, température supérieure à 39°, excitation et délire. Elle avait un grand foie, à bord douloureux, sans ascite. Cette malade était alcoolique et souffrait, depuis longtemps, d'ulcères

variqueux; son ictère durait depuis 2 mois, de plus en plus accentué. Elle avait du pigment dans les fèces et l'urine. Elle mourut et l'autopsie révéla le grand foie, la vésicule normale avec petits calculs de la grosseur de grains de riz, le cholédoque et les autres canaux biliaires bien perméables. L'examen histologique révéla une profonde altération de la morphologie du lobule hépatique: les travées détruites et les cellules hépatiques réunies en petits groupes, présentant des profondes lésions de dégénérescence grasse. Il y avait des zones où l'on remarquait des nodules compacts de nécrose. Aucun signe de hyperplasie compensatrice; il y a une légère sclérose dans les espaces de Kiernan, avec faible infiltration d'éléments lymphoïdes. Aucun signe histologique d'inflammation, ni d'oblitération, ni de dilatation des canaux biliaires.

Une femme de 39 ans fut admise au Service Hospitalier avec ictère généralisé et intense. Température 37°, pouls à 40, gengivorrhagie et épistaxis. Malade inconsciente, abdomen creux, paraissant indolore à la palpation, foie et rate impalpables. Elle avait des pigments dans les selles et les urines. Cette femme était une syphilitique qui avait fait pendant des années le traitement spécifique. Un mois et demi avant elle avait fait deux injections de néosalvarsan et quinze jours après l'ictère apparut avec intolérance gastrique et légères hématémèses. L'autopsie donne un foie très petit, de vésicule et canaux normaux, néphrite subaiguë bilatérale, le lobule hépatique conserve la morphologie propre sur quelques champs microscopiques, sur d'autres la désorganisation et la nécrose sont très accentuées. Les cellules hépatiques sont très atrophiées, avec signes de tous les degrés de caryolyse. Canalicules biliaires à parois tuméfiées, infiltrés par des éléments leucocytaires, mais sans obstruction de la lumière canaliculaire; aucun signe de dégénérescence grasse (fig. 2).

Certainement que dans ces deux cas, le diagnostic de lithiase biliaire, même provisoire, n'a pas été posé, bien que dans le premier la lithiase existe, sans être évidemment la cause du syndrome. Mais quelquefois le tableau de la lithiase est complet, avec colique et ictère sans grande atrophie hépatique et cependant l'hépatite chronique est l'unique affection causative de tel syndrome. J'ai suivi, pendant plus d'un an, une malade entrée dans la clinique avec tous les symptômes de cirrhose hépatique par obstruction biliaire incomplète. Opérée, on ne trouva pas de cal-

culs. Elle mourut quelques mois après et n'avait que l'hépatite chronique sclérosante du type de cirrhose de Hanot, sans calculs, ni d'autres signes de lésions des canaux biliaires, on ne trouva que celles qui étaient la conséquence de l'intervention chirurgicale. D'ictère spirochètose je n'ai aucun cas qui puisse servir d'exemple pour cette communication, bien que j'aie observé quelques cas dans une petite épidémie que nous avons eu l'année dernière à Lisbonne; mais ces cas étaient plutôt de syndrome hémorragique qu'ictérique. Des cas plus étranges encore, que ceux déjà cités, sont ceux de confusion de l'ictère hémolytique avec la

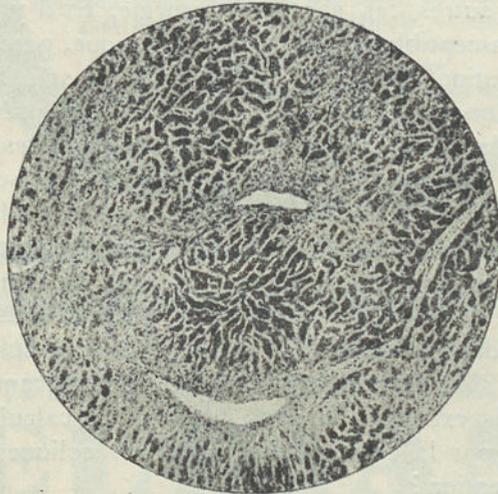


Fig. 2

lithiase biliaire, produisant des crises viscérales douloureuses très semblables à celles de la colique hépatique. Et s'il est vrai que dans ces ictères il peut y avoir des calculs biliaires, ce n'est pas toujours dans ces cas que ces coliques apparaissent; c'est pour cela que le doute survient quant à l'existence ou à l'absence de calculs chez les malades présentant ce syndrome.

Je conclus donc, d'après ceci, que la cure thermale doit être plutôt dirigée contre la cholécystite et l'angiocholite que contre la lithiase, bien souvent la certitude ou le doute sur l'existence de calculs, peut ne pas avoir d'influence dans l'indication des eaux. On n'a jamais prouvé que l'eau médicinale dissolvait les calculs.

Ce qui est prouvé c'est que son action mécanique peut entraîner les petits calculs; c'est qu'elle possède une action stimulante sur la cellule hépatique et une action modifiante sur la muqueuse biliaire. Donc, ce que nous demandons aux eaux c'est la cure de l'insuffisance hépatique, de l'angiocholite et de la cholécystite, mais non de la lithiase proprement dite. C'est pour cela que, aussitôt que nous pouvons, après étude consciencieuse et méticuleuse du malade, éloigner les cas aigus, les cas suppurants, les cas de rétention complète, les cas de néoplasie, nous pouvons indiquer la cure thermale, quand une autre contre-indication générale n'existe pas.

Tous les autres cas sont de chirurgie. Et il y a aussi ceux qui ne sont susceptibles d'aucune thérapeutique, parce qu'ils sont en état d'évolution avancée et irrémédiable. Je sais que l'on intervient chirurgiquement toutes les fois qu'il y a présomption de calculs dans la vésicule; parce que l'extraction des calculs fait disparaître la colique. Ce qui arrive en vérité très souvent. Mais ce résultat est-il dû au simple drainage dans la cholécystotomie, ou à l'ablation de la vésicule lésée dans cholécystectomie, plutôt qu'à l'extraction des calculs. Et dans les cas où l'intervention ne trouve pas de calculs et l'état du malade s'améliore de la même manière? Et dans ceux où l'on obtient une cure durable, perdurable avec le simple traitement thermal ou médicamenteux, bien que les calculs existent? Et dans ceux où les calculs existent et sont extraits, par la cholécystotomie, et les coliques continuent, après l'intervention?

Nous devons donc conclure que le fait de considérer toujours le calcul comme facteur de l'entité morbide cholécystite calculeuse ne peut expliquer, ni éclairer, ni résoudre le problème. Le calcul peut être la cause et peut être la conséquence de l'affection et y joue souvent un rôle secondaire. Il y a de vieux lithiasiques, dont la vésicule est pleine de calculs, qui n'ont jamais eu de coliques, il y a des vieux cholépatiques, qui ont souffert de coliques durant toute leur vie, et qui n'ont jamais eu de calculs, bien qu'il ne leur manquât ni le stase, ni l'inflammation, ni l'infection biliaires.

Il faut donc descendre le calcul de son piédestal et fixer davantage notre attention sur beaucoup d'autres facteurs de la pathologie biliaire, autant et même plus importants que le propre calcul.

**“Ceregumil”**  
**Fernández**

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

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

Indicado como alimento nos casos de intolerâncias  
gástricas e afecções intestinais. — Especial  
para crianças, velhos, convalescentes  
e doentes do estômago.

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

FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA  
Deposítarios: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>  
240, Rua da Palma, 246  
LISBOA

MÉTODO CITOFILÁCTICO DO PROFESSOR PIERRE DELBET

*Comunicações feitas as sociedades científicas e em especial a Academia de Medicina de Paris.  
Sessões de 5 de Junho, 10 de Julho, 13 de Novembro de 1928 ; 18 de Março de 1930.*

# DELBIASE

*ESTIMULANTE BIOLÓGICO GERAL*

*POR REMINERALIZAÇÃO MAGNESIANA DO ORGANISMO*

Único produto preparado segundo a fórmula do Professor Delbet.

*PRINCIPAIS INDICAÇÕES :*

**PERTURBAÇÕES DA DIGESTÃO — INFECCÕES DAS VIAS BILIARES**

**PERTURBAÇÕES NEURO-MUSCULARES — ASTENIA NERVOSA**

**PERTURBAÇÕES CARDÍACAS POR HIPERVAGOTONIA**

**PRURIDOS E DERMATOSES — LESÕES DE TIPO PRECANCEROSO**

**PERTURBAÇÕES DAS VIAS URINÁRIAS DE ORIGEM PROSTÁTICA**

**PROFILAXIA DO CANCRO**

DOSE : 2 a 4 comprimidos, todas as manhãs, em meio copo de agua.

**LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE**

*D<sup>r</sup> Ph. CHAPELLE — 8, rue Vivienne, PARIS*

Représentante em Portugal : RAUL GAMA, rua dos Douradores, 31, LISBOA

Remete-se amostras aos Exmos. Senhores Clínicos que as requisitarem.

# Glefina e Lasa



## GLEFINA

é o único reconstituinte a base de Óleo de Fígado de Bacalhau que pode tomar-se em todas as épocas do ano.

Preparado com

Extrato de Óleo de Fígado de Bacalhau, Hipofosfitos e Extrato de malte

**NÃO PRODUZ TRANS-TORNOS DIGESTIVOS**

**SABOR AGRADAVEL**



São produtos elaborados em Portugal sob a direcção e responsabilidade de um Farmaceutico Nacional.

Distinguem-se pela pureza absoluta dos seus vários componentes.



## LASA

Para as doenças do aparelho respiratório e sua convalescência



## Laboratorios Andrómaco

Rua do Arco do Cego, n.º 90

LISBOA

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

# LIPIODOL LAFAY

Huile iodée à 40%.

Ampoules - Capsules  
Émulsion - Comprimés  
54 centigr. d'iode par cm<sup>3</sup>

A. GUERBET & C<sup>ie</sup>, Ph<sup>ciens</sup>

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

*Trabalho do Laboratório da 2.<sup>a</sup> Clínica Médica (Prof. Pulido Valente)  
e do Serviço de Isolamento dos Hospitais Civis*

## A REACÇÃO DE RUBINO E O DIAGNÓSTICO PRECOCE DA LEPROSA

POR

DIOGO FURTADO e SALAZAR LEITE

A lepra, justamente uma das doenças cujo diagnóstico é fácil nos períodos avançados, põe sempre, nos seus estados iniciais, um problema grave ao clínico.

A necessidade do seu precoce diagnóstico impõe-se, quer pela importância social da doença, quer até pelo benefício individual que pode trazer ao doente o seu precoce tratamento, único em que é lícito depositar algumas esperanças. E forçoso é confessar que em muitos casos de lepra incipiente, a clínica se mostra incapaz de assegurar *à priori* o diagnóstico suspeitado. Os sinais clínicos são eminentemente falíveis e a data do seu aparecimento altamente variável de caso para caso; sobretudo nas formas predominantemente nervosas da doença o diagnóstico diferencial com a siringomielia tem, por vezes, chegado a estar anos em suspenso.

Os subsídios trazidos pelo laboratório não têm sido, também, de molde a resolver o problema do diagnóstico precoce. A presença dos bacilos de Hansen no muco nasal não é, de forma alguma, um fenómeno inicial; contrariamente ao que antes se supunha, sabe-se hoje que a rinite hanseática é, em regra, um sintoma que traduz uma lepra já em plena evolução, por vezes até, como sucede na lepra nervosa, justamente a mais difícil de despistar, um sintoma tardio. A biopsia das lesões anestésicas é, de regra, inútil, por só muito raramente se encontrarem nelas bacilos; a dos nervos não é operação tão inócua que se possa como tal vulgarizar.

Da falibilidade dos métodos directos derivaram tentativas numerosas para obter um diagnóstico humoral precoce da doença. A aglutinação dos bacilos de Hansen pelo sôro de leproso foi um dos primeiros métodos propostos (Gaucher e Abrami); o seu valor demonstrou-se desde logo muito reduzido, primeiro pela quasi impossibilidade de obter bacilos em boas condições, dadas as extremas dificuldades da cultura d'estes, depois, e sobretudo, pela grande tendência d'esses bacilos para a aglutinação espontânea, que desvirtuava o resultado da reacção.

A reacção de fixação de complemento (Eitner, Slatineanu e Danielopol) feita quer com macerado de lepromas em sôro fisiológico, quer com um extracto alcool-etéreo d'esses lepromas, como antigéneo, teve, durante algum tempo, as atenções dos investigadores. A constatação de que os resultados obtidos com antigéneos sifilíticos eram análogos aos obtidos com o antigéneo leproso veio destruir tôda a esperança de especificidade da reacção. Com efeito, o sôro dos leproso é polifixante, isto é, dá reacção de fixação do complemento positiva com vários antigéneos: antigéneo sifilítico, antigéneo da micose fungóide, e até com produtos microbianos.

Deve talvez esta sua estranha propriedade à riqueza de proteínas que o caracteriza; concordando com este facto, demonstraram Widal, Bernard e Joltrain que o sôro dos leproso possuía sempre um elevado índice refractométrico.

Não é, portanto, de admirar, dadas estas considerações, a freqüente positividade da reacção de Wassermann nos leproso; tivemos ensejo de a confirmar amplamente nas investigações que se seguem. O seu valor, porém, como reacção específica é, evidentemente, nulo.

A determinação das velocidades de sedimentação dos glóbulos rubros tem sido, por sua vez, também aplicada ao diagnóstico da lepra, tendo até suscitado entre nós um trabalho. Com bastante freqüência determina esta doença um aumento considerável da velocidade de sedimentação; este aumento não é específico, e um sem número mais de doenças, algumas ainda mal estudadas sob este aspecto, são também susceptíveis de o determinar. Compreende-se, assim, o reduzido valor e a pouca aceitação que a reacção tem tido na lepra.

Finalmente, as inoculações a animais e as culturas do bacilo,

pelas suas extremas dificuldades, não têm passado do campo puramente experimental; os resultados recentes de autores americanos parecem ter vindo trazer novo alento a tais investigações, mas mais sob o ponto de vista do estudo da doença do que propriamente do diagnóstico.

Assim, como se conclue do que vimos dizendo, os métodos expostos até agora haviam-se mostrado insuficientes para resolver o problema do diagnóstico precoce da lepra.

Recentemente, porém, um experimentador sul-americano, R. Rubino, apresentou um novo método laboratorial, que, na opinião do autor, seria específico da lepra.

De bastante fácil execução, passamos a expor a sua técnica, acessível a todo o laboratório.

#### TÉCNICA

A reacção de Rubino tem como fundamento teórico, segundo o seu autor, a aglutinação e conseqüente rápida sedimentação dos glóbulos rubros de carneiro, tratados pelo formol.

Rubino descreveu a técnica da sua reacção num artigo, publicado em Agosto de 1931, nos *Annales de l'Institut Pasteur de Paris* e de lá tirámos os dados que nos vão permitir expô-la.

Necessitamos para esta reacção, sôro sanguíneo do indivíduo a analisar, suspensões de glóbulos rubros de carneiro formolizados e naturais, sôro fisiológico, tubos de hemolise e pipetas de 1 c. c. graduados em centésimos.

O sôro sanguíneo a examinar deve ser absolutamente límpido; a leitura final será tanto mais fácil quanto mais límpido êle se apresentar. O sôro deve ser recolhido assépticamente e inactivado durante  $\frac{1}{2}$  h. em banho-maria a 52°-53°, o que evita a acção possível das hemolisinas.

A obtenção de boas suspensões de glóbulos de carneiro é a parte mais delicada de tôda a reacção, e dela depende o seu êxito. Aos glóbulos de carneiro, lavados como usualmente, junta-se sôro fisiológico, de modo que se obtenha uma suspensão de 3.500.000 — 4.000.000 de glóbulos por mmc.; é conveniente fazer sempre esta contagem, pois que, pela variabilidade de percentagem glóbular dos sangues recolhidos no matadouro, não se pode estabelecer duma maneira fixa qual a percentagem de sôro

fisiológico a empregar. No entanto, pela adição aos glóbulos lavados duma quantidade de sôro fisiológico tal que o volume final seja o dôbro do volume inicial de sangue desfibrinado empregado, obtemos quasi sempre a concentração desejada. A suspensão obtida divide-se por dois recipientes; a um dêles junta-se formol, na percentagem de  $\frac{1}{10}$  do volume, misturando muito bem com uma vareta; o outro é guardado numa geleira, onde se pode conservar 2-3 dias sem se alterar. O recipiente contendo os glóbulos formolizados deixa-se, 24 h., à temperatura ambiente, passadas as quais a suspensão adquire uma coloração castanho-escuro; antes do seu emprêgo devem lavar-se com sôro fisiológico, cêrca de quatro vezes, sem fazer variar o volume total, a-fim-de libertar os glóbulos do excesso de formol. Esta suspensão assim tratada conserva-se cêrca de 10 dias na geleira.

Em 6 tubos hemolise, perfeitamente limpos, tanto quanto possível iguais, numerados e colocados num suporte apropriado, deitam-se sôro fisiológico esterilizado e sôro sanguíneo do indivíduo suspeito nas seguintes proporções :

	1	2	3	4	5	6
Sôro fisiológico . . . . .	0,25	0,55	0,7	0,25	0,55	0,7
Sôro sanguíneo . . . . .	0,55	0,25	0,1	0,55	0,25	0,1

Agitam-se os tubos cuidadosamente, para evitar a formação de bolhas-de-ar, que dificultariam a leitura.

Em seguida deita-se em cada um dos três primeiros tubos 0,2 c. c. de suspensão de glóbulos naturais e 0,2 c. c. da suspensão de glóbulos formolizados em cada um dos três restantes tubos.

Esta última parte da reacção necessita ser feita rapidamente, para que não seja grande o intervalo de tempo que meçeia entre as suas duas fases.

Voltam a agitar-se os tubos para que a suspensão fique bem homogênea e coloca-se o suporte com os tubos na estufa, a 37°, temperatura esta a que, segundo Rubino, há maior impedimento da acção das hetero-aglutininas existentes em soros de determinados doentes, capazes também de provocar nos tubos 4, 5 e 6 uma rápida sedimentação por prévia aglutinação.

Fazem-se sucessivas leituras, respectivamente aos 15, 30, 45 m. e 1 h., período máximo estabelecido, passado o qual qualquer resultado não tem valor.

A reacção é positiva quando a sedimentação se dá somente nos três últimos tubos, pois que só depois de tratados pelo formol adquirem os glóbulos, talvez por modificações do seu estroma, a propriedade de aglutinar e sedimentar mais rapidamente do que os glóbulos naturais.

Caracteriza-se portanto uma reacção positiva pela formação progressiva dum sedimento, tanto mais rápida quanto mais forte é a reacção, contrastando com a clarificação da parte superior do meio.

Para representar o resultado final adoptámos os sinais usados para a reacção de Wassermann, acrescentando o período de tempo em que se obteve a máxima sedimentação.

É esta a maneira por que apresentamos no nosso trabalho os resultados obtidos.

Considerações teóricas sobre a reacção poucas faremos, pois que não é esse o fim deste trabalho. No decurso da exposição da técnica, dissemos já qual o fundamento teórico apresentado por Rubino, e qual o papel das aglutininas específicas existentes nos soros de leprosos.

Falámos, por alto, na existência de aglutininas não específicas (hetero-aglutininas), capazes também de provocar a aglutinação e rápida sedimentação dos glóbulos formolizados. Essas hetero-aglutininas, existentes em soros de determinados doentes, sobretudo nos portadores de doenças tropicais, têm, no entanto, a propriedade de se fixarem indiferentemente sobre as duas espécies de glóbulos usados na reacção e provocarem, portanto, nos seis tubos idêntica sedimentação; por isso especificámos bem que a reacção só se pode considerar positiva quando a sedimentação acentuada se der somente nos três últimos tubos.

Pode, no entanto, dar-se o caso, citado por Rubino, de coexistirem estas duas espécies de aglutininas nos soros de leprosos que ao mesmo tempo sejam portadores de qualquer outra doença tropical; quando haja essa suspeita, temos de procurar afastar a causa de erro que constituem as hetero-aglutininas, o que é relativamente simples fazendo actuar o soro do doente inactivado

sôbre os glóbulos naturais e aproveitá-lo depois de ter perdido as hetero-aglutininas, por fixação sôbre êles, para executar então a reacção seguindo a técnica que expusemos. Impossível nos foi constatar êste facto.

## RESULTADOS

Antes de abordarmos a crítica dos resultados obtidos, devemos esclarecer as denominações de primeiro período, segundo período e período definitivo, que usámos no quadro junto.

Com efeito, Muir, recentemente, classifica assim os períodos de evolução da lepra.

No primeiro período, ou período inicial, os bacilos no organismo são poucos, as lesões, embora progredindo, não têm ainda carácter inflamatório e as possibilidades de cura são algumas; no segundo período a multiplicação de bacilos no organismo é grande e as lesões tomam um carácter inflamatório, acompanhando-se de reacções gerais (fase reaccional); finalmente, no terceiro período, talvez pelo estabelecimento espontâneo de um certo grau de imunidade, o progresso das lesões detém-se, as reacções inflamatórias desaparecem e, nalguns, pontos dão-se fenómenos de resolução e eliminação (fase eliminativa).

O conhecimento destes períodos é importante, não só para o modo de conduzir o tratamento, como também para a consideração das perturbações humorais, que devem ser diferentes de período para período.

Pôsto isto, consideremos os resultados obtidos, que se encontram detalhados no quadro junto. Examinámos pelo método de Rubino 18 soros de leprosos, que, considerados em conjunto, nos deram 16 resultados positivos e 2 negativos, ou seja cêrca de 89 % de resultados positivos. Nos casos recentes da doença a reacção foi sempre positiva; os dois resultados negativos que tivemos verificaram-se em casos muito adiantados de lepra.

A reacção de Wassermann, nos soros de leprosos em que a realizámos, coincidiu sensivelmente nos seus resultados com a de Rubino; apenas um caso de lepra, com Rubino positivo, deu Wassermann negativo.

Num caso de diagnóstico duvidoso entre siringomielia e lepra, e no qual a velocidade de sedimentação dera um valor muito

elevado (11,6 pelo método de Westergreen), tanto a reacção de Rubino como a de Wassermann deram resultados negativos.

Noutro caso de lesões ulcerativas da face em que houvera suspeita de lepra, a reacção de Rubino deu resultado negativo, que foi depois confirmado pela clínica e pelo exame anatómo-patológico.

Ainda, num caso de difícil diagnóstico diferencial entre poliomielite anterior crónica (síndrome de Aran-Duchenne), com perturbações tróficas, tumor medular e lepra, o Rubino foi negativo, confirmando a impressão clínica, de se tratar realmente do primeiro destes três síndromas.

Em três casos de doentes com R. Wassermann negativa, e sofrendo de outras entidades mórbidas, a reacção de Rubino foi também negativa.

Finalmente, em sífilíticos averiguados, com R. Wassermann fortemente positiva, a reacção de Rubino deu, sempre, resultado negativo.

A nossa casuística não é, evidentemente, tão larga como seria para desejar, sobretudo por dispormos apenas de leprosos em período mais ou menos avançado da doença, confirmada já, em quasi todos eles, pela presença de bacilos de Hansen.

Este facto não nos permite, por ora, avaliar, nos casos iniciais, o valor da reacção, o que procuraremos fazer em investigações futuras.

O que, porém, desde já podemos concluir, dos casos em que a fizemos, é que a Reacção de Rubino parece realmente ser específica da lepra e dar, nesta doença, uma tão elevada percentagem de resultados positivos, que nos permite recomendá-la como o melhor dos métodos serológicos conhecidos para o seu diagnóstico.

#### BIBLIOGRAFIA

- RUBINO. — *C. R. Soc. Biol.* 1927. XCVI. 225. *Annales Inst. Pasteur Paris.* 1931.  
 ROGER e MUIR. — *Leprosy* (1925). Ed. J. Wryhr e Sons.  
 ROGER, L. — *Recent Advances in Tropical Diseases.* 1932.  
 JEANSELME. — *Citologie et Serologie de la Lepre.* *Presse Médicale.* N.º 61. 1932.  
 JOLTRAIN. — *Sero diagnostic.* 1911. Maloine, ed.  
 L. PERRIN. — *Lépre,* in *Traité Roger, Widal, Teissier.*  
 F. LANDEIRO. — *La vitesse de sédimentation des hematies chez les lépreux.*  
*Comptes rendus des séances de la Société de Biologie* 1926.

Hospital, enfermaria, cama	Forma de lepra	Início
Rêgo. 20	Anestésica e deformante. Atrofia da pele.	Há 3 anos
Rêgo. 38	Máculo-anestésica com atrofia da face e destruição do nariz.	Há 13 anos
Rêgo. 12	Lepra tuberosa com forte pigment. <i>Facies</i> leonino.	Há 7 anos
Rêgo. 35	Máculo-anestésica com pigmentação discreta.	Há 7 meses
Rêgo. 30	Lepra maculosa com intensa reacção inflamatória. Temperatura muito elevada. Leproma do testículo.	
Rêgo. 13	Lepra maculosa de evolução rápida. Grande caquexia. Temperatura elevada. Sintomas abdominais.	Há 10 meses
St. <sup>a</sup> Marta. Enf. N A. N.º 5. J. L.	Caso duvidoso. Siringomielia? Máculas anestésicas com perturbações tróficas dos dedos. Babinsky bilateral.	Há 2 anos
Rêgo. 36	Lepra tuberosa e deformante.	Há 8 anos
Rêgo. 7	Lepra maculosa e deformante.	Há 3 anos
Rêgo. 19	Lepra mutilante em fase muito avançada.	Há 17 anos
St. <sup>a</sup> Marta. Enf. M 2 B. N.º 7.	Reumatismo articular.	
Rêgo. 5	Lepra maculosa com ligeiras perturbações. Tróficas e oculares.	Há 10 anos
Rêgo. 16	Lepra máculo-anestésica sem grandes perturbações tróficas.	Há 10 anos
Rêgo. 27	Lepra tuberosa com grandes perturbações tróficas.	Há 3 anos
Rêgo 6	Lepra maculosa com fenómenos reaccionais.	Há 8 meses
Rêgo 17	Lepra máculo-anestésica com atrofia da pele, muito extensa.	Há 4 anos
Rêgo 21	Lepra tuberosa.	Há 6 anos
Rêgo 10	Lepra tuberosa.	Há 8 anos
St. <sup>a</sup> Marta. M 2 B. N.º 36.	Lepra maculosa com pigmentação extensa e fenómenos reaccionais (Temp. <sup>a</sup> 38º).	Há 6 meses (?)
Rêgo 37	Lepra maculosa.	Há 6 meses
St. <sup>a</sup> Marta. C 1 C D.	Tuberculose ganglionar. Lúpus?	
St. <sup>a</sup> Marta. M 2 B. N.º 4.	Hipertiroidismo.	
St. <sup>a</sup> Marta. M 2 B. N.º 8.	Dispepsia hiperácida.	
S. José. Lab. Central	Sífilis secundária.	
S. José. Lab. Central	Sífilis secundária.	
St. <sup>a</sup> Marta.	Sífilis terciária	
M 2 B. N.º 3.		
St. <sup>a</sup> Marta.	Sífilis secundária.	
Consulta externa.		
Capuchos. Serviço 3	Poliomielite anterior crónica, com perturb. tróficas	Há 2 anos

# STAPHYLASE do D<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> DOYEN

*Solução colloidal phagogenia polyvalente.*

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

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

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

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

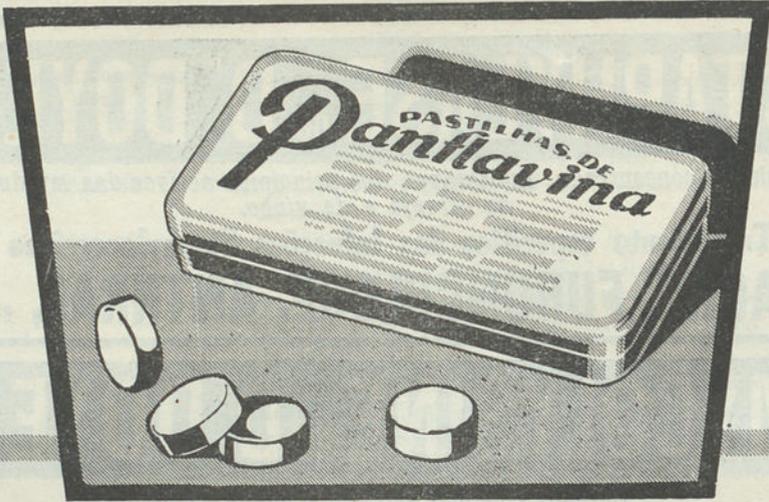
# SPASMOSÉDINE

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

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

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:  
**GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>**  
RUA DA PALMA, 240 - 246 LISBOA

LISBOA MEDICA



# PASTILHAS DE *Panflavina*

Marca registrada

de forte acção antiséptica, grande capacidade de difusão e grande acção penetrante

Donde desinfecção profunda da bôca e da garganta no que se baseia a sua forte acção profilática na gripe, angina, difteria e outras fôrmas de resfriamento.

Embalagem original;  
Caixas de 30 pastilhas.

»Bayer-Meister Lucius«



M. R. LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante:

»LUSOPHARMA«

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150, 3.º LISBOA



## NOTAS CLÍNICAS

### SÓBRE UM CASO DE SINUSITE MAXILAR

POR

A. MEIRELES DE SOUTO

Sócio correspondente da Sociedade Francesa de Oto-rino-laryngologia

Na completa definição de De Parrel<sup>1</sup> a sinusite maxilar «é a inflamação aguda ou crónica do seio maxilar, tendo por causa a propagação dum processo infeccioso de vizinhança, nasal, dentário, maxilar ou naso-frontal, quer no decurso duma coriza simples, gripal ou sintomática duma febre eruptiva, quer no decurso duma afecção local rebelde (ozena, polipos), ou seja em consequência duma lesão do maxilar ou dos dentes sinusianos (2.º pequeno molar superior, 1.º e 2.º grandes molares) ou seja como complicação duma sinusite frontal, etc.».

Clássicamente, o seu quadro symptomatológico, no período de estado, compõe-se de elementos de duas ordens:

Sintomas funcionais e sintomas objectivos (Collet<sup>2</sup>), os primeiros comuns a todos os tipos de sinusite (Escat<sup>3</sup>), os segundos particulares à sinusite maxilar.

Dos funcionais as *dores, espontâneas* na região jugal, estendendo-se à hemi-face e até, por vezes, à região peri-orbitária e temporal ou *provocadas* na fossa canina, irradiantes para os dentes superiores do lado correspondente, são quasi sempre o que mais alarma os doentes e os traz até nós, especialistas.

Sucedo assim, aliás, em quasi toda a patologia: o doente alarma-se com as dores — e só lhe importa o que lhe dói.

A *rinorreia unilateral* (Moulonguet<sup>4</sup>) e esverdeada, reduzida por vezes, profusa outras, aumentando com o abaixar da cabeça para diante é, não raro, fétida a ponto de incomodar o paciente, dando lugar à *cacosmia subjectiva*, ou seja a fetidez apenas ao próprio perceptível (a contrapor à cacosmia objectiva da sífilis nasal e da ozena (Laurens<sup>5</sup>).

Entre os sintomas objectivos, segundo todos os autores, os obtidos por rinoscopia occupam o primeiro lugar (Lannois<sup>6</sup>). Dêstes, a *constatação de pus no meato médio*, isto é, debaixo do corneto médio, é sinal certo de sinusite, ou seja frontal ou maxilar ou etmoidal ou de todas ao mesmo tempo (pansinusite (Aboulker<sup>7</sup>).

Nas sinusites maxilares crônicas dão-se também modificações da mucosa, donde o sinal de Kaufmann.

A *diafanoscopia* ou transluminação da cavidade sã para lâmpada eléctrica colocada na bôca, a contrapor à obscuridade do lado doente (sinal de Heryng) é, por vezes, preciosa, mas não infalível (Collet<sup>8</sup>). Na opinião do Prof. Citelli, é até superior à radiografia<sup>(9)</sup>, pensando exactamente o contrário o Dr. Podvinec<sup>(10)</sup>.

A *radiografia* em posição ântero-posterior mostra o seio lesado opaco ou, pelo menos, escurecido, quer se trate de verdadeiro empiema ou de pio-sinus (depósito de pus proveniente de inflamação doutra célula paranasal), quer de lesões apenas de mucosa sinusal (Worms et Reverchon<sup>11</sup>).

Um outro meio de investigação, infelizmente muito pouco usado na prática, mas cujas indicações podem ser interessantes, é a chamada *sinusoscopia*, praticada com aparelho de invenção do Prof. Portmann<sup>(12)</sup>.

As indicações por todos estes meios obtidas ainda ser confirmadas, no caso de empiema, pelo resultado de *punção diameática inferior* (estudada em tôdas as minúcias pelo Prof. Canuyt<sup>(13)</sup>, se se trata de sinusite rinógena, ou *trans-alveolar* pela fistula resultante de avulsão de dente cariado, sendo odontógena.

Havendo justificadas suspcitas de antrite maxilar latente (C. de Melo<sup>14</sup>), isto é, não purulenta e caracterizada apenas histo-patologicamente por forte edema e hiperplasia da mucosa de revestimento e do periósseo, os quais, tumefeitos, chegam a atingir mais de um centímetro de espessura, indo por vezes até a encher por completo a cavidade sinusal — nesse caso poderá fazer-se, após lavagem, injeccção lipiodolada para obter imagem radiológica de contraste; é o método chamado de *deslocamento* (Proetz, Le Mée et Bouchet<sup>15</sup>) ou *lipiodiagnóstico* (Leroux<sup>16</sup>, Charters Azevedo<sup>17</sup>).

Não faltam, portanto, elementos fáceis de colhêr pelo rinologista e auxiliado pelo radiologista para, definindo um quadro clínico completo, fazer o diagnóstico

Quanto ao tratamento, varia conforme se trate de sinusite aguda ou crônica. No primeiro caso, será êle essencialmente médico (De Parrel<sup>18</sup>): inalações com substâncias aromáticas (evitar o mentol, o eucaliptol, o benjoim (Portmann<sup>19</sup>); pulverizações cocaína-adrenalinadas ou efedralinadas; aplicações quentes ou geladas; actinoterapia, alta freqüência (Bordier<sup>20</sup>), efluviação (Leroux-Robert<sup>21</sup>); tratamento geral pelos antipiréticos. No segundo caso — não cedendo a um certo número de punções, seguidas de lavagem com líquidos modificadores e antissépticos (permanganato, água boro-oxigenada, oxicianeto de mercúrio diluído, etc.) e à vacinoterapia — recorre-se à cirurgia (Moure, Liébault, Canuyt<sup>22</sup>).

Vários são os processos cirúrgicos, os quais se podem reduzir a três tipos gerais, conforme a via de acesso:

1) Via do meato inferior (Claoué<sup>23</sup>, Portmann<sup>24</sup>); 2) via da fossa canina (Caldwell-Luc, Denker<sup>25</sup>); 3.ª via piriforme (Canfield<sup>26</sup>).

Expostas assim, singela e rapidamente, sem quaisquer pruridos de erudição, as linhas gerais de diagnóstico e tratamento das inflamações sinusomaxilares, mais ressalta o interêsse dum caso atípico pela sintomatologia e

evolução, motivo pelo qual o julgo digno de ser relatado, por curioso e instrutivo.

### OBSERVAÇÃO

M. A. P. é uma senhora estrangeira, de 40 anos, solteira, vivendo há muitos anos em Portugal como professora.

Vem consultar porque há 15 dias se queixa de dor intensa sôbre a hemiface direita (Junho de 1929).

A. H. — Sem interêsse.

A. C. — Tem uma irmã gêmea, há anos sofrendo de sinusite maxilar esquerda com intermitências de pioras e melhoras.

A. P. — Há anos já, teve, por duas vezes, dores sôbre a face direita, coincidindo com rinorreia.

Verdadeiro compêndio ambulante de patologia, foi operada de apendicectomia em 1909, teve em 1912 febre tifóide, foi-lhe em 1919 fixado o rim direito ptosado e em 1928 extraído êsse mesmo rim por estar tuberculoso.

Em Maio de 1929 foi-lhe feita histerectomia total. Ainda, além da operação que lhe fizemos, como se verá, em 1930 foi operada ao estômago e vesícula biliar (destruição de aderências).

A notar que a irmã gêmea a acompanhou paralelamente em quasi todo êste calvário doloroso.

O *exame directo* revelou (Dr. Carlos Larroudé, que gentilmente me comunicou):

Hábito externo: Doente excessivamente magra, alta, muito cansada.

Ouvidos: Timpanos ligeiramente deprimidos.

Bôca: Dentaduras artificiais completas. Não há quaisquer raízes infectadas.

Fossas nasais: Desvio de septo para a direita. Não se vê pus.

Grande sensibilidade à pressão sôbre o seio maxilar direito.

Como *tratamento*, foram-lhe indicadas inalações com mentol e pomada de cocaína; aplicações quentes e Veramon.

21-VI-29. — Voltou à consulta, dizendo ter estado melhor até ontem às duas da tarde. Nessa altura, o lábio superior, face e céu-da-bôca incharam até hoje às 5 horas da manhã, tudo acompanhado de fortes dores. Foi-lhe aconselhada luz vermelha (Larroudé).

Em 15 de Julho procura-me, na ausência dêsse colega. Tem estado a fazer aplicações de raios ultra-violetas, mas sem resultado; diz a doente que tem até a impressão de se lhe exacerbarem as dores com êsse tratamento. Por me parecer singular essa afirmativa, insisti mais uns dias; e no meu consultório, com aparelho Walter, tipo B. 1, fiz mais algumas aplicações de tensão com electrodo de Mac-Intyre. Receita-se ainda Veramon para as crises dolorosas. A observação feita nesta data confirma a antecedente: hipertrofia do corneto inferior direito, desvio do septo; fossas nasais limpas; não há edema algum da abóbada palatina. Diafanoscopia mostra seio maxilar direito muito opaco.

Em 26 de Julho, perante a persistência das dores, que não deixam por

vezes sossegar a doente, mando fazer radiografia, no desejo de verificar o diagnóstico pôsto de sinusite. O Dr. Aleu Saldanha, radiologista dos hospitais diz, no seu relatório: Observação n.º 2651. Película n.º 4522/23. 26-VII-929 M. A. P.

«Em uma radiografia de cabeça, feita em posição de apoio naso-frontal com incidência pôstero-anterior, notámos uma diminuição acentuada de permeabilidade do seio maxilar direito, em relação ao esquerdo, que pode corresponder a um espessamento da mucosa daquele seio. (fig. 1). Numa radio-

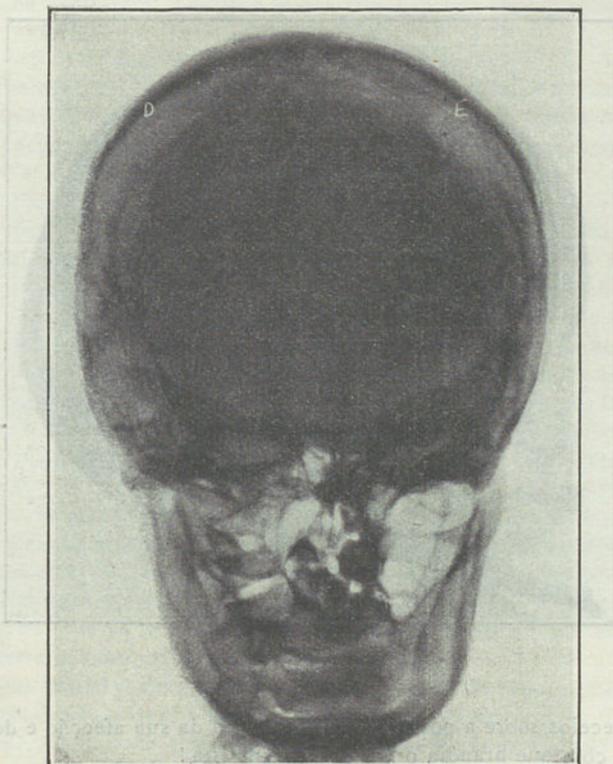


Fig. 1

grafia transversal (fig. 2) não notámos qualquer alteração do contôrno occipital. (a) *Aleu Saldanha*».

Como, no entanto, em minha opinião, a opacidade, que é manifesta e intensa, do seio maxilar não devia corresponder apenas a lesões da mucosa, e atendendo também à violência das dores, faz-se punção diameática, sob anestesia pela cocaína.

A doente tolera-a mal, acusando tendências lipotímicas, e com surpresa minha — não deita puz. Penso então tratar-se possivelmente de lesões de

origem sífilítica, lembrando-me do edema em tempos apresentado e atrás referido. Para mais, a irmã gémea apresentara também, numa das suas crises de sinusite maxilar, edema apreciável das partes moles peri-sinusais.

Com enorme repugnância da doente, de nacionalidade inglesa, puritana, consegue-se fazer R. de Wassermann após reactivação pelo Hg (12 injeções de benzoato). O laboratório responde: negativa (H 8). *Dr. M. Manaças.* 27-VIII-929.

Era digna de ver-se a cara zangada e aborrecida da doente, quando lhe

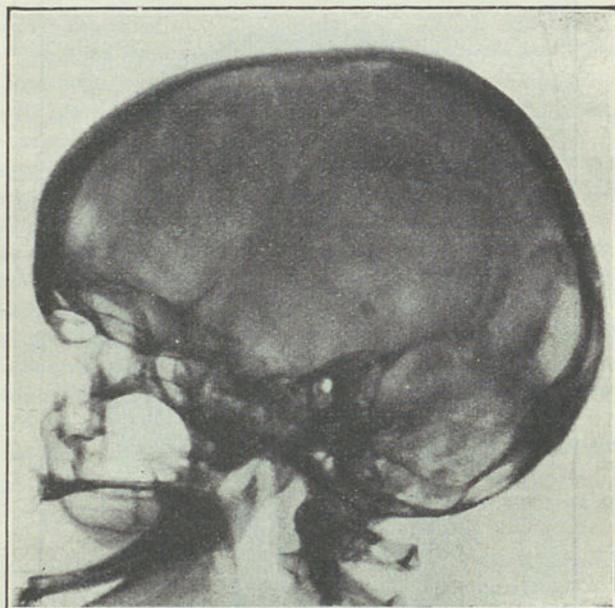


Fig. 2

expuz os receios sôbre a possível origem luética da sua afecção e depois o ar triunfante com que brandia o boletim do analista!

Entretanto, o quadro clínico não variava e a doente não se podia quasi alimentar e não dormia — tais eram as dores.

A-pesar-do resultado da punção e diante da insistência da doente e da familia, marcou-se intervenção para 8-X-929. O meu primeiro pensamento foi fazer um Caldwell-Luc para melhor observação do estado da mucosa sinusal. Mas, receando ainda a crise de edema apresentada havia dois meses, talvez ligada a qualquer processo de periostite, optei pela via endonasal, para não atravessar tecidos possivelmente doentes.

E assim, sob anestesia local pela cocaína e novocaína (mal suportada; estado lipotímico, quasi sincopal, necessitando uso de cafeína *pre-operatória*), fiz-lhe a abertura do seio maxilar por via endonasal (Claoué), usando, para

isso, a *rápe*, modelo do Prof. Portmann. Segundo é meu costume, após a trepanação fiz lavagem imediata da cavidade. Nenhum pus!

Em dias subseqüentes sempre as lavagens foram brancas. Por outro lado, as dores torturantes abrandaram quasi por encanto acto contínuo, e passaram completamente dentro de 8 dias!

Em 25-X faz-se-lhe cornetotomia parcial inferior direita, a qual se não fizera logo devido ao mau estado geral da doente.

Observada recentemente, permanece perfeita a comunicação rino-sinusal e as dores não voltaram! Também nunca teve depois a menor rinorreia.

Há, neste caso, dois pontos que reputo interessantes:

1) A intensidade das dores, as quais antes da operação a nada cediam, e, logo depois dela, por completo desapareceram — não tendo havido, no entanto, evacuação de qualquer substância acumulada, sob pressão, dentro do seio.

2) A obscuridade tão nítida e acentuada na radiografia, junto às indicações de diafanoscopia, às dores espontâneas sobre o antro, exacerbadas intensamente pela pressão, e à existência, em tempos, de rinorreia pela fossa nasal direita (lado correspondente), tudo ligado à ausência absoluta de pus dentro da cavidade sinusal. É evidente que estes dois fenómenos saem fora do quadro nosológico duma vulgar sinusite maxilar. ? Qual a sua explicação?

A inervação sensitiva do antro de Highmore é assegurada pelo nervo maxilar superior, ramo mediano do V par (trigêmeo), o qual, por intermédio dos nervos dentários posteriores, envia filetes ósseos e filetes mucosos (para a mucosa) (Canuyt et Rozier<sup>27</sup>) e só filetes ósseos pelo nervo dentário anterior (Portmann et Leduc<sup>28</sup>).

No caso presente, portanto, dada a sua localização unicamente, nitidamente, ao próprio seio maxilar, a dor era devida à irritação das terminações nervosas dos referidos filetes mucosos e ósseos e não a lesões do tronco do nervo maxilar superior.

Se isto não fôsse como digo, todo o território innervado por êste tronco estaria sensível e doloroso, o que aliás não sucedia.

As lesões irritativas eram *exclusivamente* a nível do esqueleto ou da mucosa desta cavidade. ? Qual o seu tipo anátomo-patológico?

Evidentemente, quer pela história, quer pela observação, não podemos pensar em processo de osteomielite, não rara em crianças (tive ocasião de observar dois casos em Lourenço da Luz — H. de S. José) provenientes, quer de infecção dentária (melhor, dos folículos dentários), quer de origem sifilítica ou traumática.

Houve, em determinada altura da doença, certo grau de edema das partes moles peri-sinuais, mas êsse rapidamente cedeu, porém e deixou-nos a impressão de ser apenas um acesso de periostite.

? Que processo patológico então se passou neste seio maxilar?

Posta de parte a etiologia luética ou traumática, não havendo razão para pensar em qualquer localização (aliás rara) de tuberculose, deveríamos estar diante duma antrite de Highmore, típica.

Porém, se, em dado momento, houve rinorreia (não constatada por

mim ou pelo meu colega Larroudé), foi também episódica e, parece, pouco abundante.

Ver-nos-emos assim diante duma antrite serosa, não supurada, uma «endo-sinusite», quero dizer, processo localizado *apenas à mucosa* de revestimento, acompanhada de verdadeiro exsudado, o qual, por excepção, se não teria infectado secundariamente.

Parece-me esta a interpretação mais cabal d'este curioso caso clínico e explicativa das demais anomalias encontradas. Assim :

a) As dores teriam correspondido *primeiro* à irritação das extremidades nervosas dos filetes sensitivos, mucosos, quando de inflamação da mucosa ;

b) Depois, resorvido o exsudado que se deve ter produzido (rinorreia acusada, a-pesar-de passageira), ter-se-ia obliterado o ostium maxilaris por qualquer forma (rolho de exsudado ou tumefacção da mucosa), donde resultaria, pela reabsorpção do ar (Skillern<sup>29</sup>) ou só do oxigénio (A. de Mendonça<sup>30</sup>) diminuição de pressão dentro da cavidade — e continuação das dores, conseqüentemente.

c) E assim, não teria havido infecção secundária e supuração verdadeira, contínua ou intermitente, e estaríamos diante duma «sinusite sem pus» (Watson<sup>31</sup>) ou dum caso de «vacuum sinus» (Jonathan Wright) ou de «sinusite hiperplásica» (Sluder<sup>32</sup>).

Devo fazer notar, entretanto, que estes autores, nas suas considerações, se referem, *em regra*, às inflamações das células paranasais *posteriores* (etmóide posterior e esfenóide), para as quais as nevralgias podem ser atribuídas à irritação do gânglio eseno-palatino (Duverger<sup>33</sup>, Halphen).

d) Fica esclarecido o facto de, apenas aberto o seio e pôsto em comunicação com o exterior, as dores terem desaparecido.

O arejamento, igualando a pressão endo-sinusal com a exterior, normalizou a circulação e, portanto, descongestionou as extremidades nervosas, contrariamente ao que a diatermia fazia e por isso prolongava as dores.

e) Por outro lado, fica também evidente a razão de o exame físico (diafanoscopia e radiografia) revelar opacidade do lado doente.

Não só a congestão passiva e activa (raios ultra-violetas, inalações, etc.) dos vasos e portanto da mucosa, mas a sua hiperplasia provável, *reliquat* da inflamação passada — ambas se opunham à normal iluminação e transparência.

f) Também é evidente que não existindo *dentro do antro* de Highmore substância alguma, líquida ou grumosa, a lavagem feita *imediatamente* depois da abertura cirúrgica nada podia trazer, como na verdade não trouxe : a água saú límpida como entrara.

Esta interpretação dos factos quadra perfeitamente com a opinião do Prof. agregado Halphen no seu relatório à Sociedade Francesa, de colaboração com o Prof. Terracol, sobre «Fenómenos simpáticos em Rinologia<sup>34</sup>» : «Estamos persuadidos que certos doentes etiquetados como portadores de sinusite maxilar, porque, após coriza ligeira, apresentaram corrimento nasal unilateral com cefaleia periorbitária e seio maxilar opaco à iluminação e aos raios X, eram simplesmente hipersimpaticotônicos, nos quais uma vaso-dilatação intensa provocava secreção nasal e sinusal. O Prof. Worms concordava com esta opinião».

# IODALOSE GALBRUN

**IDO PHYSIOLOGICO, SOLUVEL, ASSIMILAVEL**

A IODALOSE É A ÚNICA SOLUÇÃO TITULADA DO PEPTONIODO  
Combinação directa e inteiramente estável do Iodo com a Peptona  
DESCOBERTA EM 1896 POR E. GALBRUN, DOUTOR EM PHARMACIA  
Comunicação ao 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 alcalio.  
DOSES MEDIAS : Cinco a vinte gotas para Crianças ; dez a cincoenta gotas para Adultos.

Pe-dir folheto sobre a Iodotherapia physiologica pelo Peptoniido.  
LABORATORIO GALBRUN, 6 et 10, Rue du Petit-Musc, PARIS

## TUBERCULOSE MEDICAÇÃO BRONCHITES

**CREOSO - PHOSPHATADA**

Perfeita Tolerancia da creosote. 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.



PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople

**GRIPPE**

PARIS (8º)

**RACHITISMO**

# FORXOL BAILLY

ASSOCIAÇÃO SYNERGICA. ORGANO-MINERAL

sob a forma concentrada dos principios medicamentosos mais efficazes

**FERRO, MANGANEZ, CALCIUM**

em combinação alicemicca, hexoso-hexaphosphorica e monomethylarsinica vitaminada

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

LIQUIDO

AGRADAVEL toma-se no meio das refeições, na água, no vinho ou outro liquido (excepto o leite)

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

PROFILAXIA  
E TRATAMENTO  
"PER OS"  
DE TODAS AS  
ESPIROQUETOSSES  
DISENTERIA  
AMIBIANA  
PALUDISMO

PELO

**Stovarsol**

TRATAMENTO  
ARSENICAL  
DOS ESTADOS  
D'ANEMIA  
& D'ASTENIA

APRESENTAÇÃO

FRASCOS DE 25  
COMPRIMIDOS A 0 gr. 25  
FRASCOS DE 10  
COMPRIMIDOS A 0 gr. 05  
FRASCOS DE 200  
COMPRIMIDOS A 0 gr. 01

O EMPREGO DO  
STOVAR SOL  
DEVE ESTAR  
SEMPRE SOB A  
VIGILANCIA DO  
MEDICO

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE

— Specia —

MARQUES POULENC Frères & USINES du RHONE

86.rue Vieille du Temple. PARIS 5<sup>e</sup>

DREVILL

12 Para terminar, justificarei a escolha de via de acesso — a qual não foi casual, como já atrás apontei.

Tendo existido o edema referido das partes moles, interpretado como periostite, julguei ser inconveniente ir atravessar, pela via canina-dum Caldwell-Luc clássico, tecidos possivelmente doentes.

De resto, se o Clauoué não desse alívio suficiente (ou drenagem bastante porque nessa ocasião nós contávamos ir encontrar algum pus) teríamos sempre possibilidade de, em 2.º tempo e então forçadamente, trepanar pela fossa canina. Não foi preciso: as melhoras foram tão rápidas e tão seguras que, transformando a intervenção em verdadeira cura radical, pelo desaparecimento imediato das dores, estas *não mais voltaram*.

Têm sido numerosos os autores a escrever sobre afecções latentes das células *posteriores* ou complicações delas.

Em 1921, Lemaitre fez um notabilíssimo relatório à Sociedade Francesa de Oto-Rino-Laringologia sobre «complicações orbitárias das sinusites<sup>35</sup>»; em 1924 Canuyt, Terracol, Ramadier et Velter, para só falar da ciência francesa, apresentaram outro sobre «as sinusites posteriores e suas complicações oculares<sup>36</sup>» e, neste, um capítulo inteiro é destinado à parte histórica do assunto, citando os vários autores de todos os países que sobre êle têm escrito.

13 No serviço de Lourenço da Luz (Dr. Alberto de Mendonça) alguns casos tivemos também de sinusites latentes, todos porém relativos ao antro esfenoidal ou às células etmoidais posteriores. Do seio maxilar êste caso apresentado é típico, julgo, e, quero crer, bastante interessante.

#### NOTA BIBLIOGRÁFICA

- 1) De Parrel. — Précis de Thérapeutique Médicale O. R. L. 1921.
- 2) Collet. — Otolaryngologie avec applications à la Neurologie. 1928.
- 3) Escat. — Technique oto-rhino-laryngologique. 1921.
- 4) Moulouguet. — Syndromes oto-rhino-laryngologiques. 1926.
- 5) Laurens. — Oto-rhino-laryngologie. 1921.
- 6) Lannois. — Précis des maladies des oreilles, du nez et du larynx. 1902.
- 7) Aboulker. — Maladies de la face et du cou. 1924.
- 8) Collet. — loc. cit.
- 9) Citelli. — *Oto-rino-laringologia italiana*. N.º 2. 1931.
- 10) Podvinec. — *Otolaryngologia Slavica*. N.º 2. 1931. (In *Revue de Laryngologie*). N.º 6. 1932.
- 11) Worms et Reverchon. — La radiographie en O. R. L. (Rapport à la Société Française). 1923.
- 12) Portmann. — Travaux scientifiques 1926.
- 13) Canuyt. — Ponctions du sinus maxillaire par le méat inférieur (comunicação ao congresso da Soc. O. R. L. Latina). 1931.
- 14) Carlos de Melo. — Sinusites maxilares crônicas. *Lisboa Médica*. N.º 3. 1931.

- 15) Le Mée et Bouchét. — La Méthode de déplacement dans le diagnostic et le traitement des sinusites. (Com. ao Cong. da Soc. Fr. O. R. L. 1931).
- 16) Louis Leroux. — Le lipiodiagnostic des sinusites maxillaires polypeuses. (Com. ao Congr. da Soc. Fr. O. R. L. 1931).
- 17) Charters de Azevedo. — 2 casos de sinusite max. latente. *Lisboa Médica*. N.º 11. 1931.
- 18) De Parrel. — Loc. cit.
- 19) Portmann. — Consultations O. R. L. du Praticien. 1923.
- 20) Bordier. — Diathermie, diathermothérapie. 1927.
- 21) Leroux-Robert. — Haute fréquence en O. R. L. 1925.
- 22) Moure, Liébault, Canuyt. — Technique chirurgicale O. R. L. 1924.
- 23) Escat. — Loc. cit.
- 24) Portmann, Retrouvey, Despons, Leduc. — Traité de technique opératoire O. R. L. 1932.
- 25) Collet. — Loc. cit.
- 26) Skillern. — Accessory sinuses of the nose (IV edition). 1923.
- 27) Canuyt, Rozier. — Anesthésie locale et régionale en O. R. L. 1920.
- 28) Portmann, Leduc. — Anesthésie loco-régionale en O. R. L. et chirurgie cervico-faciale. 1928.
- 29) Skillern. — Loc. cit.
- 30) A. de Mendonça. — Etiologie des antrites maxillaires. (Com. ao Congr. da Soc. O. R. L. Latina. 1931).
- 31) Canuyt. — Les affections latentes de l'ethmoïde et du sphénoïde et leurs complications ophtalmologiques. *Revue O. N. O.* N.º 2. 1923.
- 32) Sluder. — Diseases and Eyes disorders of nasal origin. 1919.
- 33) Duverger et Dutheillet de Lamothe. — La névralgie du ganglion sphéno-palatin. *Journal de O. N. O.* N.º 3. 1923.
- 34) Halphen, Terracol. — Les phénomènes sympathiques en Rhinologie. (Rapport à la S. Fr. de O. R. L. 1925).
- 35) Lemaitre. — Complications orbito-oculaires des sinusites. (Rapport à la Soc. Fr. de O. R. L. en 1921. in Titres et travaux scientifiques). 1923.
- 36) Canuyt, Terracol, Ramadier, Velter. — Les sinusites postérieures et leurs complications oculaires (Rapport à la Soc. Fr. de O. R. L. 1924).

## Revista dos Jornais de Medicina

As indicações da proteinoterapia não específica. (*The uses of non-specific protein therapy*), por C. Low. — *The Brit. Med. Jour.* 26 de Setembro 1932.

Depois de referir as indicações desta terapêutica e as suas diversas modalidades, estuda o autor o quadro clínico das reacções que ela provoca e as doenças em que mais correntemente está indicado o seu emprêgo.

Conclusões:

A proteinoterapia tem um largo campo de aplicação tanto nas doenças de pele como nas doenças venéreas. Praticamente melhoram todos os estados em que é certa ou presumível a existência de uma determinada sensibilização; as reacções anafilácticas só em raríssimos casos têm sido apontadas.

Duas observações publicadas referem-se à reacção anafiláctica produzida pelas injeções de leite.

Existem certas contra-indicações para o uso da proteinoterapia. Assim, o método só se poderá empregar em doentes com regulares condições de resistência e são contra-indicações formais os casos de alcoolismo, a deficiência miocárdica. A tuberculose, a gravidez e a diabetes são doenças em que a proteinoterapia se deve empregar com o maior cuidado e há mesmo autores que a contra-indicam.

Tendo em vista estas contra-indicações, a protemioterapia não específica é um processo terapêutico de largo alcance em muitas doenças. Mais do que um método pode ser usado para o mesmo doente, de maneira a procurar-se a maior eficiência nos seus resultados.

MORAIS DAVID.

**Trombose coronária.** (*Coronary thrombosis*), por J. PARKINSON. — *Brit. Med. Jour.* 17 de Setembro de 1932.

Por trombose coronária entende-se um estado grave do coração que resulta da trombose da artéria coronária ou de um dos seus ramos. Nos casos de completa obstrução fala-se de enfarte cardíaco. Cita-se, para a primeira condição, uma determinada sintomatologia e para a segunda condição uma sintomatologia que por certos detalhes se distingue mais ou menos de aquela, mas uma tal distinção nem sempre é fácil de estabelecer. Assim, diz o autor:

A angina pectoris é uma doença grave do coração, que se manifesta por dor através do tórax ou retro-esternal, com irradiação freqüente aos braços e que tem a sua origem na situação deficitária da circulação coronária. Existem duas principais variedades em que a dor específica difere apenas em in-

tensidade e em que o fundamento patogénico é o mesmo: a esquémia do miocárdio.

Quando a dor é breve e está relacionada com o exercício físico, a angina de peito é denominada angina de esforço e depende provavelmente de uma esquémia por espasmo arterial. Quando um ataque de angina não está subordinado ao trabalho muscular e é suficientemente prolongado e complicado pelos sintomas de enfarte, é conhecido por trombose coronária e tem como resultante a esquémia com necrose terminal. Entre estas duas variedades encontram-se todos os graus de angina de peito, desde as formas mais leves, com espasmo dos vasos nutritivos, até às formas mais graves, com enfarte.

A angina de esforço pode iniciar-se, complicar-se ou terminar com trombose coronária. Por isso uma simples angina de esforço converte-se, em determinados casos, em angina complicada (com estado de *shock*, etc.)

A correlação entre a angina de peito e a lesão vascular não está seguramente estabelecida; os casos mais graves de angina de esforço aproximam-se da trombose coronária. O prognóstico da afecção é inseparável de um risco de morte súbita, que por vezes sobrevém ao fim de bastantes anos. Nos ataques de trombose coronária e nas formas mais severas de angina de esforço a dor é extrema e o perigo de morte é muito grande. Nas formas menos graves, que são comuns, a doença toma, por vezes, uma feição menos séria e a sobrevivência é maior.

MORAIS DAVID.

**Doença de Addison. Relatório dos resultados ulteriores com o tratamento pela «Interrenalina».** (Extracto cortical). (*Addison's disease. Further report on treatment with «Interrenalin» (Adrenal cortical extract)*), por J. M. ROGOFF. — *Jour. of. Am. Med. Ass.* 15 de Outubro de 1932.

R. vem empregando a opoterapia supra-renal, a hormona activa do córtex supra-renal, no tratamento da doença de Addison, desde há cinco anos, e nesta altura tem já um total de 62 casos tratados. A marcha clinica de alguns dos casos que primeiro tratou por este meio e o estudo de outros doentes que teve ensejo de observar levam-no à conclusão de que o tratamento com o extracto supra-renal é mais activo do que qualquer outro e que dá, simultaneamente, uma maior sobrevivência e uma mais acentuada atenuação nos sintomas clínicos. A doença de Addison é o resultado de uma perda da função do córtex e não da medula. O tratamento com a epinefrina é baseado em um conceito sem fundamento fisiológico.

MORAIS DAVID.

**Notas acerca do tratamento sérico da pneumonia.** (*Remarks on the serum treatment of pneumonia*), por RUSSEL L. CECIL. — *Brit. Jour. of Med.* 8 de Outubro de 1932.

No artigo diz-se o que há de fundamental sobre o papel patogénico das diversas esterpes, da sua frequência, do significado dos anti-geneos na pneumonia pneumocócica e de alguns resultados da seroterapia nesta enfermi-

dade. Alude-se também à preparação dos soros e aos tipos de soros concentrados, hoje em voga. Sumário e conclusões: Afirma-se algumas vezes que o soro anti-pneumônico, mesmo refinado e concentrado, não é um agente específico ideal no tratamento da pneumonia e que, eventualmente, qualquer outro agente terapêutico com uma mais alta especificidade virá ainda a substituí-lo. Um tal acontecimento não deve ser, por certo, considerado como impossível. Na época que passa devemos nos contentar com o soro anti-pneumônico no tratamento das infecções causadas pelo tipo I e tipo II. O soro concentrado tem uma nítida capacidade terapêutica no tipo I, especialmente quando é administrado no princípio da doença, e com o emprêgo precoce e adequado do soro verifica-se uma baixa apreciável na mortalidade. Nas infecções produzidas pelo tipo II os resultados não se manifestam com tanto brilhantismo, mas, a-pesar disso, alguns benefícios se relacionam com esta terapêutica. O tipo I é o mais freqüentemente isolado da pneumonia e logo em seguida vem o tipo II. O aperfeiçoamento no fabrico do soro, a sua refinação e concentração e o uso de soro polivalentes, tôdas estas aquisições reduzem a seroterapia da pneumonia a um método terapêutico não só prático e simples, mas também digno de apreço.

MORAIS DAVID.

**Tratamento da pneumonia lobar pelo soro anti-pneumônico.** (*Treatment of lobar pneumonia by anti-pneumococcal serenu*), por R. ARMSTRONG e R. JOHNSON. — *Brit. Jour. of Med.* 8 de Outubro de 1932.

O tipo serológico de pneumocó responsável em um caso determinado de pneumonia identifica-se em poucos minutos, logo no comêço da doença, pelo exame da expectoração do doente.

Cêrca de dois terços das pneumonias, no inverno, são devidas à infecção pelos tipos I e II. Estes tipos são susceptíveis de tratamento sérico.

No início do tratamento convém proceder à des-sensibilização do doente com uma injeção intra-venosa de 1 c. c. de soro, seguida, 20 a 30 minutos depois, da injeção do soro em dose curativa.

O tratamento sérico encurta a duração da febre e favorece a terminação em crise, particularmente no tipo I. Depois da introdução do soro aparecem sinais indicativos de uma pronunciada melhoria sintomática. Quanto mais, no início da doença, se recorre a êste tratamento, tanto mais manifestos se tornam os seus efeitos. As complicações e seqüelas não são, habitualmente, influenciadas pelo tratamento.

MORAIS DAVID.

**Carcinoma primitivo do pulmão.** (*Primary carcinoma of the lung*), por P. F. BUTLER e MAX RITVO. — *The New Eng. Jour. of Med.* 8 de Setembro de 1932.

O carcinoma do pulmão é mais freqüente do que geralmente se supõe e afecta sobretudo os homens, na idade mais comum para as neoplasias. Estes tumores têm ponto de partida no epitélio que atapeta a mucosa dos brôn-

quios. Os sintomas correntes são a tosse, a dispneia, a dor torácica e a rouquidão. Os sinais físicos são muito importantes e dependem do tamanho e sede de implantação do tumor. Se a massa tumoral é pequena e profunda, pode não haver sinais ou sintomas apreciáveis.

Manifestações de atalectasia por oclusão brônquica e formação de derrame pleural são muito comuns. O exame radiológico é de extrema importância, para o estudo clínico da doença e da sua progressão.

Como sinais primários dos raios X encontram-se os que correspondem ao volume e sede do tumor e como sinais secundários contam-se o derrame pleural, as manifestações de atalectasia, enfisema, infiltração pulmonar, bronquectasia, deslocamentos do mediastino, metástases e erosão das costelas. A broncoscopia, as injeções de lipiodol e as investigações laboratoriais da expectoração e do líquido do derrame pleural são de grande valor para o diagnóstico da doença. No seu tratamento a cirurgia pode oferecer esperança de cura nos casos muito em início. Os raios X e o rádio prolongam a vida dos doentes e minoram os sofrimentos da afecção.

MORAIS DAVID.

**Imunização activa contra a poliomyelite.** (*Active immunization against poliomyelitis*), por MAURICE BRODIE. — *The Jour. of Exper. Med.* 1 de Outubro de 1932.

Uma única injeção da mistura de vírus activo glicerinado com soro de convalescente provoca uma considerável imunidade. A mistura vírus-soro produz essa imunidade desde que uma dose suficiente de soro proteja o animal da paralisia. Quando se junta um excesso do soro, o grau de imunidade reduz-se consideravelmente.

MORAIS DAVID.

**Hemoculturas em pessoas aparentemente saudáveis.** (*Blood cultures of apparently healthy persons*), por A. REITH e F. SQUIER. — *The Jour. of Infect. Dis.* Setembro, Outubro de 1932.

Cultivaram-se amostras de sangue de 293 pessoas de aparência saudável. Culturas positivas conseguiram-se em 27% de 194 pessoas com infecções locais crónicas e em 12% de 99 pessoas sem foco de infecção demonstrável.

MORAIS DAVID.

**Hipertrofia da parótida, sintoma da diabetes mellitus.** (*Parotid hypertrophie, ein symptom des Diabetes mellitus*), por E. FLAUM. — *Klin. Woch.* N.º 41. 1932.

A observação dum diabético com hipertrofia nítida das parótidas chamou a atenção do A. para este facto.

O estudo não foi feito procurando a percentagem de diabéticos com aquele sintoma, pois dificilmente se interpretariam os resultados, quasi com

certeza influenciados por idea preconcebida. Investigando em sentido contrário, o A. procurou se nos indivíduos sem queixas e com nítida hipertrofia daquelas glândulas haveria sintomas de insuficiência insular.

Em 27 casos, 16 tinham glicosúria de maior ou menor grau com alimentação livre, e os 11 restantes tinham uma hiperglicemia experimental nítida, actualmente interpretada como diabetes latente.

Flaum julga de importância prática esta comunicação, pois o seu conhecimento possibilitará não raramente o diagnóstico, talvez precoce, da diabetes, e considera-a mais um argumento a favor da existência duma função endócrina das glândulas salivares.

A hipertrofia glandular é interpretada como manifestação compensadora do *deficit* insular.

OLIVEIRA MACHADO.

**Acérea do carcinoma brônquico poliposo e sua operabilidade.** (*Über das polyöse Bronchialcarcinom und seine operabilität*), por H. ADLER. — *Klin. Woch.* N.º 42. 1932.

A-propósito dum caso clínico, o A. recorda esta forma rara de carcinoma brônquico, de interesse especial pelo seu prognóstico. Com efeito, muito poucas vezes origina metástases e o seu crescimento em profundidade é pouco acentuado, o que permite cura cirúrgica, quando diagnosticado a tempo e horas.

A broncografia ou broncoscopia são auxiliares valiosos para o diagnóstico tôdas as vezes que em bronquites duradouras se pense na possibilidade de um pólopo brônquico.

O caso relatado pelo A. foi durante dois anos considerado e tratado como tuberculoso — o que a necrópsia infirmou. A mortê foi causada pelas consequências da estenose: bronquiectásia difusa do lobo inferior com bronquite purulenta e empiema.

Um diagnóstico precoce e exacto talvez tivesse sido salvador.

OLIVEIRA MACHADO.

**Prolan e crescimento dos tumores. Acção inibidora do Prolan sôbre o carcinoma de inoculação do rato branco.** (*Prolan, etc.*), por H. ZONDEK, B. ZONDEK e W. HARTOCH. — *Klin. Woch.* N.º 43. 1932.

Primeira comunicação dum trabalho clínico e experimental muito interessante.

Com a injeccção diária de 500 U de Prolan (mistura das hormonas de maturação dos folículos A e de luteinização B do lobo anterior da hipófise) a cancerosos inoperáveis, os AA. conseguiram em alguns doentes uma melhoria do estado geral, com aumento de pêso, que permitiu por vezes (carcinomas do estômago e do intestino) a intervenção cirúrgica.

Levados por esta observação, os AA. estudaram a acção do Prolan sôbre o crescimento do tumor experimental, embora saibam que não se podem

transportar as conclusões do seu trabalho para as condições do cancro humano.

Os ensaios, que duram já há três anos, foram realizados em 1.010 ratos sexualmente maduros.

São condições essenciais para que se possam tirar conclusões em experiências desta natureza, que o tumor inoculado nunca deixe de «pegar» e não cure espontâneamente.

Uma vez escolhida a estirpe com estas condições, foi fixada em 274 animais a evolução normal do tumor inoculado: no fim de 30 dias, ulceração da pele e, após necrose do tumor, queda rápida do estado geral, com morte no fim de 40 a 45 dias.

Após esta determinação, os AA. verificaram que o crescimento do tumor não é influenciado por vários meios (cálcio, potássio, glucose, tiroxina, adrenalina, insulina, hipofisina, foliculina).

Os animais injectados com Prolan começaram a sê-lo no dia seguinte à da inoculação, diariamente, durante 22 dias, sendo sacrificados ao 23.º e o tumor cuidadosamente extraído e pesado.

«Destas experiências concluíram que se pode impedir pelo Prolan o crescimento do tumor». Enquanto os tumores dos animais não tratados pelo Prolan têm, no fim de 23 dias, o volume duma cereja e 1,65 gr. de pêso médio, os submetidos à acção daquele não ultrapassavam o volume duma ervilha e 0,2 gr. de pêso.

Esta acção do Prolan desaparece pela fervura e não existe no produto de incineração.

Em 128 casos foi feita reinoculação dos tumores inibidos no crescimento pelo Prolan e, nos animais reinoculados, a quem não foram feitas injecções daquela droga, constataram regularmente nova paragem do crescimento, que foi verificado também em segunda pesagem. Nesta, algumas vezes (observações de vários meses) o tumor não «pegou».

Para que se manifeste esta acção do Prolan é indispensável o uso de grandes doses, e, quanto maiores forem estas, mais nítido será o efeito.

Noutra série de experiências os AA. ensaiaram exclusivamente a hormona A, não notando, até agora, diferença entre a acção desta da sua mistura com a B.

Nos tumores tratados pelo Prolan constata-se, todavia, tecido carcinomatoso, o que equivale a dizer que se observa restrição do crescimento, mas não cura. Talvez que com maiores doses se consigam ainda melhores resultados.

OLIVEIRA MACHADO.

Sobre o valor do método de Hofmann-Flössner para contagem das plaquetas. (*Über den west.*, etc.), por E. HARTMANN. — *Klin. Woch.* N.º 44. 1932.

A contagem das plaquetas está sujeita a grandes erros, o que explica a diversidade de números apontados como normais.

Hofmann e Flössner, introdutores dum novo método de contagem, con-

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.<sup>a</sup> - 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 Índia* et de *Citrato de Soda*.

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

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

LISBOA MÉDICA

# VIGANTOL

Marca registrada

Preparado de Vitamina-D estandardizada de alta eficiência. Em dosagem terapêutica de boa tolerância e sem efeitos secundários: promove o crescimento dos ossos e o desenvolvimento dos músculos, favorece a cura de afecções osseas (osteopatia, tuberculose ossea, fracturas), impede perturbações da odontogênese, actua favoravelmente sobre a consolidação do esmalte dentário e sobre a erupção dentária, aumenta o apetite e o metabolismo geral.

Aumenta a defesa orgânica contra as moléstias da lactância e da infância.

Impede o raquitismo e protege a mãe na gravidez e no período de lactação, contra a descalcificação do organismo, que se manifesta nos transtornos da dentadura, dores articulares, osseas e musculares.

Embalagens originaes:

Oleo de Vigantol (1 c. c. contem 50 unidades clinicas), conta-gotas de 10 e 50 c. c.  
Drageas de Vigantol (1 dragea contem 10 unidades clinicas), caixas com 50 e frascos com 250 drageas.



« Bayer Meister Lucius »

Leverkusen (Alemanha)

Representante:

« LUSOPHARMA »  
AUGUSTOS. NATIVIDADE

Rua dos Douradores, 150, 3.º

LISBOA

E. MERCK  
Darmstadt (Alemanha)

Depositário:

Estabelecimentos HEROLD, Ltd.

Rua dos Douradores, 7

LISBOA

sideram como normais valores até agora reputados muito altos (760.000 por mmc.), insistindo na superioridade do seu processo pela possibilidade de contagem de pequenas plaquetas lábeis, que escapam aos outros métodos.

Hartmann faz uma crítica completa, laboratorial e clínica do trabalho daqueles autores, negando-lhe qualquer valor.

Nas mais variadas situações clínicas (trombopenia essencial, diátese hemorrágica, etc.) o novo método não deu qualquer ensinamento, pois obtinham-se números normais.

Confessando não saber explicar o aparecimento e a natureza das pequenas formações, consideradas como trombócitos por Hofmann e Flössner, conclue que sobre elas apenas um facto é certo e definitivo: que não são plaquetas.

OLIVEIRA MACHADO.

Acérrca do efeito do prominal e do luminal sobre a epilepsia grave. (*Uber Prominal*, etc.), por W. HEYDE. — *Klin. Woch.* N.º 45. 1932.

Fazendo o estudo comparado da acção daquelas drogas na epilepsia, o A. conclue que o efeito benéfico do prominal é, pelo menos, equivalente ao do luminal, tendo a vantagem de acções accessórias psíquicas menos acentuadas.

OLIVEIRA MACHADO.

Sobre a reacção de Bendien para o diagnóstico do cancro. Contribuição experimental, por S. F. GOMES DA COSTA. — Separata do *Arg. de Pat.* Vol. IV. N.º 1. 1932.

Resumo do artigo:

Depois de descrever a técnica da reacção de Bendien, o A. analisa os resultados que obteve com esta reacção nos casos de cancro. Embora estes resultados sejam, em geral, idênticos aos de Bendien, o A. não julga utilizável esta reacção para o diagnóstico precoce do cancro. Além disso, a reacção foi negativa nos casos de sarcoma.

A reacção de Bendien seria mais interessante sob o ponto de vista prognóstico que diagnóstico. Assim, por exemplo, a reacção foi negativa nos cancros ulcerados da pele (com profunda destruição dos tecidos) cicatrizados pela aplicação local de insulina, e positiva antes da aplicação desta substância.

O A. faz um estudo mais detalhado da influência da insulina sobre as floculações que constituem a primeira parte do método. Dum grande número de experiências concluiu que a insulina agitada, em pequenas doses, com o sôro, desloca o limiar da floculação no sentido da cura clínica (segundo os dados de Bendien) nos casos de cancro, sobretudo de cancro ulcerado da pele, e também com soros animais. Para obter esta acção é necessário que a percentagem de globulinas do sôro seja superior à de albuminas. O sôro de indivíduos normais e cancerosos com percentagem de albumina superior à

de globulinas não dá estes resultados. A insulina, agitada em maiores doses com o sôro, não tem influência sobre o limiar de floculação, seja qual fôr a origem do sôro. Estes resultados aproximam-se dos que o A. obteve nos cancos da pele com emprêgo de doses variáveis de insulina: as doses pequenas cicatrizam, por aplicação local, os cancos ulcerados da pele, enquanto que as grandes não têm qualquer acção.

OLIVEIRA MACHADO.

**Síndrome de hipoventilação alveolar.** (*Syndrome d'hypoventilation alvéolaire*), por P. COSSIO e I. BERCONSKY. — *Rev. Sud-Am. de Med. et de Chir* Tome III. N.º 9. 1932.

Conclusões dos AA.:

1.<sup>a</sup> — Comunicam-se três observações com o quadro clínico do «cardíaco negro» descrito pelo Prof. Abel Ayerza: doentes com passado pulmonar, com cianose intensa, poliglobulia, manifestações ligadas à hipertensão da pequena circulação e esclerose da artéria pulmonar.

2.<sup>a</sup> — A autópsia dum destes doentes mostrou o quadro anatómico do «cardíaco negro»: bronco-alveolite mutilante, acompanhada de fibrose muito acentuada, bronquiectasias moniliformes, peribronquite infiltrativa e esclerose com diminuição do lume vascular dos pequenos ramos da artéria pulmonar.

3.<sup>a</sup> — O estudo das funções respiratória e hemodinâmica permitiu separar um duplo síndrome: respiratório e circulatório.

a) O síndrome respiratório é caracterizado por um estado de hipoventilação alveolar com diminuição acentuada da tensão do oxigénio alveolar e subida da tensão do anidrido carbónico.

b) O síndrome circulatório é caracterizado por um estado de insuficiência cardíaca, sem alteração da tensão diferencial nem aumento da tensão venosa. Só havia hipertensão venosa na obs. III.

4.<sup>a</sup> — O síndrome respiratório é imutável, enquanto que o circulatório pode atenuar-se ou mesmo desaparecer.

5.<sup>a</sup> — A intensa cianose que caracteriza os doentes é causada pela baixa marcada da tensão do oxigénio no ar alveolar, que determina uma diminuição da saturação em oxigénio do sangue arterializado.

6.<sup>a</sup> — A maior utilização do oxigénio à periferia por lentidão circulatória, que existe por vezes, em consequência da insuficiência cardíaca, contribue para intensificar a cianose, mas por si só não a determina.

7.<sup>a</sup> — A atenuação e mesmo desaparecimento da insuficiência cardíaca, não modifica o aspecto geral dos doentes, que motivou a denominação de «cardíaco negro», que lhes deu o Prof. Abel Ayerza.

8.<sup>a</sup> — Visto que o «cardíaco negro» de Ayerza constitue um síndrome físiopatológico: hipoventilação alveolar, cianose intensa e insuficiência cardíaca terminal, o seu estudo e conhecimento só se podem realizar durante a vida, pois a morte faz desaparecer esse síndrome (Houssay).

OLIVEIRA MACHADO.

**Tratamento cirúrgico das artrites crônicas não tuberculosas da anca.**  
(*Traitement chirurgical des arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche*), por B. CUNÉO e H. L. ROCHER. — *Journal de Chirurgie*. T. XL. N.º 4. Págs. 572-617. Outubro de 1932.

Os AA. escrevem aqui uma auto-referência ao seu relatório ao Congresso Francês de Cirurgia dêste ano.

• Uma primeira idea se tira immediatamente dêste estudo: é que uma lesão considerada como essencialmente médica — a artrite crônica deformante — entrou plenamente no domínio da cirurgia.

A terapêutica medicamentosa, sendo quasi por completo ineficaz, é necessário procurar uma melhora do estado funcional e o alívio das dores, primeiro pelos tratamentos fisioterápico e ortopédico; se esta primeira etapa terapêutica, que vai desde a termoterapia, a radioterapia e aparelhagem até ao *redressement* sob anestesia, é percorrida sem resultado, o cirurgião ver-se-á forçado a utilizar os recursos da ortopedia sangrenta: osteotomia, *butée*, *forage*, cada uma destas intervenções tendo um objectivo particular: correcção da attitude viciosa, estabilização da articulação, acção trópica sobre as lesões osteo-cartilaginosas.

Estas intervenções devem tender para restituir à articulação as condições normais do seu funcionamento no estado estático e dinâmico.

A *estabilidade* será assegurada pela *butée* acima do cotilo insuficiente, por osteotomia, bifurcação ou definitivamente pela artrodese, se o movimento é o principal factor da dor e, por isso, da impotência. A *mobilidade* será excepcionalmente recuperada por operações parciais: artrotomia e cheilotomia, ou por operações de ressecção artroplástica.

O estado de *indolência*, necessário ao funcionamento do membro, poderia ser assegurado pela secção das vias nervosas (cordotomia); actualmente esta operação deve ser considerada como de indicação excepcional. É mais razoável utilizar-se ou a operação osteotrófica da *forage* ou as operações articulares de artrodese e de ressecção. Diametralmente opostas pelos seus efeitos, estas operações têm uma gravidade proporcional à idade e ao estado de resistência do individuo, no entretanto um pouco menor para a artrodese extra-articular.

São para desaconselhar no adolescente e no velho.

Em geral, o tratamento cirúrgico não será indicado dum modo formal senão após o insucesso dos tratamentos fisioterápico e ortopédico ou, quando por razões de ordem social, estes não podem ser seguidos dum modo prolongado. A escolha do método terapêutico variará segundo a intensidade dos sinais clínicos e o grau de impotência que elles determinam, mas sobretudo segundo as lesões anatómicas e as causas etiológicas que as condicionam. É por esta razão que os AA. foram levados, como prelúdio do seu relatório, a estudar as diferentes formas anatómicas da artrite crônica da anca e o seu mecanismo patogénico.

Na posse dum tal teclado terapêutico, o cirurgião pode sempre esperar as melhoras desta anca e principalmente do tipo artrite crônica deformante.

É para desejar que estas possibilidades terapêuticas sejam conhecidas dos médicos práticos que habitualmente têm na sua clínica estes casos.

---

MENESES.

**Estudo radiológico das scizurites na criança.** (*Étude radiologique des scissurites chez l'enfant*), por M. PÉHU e J. BOUCOMONT (Lyon). — *Revue Française de Pédiatrie*. Tôm. VIII. N.º 3. Págs. 342-355. 1932.

No decurso duma afecção pulmonar aguda, a observação duma scizurite tem um interesse mínimo: a presença duma imagem interlobar constitue somente um epifenómeno; não permite dizer se diz respeito a uma tuberculose ou a uma doença banal.

Na evolução duma doença aguda pulmonar cujos sinais não foram muito nítidos, a persistência dum estado febril é muitas vezes explicada pela observação duma scizurite; esta constitue um *reliquat* da doença e explica a febre. Ulteriormente a evolução permitirá dizer se se trata dum derrame ou duma infiltração plástica do interlobo.

A-par destes processos agudos, observam-se muitas vezes na criança estados mal caracterizados e que são difíceis de atribuir a uma causa precisa. São casos de bronquite prolongada, com febre, córtico-pleurites ou adenopatias mediastínicas. Nestas circunstâncias, a observação duma scizura reveste-se dum grande valor e permite afirmar a existência duma tuberculose. As gomas hipodérmicas, as nefrites agudas ou subagudas, as febres prolongadas, do tipo tifo bacilose, os estados de anemia persistente ou de depauperamento inexplicado, a tôdas as afecções dependendo da tuberculose, a radiografia trás à solução do problema pôsto pela clínica uma ajuda preciosa e um argumento decisivo mostrando a existência duma infiltração interlobar.

---

MENESES.

**A flora bacteriana das pneumopatias (pneumonia e broncopneumonia) da criança, considerando os diferentes tipos de pneumococcus.** (*La flore bactérienne des pneumopathies (pneumonie et bronchopneumonie) de l'enfant, en considérant les différents types de pneumocoques*), por R. STANKIEWICZ, F. PRZESWYCKI, J. KOLAGO e L. ZMIGRYDER (Varsóvia). — *Revue Française de Pédiatrie*. Tôm. VIII. N.º 3. Págs. 324-341. 1932.

Para definir a flora bacteriana das pneumopatias da infância, os AA. examinaram o conteúdo do parênquima pulmonar obtido por punção e aspiração do líquido do foco congestivo *in vivo*, o pus da pleura, do pericárdio, bem como do líquido céfalo-raquidiano, e a sementeira do sangue.

Em 143 sementeiras obtiveram resultados positivos em 95 casos, isto é, 66,4 %.

A maior parte das infecções pulmonares eram devidas aos pneumococcus (76,8 %); noutros casos encontraram o estreptococco (10,6 %), o bacilo de Pfeiffer (4,2 %), o estafilococco (4,2 %), infecções associadas (3,1 %).



# Cibalgina

ANALGÉSICO E SEDATIVO  
ISENTO DE ALCALOIDES E OPIACEOS  
SUPRIME DORES DE TODA A ETIOLOGIA  
COMPRIMIDOS      EMPOLAS

Société pour l'Industrie Chimique à Bâle (Suíça)

## VALE

para 1 frasco de comprimidos  
ou 1 caixa de empôlas

### Cibalgina

(QUEIRA SUBLINHAR A  
EMBALAGEM DESEJADA)



Nome .....

Rua ..... N.º .....

Cidade .....

É FAVOR ESCREVER LEGIVELMENTE

# CIBALGINA «CIBA»

PREPARADO COMPOSTO DE AMIDOPIRINA E DIAL «CIBA»  
ANALGÉSICO E SEDATIVO EFICAZ, ISENTO DE ALCALÓIDES E OPIÁCEOS

**A**NALGESIA e aquietação rápidas. Margem terapêutica ampla. Fenómenos de acumulação e de hábito, nulos. Não se fazem sentir reacções secundárias desagradáveis, uma vez que se tenha usado uma dosagem adequada. Acção persistente. Em muitos casos, o preparado substitui a morfina.

## INDICAÇÕES

Dôres de cabeça, nevralgias, dores de dentes e de ouvidos, cólicas dismenorréicas, hepáticas, renais, etc., dores post-operatórias, dores consecutivas a traumatismos e fracturas. Insónia devido a dôres.



**Société pour l'Industrie Chimique à Bâle (Suíça)**

Representante-depositário para Portugal e Colónias  
**CATULLO GADDA**  
128, Rua da Madalena, 1.º LISBOA

CORRESPONDÊNCIA

EX.<sup>MO</sup> SR.

**Catullo Gadda**

**Produtos «Ciba»**

128, Rua da Madalena, 1.º

**LISBOA**

Na pneumonia e na broncopneumonia da infância, foi o pneumococco o que encontraram com maior freqüência. Viram infecções pneumocóccicas em crianças desde a idade de 6 meses até 2 anos e, a partir dos 2 anos, até aos 6 anos; nos lactantes abaixo de 6 meses só muito raramente se encontra esta doença.

As doenças pulmonares de origem pneumocóccica são caracterizadas por uma evolução violenta, grave, muitas vezes mortal. As de origem estreptocóccica ou de bacilo de Pfeiffer tomam, sob o ponto de vista da gravidade da doença, um segundo lugar. As de origem estafilocóccica foram de evolução absolutamente insidiosa.

As infecções associadas, pneumococco + estafilococco ou pneumococco + bacilo de Pfeiffer, apresentavam um decurso clínico muito grave, com mortalidade bastante notável.

Nas próprias observações dos AA., baseadas em 64 casos de pneumopatias, encontraram:

Pneumococco tipo I .....	36 %
»       »    II.....	7,8 »
»       »    III.....	9,3 »
Grupo X ....	46,9 »

Nas crianças até à idade de 2 anos notou-se o tipo I, igualmente o grupo X, todavia com a predominância d'êste último.

Na pneumonia da infância isolou-se o pneumococco tipo I, bem como o grupo X, resultado diferente do dos autores americanos.

Nas broncopneumonias, viram os pneumococcos do grupo X, o tipo I, II e III.

As afecções pneumocóccicas causadas pelo pneumococco tipo I davam sempre doenças três vezes mais graves e mortais que em outros casos. As infecções causadas pelo pneumococco do tipo III tinham uma evolução violenta, grave e muitas vezes mortal. O grupo X, considerado como muito pouco virulento, mostrou-se muito virulento nos casos dos AA, dando três vezes mais doenças graves do que benignas.

Os pneumococcos virulentos para os ratos, bem como os não virulentos, podem causar, nas crianças, doenças de evolução aguda, grave, bem como, noutros casos, doenças de decurso insidioso.

MENESES.

#### A osteotomia do primeiro metatarsico em algumas formas de pé cavo.

(*La osteotomia del primer metatarsiano en algunas formas de pié hueco*), por ENRIQUE FINOCHIETTO e ALFREDO LLAMBIAS (Sociedad de Cirugia de Buenos-Aires. Sesión del 7 de Septiembre 1932). — *Boletines y Trabajos*. Tõmo XVI. N.º 20. Págs. 924-930. 7 figuras.

Os AA. apenas se referem ao pé cavo produzido por uma caída da parte anterior do pé, isto é, em que o excavado é devido quasi apenas ao metatarso. Alguns dos doentes apresentavam uma grande calosidade, sem bõlsa serosa,

ao nível da cabeça do primeiro metatársico, de tal modo que aos fenómenos devidos ao pé cavo se juntavam dores intensas no ponto de apoio, fazendo do caminhar um verdadeiro suplício. Foi êste facto que sugeriu aos AA. a idea de corrigir a queda pronunciada do primeiro metatársico mediante uma osteotomia cuneiforme de base dorsal, feita perto da sua base ou em plena diafise.

Feita esta operação em três casos de pé cavo por paralisa infantil, dos quais os AA. apresentam as observações clínicas, verificaram que esta intervenção tinha já sido imaginada por Tubby e descrita no seu livro «Déformités». Posteriormente, Hackenbroch, num interessante artigo sobre o pé cavo, occupa-se mais extensamente desta intervenção e declara-se muito satisfeito com os seus resultados, associando-lhe em geral a aponevrectomia plantar e, às vezes, transplantações tendinosas.

Os AA. consideram necessária a osteotomia quando o cavo não é redutível por aparelhos de gesso e depois possível de manter a correcção por transplantações oportunas.

Hackenbroch insiste em que a osteotomia deve ser feita ao nível da base do primeiro metatársico, o que não pareceu aos AA. necessário, como mostram nas radiografias que ilustram a sua comunicação. Também não acham necessário que a osteotomia seja cuneiforme, o que se decidirá durante a operação.

Nos casos apresentados fizeram uma transplantação do extensor próprio substituindo o tibial anterior, com o propósito de corrigirem o valgo.

*N. do R.* — A nosso ver, esta osteotomia apenas corrige um dos elementos que compõem a deformidade. Nós preferimos a técnica de Galeazzi, fazendo a secção ligamentosa completa através da articulação de Chopart, aberta, e que tem a vantagem de abranger maior número de componentes da deformidade.

MENESES.

**Das relações da sífilis hereditária e do prurigo crónico Hebra na infância.** (*Des rapports de la syphilis héréditaire et du prurigo chronique Hébra chez l'enfant*), pelo Prof. M. MANICATIDE e ALFRED RUSESCO (Bucarest). — *Revue Française de Pédiatrie*. Tôm. VIII. N.º 3. Págs. 356-362. 1932.

Do exame de quatro casos cujas histórias clínicas os AA. transcrevem, concluem que o prurigo crónico Hebra, na criança, está muitas vezes em relação directa com a infecção sífilítica (hereditária). O tratamento antisifilítico dá, nestes casos, melhoras notáveis e, mesmo, curas.

Diante dum caso de prurido datando de muito tempo ou, sobretudo, diante dum prurigo crónico Hebra rebelde, devemos sempre pensar na possibilidade duma infecção sífilítica. Aprofundaremos então o exame clínico, procurando os antecedentes hereditários com especial cuidado e mesmo se de todos estes dados nenhum nos levar à infecção sífilítica, deveremos fazer o exame serológico que, algumas vezes, constitue o único elemento de diagnóstico.

A antiga noção de que a infecção sífilítica não se acompanha de prurido deve ser revista. Os AA. referem que a urticária, o eczema, o lichen simples, o prurido generalizado ou localizado, o estrofulus e o prurigo crônico são considerados, por certos autores, como estando muitas vezes sob a dependência da sífilis.

Os casos dos AA. demonstram isto eloqüentemente no que respeita ao prurigo crônico Hebra.

---

MENESES

**Megacolon: contribuição a favor da origem neurogénica,** por W. A. D. ADAMSON e JAN AIRD. — *The British Journal of Surgery*. N.º 78. Outubro de 1932.

Interessante trabalho de cirurgia experimental, que levou os autores às seguintes conclusões:

- 1.ª — O megacolon tem uma origem neurogénica
- 2.ª — Experimentalmente, demonstraram que um megacolon gradual e progressivo pode ser produzido no Gato pela ressecção dos nervos parasimpáticos do cólon distal.

Os AA. fazem a descrição dos nervos autónomos do cólon distal no Homem e apresentam o método operatório indicado nos casos de megacolon.

---

A. RÓDO.

**Ruptura traumática dos intestinos causada por acidentes de automóvel.** (*Traumatic rupture of the intestines caused by automobile accidents*), por H. HAMILTON COOKE. — *Annals of Surgery*. N.º 3. Setembro de 1932.

O A. apresenta 12 casos de ruptura traumática dos intestinos, encontrados em 210 autópsias de vítimas de acidentes de automóvel. Transcrevemos o resumo dos casos apresentados. Ruptura do duodeno, 3 casos; jejuno, 6 casos; ileon, 2 casos; cólon ascendente, 1 caso.

Em 3 casos a ruptura do intestino era associada com ruptura do estômago.

Em 3 casos a perfuração era transversal e em 1 caso quasi transversal; em 8 casos a perfuração tinha um diâmetro variável entre 5 e 15 milímetros.

O fígado, baço, rins e pâncreas estavam lesados em 5 casos. Em 7 casos não havia lesões cutâneas ou quaisquer sinais exteriores de contusão do abdômen. Em 4 casos havia algumas lesões superficiais e em 1 caso havia várias lacerações da parede do ventre. Em 11 casos encontrou-se sangue livre na cavidade peritoneal. A peritonite foi a causa principal de morte em 4 casos. Em 6 casos (50%) a morte ocorreu no espaço de uma hora depois do acidente. Neste grupo a perfuração do intestino estava associada com ruptura do baço, fígado, pâncreas, rins, fractura de crânio, hemorragia subdural, fractura de costelas e hemotórax. O resultado da terapêutica neste grupo foi fatal. Nos outros 6 casos a perfuração dos intestinos era a lesão mais impor-

tante e as suas conseqüências foram a causa da morte. A duração de vida foi de sete a quarenta e oito horas após o acidente.

A peritonite foi a causa da morte em 5 casos, e em 1 caso peritonite e broncopneumonia. A laparotomia exploradora apenas foi praticada em 1 caso.

A perfuração dos intestinos deve ser lembrada sempre que num acidente de automóvel houve quem recebesse uma contusão violenta do abdómen.

As feridas do abdómen são pouco freqüentes nestes casos e a sua ausência não significa que haja integridade visceral.

A laparotomia exploradora precoce deve fazer-se sempre que exista a menor suspeita!

A. RÓDO.

O extracto hipofisário como preventivo da distensão intestinal post-operatória, por PHILIP POTTER e R. STERLING MÜELLER. — *Annals of Surgery*. N.º 3. Vol. XCVI. 1932.

Os AA. terminam o seu trabalho com a seguinte conclusão:

«O uso profiláctico do extracto do lobo posterior da hipófise é um meio eficaz de diminuir a distensão intestinal post-operatória. Quando administrado antes do relaxamento muscular intestinal, dá como resultado um abdómen calmo, sem haver aumento de peristalse.

«Em 200 casos em que se empregou como norma o extracto hipofisário, não houve resultados desagradáveis».

A. RÓDO.

Fractura de Monteggia, por FRANCISCO SALAMERO. — *Revista de Cirugia de Barcelõna*. N.ºs 19 e 20. 1932.

O A. chama a atenção para êste tipo de fractura, que escapa, a maior parte das vezes, à observação do médico, por ser uma afecção pouco freqüente.

É constituída pela fractura da extremidade superior do cúbito e pela luxação anterior da cabeça do rádio.

Ao contrário de outras opiniões, que apresenta e discute, considera de maior importância, no tratamento desta afecção: primeiro, a boa redução da luxação e depois, o tratamento da fractura, que tem uma importância secundária.

A. RÓDO.

As sequelas da colecistectomia, por F. GALLART MONÉS. — *Ars Medica*. N.º 86. Pág. 389. 1932.

O A., sem desprezar a importância dos vários factores que influem no aparecimento das queixas dos colecistectomizados, atribue uma importância especial à infecção, que desempenha um papel fundamental nas manifestações dos litíasicos.

A. RÓDO.

A secreção interna e externa do pâncreas nos colecistectomizados, por A. ROCHA. — *Ars Medica*. N.º 86. Pág. 393. 1932.

O resultado das observações do A., em 12 doentes operados de colecistectomia, levam a pensar que esta intervenção pouco influe na secreção pancreática, tanto externa como interna.

A. RÓDO.

O valor da pressão arterial na anestesia raquidiana, por LINCOLN F. SISE. — *The Surgical Clinics of North America*. Vol. XII. N.º 3. 1932.

Segundo o A., o mecanismo completo da queda da pressão arterial não está inteiramente conhecida. Tôdas as tentativas devem ser feitas para manter a pressão arterial dos doentes sob raqui-anestesia num determinado limite. A queda da pressão é devida a um certo número de factores e tem que ser tratada por vários elementos. As drogas geralmente empregadas são uma arma de dois gumes: de grande utilidade quando devidamente usadas, mas prejudiciais no caso contrário.

A efedrina actua como estimulante em pequenas doses e como depressora do coração em doses grandes. Está indicada para conservar a pressão, mas tem pouco valor e até prejudica, uma vez que a pressão arterial tenha diminuído.

A adrenalina é o melhor estimulante a empregar durante a anestesia, pela sua acção rápida e poderosa. Na profilaxia e no tratamento da queda da pressão arterial, desempenham um papel importante as injeções dos solutos de glucose e de cloreto de sódio, as transfusões de sangue, as inalações e injeções de oxigénio e a posição do doente em Trendlenburg modificado.

A. RÓDO.

Introdução electrolitica medicamentosa nas flebites subagudas. (*De l'introduction électrolytique médicamenteuse dans les phlébites subaiguës*), por HENRI BEAUX. — *Journal de Radiologie et d'Électrologie*. N.º 5. Mai 1932.

O A. preconiza, de preferência a qualquer outro, como tratamento para as flebites subagudas de evolução lenta e recidivante, modalidade patológica que foi designada por Vaquez e Leconte por «septicemia venosa subaguda», a dielectrolise salicilada.

Em sua opinião esta terapêutica fornece resultados superiores a qualquer outra, incluindo mesmo as modalidades fisioterápicas classicamente empregadas (galvanização, diatermia, R. U. V., etc.).

A confirmar a sua opinião apresenta resumidamente cinco observações de doentes tratados por este método, que põem bem em evidência a sua eficácia.

O tratamento consiste em fazer aplicações transversais de corrente galvânica com uma técnica semelhante à de Hjirtz.

Os electrodos occupam todo o comprimento do membro, devendo exceder largamente o território venoso lesado.

O activo embebido da solução salicilada é ligado ao polo + e colocado sobre a veia afectada.

Como origem galvânica basta-lhe uma bateria de pilhas tipo Zimermann de 24 ou 32 elementos.

O soluto empregado é a 3%, havendo com esta concentração um grande número de iões livres, tendo em vista o elevado grau de solubilidade de salicilato de sódio.

O A. preferiu o ião salicil por causa das suas propriedades antisépticas, descongestionantes e fluidificantes.

Nas flebites gotosas está procedendo a ensaios com o ião lítio.

A intensidade é muitas vezes variável de caso para caso para que possamos fornecer indicações precisas do seu valor. Devemos, pois, proceder por tentativas.

A duração das sessões não deve ser inferior a 30 minutos. A princípio são diárias e depois trisemanais.

Geralmente 5 sessões são suficientes, mas, para consolidar os resultados colhidos, fazem-se 12 a 15.

Logo após as primeiras se vêm desaparecer a dor e a impotência funcional.

F. FORMIGAL LUZES.

A fisioterapia sedativa das afecções vesiculares. (*La physiothérapie sédative des affections vésiculaires*), por DELHEM e DAUSSET. — *Journal de Radiologie et d'Électrologie*. Julho de 1932.

O trabalho dos AA. pode resumir-se :

Os agentes físicos têm uma acção «sedativa» notável no tratamento das afecções hepato-vesiculares modificando a circulação intra-hepática.

Diminuem «a dor profunda» provocando reflexas inibitórias ou dinamogénicas por intermédio das extremidades nervosas do dermatoma.

Modificam o «equilíbrio electro-iónico» das células hepato-vesiculares, provocam uma «diminuição do colesterol sanguíneo» e têm uma acção *lysant* apreciável sobre os tecidos cicatriciais profundos (aderências).

A sua acção como «preventivo» é notabilíssima.

Nas «crises agudas de cólicas hepáticas», as cataplasmas de lama, os infravermelhos e a diatermia ajudam ou substituem a injeção de morfina.

Nos «casos frustes» com dor braquial, enchaqueca, e dor semelhante à da úlcera duodenal; a diatermia transhepática, a duche-hepática, e o eritema actínico localizado à região do fígado são preciosos agentes curativos.

A duche-hepática tem uma acção soberana e quasi que imediata no tratamento dos «fígados grandes e dolorosos».

Nas «colecistites subagudas e crónicas» a diatermia só ou associada à cura hidro-mineral constituem o tratamento fisioterápico preferido. Estas afecções são a sua grande indicação.

A galvanização e a galvano-faradização melhoram também consideravelmente as funções intestinais e calmam as dores.

Nas «dores das periviscerites post-operatórias» estão muito indicadas a diatermia, os infravermelhos e a roentgenterapia. A massagem abdominal profunda é também aqui um precioso auxiliar.

Nas «celulites da parede», que tantas vezes simulam as colecistites, são sobretudo os infravermelhos e a massagem, que actuam eficazmente.

«As contra-indicações», que são pouco numerosas, são: «as vesículas esclerosadas», «a litíase vesicular» e a «angiocolite em icterícia».

F. FORMIGAL LUZES.

Acção notável da diatermia a distância num caso de obstrução completa do esófago. (*Action remarquable de la diathermie à distance dans un cas d'obstruction complète de l'oesophage*), por A. BORDIER. — *Archives d'Électricité Médicale*. Julho de 1931.

O A. apresenta o caso dum doente que, julgando que bebia vinho branco, ingeriu potassa cáustica. A fim de neutralizar a sua acção gargarejou e bebeu água com vinagre.

Vinte e cinco dias depois havia uma obliteração completa do esófago. Um O R L. não conseguiu passar uma sonda sob o *contrôle* radioscópico, verificando-se que a obliteração estava situada poucos centímetros acima do cárdia. Dias depois foi operado de gastrectomia de urgência.

Um exame radiográfico mostrou, após a ingestão dum caldo baritado, uma diminuição do calibre esofágico e uma estenose completa dois centímetros acima do cárdia.

Procedeu-se então ao tratamento diatérmico com duas placas electrodo: uma anterior  $8 \times 10$  c. e outra posterior  $12 \times 15$  c. de modo que as linhas de fluxo atravessassem a região lesada. Foram feitas sessões biquatidianas com um aparelho de ondas mantidas com uma intensidade oscilando entre 1.000 e 1.500 m. A. durante 25 a 30 minutos cada.

Após quatro dias de tratamento o doente conseguia ingerir alguns golos de água e pouco depois um copo cheio.

Mais alguns tratamentos e começou alimentando-se com uma sonda, melhorando o seu estado geral de dia para dia.

A-pesar disso, o tratamento continuou, tendo um novo exame radiográfico revelado um aumento de calibre esofágico e o desaparecimento completo da região estenosada, que apresentava o mesmo calibre que o resto do canal.

As rápidas melhoras são certamente devidas à hiperemia produzida pela corrente de alta frequência, de que resulta uma melhoria das condições nutritivas e o conseqüente aumento da reabsorção dos tecidos inflamatórios e cicatriciais. O doente passou a alimentar-se, em parte, pela bôca, em parte pela sonda, tendo aumentado, no fim dum mês, 9 quilos.

F. FORMIGAL LUZES.

As algias e o seu tratamento pela luz. (*Les algies et leur traitement par la lumière*), pelo Prof. S. BRONSTEIN (Leningrad). — Comunicação apresentada ao V Congresso Internacional de Fisioterapia. Liège. Setembro de 1936.

O trabalho do A. pode resumir-se :

1.º — Entre as causas das algias, cabe um papel importante às perturbações circulatórias (isquemia) no domínio dum determinado nervo sensitivo.

2.º — A fisioterapia constitue um dos processos anti-nevrálgicos mais enérgicos. De tôdas as modalidades fisioterápicas é com a lâmpada de quartzo que se colhem melhores resultados.

3.º — O mecanismo da sua acção anti-nevrálgica consiste, pelo menos na maioria dos casos, numa redução do tónus simpático e num restabelecimento normal da circulação nutritiva do nervo lesado.

F. FORMIGAL LUZES.

Aspecto arteriográfico dos angiomas arteriais do cérebro no território da carótida interna. (*Aspect à l'épreuve encéphalographique des angiomes artériels du cerveau dans le domaine de la carotide interne*), por EGAS MONIZ, CANCELA DE ABREU e CANDIDO DE OLIVEIRA. — *Revue Neurologique*. T. II. N.º 2. Agosto de 1932.

Depois de uma rápida síntese dos principais trabalhos publicados sôbre os tumores dos vasos do cérebro, e de concluírem que a melhor designação a adoptar é a de Cushing, de «angioma arterial», os AA. apresentam uma detalhada história clínica de um caso de angioma arterial, cujo diagnóstico pôde ser feito sem o recurso da arteriografia cerebral, mas ao qual esta trouxe elementos importantes para a precisão do diagnóstico, do prognóstico e mesmo da terapêutica.

As principais conclusões, sob o ponto de vista arteriográfico, são :

1.ª — A encefalografia arterial estabelece o diagnóstico diferencial entre os tumores e os angiomas cerebrais.

2.ª — Os aneurismas em bôlsa e os aneurismas cirsóides apresentam aspectos arteriográficos diferentes. Estes últimos apresentam uma vasta vascularização com múltiplas dilatações arteriais.

3.ª — O volume dos aneurismas é precisado pelos deslocamentos das artérias e dos grupos arteriais do cérebro, como nos casos de tumores. No doente em questão o abaixamento do grupo silvico e o desvio da cerebral anterior e dos seus ramos para o lado oposto ao tumor mostram-nos o volume do angioma.

4.ª — Pode-se reconhecer as artérias em comêço de alteração angiomatosa. No doente apresentado algumas artérias do lado suposto são estão já apanhadas pelo processo.

5.ª — O estudo anatómico dêstes angiomas é facilitado pela encefalografia arterial, pois a necropsia não dá, como observou Cushing, bem idea da extensão do processo.

6.<sup>a</sup> — A terapêutica a estabelecer (laqueação, radioterapia, intervenção cirúrgica) recebe indicações úteis do estudo das arteriografias.

---

ALMEIDA LIMA.

Angiomas venosos e artério-venosos do cérebro. (*Venous and arterio-venous angiomas of brain*), por SAMUEL BRUCK e C. DYKE. — *Bulletin of the Neurological Institute of New-York*. Vol. II. N.º 2. 1932.

Os AA. apresentam oito casos de angioma intracranianos. Em quatro existiam também lesões vasculares extracranianas. Entre êsses destaca-se um pela raridade, pois apresentava angiomas da retina, do quiasma, do cérebro médio e do cerebello.

Os sintomas oculares mais importantes encontrados foram hemianopsia homônima e o exoftalmos unilateral.

Na variedade artério-venosos coexistiam fenômenos gerais cardio-vasculares, de importância diagnóstica. Estes consistiam em dilatação das artérias intra e extracranianas, das carótidas e do coração, sopro mitral sistólico, taquicardia ligeira, pressão sistólica baixa, pressão diastólica muito baixa e pulso de Corrigan. Os AA. discutem e põem em relêvo a semelhança dêste sindroma com o de insuficiência aórtica.

Um ruído arterial de origem intracraniana ou extracraniana é um sintoma importante, a que muitas vezes não se dá a importância devida.

Os sinais radiológicos encontrados consistem em calcificações intracerebrais e dilatações e sinusidades dos sulcos arteriais dos ossos do crânio. A forma especial das calcificações dos angiomas venosos é patognomónica.

Quanto ao tratamento, os AA. afirmam que o melhor é abster-se, na maioria dos casos, de qualquer terapêutica, pois há uma tendência natural à calcificação; contudo a radioterapia pode ser empregada com proveito em muitos casos, porque activa essa tendência natural para a calcificação. Apesar das dificuldades da intervenção cirúrgica, nestes casos altamente hemorrágicos, esta estará indicada nos casos em que o angioma, pela sua localização, provoque crises epileptóides.

---

ALMEIDA LIMA.

A irrigação sanguínea dos gliomas. «A sua relação com o crescimento do tumor e a sua importância cirúrgica». (*The blood supply of the gliomas, its relation to the tumor growth and its surgical significance*), por C. ELSEBERG e C. HARE. — *Bulletin of the Neurological Institute of New-York*. T. II. N.º 2. 1932.

Nos gliomas cerebrais existe uma estreita relação entre a distribuição dos vasos que os irrigam e o modo como êsses tumores infiltram o tecido cerebral.

Á observação grosseira e ao exame microscópico *post-mortem*, as diferenças entre o número de vasos sanguíneos no centro e na periferia dos tumores e na substância cerebral adjacente, são notáveis. Nos astrocitomas

e nos meduloblastomas, o maior número de vasos encontra-se no centro da neoplasia, e não há aumento no número de artérias na substância branca circunjacente. Os glioblastomas multiformes e as zonas periféricas do tumor é que contêm o maior número de artérias, assim como a substância cerebral vizinha apresenta também um número de vasos muito maior que o habitual numa substância branca normal.

Como há uma nítida relação entre a irrigação e o crescimento de uma neoplasia, podemos, pelo estudo do seu modo de irrigação, ter indicações sobre o modo como os astrocitomas, meduloblastomas e glioblastomas aumentam de volume e como infiltram o cérebro circunvizinho.

O glioblastoma multiforme é um tumor de irrigação principalmente periférica, sendo o seu crescimento e invasão consecutiva do cérebro um processo extremamente activo, que caracteriza a sua alta malignidade. Os meduloblastomas e astrocitomas são tumores de irrigação central preponderante, portanto de crescimento central, pouco activos à periferia, pouco infiltrativos e portanto muito menos malignos.

As diferenças de distribuição apontadas podem ser reconhecidas durante o acto operatório, levando assim a modificar a técnica da extirpação conforme o tipo de glioma que temos presente

Assim, durante a intervenção, para se ter uma informação aproximada sobre o modo de irrigação do tumor, deve-se praticar um corte, bipartindo o tumor em tôda a sua extensão antes de tentar a sua extirpação. Esta prática permite também ao cirurgião ter uma idea mais exacta da extensão da neoplasia e das possibilidades de remoção.

Se se trata de um astrocitoma ou de um meduloblastoma, as porções centrais mais irrigadas e de crescimento mais activo devem ser as primeiras a ser extirpadas, sendo a excisão da porção periférica, nesse tempo ou numa segunda intervenção, muito facilitada por este método. Nos glioblastomas multiformes, pelo contrário, é a periferia do tumor que primeiramente deve ser atacada.

ALMEIDA LIMA.

#### Demonstração de estruturas cerebrais normais pela encefalografia.

I — Plexos coróideos. (*The demonstration of normal cerebral structures by means of encephalography. I—The choroid plexures*), por C. G. DYKE e L. M. DAVIDOFF. — *Bulletin of the Neurological Institute of New-York*. T. II. N.º 2. 1932.

Num artigo anterior, a que já nos referimos, os AA. descrevem um processo melhorado de ventriculografia. Propõem-se agora estudar o aspecto das estruturas normais do cérebro nas radiografias assim obtidas. Começam pelo estudo dos plexos coróideos.

Numa série de observações consecutivas demonstram os AA. que certas lacunas nas imagens dos ventrículos laterais e no teto do quarto ventrículo, são determinadas pela presença dos corpos coróideos. A presença destes espaços não preenchidos pelo ar nas imagens ventriculográficas, dependem do

volume dos plexos coróideos e não se apresentam relacionadas com nenhum estado patológico especial.

Uma revisão dos diagnósticos dos casos que mostraram calcificações dos plexos ou imagens deficitárias dos ventrículos laterais devidas aos plexos, não mostrou relação alguma entre êsses aspectos e o diagnóstico clínico. Os doentes com ataques epilépticos essenciais ou sintomáticos são em grande número no total dos doentes estudados por meio da ventriculografia; assim, os AA. procuram encontrar qualquer relação entre a presença da imagem ventricular com a lacuna devida aos plexos e o sintoma epilepsia. Dos 50 casos estudados 23 mostraram a lacuna e dêste número 9 eram epilépticos. Entre os 27 que mostravam imagens ventriculares perfeitas também 9 eram epilépticos.

O valor prático dêste estudo reside em evidenciar que as lacunas das imagens ventriculográficas descritas, motivadas pela presença dos plexos, se podem encontrar em sistemas ventriculares perfeitamente normais. Isso pode evitar a interpretação dessa lacuna como uma deformação dos ventrículos, determinada por tumor ou por outra qualquer doença intracraniana.

---

ALMEIDA LIMA.

**Influência da flexão e da extensão da cabeça sôbre os reflexos de postura dos membros inferiores.** (*L'influenza della flessione e dell'estensione del capo sui riflessi di postura degli arti inferiori*), por S. GARESTO. — *Rivista di Patologia Nervosa e Mentale*. T. XXXIX. Fasc. 1. 1932.

A flexão e extensão da cabeça determinam um refôrço do tónus postural dos membros inferiores.

Êste refôrço não é devido a uma hipertonia difusa provocada pelo esforço, mas a uma acção postural de origem reflexa, determinada pelas variações da atitude da cabeça, tendo ponto de partida nas excitações propriocetivas dos músculos do pescoço, o que se verifica pelo facto da flexão da cabeça provocar a acentuação do tónus dos músculos anteriores da perna, ao passo que a extensão acentua o tónus dos músculos flexores da face posterior da coxa.

---

ALMEIDA LIMA.

**Reflexos e outras manifestações motoras nos neo-natos.** (*Reflexes and other motor activities in newborn infants*), por L. BERVELY CHANEY e M. Mc. GRAW. — *Bulletin of the Neurological Institute of New-York*. T. II. N.º 1. 1932.

Observações praticadas em 125 crianças aparentemente normais. 25 destas crianças foram observadas imediatamente após o nascimento. As 100 restantes durante os 10 primeiros dias de vida.

O estudo destas crianças permitiu as seguintes constatações: todos os reflexos tendinosos são mais fáceis de provocar no recém-nascido do que na primeira infância. De todos os reflexos tendinosos o mais fácil de obter é o

tricipital. Dos reflexos cutâneos, o abdominal só foi obtido num têrço das crianças de dias, e uma única vez nos neo-natos. O reflexo plantar foi obtido em 99,8% das crianças de dias e em 92% dos recém-nascidos, a extensão é a sua forma mais frequente.

Os AA. estudam ainda outros reflexos, dando conta detalhadamente das suas observações.

ALMEIDA LIMA.

**Hematoma subdural crônico: estudo de oito casos com especial menção do estado da pupila.** (*Chronic sub-dural haematoma, a study of eight cases with special reference to the state of the pupil*), por A. KAPHAN. — *Brain*. Vol. LIV. Part. 4. 1931.

Estudo de oito casos de hematomas subdurais post-traumáticas, merecendo especial atenção os seguintes factos, apontados pelos autores: intervalo livre entre o traumatismo e os primeiros sintomas cerebrais, intervalo que pode chegar a ser de algumas semanas; ausência de alterações do líquido céfalo-raquidiano e do fundo do olho; imprecisão e inconstância dos sintomas neurológicos fáceis; é, pelo contrário, notavelmente constante a dilatação da pupila do lado onde se encontra o hematoma.

O A. faz um detalhado estudo clínico, anatómico e diagnóstico destas paquimeningites hemorrágicas, que oferecem um alto interesse, pois são susceptíveis de tratamento cirúrgico eficaz.

ALMEIDA LIMA.

**O reflexo de preensão em tumores que não atingem os lobos frontais.** (*Reflex-grasping associated with tumors not involving the frontal lobes*), por P. C. BUCK. — *Brain*. Vol. LIV. Part. 4. 1931.

Num tumor do lobo occipital e num tumor do IV ventrículo o sinal da preensão forçada (reflex-grasping), considerado como próprio aos tumores e outras lesões do lobo frontal, foi constatado pelos autores. O sinal apresentava-se de ambos os lados. Este sintoma parece portanto perder o seu valor localizador quando é bilateral ou quando unilateral, existindo ao mesmo tempo notável hidrocefalia com grande hipertensão intracraniana.

ALMEIDA LIMA.

**O tratamento da paralisia geral pela «sulfosina».** (*Ueber Sulfosinbehandlung bei Dementia Paralytica*), por V. HENDRIKSEN. — *Acta Psychiatrica et Neurologica*. T. VII. Fasc. 1-2. 1932.

O tratamento pela «sulfosine» foi ensaiado na paralisia geral por Schweder, em 1927. O A. baseia esta terapêutica na conhecida e notável pirexia determinada por este medicamento, associada a uma inocuidade e facilidade de aplicação, o que nem sempre sucede com a malarioterapia. Schweder tendo aplicado ulteriormente esta terapêutica em outras manifestações sifi-

líticas, emite a opinião que a alta percentagem de enxôtre contida no medicamento confere-lhe também uma acção específica anti-sifilítica.

A-pesar disto, o A. relata três observações nas quais esta terapêutica agravou o estado dos doentes, que vieram a falecer. Comparando e criticando o resultado dessa terapêutica e da malarioterapia, conclui que esta última deve sempre preceder a terapêutica pela «sulfosina», devendo-se esta reservar só aos casos em que a malarioterapia não pôde ser utilizada.

Nestes casos, a terapêutica pela «sulfosina» é um poderoso auxiliar.

ALMEIDA LIMA.

**O perigo das embolias na esclerose artificial das varizes.** (*Die Emboliegefahr bei künstlicher Varizenverödung*), por P. LINZER. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 40. 1932.

A-propósito dum caso de morte por embolia, referido por um colega numa doente varicosa a quem foi feita a injeccção esclerosante numa veia bastante dilatada da coxa, e de pé, o A. passa em revista tôda a sua casuística, que é enorme, e, apontando apenas um caso de morte num individuo que algumas semanas depois da última injeccção teve uma erisipela, a que a autópsia mostrou a causa: sôbre o trombo duro, fixo, produzido pela substância injectada, tinha-se enxertado um trombo mole facilmente destacável. Não pode por isso considerar-se êste caso como um exemplo a apresentar do perigo que existe pelo emprêgo do método esclerosante para o tratamento das varizes. Fica o ensinamento de que deve evitar-se êste método quando existam complicações de origem infecciosa (erisipela, furunculose, gripe, anginas, etc.). O caso apontado de início pode explicar-se assim: numa veia de grosso calibre e cheia de sangue não é possível, quando se faz a injeccção, em virtude da rápida e forte diluição, atingir a parede interna da veia em todo o seu perimetro; donde formação de trombo, que não enche todo o lume venoso, e por isso pode facilmente desprender-se. É de aconselhar, portanto, que se faça a injeccção com as veias o mais vazias possível, e impelindo o êmbolo com uma certa energia, pois assim mais longe chega a substância esclerosante; mesmo a difusão do líquido através da parede do vaso só tem vantagens.

A substância que melhores resultados tem dado ao A. é o cloreto de sódio em soluto concentrado.

J. ROCHETA.

**Os inconvenientes do «atophan».** (*Ueber Atophanschäden*), por K. EIMER. — *Fortschritte der Therapie*. Heft. 18. 1932.

Acentua o A. o pequeno número de artigos de literatura alemã, em relação com a escadinava e anglo-americana, que se refere às lesões provocadas pelo *atophan*, e depois de as enumerar por ordem crescente de gravidade: vômitos e diarreia por irritação gastro-intestinal, urticária com prurido intenso, icterícia que muitas vezes termina com atrofia amarela do fígado, termina

por salientar duas questões. Uma é a gravidade dos fenómenos a que pode dar origem a intoxicação provocada por êste fármaco e a outra é a freqüência, maior do que se supõe, de intoxicações desta natureza.

¿Como se explica a acção do *atophan* no parênquima hepático? Pelos trabalhos de Brugsch provou-se que êste medicamento possui um forte efeito sôbre a colerese e de tal modo que êste autor introduziu na prática o preparado *Ikterosan* para o tratamento das icterícias. Em face dêste paradoxo terapêutico, o A., confessando não poder dar uma explicação plausível, lembra que os casos mortais por atrofia amarela do fígado, provocados pelo *atophan*, dizem respeito a doentes que usaram dêste medicamento em doses excessivas ou durante muito tempo sem intervalos.

Como todos os preparados de *atophan* (arcanol, *ikterosan*, *biloptin*, *yatren*, etc.) têm provocado os mesmos fenómenos, pode admitir-se a hipótese de Sallmann, que julga que o grupo quinolínico comum a todos êles possa constituir, sob determinadas circunstâncias, ligações semelhantes aos nitro-fenóis e nitro-benzóis.

O meio de evitar tal perigo reduz-se a uma cautelosa prescrição. Como dose diária deve aconselhar-se como máximo 1 1/2 a 2 gr. e cessar a administração durante alguns dias, depois de 3-4 dias consecutivos. Êste preceito deve ser o mais eficaz para evitar as lesões hepáticas. Quando estas surgem, a terapêutica consiste no emprêgo da glicose-insulina e tubagem duodenal com sulfato de magnésia.

---

J. ROCHETA.

**O tratamento da epididimite.** (*Zur Behandlung der Epididymitis*), por K. HELLRIEGEL. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 40. 1932.

Em 5 casos de epididimite gonocócica aguda empregou o A., no intuito de fazer diminuir a violência da dor, a injeção do soluto novocaína-suprarenina a 4 % e na quantidade de 3-4 c. c. ao nível do ducto espermático, sensivelmente no ponto de reunião dêste com o epidídimo. As dores desapareceram por completo e em 2 casos os sinais inflamatórios diminuíram muito. Num caso de difícil destrinça entre a origem gonocócica e bacilosa, a injeção da mistura poucos alívios trouxe. A operação mostrou a sua natureza tuberculosa.

---

J. ROCHETA.

**Mais casos de ictericia em diabéticos.** (*Weitere Beobachtung über Ikterus bei Diabetikern*), por H. STEINITZ. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 40. 1932.

O A., que no ano passado e nesta mesma revista tinha relatado 8 casos de icterícia em indivíduos diabéticos, voltou êste ano a encontrar, e num espaço de tempo relativamente curto, um número avultado dos mesmos casos. Os dêste ano atingem o número de dezanove, que Steinitz divide em 2 grupos: um de 5 casos nos quais a anamnese revela alterações da vesícula biliar, e

outro que reúne os restantes, com as seguintes características: fígado aumentado de volume, duro, liso e indolor; em 6 destes doentes encontrava-se também aumentado o baço e indolor. Estas hipertrofias mantinham-se ainda algum tempo depois do desaparecimento da icterícia. Em quasi todos os casos se produzia um emmagrecimento rápido que rapidamente se recuperava; os sintomas subjectivos quasi insignificantes.

O A., procurando encontrar uma causa que explique o aparecimento da icterícia, passa em revista tôdas as circunstâncias que o pudessem determinar: alimentação, habitação, idade, medicamentos, afecções doutra natureza, sem que alguma o satisfaça. Por o quadro mórbido apresentar alguns traços semelhantes e comuns à doença de Weil, julgou tratar-se duma espiroquetose, hipótese que não se confirmou. Do mesmo modo se verificou serem negativas tôdas as tentativas que procuravam estabelecer relações com as bactérias mais conhecidas, com culturas do sangue, urinas, fezes e suco duodenal.

A prova funcional do fígado, com a fructose, revelou, em 7 doentes, uma cura patológica, e como em todos os doentes se verificou, principalmente nos primeiros dias, uma perturbação mais acentuada no metabolismo dos hidratos de carbono, admite o A. que a icterícia deve ser de origem infecciosa — estreptococo? — embora não tenha sido possível individualizar o agente, e essencialmente determinada pelo estado de menor resistência em que se encontra o fígado lesado na diabetes.

J. ROCHETA.

---

O bromo do sangue nos estados de excitação psico-motora. (*Über den Bromspiegel des Blutes bei psychomotorischen Erregungszuständen*), por W. KLIMKE e B. HOLTHAUS. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 40. 1932.

Depois que na *Klinische Wochenschrift* Zondek e Bier publicaram as interessantes e notáveis observações sôbre a bromenia na loucura maníaco-depressiva, representa êste artigo, que saibamos, a primeira tentativa de confirmação dos resultados a que chegaram aqueles investigadores.

Klimke e Holthaus, para obter números comparáveis, trabalharam com os mesmos micrométodos e depois de terem estabelecido a mesma quantidade média de bromo no sangue de indivíduos são física e psiquicamente — 1 mgr. % — procuraram encontrar relações entre a excitação psico-motora e um abaixamento do bromo no sangue por um lado, e, por outro, entre a acalmia e o restabelecimento dos valores normais.

De facto, das cinco histórias clínicas apresentadas pelos AA., tôdas diferentes, sob o ponto de vista nosográfico, mas que apresentavam como ponto comum a excitação psico-motora, verifica-se em todos, durante êste estado, um abaixamento de bromo no sangue; em dois dêles verificou-se até a volta aos valores normais depois de terem desaparecido os *sintomas de excitação*.

J. ROCHETA.

A extracção do suco gástrico como processo curativo. (*Entziehung von Magensaft als Heilmittel*), por G. KATSCH. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 41. 1932.

É sabido, por factos clínicos e dados experimentais, o grave prejuizo que se origina com a perda de grandes quantidades de suco gástrico; empobrece-se assim o organismo em cloretos e por vezes a tal ponto que é fatal para o indivíduo a perturbação causada no seu metabolismo mineral. Partindo da hipótese de que uma acção que possui tal efeito, pode ser aproveitada sob o ponto de vista terapêutico, o A. procurou fundamentá-la em pesquisas realizadas com doentes hiperclorídricos e ulcerados gástricos.

Por intermédio duma sonda permanente durante 3 dias, com excepção das noites, foram tirados 2 a 5 litros de suco gástrico, o que corresponde a 15-30 gr. de Na Cl, aproximadamente 10-20% do cloro orgânico, quantidade que representa a reserva de cloro facilmente deslocável.

Consegue-se assim rapidamente o deslocamento do ph para uma alcalose. A-pesar disso, a acidez do suco gástrico permanece quasi constante, embora a quantidade segregada se reduza ao mínimo.

Transportando estes resultados para a clínica, procurou o A. tratar doentes com úlcera e gastrites com hiper-acidez e principalmente com hiper-secreção. Começa por administrar uma dieta pobre em cloretos, sem escolher duma maneira especial a qualidade dos alimentos, e verifica diáriamente a cloremia e a quantidade excretável pelas urinas até estes valores atingirem um mínimo. Intercala então um dia de aspiração do suco gástrico, por vezes depois da excitação provocada pela histamina, ou mais dias com maior ou menor frequência, conforme os casos. Em geral, as dores e tôdas as perturbações por acidez desaparecem rapidamente.

O A. adoptou também êste processo naqueles casos aos quais é necessário extrair rapidamente uma certa quantidade de cloro: nefroses com edemas accentuados e insuficiências cardíacas. Verificou-se também que em muitos doentes é nítida a queda da pressão arterial.

J. ROCHETA.

A dermatite insulínica. (*Über Insulin-Dermatitis*), por V. SCHBENK. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 41. 1932.

Últimamente têm aparecido na literatura médica alguns casos de diabetes nos quais a insulina tem provocado acções nocivas (independentemente da acção hipoglicemizante): infiltratos dolorosos com carácter flegmonoso, lipodistrofias, urticária local e generalizada e até graves toxicoses. Para alguns autores, deve attribuir-se estas acções à própria insulina; para outros, pelo contrário, a causa reside na impureza dessa substância, que, misturada com substâncias albuminóides, provocaria fenómenos anafiláticos.

O A. refere duas histórias clínicas de diabéticos tratados com insulina há já alguns anos, que apresentaram em certa altura lesões de dermatite que desapareceram rapidamente com a suspensão da insulina durante 24 horas, no fim das quais se continuou o tratamento com um produto diferente. Admi-

# LABORATORIOS CLIN

## COLLOIDES

1º COLLOIDES ELECTRICOS : Electrargol (prata) - Electrauról (ouro) - Electr-Hg (mercúrio) - Electrocuprol (cobre) - Electrorhodiol (rhodio) - Electros-lenium (selenio) - Electromartiol (ferro), Arrhenomartiol.

2º COLLOIDES CHIMICOS : Collothiol (enzofre) Ioglysol (iodo-glycogeno).

## SULFO-TREPARSEANAN

ARSENOBENZENA INJECTAVEL

Pela via hipodermica

Doses : I (0 gr. 06) a X (0 gr. 60)

Crianças de peito : 0 gr. 02 e 0 gr. 04

## NEO-TREPARSEANAN

Syphillis — Plan — Impaludismo — Trypanosomíases.

## ENESOL

Salicylarsinato de Hg (As e Hg) dissimulados

Empólas de 2 e de 5 c. c. a 0 gr. 03 par c. c.  
Injecções intramusculares e intravenosas.

## ADRÉNALINE CLIN

Solução a 1/1000. — Collyrios a 1/5000 e a 1/1000.  
Granulos a 1/4 milligr. — Suppositórios a 1/2 milligr.  
Tubos esterilizados a 1/10, 1/4, 1/2 e 1 milligr.

## CINNOZYL

(Cinnamato de benzyl-cholesterina e Camphora)

Imunisação artificial do organismo tuberculoso.

Empólas de 5 c. c.

## SOLUÇÃO de Salicylato de Soda do D<sup>r</sup> CLIN

Dosagem rigorosa - Pureza absoluta  
2 gr. de Salicylato de Soda por colher de sopa.

## SALICERAL

(Mono-salicyl-glycerina)

Linimento anti-rheumatismal

## LICOR E PILULAS DO D<sup>r</sup> LAVILLE

Anti-gottosas

1/2 a 3 colheres das de chá por dia.

## SOLUROL

(Acido thymínico)

Eliminador physiologico do acido urico.  
Comprimidos doseados a 0 gr. 25.

## SYNCAINE

Ether paraaminobenzoico do diethylaminoethanol.  
Syncaine pura em sal. — Soluções adranestheticsas.  
Tubos esterilizados para todas as anesthesias.  
Collyrios.

## ISOBROMYL

(Monobromisovalerylurada)

Hypnotico e sedativo

Comprimidos doseados a 0 gr. 30 :  
1 a 3 antes de deitar-se.

## VALIMYL

(Diethylisovaleramide)

Antiespasmódico

Perolas doseadas a 0 gr. 05 : 4 a 8 por dia.

## TANACETYL

(Acetylitanin)

Anti-diarrheico

Comprimidos doseados a 0 gr. 25 : 1 a 3 por dose.  
3 vezes por dia.

## INJEÇÃO CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINADA

Empólas de 1 c. c. (N<sup>o</sup> 596 e 796).

Glycerophosphato de soda a 0 gr. 10. - Cacodylato de soda a 0 gr. 05. - Sulf. de strychnina a 1/2 milligr. (596) ou 1 milligr. (796) por c. c.

## CACODYLATO DE SODA CLIN

Globulos de 1 cgr. — Gottas de 1 cgr. por 5 gottas.  
Tubos esterilizados em todas as dosagens usuas.

## METHARSINATO CLIN

(Syn.: ARRHENAL)

Globulos de 25 milligr. — Gottas de 1 cgr. por 5 gottas.  
Tubos esterilizados de 5 cgr. por c. c.

## VINHO E XAROPE NOURRY

5cgr. de iodo e 0 gr. 10 de tanino, por colher das de sopa.  
Lymphatismo, Anemia, Molestias de Peito.

## ÉLIXIR DERET

Solução vinosa com base de Iodureto duplo de Tanino e de Mercurio.

De um a duas colheres de sopa por dia.

## XAROPE de AUBERGIER

de Lactucario

2 a 4 colheres das de sopa por dia. 1631

# HORLICK'S



## nas perturbações digestivas

«Nos casos de ulceração do estomago e do duodeno, a dieta pode incluir o leite maltosado» — R. Hutchisson. «Lectures on Dyspepsia» Pag. 62.

HORLICK'S, o leite maltosado original, é um alimento lacteo modificado, parcialmente pré-digerido, não contendo quaisquer productos irritantes. A caseína produz ligeiros flocos e a proteína cereal apresenta-se sob a fórma de albumina e peptona estando o amido totalmente convertido em dextrinas maltosadas, fácilmente assimiláveis.

O leite maltosado de Horlick's pode ser ministrado em pequenas porções e é um meio ideal de dar aos doentes ovos batidos quando estes são aconselhados.

Caso se deseje, o Horlick's pode ser ministrado com leite, formando uma emulsão fácilmente assimilável. Pela experiência de muitos pacientes, sofrendo de ulcerações gástricas e duodenais, o leite maltosado foi considerado o único alimento que eles conseguiram reter, sem ocasionar quaisquer exacerbações dos seus sintomas.

**A' venda nas boas casas**

Unicos importadores: Estabelecimentos Jerónimo Martins & F.<sup>o</sup>  
13, Rua Garrett, 23 — LISBOA

# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

## CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PAGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes: Colónias e estrangeiro:

Ano, 60,700

Ano, 80,700

NÚMERO AVULSO: 8,700 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

nistrou, ao mesmo tempo, cálcio. Pelo resultado obtido pode afirmar-se que devia tratar-se duma deficiência no fabrico da insulina.

J. ROCHETA.

**Contribuição à patogenia da azotemia cloropriva.** (*Beitrag zur Pathogenese der «Chloropriven Azotämie»*), por F. BRANDT. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 41. 1932.

Desde que Blum e os seus colaboradores descreveram pela primeira vez a existência duma azotemia por insuficiência de cloretos e sem que nesta perturbação participassem os rins, mais algumas observações têm aparecido a confirmar este facto.

A causa do empobrecimento em cloretos reside, conforme os casos, em vômitos frequentes, diarreias abundantes, formação extensa do edema, e também já foi citado o côma diabético.

O A. descreve a história clínica duma doente com diabetes e uma este-nose pilórica descómpensada e, por isso, com vômitos abundantes, que provocaram um abaixamento da cloremia, com um aumento paralelo da azotemia uricemia e indicanemia. As provas funcionais do rim (Volhard) foram negativas.

Após a operação, verificou-se que, a-pesar dos vômitos terem cessado, os valores do cloro no sangue não atingiram os limites normais e êsse facto torna plausível a hipótese que defende o pâncreas como o órgão regulador das trocas dos cloretos, visto tratar-se, neste caso, duma doente que sofria duma lesão crónica do pâncreas.

Um dos aspectos curiosos dêste caso é a circunstância de se encontrarem aumentados no sangue os valores do ácido úrico e *indican*, considerados até aqui como sinais que permitiam a destriça entre a pseudo-uremia e a uremia verdadeira.

Por isso, como apoio para o diagnóstico, resta-nos a anamnese, que nos informa da existência ou da ausência daqueles fenómenos que conduzem à hipocloremia.

J. ROCHETA.

**Tromboses venosas múltiplas, um até hoje desconhecido sintoma precoce do carcinoma do pâncreas.** (*Multiple Venenthrombosen ein bisher unbekanntes Frühsymptom bey Pankreaskarzinomen*), por E. THOENES. — *Munchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 42. 1932.

Refere o A. três histórias clínicas de carcinoma primitivo do pâncreas que apresentaram, ainda quando se não tinha manifestado qualquer sinal que fizesse suspeitar a lesão primária, várias localizações de trombose venosa, estranhas não só pela extensão como pela sede (veias dos braços). O mecanismo patogénico dêste facto procura o A. filiá-lo em processos autolíticos ao nível do tumor, conhecida como é a circunstância do aparecimento *in vivo* de tromboses originadas por extractos de tecidos autolizados.

J. ROCHETA.

O tratamento conservador da calculose renal e uretérica. (*Über konservative Behandlung von Nieren-und Uretersteinen*), por SACKL. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 42. 1932.

O produto empregado e recomendado, a enatina, é constituído por óleo de terebentina, de junípero, de menta-piperita e de um óleo sulfurado, sob a forma de cápsulas de gelatina. A administração desta substância provoca quasi sempre os seguintes fenómenos: quasi a seguir, eructações que desaparecem ao fim de 1-2 horas, com defecações mais frequentes sem diarreias e, passados alguns dias, cólicas, em geral de pouca intensidade, nalguns casos, pelo contrário, com diminuição das dores existentes. Expulsão de cálculos uretéricos depois do fármaco, 1 a 2 dias em 4 casos; em cálculos renais em 9 casos. O volume sensivelmente igual ao duma lentilha. Em doentes sem calculose não aparecem perturbações ou fenómenos nocivos.

O A. empregou também a enatina na calculose biliar e nas infecções sem cálculos das vias biliares e sempre com os melhores resultados.

J. ROCHETA.

Observação à acção da substância do lobo anterior da hipófise. (*Beobachtung uber eine Wirkung von Hypophysenvorderlappensubstanz*), por F. PENDL. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 43. 1932.

Num caso de hipotiroidismo, primeiramente tratado, com bons resultados, pela tiroidina, resolveu o A., quando o doente pela segunda vez reapareceu com a sintomatologia do mixedema, empregar *préphyson*. Foram esplêndidos os resultados obtidos e admite que elles se devem à regularização do funcionamento da glândula tiróide provocada pela administração do lobo anterior da hipófise.

J. ROCHETA.

A infecção focal como causa de doenças gerais. (*Die fokale Infektion als Ursache von Allgemeinerkrankungen*), por HANDSCHUH. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 43. 1932.

Resume o A. o seu artigo assim:

a) 10 a 20% dos casos de doenças gerais têm como origem uma infecção dentária ou das amígdalas.

b) A relação que existe entre uma e outra, na frequência do seu aparecimento, é de 2 : 1.

c) A maioria dos casos de infecção focal mostra-se entre os 14 e 30 anos. Nas crianças com menos de dez anos, predominam os casos de nefrite e endocardite.

d) É frequente encontrar-se no decurso da doença um aumento do volume do baço.

J. ROCHETA.

## Necrologia

### Dr. Joseph Babinski

Ao escrever estas linhas, estamos ainda sob a impressão que nos causou a morte do Dr. Joseph Babinski.

A notícia chegou-nos pelo telégrafo (1). Não tivemos tempo de poder comparecer às homenagens fúnebres que lhe foram prestadas, em Montmorency, em 3 de Novembro. De longe, e comovidamente, acompanhámos a romagem que o levou à sua última jazida.

Babinski ocupava um lugar de altíssimo relêvo na geração médica que vai a desaparecer no ocaso das últimas actividades.

A essa geração se deve a criação da Neurologia como especialidade autónoma. Foi essa pléiade de investigadores que lhe deu vulto, marcou quadros nosográficos, aperfeiçoou a semeótica e, enveredando pelos campos, erichados de dificuldades, da anatomia patológica e da físiopatologia do sistema nervoso, estabeleceu a base sólida sôbre que ela havia de edificar-se. Dos Mestres que seguimos mais de perto só resta hoje, afastado do rumor científico, o Professor Pierre Marie. Pitres, Brissaud, Raymond, Déjerine abriram a clareira que Babinski vem agora aumentar de forma desmedida.

Charcot a todos iniciara no culto do novo ramo das ciências médicas, que Duchenne, de Bolonha, fôra o primeiro a cultivar.

---

(1) Egas Moniz — Lisboa. Paris, 29, às 18 h. e 55 m. Docteur Babinski décédé. Obsèques mercredi, deux novembre, quinze heures, Montmorency, près Paris. Ses élèves.

Charcot, porém, deu-lhe forma e imprimiu-lhe o definitivo avanço, alicerçando-o no domínio da observação anátomo-clínica. Como chefe de Escola, Charcot foi um dominador. De todo o mundo o procuravam, e as suas lições na Salpêtrière, felizmente arquivadas, celebrizaram-no pelas fulgurações do seu espírito absorvido na interpretação dos fenómenos, pela clareza e brilho da sua exposição e, sobretudo, pelos resultados das suas investigações clínicas e anatómicas.

Babinski foi um dos seus discípulos mais dilectos. No quadro, que todos conhecem, «A Lição de Charcot», êle ocupa um lugar, de pé, ao lado do Mestre, que disserta a-propósito de uma histerica em crise. Mais tarde, as concepções de Babinski sobre a histeria haviam de afastá-lo das ideas do Mestre, o que em nada diminuiu o culto ardente que sempre conservou pela memória de Charcot. Manifestou-o na comemoração do seu centenário, em palavras comovidas.

As ideas, em medicina, mobilizam-se, por vezes, vertiginosamente, em especial na esfera da interpretação dos fenómenos observados, e tanto que a concepção pitiática de Babinski, que contou sempre alguns opositores, tem sido, ultimamente, objecto de fortes disputas.

\*

\* \*

A obra de Babinski é vastíssima e de uma grande originalidade. Entre os investigadores clínicos julgo que ninguém o excedeu nestes últimos 50 anos e muito poucos o igualaram. Espírito sagaz, profundamente analítico, descendo ao âmago das questões, não desprezando a menor minúcia, procurando desvendar a causa dos fenómenos, sem nunca se exceder no campo das hipóteses, foi um dos criadores dos estudos da fisiopatologia nervosa. Na síntese não se arriscava a concepções ousadas; quedava-se na averiguação dos factos, em que era de uma notável precisão.

Seduzia-o o campo inexpugnado das novas conquistas científicas. Meditava longamente as suas concepções, apreciava-as sob todos os aspectos, submetia-as às mais severas críticas, chamava os seus colaboradores, na hora aprazada, à apreciação das suas

conclusões, não ocultando dúvidas, avolumando-as, acabando por se defender em reservas aparentemente excessivas.

Já vai longe a era de 1882, em que Babinski publicou o seu primeiro trabalho clínico sobre as recaídas na convalescência da febre tifóide. Logo no ano imediato, enveredou para o estudo das doenças nervosas. Datam desse ano artigos publicados sobre o amolecimento cerebral, quistos hidáticos do cérebro e a epilepsia nos sífilíticos por hemorragia meníngea. Ainda nesse mesmo ano publicou dois trabalhos sobre epiteloma tubulado e epiteloma pavimentoso, mas a sua directriz estava traçada. A patologia nervosa atraía-o de preferência. Em 1884, escreveu ainda dois artigos fora da neurologia sobre a pseudo-pelagra e a pneumonia, este em colaboração com Déjerine; começou, porém, a atrair a atenção dos estudiosos para os seus trabalhos clínicos e anátomo-patológicos do sistema nervoso. Entre eles são dignos de nota os que dedicou às modificações musculares após a secção dos nervos respectivos e que mereceram confirmação nos tratados de anatomia patológica que, mais tarde, se publicaram em França; à mielite crónica difusa com predomínio de lesões dos cornos anteriores; às lesões da esclerose em placas, assunto que, ampliado, lhe serviu de tese. Esta foi publicada em 1885 e intitula-se *Étude anatomique et clinique sur la sclérose en plaques* (Paris, chez Masson). Desde este momento só a neurologia o interessou, a ela dedicou a sua infatigável actividade, para ela viveu intensivamente, marcando a sua individualidade no exame e interpretação de fenómenos que até então não tinham sido notados.

Não cabe nos limites desta notícia a enumeração de todos os seus trabalhos, cerca de 300 memórias por ele publicadas. Referir-nos-emos apenas às mais importantes, às suas descobertas e a noções novas, até então não esclarecidas. A sua obra original é já de si tão vasta que teremos de resumi-la, só nos ocupando dos assuntos mais notáveis.

\*

\*

\*

A individualidade científica de Babinski fez-se no convívio de estudiosos, sem rivalidades, calmamente, considerando todos os que trabalhavam, respeitando-os, mas procurando vencer pelo

seu esforço e pelo seu talento. Não lhe conhecemos inimigos, mesmo nos momentos de maior luta. Pitres, por exemplo, ficou fiel ao seu Mestre Charcot, não aceitando as ideas iconoclastas de Babinski a-propósito da histeria, mas nem por isso deixava de lhe tributar, mesmo na intimidade, a homenagem da sua admiração.

Babinski, pelo seu lado, lutando pelos seus princípios, combatendo denodadamente, considerava os seus adversários, desejando ouvir as suas objecções para o apuramento da verdade. Só procurava demoli-las à luz de factos bem averiguados.

Tinha o culto da medicina. Uma vez, porém, sentimo-lo esmorecer momentâneamente na sua ardorosa dedicação à causa da ciência. Em carta que dêle recebemos em 1918 (26 de Junho), quando a guerra assolava a França com os seus trágicos horrores, carta que guardamos entre os papéis de maior estima, escrevia o querido Mestre:

*D'ailleurs, dans les circonstances présentes, au milieu de tant d'évènements tragiques, il est permis de se demander si la Science mérite d'être l'objet d'un culte. Les plus admirables créations de l'esprit humain ont eu, contre toute atteinte, pour effet principal, la destruction et le massacre; avec un peu de pessimisme, on peut maudire le savoir et craindre qu'un jour quelque découverte ait par conséquence l'anéantissement de l'humanité.*

*J'espère cependant que les puissances du Bien finiront par l'emporter sur celles du Mal et que le travail, secondé par la Charité, parviendra à tarir les sources de larmes trop abondantes aujourd'hui. On arrive ainsi à une ère nouvelle qui ne serait pas très éloignée si l'homme voulait se perfectionner...*

Esta carta foi escrita sob a dolorosa impressão da guerra, em estilo elegante e maguado. O seu desânimo é fugaz, vislumbra logo a esperança de uma humanidade mais perfeita. Êle, que encheu a ciência que professou de tantas descobertas a bem da humanidade, mostra o receio do aparecimento de um génio destruidor que descubra a forma do seu completo aniquilamento. E, infelizmente, doloroso é confessá-lo, continua-se a trabalhar nessa orientação, parecendo que a grande guerra não serviu de exemplo salutar, a-pesar-de, catorze anos volvidos, ainda pesarem sôbre nós as trágicas conseqüências da colossal catástrofe.

\*

\*

\*

Entre as novas aquisições científicas de Babinski, notemos, em primeiro lugar, as que se referem à Semeótica. Para bem avaliar a obra do Mestre, temos de nos reportar a uma época distante, que os novos não conheceram e de que os velhos mal se recordam. Era no tempo em que se discutia a inconstância do reflexo aquiliano, quando Eulenburg afirmava que, normalmente, êle faltava em 80 % dos casos e Berger, menos exagerado, notava a sua ausência em 20 % dos indivíduos normais. Babinski, numa notável lição, aperfeiçoou e precisou os métodos de exploração dos reflexos em geral (1). A-propósito do reflexo aquiliano e das conclusões acima citadas, mostrou que elas derivam de exames praticados em más condições. Indicou a melhor forma de o obter: «doente ajoelhado ou, não sendo isso possível, doente deitado sôbre o lado, a perna ligeiramente flectida sôbre a coxa, a extremidade do pé sustentada pela mão esquerda do observador.» É a técnica ainda hoje adoptada. Babinski notou que este reflexo «era constante nos indivíduos normais», o que foi, em seguida, confirmado por Oppenheim, Flatau e outros neurologistas.

Também determinou as posições favoráveis para obter os reflexos tendinosos dos membros superiores. Chamou a atenção para a simetria dos reflexos tendinosos no estado fisiológico, donde deduziu que a assimetria denota uma perturbação patológica. Sôbre o que é o reflexo normal ou patológico, forte ou enfraquecido, tendo em conta as grandes diferenças individuais, foi o primeiro a enunciar um critério sôbre o seu exagêro. *Il y a sur-réflexivité lorsque le sujet, ne contractant pas volontairement ses muscles, l'excitation d'un tendon détermine dans le groupe musculaire correspondant une série de contractions réflexes rythmés.*

Foi êle quem mostrou que a ausência do reflexo aquiliano constitue um sinal de grande valor no diagnóstico da tabes.

---

(1) Babinski. — Réflexes tendineux et réflexes osseux. (Leçons faites à la Pitié. *Bulletin médicale* des 19 et 26 Octobre, 6 et 23 Novembre 1912).

Afirmou que era, em geral, uma manifestação mais precoce desta afecção do que o sinal de Westphall.

Babinski descreveu a «inversão do reflexo radial», cujo significado precisou. Está dependente, na grande maioria dos casos, de uma lesão do V.º segmento cervical (1) com integridade dos segmentos inferiores. Nesta ordem de ideias precisou o significado dos reflexos intermediários: de pronação e de extensão do ante-braço. Quando ambos estão abolidos, a lesão ocupa o V.º, VI.º e VII.º segmentos cervicais; a abolição apenas do reflexo de pronação mostra que foram atingidos os V.º e VI.º segmentos, mantendo-se íntegro o VII.º

Babinski, profundando o estudo dos reflexos dos membros superiores, penetrou o mecanismo do que denominou o «reflexo paradoxal do cotovêlo». *A l'état pathologique, lorsque le réflexe d'extension est aboli ou affaibli, le mouvement réflexe de flexion apparaît, même quand le choc porte sur le tendon tricipital.* As concepções anteriormente expostas foram aqui aplicadas.

Os reflexos cutâneos deram ensejo ao grande neurologista a uma das suas mais brilhantes investigações. Com efeito, o estudo do reflexo plantar levou-o, em 1896 (2), à descoberta do sinal da extensão do dedo grande do pé. Babinski mostrou, com admirável precisão, que a sua existência corresponde a uma perturbação do sistema piramidal. Esta nova aquisição, de aparência simples, representa um dos maiores avanços da clínica neurológica. Diversos sinais foram publicados depois por outros neurologistas, todos caminhando na esteira de Babinski, atribuindo-lhe igual significado e, a maior parte d'elles, semelhando-se, até pela resposta, da extensão do dedo grande. Só a excitação é diferente.

O nome de Babinski tornou-se, desde êsse momento, conhecido em tôdas as clínicas médicas e neurológicas, pois o sinal descrito passou a ser designado pelo nome do eminente sábio.

Não cabe, nos limites dêste resumo, a interpretação por êle dada da physio-patologia do fenómeno, demonstração da sua larga

---

(1) Babinski dissertando, em 1913, sôbre êste reflexo, cita, entre outros, um trabalho nosso de 1912: Egas Moniz. — Inversion du réflexe du radius dans un cas de syringomyélie. *Revue Neurolog.* Tome XXIII. Pág. 133.

(2) J. Babinski. — Sur le réflexe cutané plantaire dans certaines affections organiques du système nerveux. *Société de Biologie* 22 Février 1896.

visão e perfeita orientação clínica. Descreveu, em seguida, o sinal do leque, modalidade do fenómeno primitivamente observado.

Na coordenação dos mais notáveis trabalhos originais de Babinski ocorre-nos citar aqui os sinais por êle descritos no diagnóstico das hemiplegias orgânicas, problema, ao tempo, de grande interêsse prático pela difusão da histeria e especialmente pela tendência das clínicas de então em responsabilizá-la de muitas perturbações paralíticas. Propôs-se submeter a hemiplegia orgânica à *une analyse méthodique, avec l'espoir de découvrir ainsi des caractères intrinsèques qui permettraient d'en distinguer plus sûrement la nature* (1). E, nessa orientação, descreveu os seguintes sinais de hemiplegia orgânica: a) sinal da flexão exagerada do ante-braço; b) sinal do cuticular; c) sinal do movimento combinado de flexão da coxa e tronco; d) sinal da pronação; e) sinal da garra da mão; f) sinal do balanceamento do braço, etc.

Os reflexos de defesa serviram de tema a muitos dos seus trabalhos. Entre êles consideraremos, como o mais notável, a utilização dêstes reflexos na localização das compressões medulares.

O estudo dos reflexos pupilares mereceu-lhe igualmente atuado estudo clínico. Babinski, em colaboração com Charpentier, um dos seus discípulos mais dilectos, apresentou, em Julho de 1899, à Sociedade de Dermatologia, um trabalho em que procurou estabelecer que *l'abolition des réflexes pupillaires, et plus particulièrement du réflexe à la lumière, lorsqu'elle est permanente, lorsqu'elle est l'expression d'une lésion limitée à l'appareil des réflexes pupillaires, c'est-à-dire qu'elle n'est liée à aucune altération du globe oculaire et du nerf optique et n'est pas associée à une paralysie de la troisième paire, constitue un signe de syphilis acquise ou de syphilis héréditaire presque, sinon tout à fait pathognomonique.*

As excepções existem, mas são tão raras que o facto clínico averiguado não perdeu o valor. Todos lhe reconhecem a sua grande importância prática.

(1) J. Babinski. — Diagnostic différentiel entre l'hémiplégie organique et l'hémiplégie hystérique. Leçon faite à la Pitié. *Gazette des Hôpitaux*. Numéros des 5 et 6 Mai 1900.

Também devem ser citados os seus artigos sôbre a pseudo-abolição do reflexo pupilar à luz (1) e as perturbações pupilares no areurisma da aorta.

Babinski investigava sempre e as suas conclusões, na semeologia nervosa, transpuseram os anos sem sofrer abalo no significado que lhes foi atribuído. O rigor empregado nas suas observações, repetidas durante largos meses, e até anos, antes de virem à publicidade, a meticulosidade com que descia à apreciação dos ínfimos pormenores, estabeleceram as bases sólidas da sua obra, que, por isso mesmo, perdurará através dos tempos.

\*

\*

\*

Os seus trabalhos sôbre as contracturas, as cáibras, as miopatias, a meningite cérebro-espinhal subaguda, a meningite hemorrágica fibrosa, a meningite cervical hipertrófica, a hemorragia meníngea, o citodiagnóstico do líquido céfalo-raquídeo e, particularmente, o estudo sôbre as afecções dos nervos periféricos, bem mereciam largas referências, mas seria abusar excessivamente do espaço de que podemos dispor.

A sua concepção sôbre o hemispasmo facial, precisando uma sintomatologia própria, afastou-o das noções correntes de Brissaud, tendo a sua confirmação em numerosos trabalhos, entre os quais citaremos os de Dupré e Lemaire, Abadie e Dupuy-Dutemps, André-Thomas, etc.

As afecções medulares mereceram-lhe aturado estudo. Sôbre a tabes, a pseudo-tabes, a esclerose em placas, publicou vários trabalhos em que apresentou pontos de vista novos e completou os seus quadros clínicos.

Foi Babinski quem traçou definitivamente a sintomatologia da «paraplegia espasmódica em flexão». Ao contrário do que sucede na paraplegia espástica espinhal, descrita por Erb, a motilidade voluntária está profundamente alterada na paraplegia em

---

(1) J. Babinski. — De l'influence de l'obscurité sur le réflexe des pupilles à la lumière et de la pseudo-abolition de ce réflexe. Société de Neurologie, 7 Décembre 1905.

flexão. Em muitos doentes está completa ou quasi completamente abolida.

*Dans la plupart des cas — diz Babinski — on constate, au moins à une certaine période, de la surreflexivité tendineuse, mais celle-ci n'est pas constante; elle peut faire défaut depuis le début jusqu'à la fin. Parfois même les réflexes tendineux sont très affaiblis ou abolis. Les réflexes cutanés de défense sont, au contraire, toujours exagérés et c'est peut-être là le caractère le plus essentiel de cette forme de paraplégie.*

A paraplegia em flexão já tinha sido notada, embora incidentalmente, por Charcot, mas foi Babinski quem lhe traçou as características principais. Como Babinski muito bem acentua nos seus trabalhos, não se trata de uma espécie nosológica, pois pode derivar de processos anatómicos variados; mas constitue um tipo clínico a opor à paraplegia espástica.

Não é raro este tipo de paraplegia em casos de compressão medular, assunto este que igualmente mereceu a atenção do Mestre. A-propósito da localização destas compressões intra-raquídias, pertence-lhe a determinação do limite inferior dos tumores medulares pela altura da zona do reflexo de defesa. Como a topografia da anestesia dá, ordinariamente, o meio de reconhecer o limite superior da compressão, a circunstância de estarem próximas ou afastadas a fronteira da anestesia e a dos reflexos de defesa, pode servir ao diagnóstico provável da existência de tumores intra ou extra-duramaterianos e ainda das páquimeninges.

A-pesar dos recursos que ao diagnóstico destes tumores veio trazer a prova lipiodolada de Sicard, os factos averiguados no campo da observação clínica directa mantêm o seu valor, e no nosso serviço são sempre investigados com o máximo cuidado. É do conjunto de todos os elementos que se tiram as conclusões definitivas.

Babinski foi também o primeiro, segundo cremos, que notou a existência das paraplegias intermitentes em casos de tumores medulares. Foi ainda êle, em colaboração com Lecène e Bourlot, que publicou, em França, em 1911, o primeiro caso de neoplasia intra-raquídia, operado e curado. Antes disso, em 1906, obteve a cura, pelos raios X, de uma compressão medular, numa criança de 15 anos, localizada na região cervical.

No campo vasto dos tumores cerebrais, notou a existência de neoplasmas intracranianos que podem evolucionar durante muito tempo (2 anos no caso publicado) sem cefaleias, vômitos e estase papilar. Êste facto, hoje bem conhecido, atraía, nessa época, a atenção dos neurologistas e cirurgiões, entre os quais é justo citar o nome de Horsley.

Babinski mostrou que a hemiplegia ligada a uma compressão do encéfalo pode apresentar caracteres que a distingam da hemiplegia vulgar. Não se acompanha, necessariamente, de exagêro dos reflexos tendinosos; por vezes é desprovida de todos os sinais objectivos da hemiplegia comum.

Vem a-propósito citar uma observação de Babinski, feita com Clunet (1), de hemiplegia homónima. A paralisia ocupava o lado direito do corpo e a autópsia mostrou a presença de três tumores meníngicos que comprimiam o hemisfério cerebral direito. À esquerda não havia tumor. Babinski emitiu a opinião de que o fenómeno se produziu devido a uma compressão do hemisfério esquerdo, exercida pelo hemisfério direito. Verificou, na autópsia, que êste estava aumentado de volume e, em cortes transversais do cérebro, viu a fenda interhemisférica impelida para a esquerda.

Foi Babinski quem mais contribuiu, em França, para o desenvolvimento da cirurgia cerebral. Datam de 1901 os seus esforços. Nesse ano levou a *Société de Neurologie* um doente curado de estase papilar por uma craniectomia descompressiva. A êste propósito escreveu algures: *La craniectomie, malgré les travaux parus à l'étranger sur ce sujet, ceux de Horsley en particulier; malgré les tentatives déjà anciennes de Lucas-Champonière, n'avait guère été en faveur ici auprès des neurologistes jusque dans ces derniers temps. Ce n'est que depuis peu qu'un revirement s'est produit.*

Foi, sob o seu impulso, que se fizeram em França as primeiras ablações de tumores cerebrais, por êle localizados.

O conhecido síndrome adiposo-genital, atribuído a Frölich e que muitos denominam, com justiça, de Babinski-Frölich, merece uns esclarecimentos. A primeira memória de Frölich sôbre esta

---

(1) J. Babinski et Clunet. — Tumeur méningée unilatérale. Hémiplegie siègeant du même côté que la tumeur. Soc. de Neur. 2 Juillet 1908.

distrofia foi publicada em 1901. Depois dessa época, vários trabalhos do mesmo autor e de outros neurologistas abordaram o assunto e o nome de Frölich ficou ligado ao síndrome. Contudo, um ano antes, em 1 de Junho de 1900, apresentou Babinski à *Société de Neurologie* uma comunicação que intitulou *Tumeur du corps pituitaire sans acromégalie et avec arrêt de développement des organes génitaux*. O título do seu trabalho, junto às duas fotografias publicadas, em que se nota uma forte carga adiposa, e o aspecto infantil do púbis, mostram que os sintomas fundamentais do síndrome adiposo-genital tinham sido por êle surpreendidos. Tratava-se de uma rapariga de 17 anos e da observação clínica extractamos o seguinte passo: *Après avoir fait deshabiller la malade, on est frappé par la surcharge adipeuse du corps et par l'aspect infantile des organes génitaux qui contraste avec la taille, d'une hauteur moyenne; du reste, la malade n'est pas réglée.*

Em seguida, Babinski faz notar que a observação é inteiramente nova sôbre dois aspectos: a ausência de acromegalia e a existência de infantilismo. Parece-lhe, por isso, que *l'idée d'une relation de cause à effet entre la tumeur du corps pituitaire et l'infantilisme est très soutenable*. E a êste propósito deduz ainda outros argumentos clínicos.

Frölich acrescenta apenas a factos similares, por êle observados, a designação «síndrome», o que não é bastante para que seja esquecido quem primeiro o descreveu de uma maneira completa.

Babinski, reivindicando para si a prioridade da sua observação clínica, escreveu, em trabalho posterior, com a lealdade que o caracterizou, que antes de Frölich, e um ano antes dêle (1899), Pechkrant se referira, incidentalmente, ao facto, num trabalho publicado na *Neurologisches Centralblatt* (pág. 203 e seguintes) com o título *Zur Casuistik der Hypophysis*.

O aspecto clínico da questão e como tal enunciado, foi, porém, pôsto, pela primeira vez, por Babinski, em evidência.

\*

\*

\*

Entre os mais notáveis trabalhos do Mestre devemos pôr em destaque os que se referem à semeótica do labirinto. Babinski estudou as reacções subjectivas e objectivas do aparelho vestibular.

lar à excitação eléctrica. Entre as primeiras notou que emquanto no estado normal, uma corrente pouco intensa, de 1 a 3 miliampères, é bem tolerada, igual corrente, com a duração de segundos, pode, em alguns casos de lesões labirínticas, determinar sensações anormais muito desagradáveis que, por vezes, permanecem durante horas. Pelo contrário, as lesões destrutivas do labirinto permitem suportar, sem incómodo, correntes de 10, 15 ou mesmo mais miliampères.

Os fenómenos objectivos por êle averiguados têm mais importância clínica. Babinski foi o primeiro a descrever o sinal da vertigem voltáica, que ficou clássico e de que falam todos os tratados de neurologia. As diversas reacções patológicas denotam quer o grau de intensidade das lesões, quer a sua situação. *Mais ce que je crois pouvoir affirmer* — escreveu Babinski — *c'est que les divers phénomènes dont j'ai fait l'exposé expriment tous un trouble de l'appareil en question et que quelques-uns de ces signes permettent parfois de reconnaître des perturbations encore très légères. En voici une preuve: un vertige voltaïque anormal, caractérisé par de l'inclination unilatérale ou de la rotation unilatérale, peut redevenir normal immédiatement après évacuation de quelques centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien.*

Babinski descreveu o sinal dos movimentos reaccionais e contra-reaccionais para surpreender as perturbações do aparelho vestibular e estudou a acção terapêutica da raquicentese sobre êsses estados patológicos.

As conexões anatómicas e funcionais que unem o cérebro ao labirinto, orientaram Babinski no sentido de aprofundar a sintomatologia dos dois órgãos, separando, embora com algumas reservas, a que pertence a cada um dêles.

O estudo da semeótica do cerebelo é, incontestavelmente, uma das mais notáveis aquisições do ilustre neurologista. Antes de enumerarmos os diversos sinais que êle, pela primeira vez, descreveu, convém arquivar uma frase que na prática corrente muitas vezes recórdamos: *Est-il besoin de prévenir le lecteur qu'ils ne sont pas constants? Leur présence ou leur absence, leur intensité et leur durée dépendent, sans doute, du siège et de l'intensité des lésions cérébelleuses, et, quand celles-ci s'associent à des altérations occupant d'autres régions du névraxe, des modes divers de ces associations.*

Quantas vezes, com efeito, passam despercebidas, sem sintomatologia alguma cerebelosa, ou com uma sintomatologia fugaz ou duvidosa, perante a qual tôdas as reservas são legítimas, volumosos tumores do cerebello!

Encerrado êste parêntese, enumeremos os sintomas das afecções cerebelosas, descritos por Babinski:

1) Hipermetria. Os movimentos que os cerebelosos executam não têm a medida e proporções dos movimentos realizados pelos indivíduos normais. Para mostrar esta perturbação, que se nota particularmente nos actos comandados, enumerou Babinski uma série de manobras que são hoje de uso corrente. É interessante a interpretação que dá a esta perturbação cerebelosa. Estuda a fisiologia dos movimentos nos indivíduos normais, que podem parar num momento dado, e dos executados por cerebelosos, em que, às impulsões sucessivas que os determinam, falta a acção frenadora suficiente.

2) Descreveu o sintoma cerebeloso que consiste na dificuldade em executar movimentos voluntários sucessivos e a que deu o nome de *adiadococinesia*, de todos conhecido.

Uma tentativa de interpretação physio-patológica completa a memória original.

3) Estudando a *assinergia* cerebelosa, procurou a maneira clínica de a verificar. Quando o doente procura marchar — diz Babinski — *les membres inferieurs exécutent les mouvements d'une manière presque normale, mais la partie supérieure du corps reste en arrière.*

O sinal, por êle descrito, da curvatura posterior do tronco, como projecção da cabeça para traz, é dos mais nítidos dêste grupo.

4) A *ataxia cerebelosa*, diferente da tabética, em que os movimentos concorrentes à execução de um acto não sofrem a decomposição observada na primeira, mereceu a Babinski uma atenção especial, marcando-lhe os limites e indicando-lhe as características.

5) O sinal da *catalépsia cerebelosa*, que o Mestre descreveu, é concludente e de fácil averiguação na prática clínica. O método gráfico forneceu-lhe dados complementares, que serviram para a interpretação do fenómeno.

Do conjunto destas descobertas tirou Babinski conclusões

sôbre a fisiologia do cerebello (1), cujo relato não cabe nos limites desta notícia.

As afecções do bulbo também levaram Babinski a novas e valiosas investigações clínico-anatómicas. Foi êle quem descreveu o sindroma bulbar unilateral com as seguintes características: assinergia, láteropulsão e miose do lado da lesão; anestesia e paralisia ou paresia do lado oposto. Fundamentou-o no estudo clínico de três casos. Nessa época ainda êle não tinha descrito os sintomas *hipermetria* e *adiadococinesia* a que já nos referimos e que, por isso, não foram procurados. As investigações anatómicas destas lesões foram realizadas em colaboração com Nageotte. O estudo de cortes seriados do bulbo, cerebello, protuberância, gânglios da base e córtex cerebral, mostraram a localização das lesões. Delas tirou Babinski ilações interessantes, determinando, «na medida do possível», as relações entre os sintomas e as lesões.

Ainda a-propósito da fisio-patologia do bulbo, publicou Babinski dois outros trabalhos dignos de nota. No primeiro assinalou a existência da *termo-assimetria* e *vaso-assimetria de origem bulbar*. Uma lesão bulbar, mesmo quando não atinja a motilidade voluntária, pode produzir perturbações vaso-motoras e térmicas de forma unilateral. No segundo, descreveu, com Nageotte, a *hemianestesia bulbar de forma siringomiélica*.

\*

\* \*

Babinski foi um demolidor das velhas noções sôbre a histeria. A sua obra, a êste respeito, é, como em outras publicações temos acentuado (2), das mais úteis e das mais brilhantes que o Mestre pôde levar a têrmo. Basta recordar a discussão dos limites que foi necessário impor ao açambarcamento nosológico da histeria.

---

(1) J. Babinski. — Quelques documents relatifs à l'histoire des fonctions de l'appareil cérébelleux et de leurs perturbations. *Revue de Médecine interne et de Thérapeutique*. Mai 1907.

(2) Egas Moniz. — A Neurologia na Guerra. Lisboa. 1917. Pág. 253 e seguintes.

Egas Moniz. — As novas ideas sôbre o hipnotismo. Lisboa. 1914.

A concepção clássica da neurose data de Charcot, mas, é justo confessá-lo, foi em seguida exagerada e maltratada (Babinski). A doença era então caracterizada por duas ordens de perturbações: umas permanentes, que se denominavam estigmas, e outras transitórias, as mais espectaculosas do quadro sintomatológico. Os ataques, as paralisias, as contracturas, o mutismo, etc., pertenciam ao segundo grupo. Verificadas estas pelos clínicos, eram, em seguida, procurados os estigmas, que raras vezes faltavam: perturbações de sensibilidade, abolição dos reflexos, diplopia, discromatopsia, amaurose, anisocória, perturbações cutâneas e vaso-motoras, perturbações do aparelho respiratório, chegando à hemoptise, etc. Babinski protestou, justificadamente, contra esta generalização que Charcot não fizera. Ele disse: «a histeria é a grande simuladora», e a geração médica que se lhe seguiu adoptou, salvo raras excepções, este outro conceito: «a histeria tudo pode simular».

Foi contra a imprecisão sintomática que tal doutrina determinava, contra esta verdadeira anarquia clínica que Babinski se insurgiu. Temos bem presente o tempo que outrora se consumia a fazer o diagnóstico diferencial com a histeria, as hesitações havidas, mesmo em clínicas superiormente dirigidas, a propósito de alguns casos, incertezas que, após os trabalhos de Babinski, se dissiparam.

O pregão de revolta, apenas esboçado em 1901, foi nitidamente exposto em 1906, numa célebre conferência realizada na Sociedade do Internato dos Hospitais de Paris (sessão de 28 de Junho) e confirmada, a seguir, na discussão de 1908 na Sociedade de Neurologia. Apesar-da luta travada, não deixou dúvidas, pelo menos aos novos que seguiram os argumentos aduzidos de parte a parte. Não queremos alongar nos sobre o assunto, hoje sobejamente conhecido de todos os que trabalham em clínica médica. Como base de discussão, Babinski apresentou uma definição de histeria que se resume no seguinte: «estado psíquico especial caracterizado por perturbações que a sugestão pode produzir ou fazer desaparecer». E, como era preciso evitar confusões, à histeria assim definida deu o nome de pitiatismo.

A discussão na Sociedade de Neurologia versou, principalmente, sobre os denominados estigmas histéricos. Não vamos seguir as diferentes fases do interessante certame científico, que

tomou, por vezes, uma certa viveza na defesa de desencontradas opiniões. Diremos apenas que houve assuntos que mereceram o aplauso unânime, ou quasi unânime, da douta assemblea. Assim concluíram, sem discrepância, que a sugestão não pode alterar os reflexos tendinosos. Sobre os reflexos cutâneos, as opiniões não foram tão concordes, mas Babinski mostrou bem que a mesma doutrina devia ser adoptada.

Sobre os reflexos pupillares, o acôrdo foi completo. Pitres, autor de um grande tratado sobre a histeria, mantendo-se sempre na orientação das doutrinas de Charcot, declarou, com a sua habitual hombridade, que o reflexo pupilar à dor (Schiff-Erb) se produzia mesmo quando se provocava a acção dolorosa sobre as zonas anestésicas dos histéricos. Também ficou esclarecido que a sugestão não podia provocar nenhuma das apregoadas perturbações tróficas e circulatórias, que muitos autores pretenderam incluir no quadro nosográfico da histeria. Outro tanto se estabeleceu a-propósito das alterações secretórias intensas, hemorragias, febre histérica, etc.

As chamadas anestésias histéricas, quasi sempre hemianestésias, deram motivo a larga discussão, em que foram apresentados valiosos e variados subsídios clínicos. Raymond, Déjerine e Pitres defenderam o ponto de vista clássico de que há hemianestésias que não resultam da sugestão. A maioria, porém, pendeu para o lado oposto, considerando as anestésias encontradas nas histéricas como o resultado de uma involuntária sugestão médica.

Babinski triunfara pela documentação própria e alheia trazida em auxilio das novas ideias.

O serviço prestado pelo Mestre foi importante, não só no campo científico, mas principalmente nas clínicas, donde emigraram, de há muito, as grandes histéricas que há 30 anos enxa-meavam as consultas de medicina. Tudo isto se conseguiu mercê do trabalho semeótico de Babinski que, servindo-se de novos sinais clínicos, apartava, entre syndromas similares, os de base orgânica dos de origem pitiática.

Babinski abordou também o problema do hipnotismo. Para elle, o hipnotismo era apenas um sintoma da sugestibilidade. Esta não o cria nem o exalta; dela deriva em determinadas condições.

É provável que seja excessivamente radical esta doutrina,

mas o Mestre concorreu, de certo modo, para pôr de parte o hipnotismo como meio terapêutico corrente, quasi sempre mais prejudicial do que útil.

\*

\*

\*

O labor de Babinski durante a grande guerra foi enorme e ainda se seguiu por alguns anos até que o limite de idade o impossibilitou de continuar com as mesmas condições de trabalho.

Temos em cima da nossa mesa o volume que Babinski nos ofereceu, publicado em 1917, de colaboração com Froment, e que tem o seguinte título: *Hystérie-Pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe en neurologie de guerre*. A parte mais importante da obra é a que condensa e reúne um grande número de artigos e discussões havidas sobre determinadas perturbações que Babinski, à falta de melhor designação, chamou *perturbações de ordem reflexa* e que já tinham sido designadas por «amiatrofias reflexas» nas publicações de Charcot e Vulpian e que foram primeiro notadas por John Hunter, em 1839, quando escreveu: «As lesões dos tendões, ligamentos, aponeuroses, especialmente as que resultam de uma entorse, perturbam mais as funções dos músculos do que aquelas que, directamente, se dirigem aos próprios músculos». Babinski chamou para estes estados a atenção dos médicos e neurologistas, separando-os das chamadas paralisias ou contracturas histéricas.

O primeiro trabalho sobre o assunto foi apresentado, com Froment, à *Académie de Médecine*, a-propósito das modificações dos reflexos tendinosos durante o sono clorofórmico e o seu valor em semeologia. Desde essa época começou a estabelecer o quadro sintomatológico da afecção, tendo conseguido individualizar esta nova entidade mórbida

No livro «A Neurologia na Guerra», por nós publicado em 1917, escrevemos o seguinte: «Os casos que observámos em Paris, tanto no serviço da Pitié, de Babinski, como nas clínicas de Pierre Marie, de Souques, etc., etc. e ainda os que foram apresentados à última sessão da *Société de Neurologie* (9 de Novembro de 1916) e sobre que recaiu larga discussão, deixaram-me a convicção, aparte o que respeita à etiologia, patogenia e designação de tais perturbações, de que elas constituem

hoje um grupo nosológico à parte, bem definido e limitado. A obra de Babinski consiste em ter descoberto um grupo de caracteres semiológicos que pertencem a estas manifestações e que permite separá-las de quaisquer outras». Com efeito, estas perturbações são inteiramente distintas dos acidentes pitiáticos ou histéricos e apresentam-se sob o aspecto de paralisias ou contracturas, aparecendo por vezes associadas. Nos casos puros não interessam os troncos nervosos nem os grossos vasos. A atrofia, a que Charcot ligou particular atenção, não era, nos casos observados, sintoma dominante.

As perturbações de motilidade de ordem reflexa são hipertónicas ou hipotónicas. Foram Babinski e Froment que mostraram esta última forma em memória apresentada à *Académie de Médecine*.

Entre os sintomas descobertos por Babinski há a assinalar: as perturbações vaso-motoras ocupando todo o membro, mas predominando nas extremidades; o exagêro dos reflexos tendinosos do lado doente (não constante); a *superexcitabilidade mecânica*, assim designada por Babinski, e que se obtém pela percussão ligeira dos músculos; a reacção de degenerescência observada em muitos casos. Nos doentes antigos notava-se uma atrofia global e descalcificação do esqueleto.

Não nos demoramos mais sobre o assunto, que ocupou, por alguns anos, a actividade do Mestre. Isso não o impediu, porém, de publicar, nesse período e no que se seguiu, numerosos artigos, entre os quais avultam os que dedicou ao estudo das perturbações mentais na hemiplegia cerebral (anosognosia).

\*

\* \*

O Dr. Joseph Babinski vivia com seu irmão, o engenheiro Henri Babinski, no Boulevard Haussman, onde os visitávamos nas nossas passagens por Paris. Henri Babinski estava, havia muito, retirado da sua actividade profissional e, como ambos eram celibatários, propôs ao irmão tomar a direcção do govêrno da casa. Como tinha tempo e vocação, dedicou-se à arte culinária, em que se tornou exímio, tendo escrito, sob o pseudónimo de «Ali-Bab»,

um interessante livro, *Gastronomie Pratique* (1), que viu a luz da publicidade em 4 ou 5 edições sucessivas, rapidamente esgotadas. Obra vasta e apreciada, tinha reputação nos mais afamados restaurantes de Paris, onde alguns pratos especiais trazem a designação da origem — à *Ali-Bab*.

A sua cozinha era das mais afamadas da grande capital.

Os dois irmãos recebiam os amigos, especialmente recrutados entre homens de ciência, médicos em especial, com a maior urbanidade e gentileza. Todos os que freqüentaram com intimidade a casa do Mestre devem conservar de lembrança a sala onde se serviam as refeições, sóbria de decoração, numa espécie de género holandês simples e desprovido de atractivos para a vista, convidando assim ao recolhimento na agradável apreciação dos manjares.

Os que reservam ao paladar o lugar a que tem jus entre os demais sentidos e o julgam merecedor de cultivo e apuro, podem, em boa verdade, declarar que não era fácil subir mais alto na química complexa da boa arte de Vatel, em que havia subtilidades do mais fino e delicado requinte.

Há um ano Henri Babinski faleceu, num dos últimos dias de Agosto, pouco antes do Congresso de Neurologia Internacional de Berne. Estivemos com o Mestre poucos dias depois. O abalo tinha sido violento. «Uma vida desfeita» — nos disse num lachrimoso de frase que lhe era peculiar e em que se adivinhava um pressentimento lúgubre. Com êle passámos algumas tardes. Falámos de ciência, de novos trabalhos, de novas orientações.

No regresso de Berne quis saber pormenores do certame internacional, das novas directrizes cirúrgicas nos tumores do cérebro, assunto que muito o interessava; dos trabalhos de Pavlow, pois a fisiologia nervosa foi um dos objectivos da sua actividade; da maneira como tinha sido acolhida a encefalografia arterial, etc.

O homem vigoroso que ainda pouco antes conheceramos entrara no declínio. Vibrátil ainda, ensombrou-o um pesar profundo, que se exteriorizava em alheamentos fugazes. A sua figura

---

(1) ALI-BAB (Henri Babinski).— *Gastronomie pratique. Études culinaires suivies du traitement de l'obésité des gourmands*. Paris, Esnest Flammarion. Possuimos a 3.ª edição, que é de 1932.

atlética não perdera na elegância do porte, mas o seu sorriso cheio de bondade, sempre franco e acolhedor, aparecia-nos agora como a estereotípia da mágoa que o minava. A perda do irmão ferira-o irremediavelmente na sua sentimentalidade, na falta do convívio amigo de tantos anos e até no aconchêgo do seu lar.

Não que lhe faltassem amigos. Todos os antigos discípulos se revezavam, céleres, a prestar-lhe conforto moral nas horas trágicas que lhe pesavam, no seu isolamento familiar. Mas este não podia ser remediado com palavras nem com demonstrações de estima. Subjugava-o no recôndito da sua afectividade ferida.

Na tarde em que nos despedimos, para nunca mais o vermos, saímos compungidos na apreensão do desastre próximo. Ao descermos o Boulevard, alheados dos transeuntes, iam recordando as lições do Mestre, na Pitié, quando ao seu vigor físico juntava aquele brilho intelectual que se vislumbrava, a cada momento, na seqüência dos seus trabalhos originais firmados nas bases sólidas da observação meticulosa e persistente. Vinham-nos à memória as suas horas de triunfo nas sessões da Sociedade de Neurologia, onde tantas vezes triunfou nas procelas das discussões, vincando o sulco de inéditas doutrinas, abrindo desconhecidos caminhos, rasgando novos horizontes. E evocando o passado brilhante da Neurologia francesa, distinguíamos o seu lugar, de rara fulguração, na constelação dos seus fundadores.

\*

\*      \*

Devemos ao Mestre Babinski o influxo dos seus ensinamentos. Muito valiam pelos conhecimentos novos com que nos instrua e muito também, como orientadores de método de trabalho, no campo da investigação clínica.

Numa emergência especial da nossa vida, deu-nos o precioso incitamento da sua grande amizade. Quando, em Julho de 1927, levámos à Sociedade de Neurologia os nossos trabalhos sobre a «Encefalografia arterial», foi Babinski o primeiro a comentar o nosso esforço com palavras encorajantes, a que se juntaram outras de Souques e de Sicard. Terminada a sessão, procurou-nos para

nos dizer que muito estimava que apresentássemos uma comunicação sôbre o mesmo assunto à *Académie de Médecine*. Como tínhamos de regressar a Lisboa, conseguiu que a palavra nos fôsse dada na sessão imediata, libertando-nos das praxes regulamentares. Desde essa época, Babinski inquiria repetidas vezes do seguimento dos nossos trabalhos e dos resultados colhidos.

A livraria Masson tinha-nos pedido a edição de um livro sôbre o assunto, o qual só pudemos levar a têrmo em meados de 1930, ao fim de obter um número suficiente de casos para documentação da prova. Levando o original a Paris, solicitámos do Mestre umas palavras de apresentação para a obra que ia ser dada à estampa. Imediatamente, e de bom grado, aceitou a incumbência, pedindo-nos que lhe mostrássemos as arteriografias cerebrais obtidas, lhe disséssemos as interpretações dadas e as respectivas confirmações operatórias e anátomo-patológicas. Gastámos na exposição dos casos algumas horas. Por fim, solicitou-nos um resumo do trabalho, que lhe remetemos de Lisboa. Acusando a sua recepção, escreveu-nos o querido Mestre uma carta, que ousamos publicar, porque mostra o cuidado que êle punha em todos os seus trabalhos, mesmo nos de menor responsabilidade.

Paris, le 1 Août 30.

*Cher Ami,*

*J'ai été un peu souffrant et j'ai même dû garder le lit près de 15 jours. Actuellement je me sens notablement mieux. Demain je quitte Paris et je ne serai de retour que dans la première quinzaine de Septembre.*

*J'ai bien reçu votre résumé et vos superbes radios qui resteront en pension chez moi, comme vous le désirez; elles vous seront retournées quand vous me le demanderez. Je ferai tout mon possible pour rédiger une petite préface qui ne soit pas indigne de votre beau travail et qui exprime ce que je pense de vous.*

*J'espère que Masson pourra m'envoyer après, au moins une partie des épreuves de votre ouvrage.*

*Croyez, cher Ami, à mes sentiments bien dévoués.*

*J. Babinski*



O Mestre quis estudar o assunto nas arteriografias originais, apreciar o conjunto no resumo enviado e ver as provas finais de impressão com meticoloso cuidado. Foi depois dêsse estudo que êle enviou o prefácio, em que transluz a velha amizade dedicada ao discípulo e em que se faz, em síntese rápida, a apreciação geral da obra com rara clareza e até com brilho literário. Querido Mestre! Foi o último trabalho, segundo cremos, que êle entregou à publicidade. Mais um motivo para o nosso profundo reconhecimento e perene gratidão.

Ao encerrar esta notícia, talvez um pouco longa, mas áquem do valor do biografado, reparámos em particularidades que melhor fôra não trazer a lume. Não as cortámos, embora algumas delas enfermem de um certo personalismo, por as julgarmos úteis à justa apreciação do valor e do carácter do Mestre. Que nos desculpe o leitor benévolo. São notas que poderão servir, como subsídio, para estudo de maior monta, pois o nome de Babinski perdurará nas páginas imorredoiras da história da Medicina,

EGAS MONIZ.

# NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

## A Escola Anatómica de Bolonha

POR

LUÍS DE PINA

Assistente de Anatomia da Faculdade de Medicina do Pôrto  
Da «Société Française d'Histoire de la Médecine»

(Continuação da pág. XCVI)

Medalhão e placa de Valsalva. São ornados por quatro meninos — anjos simbólicos — que seguram nas mãos instrumentos de dissecação e outros objectos: faca, serrote, caduceu, etc.

De Godium recorda a lápide os seus estudos do ouvido, olhos, etc.

À esquerda da lápide a Flamíneo Rota, que fica também à esquerda da porta do teatro anatómico já referido, vê-se a que foi dedicada a Agostino Cucchi, falecido em 1664:

IO. AVG VSTINI CVCHII BONON.

PHILOS: ET MEDICI

FAMAE

QVI IN HOC VOCALI MARMORE

SI TERMINVS ESSET GLORIAE, NVLLI CEDERET,

AD NONDVM QUIESCIT.

ANGVSTI SVNT HVIVS AVGVSTI LAPIDIS TERMINI





À memória do curioso Sbaraglia, tam pouco amigo de Malpighi e cujo carácter fica bem delineado com o pouco que dêle já aqui se disse, existe esta lembrança:

I. HIERONYMO. SBARALEAE  
 PHILOSOPHIAE ET. MEDICINAE. DOCT. COLLEG.  
 HUIUS. AMPLISSIMAE. SCHOLAE.  
 LECTORI. ET. ANATOMES. PROFESSORI. EMERITO.  
 UTRAQ. ARTISTARUM. UNIVERSITAS.  
 NE. AB. OMNI. POSTCRITATE.  
 VEL. NEGLIGENTIAE. VEL. INGRATI. ANIMI.  
 ACCUSARETUR.  
 M. P.  
 VIXIT. A. LXVIII. M. VII. D. X.  
 OBIT. A. SAL. MDCCX.  
 M. JUNII. DIE. VIII.  
 A. ILL.<sup>MO</sup> ANT. M. NUGGI. PLACE.  
 DIGNISSIMO. PRIORE.  
 AESTIVO

Se a lápide é pequena, a pintura da parede em que a fixaram é de-veras opulenta: um vasto cortinado de veludo pende em austeras pregas; ao alto, um medalhão com o busto de Sbaraglia remata o apanhado destas. Acima da placa uma figura de mulher, vestido branco e azulado manto, aponta o medalhão; a mão esquerda segura um freio de cavalo; aos pés repousam uma lança e um livro; dois anjos brincalhões, à sua beira, ornam o centro do painel; um dêles, em pé, coroa-se de louros a si mesmo; à direita dos mesmos, uma mulher sentada apresenta ao olhar da gente as palmas das suas mãos, nas quais se abre um olho humano, bem aberto e perfeito!

¿Todo êste simbolismo não parece ressumar, mascaradamente, uma cruel ironia do pintor, uma sátira mordazmente alegórica? Nenhum escudo de corporações escolares cerca esta memória.

Eis a de Paulo Mini, de estirado elogio:

D. O. M.  
 INGRATOS ANIMOS HIC LAPIS ABIGIT  
 HAC LUE NIGER HINC APAGE LECTOR

TOTUS GRATITUDINI SACER EST  
 OMNIS HOC ANNO FIENDAE ANATOMIAE ARUERAT SPES  
 TANTAE FRUGIS DEMETBBAT MESSEM  
 CORPORUM INOPIA COELI INTEMPESTAS  
 PRAEFIXI DUDUM INFIRMITAS LECTORIS  
 DOLEBAT DAMNUM SUUM FRUDIENDA IUVENTUS  
 AT VERO QUID DESPERAMUS MORTALES  
 BINIS REPENTE DATIS CADAVERIBUS  
 ALTEROQVE SUFFECTO PROFESSORE  
 OMNIUM MAXIMO BONORUM PLAUSU ANATOMIA PERACTA EST  
 EMINETISS. AC REV. PRINCIPI AC LEGATO  
 D. HYERONYMO CARD. CASTALDO  
 ILLUSTRISSIMO Q. FELSINEO SENATUI  
 TANTUM BENEFICII PONDUS PREFERENDUM EST  
 QVORUM SCILICET PROVIDENTIA AUSPISCUSQUE  
 MAGNUM TERTIO IMPLEVIT THEATRUM  
 EXCELLENTISS. PLANE VIR  
 PHIL. AC MED. ORDIN. PROFESSOR  
 D. PAVLVS MINVS  
 QVI TRIPLICI ELABORATU SYSTEMATE  
 GALENICO HYPOCRATICO HERMETICO  
 UNIVERSAS HUMANI CORPORIS RIMATUS LATEBRAS  
 UNIVERSAM NATURAE VIM TRADUCENSE LATEBRIS  
 ULTRAMQ. IN SUI ADMIRATION PERTRAXIT UNIVERSITATEM  
 TANTO PRINCIPI TANTO SENATUI  
 TANTO PROFESSORI  
 AETERNUM HOC IN LAPIDE GRATI ANIMI TESTIMONIUM  
 P. P.  
 ILLUSTRISSIM. D. D. PRIORES  
 ANNO DOMINI  
 MDCLXXXII IV ID. MAII

Um anjo, ao alto, suporta um manto em que a lápide oval foi encravada; remata-a, em cima, um brasão e chapéu cardinalício; mais de vinte brasões enchem o manto, em redor da placa; esta encontra-se no claustro de baixo, ao fundo da galeria esquerda.

A meio desta galeria se vê a de Carlo Fraçassatto. Um me-

dalhão com sua effigie é sustentado por um outro querubim; de fundo a esta composição, um pano ornamental:

D. O. M.

CAROLO FRACASSATO BONON.  
PHILOSOPHO ET MEDICO COLLEGIATO  
QVEM

PROPRIO EREPTUM LYCEO  
MEDICAEQ. ET ANATOMICAE CATHEDRAE  
PISIS DESTINATVM  
STVDIORVM MATER IN DOLVIT  
QVEM

MESSANENSIS CIVITAS  
VIX SVAE PRIMARIVM VNIVERSITATIS  
EXPERTA

INOPINATO SVBLATVM EVNERE  
INGEMVLI (?)

VIRO  
...LITERRV GENERE VERE SPECIABILI  
IOSEPH MARSANVS E SORA  
VTRVSQ. VNIVERSITATIS PRIOR  
AETERNVM POSVIT  
ANNO XPTI MDCLXXIII

A de António Maria Valsalva fica, como disse, sob a de Godium e diz:

D. O. M.

ANTONII. MARIAE. VALSALVAE  
IMOLENSIS.

PHIL. MED. CHIRUR. ANATOM.  
NOBILISSIMI.

MARMOREUM. SIMULACRUM.

UTRAQ. ARTISTAR. VNIVERSITAS.

IN. CELEBERRIMO. HOC. LOCO. POSUIT.

UT. CUIUS. NOMEN. SCRIPTA. INVENTA

SEMPER. NOTISSIMA. FUTURA. SINT.

EIUS. FACIES. NE. A. POSTERIS. IGNORETUR.

OBIIT. A. CIO. IOCC. XXIII. POSTRID. KAL FEP. VIX  
 A. LVII. D. XV. IN. HOC. AUTEM. ARCHIGYM. IN.  
 QUO. HONORARIUS. QUOQUE. ANATOM. LECT.  
 FUT. SUSTINUIT. A. XXVI. INCIS ET  
 OSTENS. ANAT.  
 MUNUS. AD. QVOD. ANTE. PUBLICE.  
 CONDUCTUS. FUERAT. NEMO.

Enfim, a última, dedicada a Thomaso Laghi se vê perto da de Bartoletto, mas já na galeria em frente ao pórtico da entrada claustral :

D. O. M.  
 THOMAE LAGIO  
 XIIVIRO. MEDICIS. CREANDIS  
 IN. H. GYMNASIO. DOCTORI  
 ANATOMICO. EMERITO  
 INSTITVTI. SCIENTIARVM. ACADEMICO  
 VIRO. INCOMPARABILI  
 DOCENDI STUDIOSSIMO  
 QVI. VIXIT. ANN. LV. MEN. I. D. XXV  
 OBIIT. PRID. ID. MAR. ANN. MDCCLXIV  
 I. BAPTISTA. GARINVS  
 COTONEENSIS  
 VTRIVSQ. UNIVERSITATIS. ARTISTARVM  
 PRIOR. AESTIVVS  
 ET. PRAESIDES. AC. CONSILIARI  
 MAGISTRO. BENE. MERENTI  
 H. M. F. C.  
 ANNO MDCCLXV

Muitíssimos anatomistas não foram memorados como estes, alguns de alto valor. Quási tôdas as lápides se referem a vultos dos séculos XVI e XVII; uma só, a de Tomaso Laghi, corresponde ao século XVIII.

(Continua).

## Faculdades de Medicina

### Do Pôrto

Os Drs. Alberto da Silva e Sousa e Adelaide Fernandes foram nomeados para os cargos de assistentes voluntários, respectivamente, dos institutos de Anatomia e de Histologia da Faculdade.

### De Lisboa

Realizou-se, no dia 28 de Outubro, a primeira sessão do Conselho Escolar da Faculdade de Medicina, com uma extensa ordem-do-dia.

Foi votada uma lista tríplice, composta pelos Profs. Celestino da Costa, Salazar de Sousa e Sobral Cid para, dentre estes, o Ministro da Instrução escolher o novo Director da Faculdade. Foi nomeado o Prof. Sobral Cid.

Antes da ordem-do-dia tratou-se do caso da anulação de um exame de Neurologia, requerida pelo Prof. Egas Moniz. A resolução dêste caso foi entregue às estações superiores.

## Hospital da Misericórdia do Pôrto

No Hospital da Misericórdia do Pôrto foram inauguradas várias dependências, entre as quais: salas de jantar, de espera, de operações, de esterilizações e de curativos e gabinete para os médicos.

Após uma visita a estas dependências, organizou-se uma sessão solene presidida pelo provedor Dr. António Luís Gomes.

## Sociedade Portuguesa de Biologia

A sessão de abertura do novo ano Académico da Sociedade Portuguesa de Biologia realizou-se no dia 25 de Outubro, sob a presidência do Prof. Ferreira de Mira.

O Dr. Luís Simões Raposo apresentou uma comunicação sobre o restabelecimento do volume sanguíneo, após hemorragias abundantes, em diferentes animais.

O Prof. Celestino da Costa e Dr. José Soares comunicaram um trabalho sôbre o desenvolvimento de um óvulo de cobaia *in vitro*.

O Dr. Kurt Jacobsohn apresentou as suas experiências sôbre a especialidade estereoquímica da fumarose.

Os Drs. Kurt Jacobsohn, Belo Pereira e João Tapadinhas fizeram uma comunicação acêrca da acção dos alcalóides na fumarose.

Os Drs. Eduardo Coelho e José Rocheta estudaram o cloro do sangue no colapso circulatório experimental, e fizeram mais três comunicações sôbre a patogenia do edema pulmonar agudo.

O Dr. Gomes da Costa falou sôbre o valor da reacção de Bendien para o diagnóstico do cancro.

Os Drs. Alberto de Carvalho e Moniz Pereira referiram um estudo sôbre a acção da luz solar no crescimento dos bacilos de Koch, submetidos à luz solar.

A Dr.<sup>a</sup> Amélia Bacelar e o Dr. Fernando Frade apresentaram um trabalho acêrca da influência da não fecundação na longevidade de certas espécies.

Finalmente, o Prof. Ferreira de Mira falou sôbre as modificações de plumagem da galinha depois da administração de doses maciças de tiroxina.

### Sociedade Portuguesa de Cirurgia

Reünuiu-se, na Associação dos Médicos Portugueses, um grupo de cirurgiões, a-fim de discutir o projecto de estatutos da Sociedade Portuguesa de Cirurgia, que havia sido elaborado por uma comissão composta pelo Prof. Francisco Gentil e Drs. Adelino Costa e Luís Quintela.

Presidiu o Dr. Craveiro Lopes, secretariado pelos Drs. Adelino Costa e Aleu Saldanha.

O projecto de estatutos foi aprovado, com algumas alterações.

O número de sócios efectivos e fundadores fixou-se em 90. Consideram-se como tais os Professores catedráticos, auxiliares, agregados e livres, e os assistentes, que tenham prestado concurso de provas públicas, das secções de cirurgia, ginecologia e obstetrícia, os cirurgiões dos hospitais e os que apresentarem a sua candidatura e sejam aprovados por dois têtços dos sócios em assemblea convocada para êsse fim.

### Associação Médica Lusitana

A Associação Médica Lusitana reünuiu-se últimamente. O Prof. Almeida Garrett descreveu, nessa sessão, a organização do Instituto de Puericultura, que funciona desde o principio do ano que decorre.

O Dr. Silva Leal falou sôbre o diagnóstico radiológico dos tumores e sifilomas.

O Dr. Fonseca e Costa pronunciou-se sôbre a administração de farinha aos lactantes.

### Escola de Medicina Tropical

O Director da Escola de Medicina Tropical, Prof. Aires Kopke, apresentou ao Ministro das Colónias um projecto de aumento do número de inscrições na referida Escola, a-fim-de que possam receber o curso de Medicina Tropical todos os médicos que se destinam às colónias.

A frequência anual máxima da Escola está fixada, por lei, em 40 alunos e o número de requerentes sobe, êste ano, a 74.

— A Escola de Medicina Tropical foi autorizada a internar no Hospital Colonial doentes indigenas de Cabo Verde e da Guiné, escolhidos pelos professores que dirigem missões de estudo naquelas colónias. Os doentes destinam-se-ão às lições práticas aos alunos da Escola e às investigações dos professores.

### Dispensários anti-tuberculosos

Funciona já o Dispensário anti-tuberculoso da Guarda, sob a direcção do Dr. Mário Cardoso.

### Homenagens

A cidade de Castelo Branco promoveu uma homenagem ao Dr. Alfredo Alves Mota.

—Prestou-se, em Mangualde, homenagem à memória do Dr. José Antônio de Almeida, fundador do hospital daquela localidade.

—Na Associação de Socorros Mútuos dos Empregados no Comércio de Lisboa foram, em sessão solene, descerradas lápidas com os nomes dos Drs. Costa Júnior e João Chaves.

O elogio dos homenageados foi feito pelo Dr. Manuel de Vasconcelos.

## Os Cruzeiros Médicos Franco-Belgas em 1933

O XVII Cruzeiro Médico Franco-Belga realizar-se-á na próxima Páscoa, à *Grécia, Adriático e Itália*, a bordo do vapor «Theophile Gautier», da Companhia das *Messageries Maritimes*.

A partida será de Marselha, no sábado 8 de Abril 1933 e regressar-se-á ao mesmo ponto de partida em 1 de Maio.

O itinerário é o seguinte:

Marselha, Messines, Katakolo (Olímpia), Corinto (Micènes, Argos, Atenas), Itea (Delfos e Parnaso), Ithaque (Ilha de Ulisses), S. João de Medua (Scurari de Albania), Cattaro (Cetinhé), Raguse, Spalato, Fiume, Venesa, Pôrto Corsini (Ravena), Civita Vecchia (Roma), Ilha Rousse (Corsega), Marselha.

Para os médicos, suas mulheres e filhos menores solteiros, haverá lugares desde : 2.100 francos franceses, em 2.ª classe, e 3.975, em 1.ª classe.

Em todos os portos por onde o vapor fizer escala, organizar-se-ão excursões facultativas.

Os médicos a quem interesse esta viagem poderão desde já inscrever-se, sem que isso lhes traga qualquer compromisso, dirigindo-se ao XVII<sup>e</sup> Croisière Médicale Franco-Belge—29, Boulevard Adolphe Max, Bruxelles.

Há todo o interêsse em fazerem as suas inscrições sem demora, porque o número máximo de passageiros será de 190 para a 1.ª e de 70 para a 2.ª classe.

Fazemos notar que está decidido realizar-se, no verão de 1933, um cruzeiro Polar: Orcades, Islândia, Banquize, Spitzberg, Lapônia, Cabo Norte, fiords da Noruega e talvez Arkangel.

Este será o XVIII Cruzeiro Médico Franco-Belga.

\*  
\*  
\*

## Medicina colonial

O médico do quadro de saúde de Moçambique, Dr. A. Costa, foi autorizado a ausentar-se para o estrangeiro.

— A repartição de Saúde do Ministério das Colónias apreciou os relatórios dos Médicos que fizeram parte das brigadas do fomento em Angola. O da brigada do caminho-de-ferro Zaire-Congo refere o conhecimento climatológico e nosológico das regiões percorridas e a assistência prestada.

— A verba de vencimentos na colónia de Macau foi reforçada, a-fim-de

satisfazer o encargo da nomeação de médicos interinos que constituirão a defesa sanitária da colónia contra a epidemia de cólera, que assola o território estrangeiro vizinho.

\*  
\*  
\*

### Medicina militar

Publicou-se um diploma que actualiza o regulamento do concurso para preenchimento das vagas no quadro permanente dos oficiais médicos do exército.

\*  
\*  
\*

### Medicina naval

Está aberta, novamente, a consulta externa das doenças de pele e sífilis do Hospital da Marinha.

— O novo vogal da comissão técnica de saúde é o capitão-tenente médico Dr. Máximo Prates.

— O Dr. José Correia Galvão Rocha foi nomeado 2.º tenente da Armada.

\*  
\*  
\*

### Partidos médicos

Ocupa o cargo de médico municipal do Seixal o Dr. Amândio Fiadeiro, em substituição do Dr. Álvaro Roxanes.

— O Dr. Luís Loureiro é o novo médico municipal de Nelas.

\*  
\*  
\*

### Conferências

No Sindicato Profissional dos Enfermeiros da região do Sul, o Dr. Fernando Matos Chaves pronunciou uma conferência sobre «A medicina através dos tempos».

— O Dr. António Pedro da Silva Martins falou, na Associação de Socorros Mútuos dos Empregados no Comércio e Indústria, sobre «Mutualidade e medicina social».



— Na Associação dos Médicos do Centro de Portugal, em Coimbra, realizou o Dr. Júlio Machado Feliciano Júnior uma conferência intitulada «Quinze anos de vida clínica em Coimbra».

### Visitas de estudo

Foi a Espanha, França e Bélgica, aperfeiçoar os seus conhecimentos acerca da organização e funcionamento dos principais laboratórios, o Dr. Armando dos Reis Vale, chefe de laboratório dos serviços de análises clínicas dos Hospitais Cívis de Lisboa.

— O assistente de serviço geral de clínica cirúrgica dos Hospitais Cívis, Dr. Mário Carmona, foi encarregado de estudar os serviços de cirurgia em Espanha, França e Bélgica.

### Necrologia

Faleceram, em Seia: o Dr. José Albano do Couto Tavares Segurado; em Paris, o Dr. Melo Viana, e no Mindelo, o Dr. Bartolomeu Gonçalves Pinto.





## Tratamento completo das doenças do fígado e dos síndromas derivativos

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



Opoterapias hepática e biliar  
associadas aos colagogos

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

## PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos científicos

Lavagem  
de Extracto de Bilis  
glicerinado  
e de Panbiline .



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

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

Tratamento específico do Hipofuncionamento ovarico

# HORMOVARINE BYLA

FOLICULINA FISIOLÓGICAMENTE TITULADA

Dismenorreia, Amenorreia, Menopausa, Castração cirurgica, Esterilidade.

Em caixas de 6 empôlas de 1 c. c. tituladas a 10 unidades de foliculina

ETABLISSEMENTS BYLA — 26, Avenue de l'Observatoire — PARIS

PEDIR LITERATURAS AOS AGENTES PARA PORTUGAL :

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

# ALCACYL

Acetilsalicilato de cal com Alucol  
Analgésico, anti-infeccioso, anti-térmico  
1 a 2 comprimidos dissolvidos num pouco  
de água assucarada; 4 a 6 vezes por dia

Sem acção nociva sobre o estomago,  
rins e coração

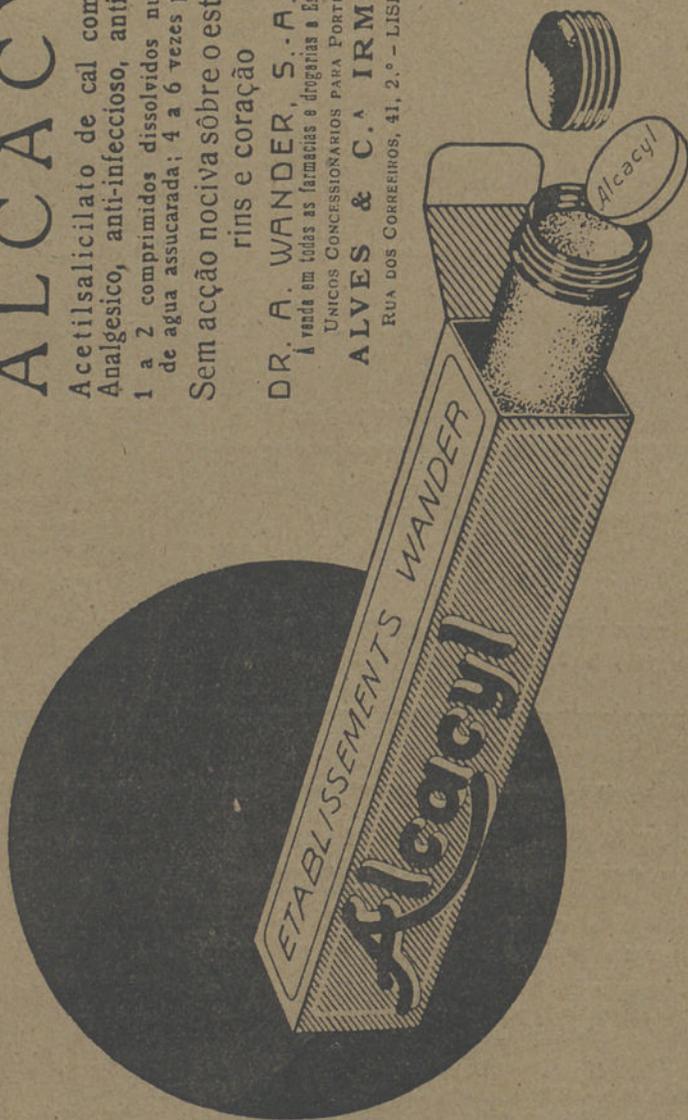
DR. A. WANDER, S. A., ZERNE

A venda em todas as farmácias e drogeries e Esc. 14810

UNICOS CONCESSIONARIOS PARA PORTUGAL

ALVES & C. A IRMÃOS

RUA DOS CORREIROS, 41, 2.º - LISBOA



# ALCACYL WANDER