

Ano X

N.º 10

Outubro 1933



# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

## DIRECÇÃO

PROFESSORES

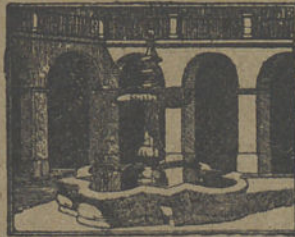
*Custódio Cabeça, Egas Moniz, Lopo de Carvalho,  
Pulido Valente, Adelino Padesca, Henrique Parreira,  
Reynaldo dos Santos e António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

*Eduardo Coelho*

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA  
LISBOA



# FLUOTHYMINA

Com base de Fluoroformio e Thymina  
Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL  
**COQUELUCHE E TOSSE REBELDE**

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colonias  
**GIMENEZ-SALINAS & C.<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 2 a 4 por dia produzem **diurese prompta**, reanimam o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA**, Lesões **MITRAES, CARDIOPATHIAS da INFANCIA** e dos **VELHOS**, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

**TONICO do CORAÇÃO** por excellencia, **TOLERANCIA INDEFINITA**

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

3, Boulevard St-Martin Paris — PHARMACIAS

**DOCTOR:**

**NO/ CA/ O/ EM  
QUE PRECISE TONI-  
FICAR UM ORGA-  
NI/ MO DEBILITADO  
RECORDE O**



# Phosphorrenal

**ROBERT**  
NA/ SUA/ TRES/ FORMAS:  
**GRANULADO - ELIXIR  
INJECTAVEL**  
**LABORATORIO  
ROBERT**

Sala B

Est. 8

Tab. 2

N.º 10

Deposítarios para Portugal e Colónias: **GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>**

240, Rua da Palma





# E-MERCK DARMSTADT NEO-IODIPINA

Recente preparado de Iodipina, muito fluido, a 20 e 40<sup>o</sup>/<sub>o</sub>:  
a sua eficácia terapêutica e a sua opacidade aos raios X,  
são idênticas às da Iodipina Merck, fármaco já intro-  
duzido e comprovado ha algumas dezenas de anos.

## A NEO-IODIPINA

possibilita uma injeção rápida e cómoda.

A sua aplicação é indolor.

A absorção é muito mais fácil

A dispersão do óleo nos tecidos é mais rápida

A seringa limpa-se muito mais facilmente

Em radiologia deve preferir-se à Iodipina corrente, nos casos  
em que o meio de contraste deve passar por canais estre-  
itos, como por exemplo os uretères, condutos fistulosos, etc

### Embalagens

#### NEO-IODIPINA a 20<sup>o</sup>/<sub>o</sub>

Frascos de 50 gr  
Ampólas de 1 e 2 c.c  
Caixas com 10 ampólas

#### NEO-IODIPINA a 40<sup>o</sup>/<sub>o</sub>

Frascos de 25 gr

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

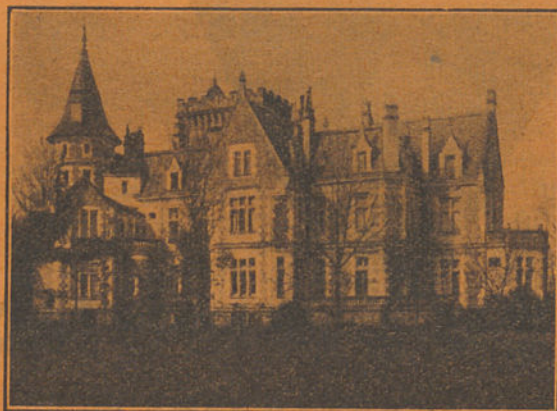


# CHATEAU DE PREVILLE—ORTHEZ

Próximo de Pau (Baixos Pirineos)

Casa de tratamentos, Repouso e Regimens

T. 52



**Dr. Marcel DHERS,**  
director

Afeções do Sistema Nervoso, Perturbações orgânicas e funcionais.

Curas de desintoxicações

Convalescenças

Electo-Radiologia  
Hidroterapia  
Mecanoterapia  
Psicoterapia

Instalações luxuosas e confortáveis, no meio de um parque com doze hectares, nas proximidades de Pau e Biarritz, sob um ceu "bearnais" e um clima reputado.

Dão-se informações a quem as pedir

## 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 (XVIIe)**

DEPOSITARIOS  
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.<sup>a</sup>, L.<sup>da</sup>

45, Rua Santa Justa, 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, 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 — TELEF. 21476  
 G. DELTA

Agente no PORTO

**M. PEREIRA DA SILVA,** L. 10108, 36. Telefone 701



**HICKS**

**O TERMÓMETRO  
 DE CONFIANÇA**

**DOS MÉDICOS  
 DA ÉLITE  
 DOS HOSPITAIS**

**GENUINO**

MARCA  REGISTRADA

**AFERIDO**

**NAS BOAS FARMÁCIAS**

Representantes: **COLL TAYLOR, LDA.** — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA

Agente no PORTO — Farmácia Sarabando — Largo dos Loios, 35 - 37



# Salvitae

## Nas Toxemias da Gravidez

E' possível, por meio de alimentação ideal, apropriadamente seleccionada, suprir todas as necessidades minerais básicas do corpo, mantendo assim uma adequada reserva alcalina; mas é tão raro alcançar-se este desideratum, que a administração do SALVITAE serve como uma racional medicação.

SALVITAE, protege, de uma forma eficiente, o organismo contra acidose e toxemias da gravidez, suprimindo-o de saes minerais (sodio, potassio, calcio, magnesia, etc.) dos quaes depende a integridade do equilibrio ácido basico do corpo.

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

Agentes em Portugal:

**Gimenez - Salinas & C.<sup>a</sup>**

240, Rua da Palma, 246 - LISBOA





BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

**BISMUTHOIDOL**

**"ROBIN"**

**Doenças ocasionadas pelos protozoarios,  
Syphilis.**

**OS LABORATORIOS ROBIN  
13, Rue de Poissy, PARIS.**

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

N.º 1748  
8 Julho 1923

Depositários para Portugal e Colónias:

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

**CIGARROS  
DE ABYSSINIA**

**EXIBARD**

*Sem Opio nem Morphina.*

Muito eficazes contra a

**ASTHMA**

**Catarrho — Oppressão**

e todas affecções espasmódicas  
das vias respiratorias.

35 Anos de Bom Exitto. Medalhas Ouro e Prata.

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

**E BOAS PHARMACIAS**



## Complicações causadas pela injecção terapeutica

### VARICOSE DAS VEIAS

As reacções inflamatórias excessivas em seguida a este método de tratamento, podem ser o resultado da rapidez na aplicação inicial, com uma solução altamente concentrada, ou a difusão de uma pequena quantidade da solução, através da parede da veia.

Nestes casos, ha uma vermelhidão difusa, inchação e inflamação, acompanhadas de dôres e moleza, semelhante a celulite.

A *Antiphlogistine*, aplicada sobre todo o segmento venoso, aliviará rapidamente esse fenómeno doloroso. O seu uso tem sido advogado por Tournay e Fabre, colaboradores de Sicard, e valiosos exponentes do seu método.

Peçam amostras e literatura à

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

*Nova York*

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

Caes do Sodré, 8, 1.<sup>o</sup>

LISBOA

ANALGESICA

CALMANTE

DESCONGESTIVA

# ANTIPHLOGISTINE





# A ECONOMIA DO 'Petrolagar'

(Marca Registada)

**N**OS tempos presentes, o custo do tratamento é uma preocupação para os doentes. Pastilhas laxativas, pílulas e sais tornam-se dispendiosos com o "andar do tempo" porque têm de ser tomados permanentemente e em doses crescentes para serem eficazes e por forçarem a acção intestinal, não tratam a prisão de ventre, mas ainda a agravam.

O uso do 'Petrolagar' traz uma grande economia ao doente por assegurar o regresso ao bom funcionamento do intestino por uma racional reeducação. Logo que o doente veja que o 'Petrolagar' está dando o resultado que pretende, irá a pouco e pouco diminuindo a dose e por último toma-lo-ha espaçadamente, quando o "hábito da hora certa" estiver restaurado. Obtem-se assim um tratamento definitivo, o que é muito mais económico.

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

*Representante em Portugal:*

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



# Duas vacinas

cujo sucesso se acentua dia a dia

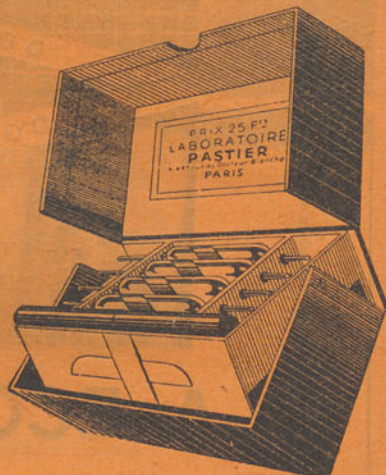
Dupla superioridade

Acção directa sôbre 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 P. ASTIER—45, Rue du Docteur Blanche—PARIS  
ou nos representantes para Portugal e Colónias  
GIMENEZ-SALINAS & C.ª—R. da Palma, 240-246—Lisboa





## SUMÁRIO

### Artigos originais

<i>Le sinus droit et l'ampoule de Galien opacifiés par la voie du tronc basilaire</i> , par Egas Moniz et Fernando de Almeida.....	Pág.	587
<i>Hospitais modernos</i> , por Francisco Gentil.....	»	594
<i>Atresia cólica muito extensa, num adulto</i> , por J. Pereira Caldas....	»	624
<hr/>		
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i> .....	»	631
<i>Notícias &amp; Informações</i> .....	»	LIX

## LE SINUS DROIT ET L'AMPOULE DE GALIEN OPACIFIÉS PAR LA VOIE DU TRONC BASILAIRE

PAR

EGAS MONIZ et FERNANDO DE ALMEIDA

En injectant la carotide interne avec le thorotrast, nous avons obtenu la phlébographie du cerveau. Dans une première phase, deux secondes après l'injection, on voit le réseau veineux du cerveau; quatre ou quatre secondes et demi après l'injection, on peut avoir la visibilité des sinus, parmi lesquels on peut voir dessinés le sinus droit et le sinus longitudinal inférieurs. Ces sinus sont ceux qui nous ont le plus intéressé. Comme ils sont placés dans la région inter-hémisphérique, l'un dans la tente du cervelet, l'autre dans la partie inférieure de la faux du cerveau, leur déplacement, déterminé par des tumeurs, pourrait fournir des indications diagnostiques. Dans ces phlébographies cérébrales, on voit plus la direction que le volume du sinus droit. Pour obtenir celui-ci, il faut injecter des doses de 18 à 20 centimètres cubes. En ce qui concerne l'investigation clinique, c'est la direction du sinus droit qui est importante; examinons cependant pourquoi il est difficile d'obtenir la visibilité du sinus droit dans tout son volume. Le sang veineux qui va à ce sinus provient de la circulation de la carotide interne et de celle du tronc basilaire. Si on considère séparément les deux secteurs de ces circulations de l'encéphale, on note que les veines qui dérivent du secteur carotidien arrivent principalement au sinus droit par les veines de Galien et par la veine basilaire.



A la circulation veineuse provenant du secteur du tronc basilaire appartiennent plusieurs veines allant à l'ampoule de Galien et à la veine basilaire, mais il y en a d'autres qui débouchent directement dans le sinus droit.

Faisons un rapide résumé de la circulation artérielle des vertébrales et du tronc basilaire pour bien comprendre la circulation veineuse qui, provenant de cette circulation artérielle, va au sinus droit et à l'ampoule de Galien. Lorsque la vertébrale, le tronc basilaire et les artères qui en dérivent sont injectés de thorotrast, celui-ci passe aux veines et aux sinus à travers les capillaires; mais il n'y a pas une correspondance absolue entre les artères et les veines du même nom et de la même région. Les veines n'apportent seulement le sang dérivé d'une certaine artère; d'autres réseaux artériels lui donnent aussi leur sang.

*L'artère vertébrale* donne :

- 1) La méningée postérieure qui irrigue la partie inférieure de la dure-mère qui occupe la fosse occipitale;
- 2) La spinale postérieure qui donne du sang au bulbe, IV<sup>e</sup> ventricule et moelle cervicale;
- 3) La spinale antérieure qui va à la moelle cervicale;
- 4) La cérébelleuse inférieure qui, par ses branches, se distribue dans la face inférieure ou, mieux, inféro-antérieure, la portion postérieure des lobes latéraux et le lobe médian du cervelet.

*Le tronc basilaire* donne :

- 1) Les artères protubérantielles pour la face antérieure de la protubérance;
- 2) L'auditive interne pour le vestibule et le limaçon;
- 3) La cérébelleuse moyenne pour la partie inférieure et antérieure du cervelet
- 4) La cérébelleuse supérieure pour la face supérieure et postérieure du cervelet.

*Les cérébrales postérieures* sont en communication avec la carotide interne par les communicantes postérieures. Dans 25 % des cas, les artères naissent des carotides internes (1). Le calibre de la communicante postérieure est augmenté dans ces cas et la

---

(1) Egas Moniz. — L'angiographie cérébrale chez le vivant, son importance anatomique. *Folia Anatomica Universitatis Conimbrigensis*. Vol. VIII. N.º 9. 1933. Coimbra.



cérébrale postérieure est ainsi rendue visible par l'injection du thorotrast dans la carotide interne.

Ces artères cérébrales postérieures donnent origine à la choroïdienne postérieure, au pédicule retro-mamillaire, à l'artère thalamo-genouillée, allant surtout à la couche optique, à l'artère du splénium, aux artères protubérantielles, aux artères pédonculaires, aux artères quadrijumelles et aux artères terminales qui irriguent la partie postérieure de l'hémisphère cérébral, c'est-à-dire l'artère calcarine et les artères temporo-occipitales.

Les artères cérébelleuses sont très anastomosées entre elles et aussi avec des branches des cérébrales postérieures.

Des régions irriguées par ces artères proviennent des veines dont les plus importantes sont :

1) Les veines cérébelleuses médianes ;

2) La veine vermienne supérieure qui va à la veine de Galien, parfois directement au sinus droit ou à une veine cérébrale interne ;

3) La vermienne inférieure qui, parfois, est affluente du sinus droit, parfois du sinus latéral.

Les veines cérébelleuses latérales, supérieures ou inférieures, ne sont pas des affluents du sinus droit ; elles vont déboucher au sinus latéral et au sinus pétreux supérieur.

Les veines du bulbe sont affluentes des sinus de la base : sinus latéral, sinus pétreux inférieur, sinus occipital postérieur et plexus veineux du trou occipital. Elles ne sont pas en relation directe ou indirecte avec le sinus droit. Le sang veineux de la protubérance et des pédoncules suit diverses directions. Quelques-unes de ces veines vont à la veine communicante postérieure, d'autres sont liées aux veines cérébelleuses, et d'autres sont affluentes de la veine basilaire et du sinus pétreux supérieur.

Les veinules des tubercules quadrijumeaux vont à l'ampoule de Galien.

Les veines de la couche optique et du trigone débouchent dans les veines et dans l'ampoule de Galien.

Les veines de la zone postérieure du cerveau, irriguée par la cérébrale postérieure, sont divisées en deux groupes :

1) Les veines calcarines superficielles, qui sont internes ou externes.

Les internes se divisent en ascendantes et descendantes. Les



premières vont, en général, au sinus longitudinal supérieur (fig. 2), soit directement, soit par les veines de la face externe du cerveau avec lesquelles elles se lient. Les secondes, veines descendantes, vont à l'ampoule ou à la veine de Galien.

Les veines calcarines superficielles externes vont au sinus longitudinal supérieur et au sinus latéral.

2) Les veines cérébrales postéro-inférieures ou veines temporo-occipitales, sont orientées en diverses directions. Quelques-unes vont à l'ampoule de Galien, les autres sont affluentes de la veine basilaire, du sinus pétreux supérieur et du sinus latéral.

\*

\*        \*

Nous venons de faire un résumé de la circulation artérielle et veineuse d'une région assez complexe formée par la partie postérieure du cerveau, mésencéphale et cervelet, c'est-à-dire de toute la zone irriguée par les vertébrales et par le tronc basilaire.

Nous pouvons reconnaître, d'après ces indications, quelle est la circulation veineuse de cette région qui va à l'ampoule et à la veine de Galien, à la veine basilaire et au sinus droit. Il est maintenant facile de comprendre quelles sont les veines de cette région qui apportent du mélange sang-thorotrast à ces vaisseaux pour les rendre visibles, après l'injection du liquide opaque dans la vertébrale.

Il ne faut pas oublier que nous n'injectons qu'une seule vertébrale pour faire l'épreuve angiographique de la fosse postérieure. Une partie égale de sang, venu de l'autre vertébrale, fait diminuer l'opacité du mélange sang-thorotrast à la moitié. Nous ajouterons encore que pour rendre pratique cette épreuve, nous injectons, contre courant, la sous-clavière et par conséquent, le thorotrast montant par la vertébrale ne doit pas être dans la quantité où il serait, si l'injection était faite directement dans la vertébrale (fig. 1). Regardons maintenant la phlébographie de la fosse postérieure (fig. 2), obtenue 4 secondes après l'injection du thorotrast dans la sous-clavière.

On y voit les veines ascendantes (V. A.) qui vont se jeter dans le sinus longitudinal supérieur. Une veine cérébelleuse



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**





LISBOA MÉDICA

# XAROPE DE FOSCAL SERONO

O CÁLCIO IDEAL PARA AS CRIANÇAS

Fosfo-carbonato de cálcio e magnésio, preparado nas mesmas proporções em que se encontra nos ossos.



O "FOSCAL SERONO" É UM PREPARADO CUJA SUPERIORIDADE SOBRE OS SEUS SIMILARES SE MANIFESTA PELA QUANTIDADE DE MAGNÉSIO QUE ÊLE CONTEM —  
42,20% de óxido de cálcio  
7,90% de óxido de magnésio  
21,50% de anidrido carbónico

J. A. MARQUES 1953

ESTE PRODUCTO PREPARA-SE TAMBEM EM PÓ (FRASCOS DE ALUMINIO) EM HOSTIAS (CXS. DE 90 HOSTIAS) E EM PASTILHAS (COM AÇÚCAR OU CACAU).

ENVIA

L. LEPORI

Δ PARTADO 214  
LISBÔA Δ

AMOSTRAS GRATIS  
AOS SNRS. MÉDICOS



(V. C.<sup>lleuse</sup>) est très nette; c'est probablement la veine vermiennne supérieure qui devrait plutôt être appelée veine vermiennne postérieure. La position du cervelet chez le vivant présente ses deux faces en position postérieure (plus que supérieure) et antérieure (plus qu'inférieure).

Le sinus pétreux supérieur (S. P. S.) paraît bien dessiné dans la phlébographie de la fig. 2, ainsi que quelques veines tempo-

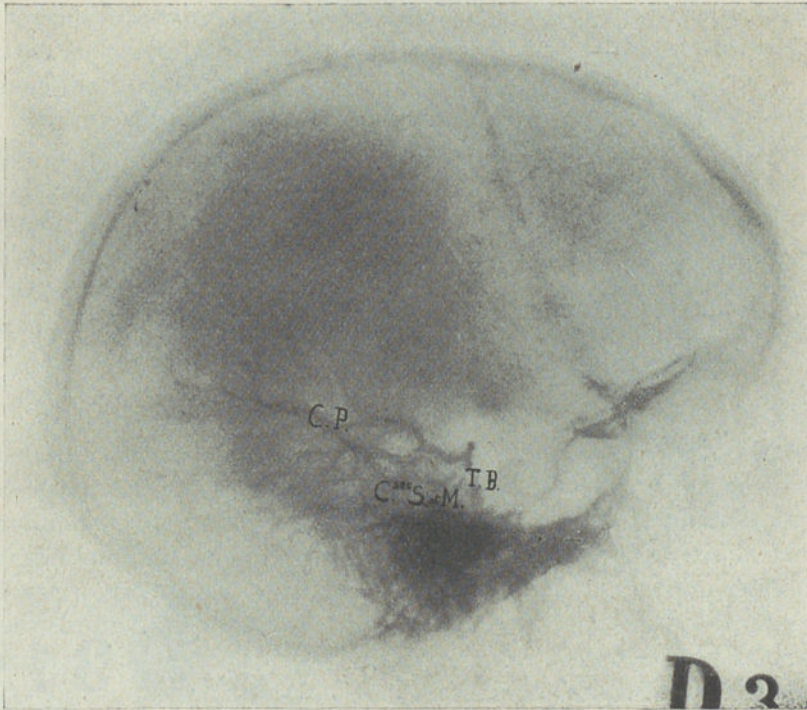


Fig. 1

*Artériographie du tronc basilaire.*

T. B. — tronc basilaire. C. P. — artère cérébrale postérieure. C.<sup>sup.</sup> S. et M. — artères cérébelleuses supérieures et moyenne.

occipitales (V. T. O.). La veine basilaire (V. B.), l'ampoule de Galien (A. G.), la partie terminale de la veine de Galien et le sinus droit (S. D.), sont assez visibles.

Quand on veut préciser l'origine du sang qui passe dans les veines à travers les capillaires, il faut noter, comme nous avons dit, que le sang des veines n'est pas fourni par un seul réseau



artériel; d'autres réseaux artériels donnent aussi du sang à ces veines. Plusieurs veines peuvent, au contraire, dériver du même réseau artériel. Ainsi les veines calcarines ascendantes, que nous avons décrites, ne reçoivent pas tout le sang de l'artère calcarine, branche de la cérébrale postérieure, mais seulement le sang de la partie superficielle, interne et externe du cuneus.

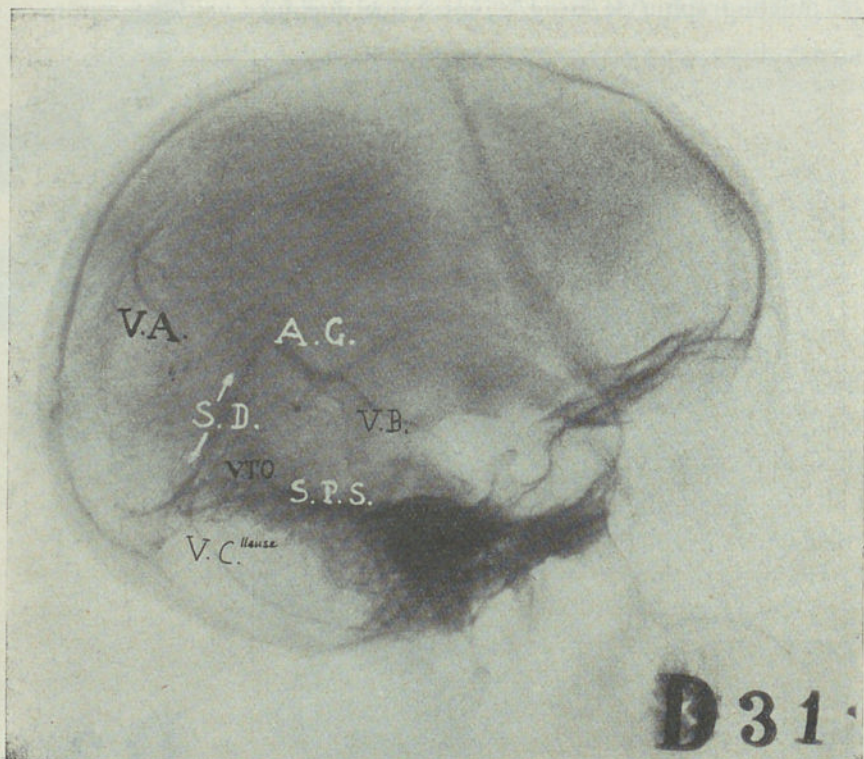


Fig. 2

Phlébographie de la fosse postérieure chez le même malade, obtenue 4 secondes après l'artériographie.

V. A. — veines ascendantes de la région du *cuneus*. S. D. — sinus droit. A. G. — ampoule de Galien. V. B. — veine basilaire. S. P. S. — sinus pétreux supérieur. V. T. O. — veines temporo-occipitales. V. C. <sup>Heuse</sup> — veine cérébelleuse (vermienne postérieure?).

Des veines cérébrales ascendantes, il y en a une qui est très bien opacifiée dans la phlébographie de la fig. 2; les veines temporo-occipitales, aussi appelées cérébrales inférieures et postérieures, sont assez visibles dans la même figure. Le sinus pétreux



supérieur nous paraît très bien dessiné et c'est le sang des veines cérébrales inféro-postérieures et des cérébelleuses latérales qui rend opaque ce sinus.

La veine basilaire est visible dans la portion postérieure de son trajet parce qu'elle reçoit du sang des veines protubérantielles et pédonculaires, de quelques veines temporo-occipitales et, parfois, d'une ou de deux veines cérébelleuses (Testut et Latarjet). Dans le cas de la phlébographie que nous publions (fig. 2), la veine basilaire est très visible, ce qui montre qu'elle a reçu, dans sa partie postérieure, une assez forte quantité du mélange sang-thorotrast.

Comme affluents de l'ampoule de Galien, nous avons les veines de la couche optique, des tubercules quadrijumeaux, quelques veines cérébelleuses supérieures, quelques veines cunéo-limbiques, etc. Les veines du thalamus, quelques veines striées et d'autres qui conduisent du sang des deux systèmes artériels de l'encéphale vont se jeter dans les veines de Galien, dont la portion postérieure est visible dans notre figure.

Le sinus droit reçoit, en général, les veines vermiennes.

Nous venons de voir que le sang veineux, dérivé de la circulation artérielle du tronc basilaire et qui va au sinus droit, soit directement, soit par l'ampoule de Galien, veines de Galien, veine communicante postérieure et veines basilaires, *est en quantité plus importante qu'on ne le pourrait supposer*. En effet, en faisant l'artériographie du tronc basilaire (fig. 1) par l'injection dans la vertébrale (par la voie de la sous-clavière) (1) et, en tirant un second film 4 secondes après avoir terminé l'injection, on obtient un dessin assez parfait du sinus droit, de l'ampoule de Galien, des veines de Galien et des veines basilaires (fig. 2). On n'aurait guère supposé que, par les artères dérivées du tronc basilaire (fig. 1), venait une aussi forte circulation veineuse, capable de produire la visibilité si nette du sinus droit et de l'ampoule de Galien. Cela démontre l'importance de la circulation du mésencéphale, du métencéphale et de la partie postero-inférieure du lobe occipital, dérivé du tronc basilaire.

---

(1) Egas Moniz et Abel Alves. — L'importance diagnostique de l'artériographie de la fosse postérieure. *Revue Neurologique*. Septembre 1933.



## HOSPITAIS MODERNOS

Ethics may be defined as a "science of duty or morality".

MAC EACHERN.

Todos devemos contribuir para melhorar as condições de trabalho que os hospitais nos proporcionam e trazer a público as informações que consideremos úteis a essa finalidade. Temos sempre vivido em regime de adaptações hospitalares, devendo a essa orientação o atraso das nossas instituições de assistência; mas hoje, que o movimento renovador é intenso por tôda a Europa, mesmo em países que nós poderíamos invejar nas suas magníficas instalações hospitalares, e que o Presidente do Ministério destina, num justo movimento de respeito pelo doente, uma avultada verba para hospitais modernos, julgamos chegado o momento de cada um contribuir, dentro das suas possibilidades, para a boa solução do problema hospitalar. É por isso que nós resolvemos apresentar aos leitores da *Lisboa Médica* um depoimento importante sôbre o modo de planear e organizar um hospital moderno.

Sem desprimor para alguns raros realizadores de instituições hospitalares que entre nós existem, pode afirmar-se não haver em Portugal especialistas dêste complexo ramo da architectura: *construções hospitalares*; e por isso julgámos preferível, tendo visitado uma série de obras devidas ao Dr. Lopez Albo, de Bilbao, pedir-lhe — como boa exposição de doutrina — a publicação entre nós da conferência por êle realizada na Academia Médico-Cirúrgica de San Sebastian.



Lopez Albo, novo, inteligente, culto e apaixonado pela sua profissão, tendo a rara felicidade de viver num meio médico moderno, mercê da obra realizada pela Junta de Ampliação dos Estudos nos últimos quasi trinta anos, convenceu-se de quanto é necessário, ao integral desenvolvimento da vida médica, o meio hospitalar. Estudou a Europa, estudou a Norte América, realizou, observou os resultados que obteve, e agora, em plena maturação dos seus conhecimentos, diz-nos resumidamente uma grande parte do complexo hospital moderno. Para nós, na situação em que nos encontramos, o que Lopez Albo escreveu para Espanha, pode compreender-se e ter a maior utilidade, mesmo nos aspectos do problema hospitalar em que nós possamos discordar do illustre conferente de San Sebastian. O que elle nos diz representa sempre o depoimento de uma intelligência de rara lucidez que estudou a sério o problema hospitalar, conseguiu realizações primorosas, como Valdecilla, e pôde já ver funcionar durante anos a sua esplêndida obra. Trazer depoimentos úteis é talvez, na actual situação, o melhor que poderemos fazer em favor da obra de renovamento que a nossa geração deve à assistência hospitalar.

E porque o problema é difficil de resolver, pensemos que os vários aspectos da questão hospitalar, tanto no seu estudo orgânico, como no modo de ser funcional, comportam para cada ponto mais de uma solução. A simples leitura das actas dos congressos já realizados neste século sobre hospitais prova-nos que vários individuos, estudiosos e conhecedores do assunto, podem ter pontos de vista bem diferentes sobre a mesma questão, como por exemplo — tipo hospitalar a preferir —, sem ser lícito a qualquer dêles julgar menos correcta a opinião diversa da sua e sem se poderem acusar de menos boa fé uns aos outros, na forma de solucionar os problemas hospitalares.

É indispensável estudar esta questão através do interêsse dos doentes e do interêsse da ciência médica, procurando-lhe boas soluções que só podem ser gozadas pela geração que nos succeder.

Não perfilhando em absoluto as opiniões e soluções de Lopez Albo, respeitamos a sua autoridade e o seu sincero entusiasmo, e reconhecendo como um bom serviço prestado à causa dos hospitais a reprodução das palavras do eminente psiquiatra,



apresentamos o seu pensamento na conferência em que êle marcou a orientação de trabalho aos concorrentes que há cêrca de dois meses apresentaram os projectos do novo hospital de 1.000 camas a construir em San Sebastian. Esperamos também publicar o relatório e o anteprojecto classificados em primeiro lugar nesse concurso, em que ficou bem patente a superioridade da colaboração dos architectos e do médico especializado. A êste, subdirector da Casa de Saúde de Valdecilla, o eminente ginecologista Dr. Usandizaga, devemos o primor de orgânica hospitalar que, dentro de algumas semanas, poderemos publicar.

F. GENTIL.



## PLANO E ORGANIZAÇÃO DE UM HOSPITAL MODERNO

POR

DR. W. LÓPEZ ALBO (de Bilbao)

Senhores:

Correspondo com prazer ao amável convite do presidente desta Academia, o meu bom amigo Dr. Larrea, para me ocupar de um tema que há anos me apaixona e considero primordial para o avanço da Medicina pátria. O vosso presidente quis que vos falasse esta noite do plano e da organização dum hospital moderno.

Antes de mais nada tenho a declarar que me não considero, nem o penso, especializado nestas questões. Posso porém uma pequena prática que me permitirá expor a grandes traços o funcionamento de um hospital na época presente.

A minha experiência em matéria de hospitais reduz-se a duas viagens pela Europa e outra pelos Estados-Unidos a-fim-de estudar o mecanismo das diversas organizações hospitalares nos diferentes países; a ter organizado um manicómio e um hospital; e a colaborar actualmente na construção de um manicómio modelo e de uma clínica neuro-psiquiátrica em Biscaya.

Não obstante isto, que poderia parecer experiência suficiente aos que nunca saíram dos seus afazeres e leituras profissionais, devo confessar-lhes que a actual organização hospitalar é tão complexa e atravessa tal revolução, que a nossa autocrítica, no que diz respeito a êste assunto, reconhece o muito que ainda não podemos profundar nos múltiplos aspectos que encerra uma organização moderna de hospitais, e, por consequência, quanto são reduzidos os nossos conhecimentos. Porém também é certo que em Espanha ninguém se dedicou ao estudo integral dêste



problema, como sucede noutros países, à frente dos quais devo mencionar os Estados-Unidos, onde há médicos especializados e preparados para instalar e dirigir hospitais. Conste, pois, que sou apenas um aficionado neste assunto, e por isso vos peço que me perdoem as lacunas que seguramente ireis notar na minha dissertação e o pouco que hei-de profundar tema tão amplo e complexo para vos evidenciar um pouco de algumas das principais facetas, *a construtiva* (1), *a médica, a docente, a de investigação, a social, a administrativa, a económica*, etc., de um hospital moderno.

Como vamos ocupar nos principalmente das funções de um hospital e da sua organização, permitiréis que antes de as abordar vos defina o que é um hospital, quere dizer, o conceito que hoje deve aplicar-se ao vocábulo hospital. Mas antes tenho de fazer uma pequena resenha histórica da prática médica na sua relação com o hospital.

A necessidade de prestar assistência aos enfermos fora de suas moradas data das sociedades primitivas. Estamos hoje muito longe do carácter inicial do hospital como simples instrumento de alívio dos sofrimentos orgânicos, e instituição humanitária de caridade, de refúgio de doentes pobres, de indigentes. É sabido de todos que na Grécia antiga os médicos públicos prestavam os seus serviços aos enfermos graves e aos operados no «iatrion» onde eles permaneciam sob a sua vigilância dias ou semanas. Em Roma, os lazaretos, os «valetudinaria» eram amplas salas que os grandes proprietários destinavam a dar serviços médicos aos escravos dos seus latifúndios. Na era vulgar começaram a criar-se os hospitais e os asilos, providos mais tarde de farmácia, com pessoal médico e serventes, tanto na Índia como nos países muçulmanos e europeus. Ao princípio, os hospitais tiveram carácter religioso.

Foi no século XIII, quando se iniciou a fundação de hospitais municipais, que os médicos dos «Ayuntamientos» foram obrigados a atender de graça os hospitalizados. Os lugares de médicos dos hospitais começaram a ser criados no século XIV, em Estrasburgo e em Paris, época em que realmente se iniciou, de modo

---

(1) O sublinhado é da tradução.



LISBOA MÉDICA

“  
**eregumil**  
Fernández

Alimento vegetariano completo á base  
de cereais e leguminosas

Contém no estado coloidal  
*Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidrcarbonados  
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  
Depositários: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>  
240, Rua da Palma, 246  
LISBOA

MÉTODO CITOFILÁCTICO DO PROFESSOR PIERRE DELBET

*Comunicações feitas as sociedades scientificas 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.



# CAMPOLON

**Preparado de fígado,  
injetavel, de grande eficacia**  
segundo Prof. Gaensslen de Tuebingen.

Para o tratamento da anemia perniciosa  
e todas as anemias de etiologia incerta.  
Resultados surpreendentes tambem nos  
insuccessos da terapeutica hepatica  
per-oral e nos sintomas mieliticos  
de casos gravissimos.

**EMBALAGEM ORIGINAL:**  
Caixa de 5 ampolas de 2 cc.



**"Bayer - Meister-Lucius"**  
Leverkusen (Alemanha)

Representante:

**• LUSOPHARMA •**  
Augusto S. Natividade  
Rua dos Douradores, 150, 3.º LISBOA





embrionário, o tipo de hospital que veio até os nossos dias. Porém, na realidade, até fins do século XIX o hospital era exclusivamente um centro a que acudiam os doentes pobres para serem assistidos pelos médicos dos estabelecimentos; porém o hospital não tinha qualquer outra significação social. Foi Florence Nightingale, a *primeira enfermeira*, quem deu a norma para arrancar os hospitais do sono medieval transformando-os em centros eficientes.

No século actual, a ciência médica tem vindo a transformar os hospitais em instituições especializadas de assistência, ensino, experimentação e acção social preventiva, e os *métodos técnicos dos seus múltiplos serviços têm-nos aproximado, cada vez mais, de uma organização industrial*. Hoje, o hospital tende a servir a sociedade inteira, e as suas actividades são multiformes. É uma verdadeira casa de saúde para tôdas as classes sociais e em pouco absorverá o labor das clínicas privadas.

Tal é a transformação que experimentou, nos anos já decorridos dêste século, a técnica hospitalar. Hoje concebe-se o hospital, não apenas como um estabelecimento construído e destinado especialmente a receber nas suas clínicas e consultas pessoas de qualquer classe social com alterações da saúde, precisando ser observadas, assistidas e hospitalizadas, mas a averiguar precocemente, por meio dos dispensários preventivos, as possíveis alterações funcionais e orgânicas em pessoas aparentemente sãs e que desejam inteirar-se do seu estado de saúde; e ainda, além desta função, que designaremos de centrípeta, o hospital exerce uma função profiláctica e higiénica, de tipo centrífugo, para o ambiente social.

O local escolhido para o hospital, os materiais empregados e o tipo de construção têm muita importância. Na escolha do sítio para construir o hospital têm de se tomar em atenção, tanto as condições do terreno, como a sua situação pelo que diz respeito ao modo de distribuição dos principais núcleos de população que dêle vão depender. Não só é precisa a superfície necessária para as edificações, mas há que dispor de uma zona em volta para protecção e para prever terreno destinado à futura expansão. A abundância de água e a boa orientação e protecção dos ventos dominantes são requisitos que não se podem descurar.



Um solo defeituoso, em declive, aumenta os gastos de construção. Um local afastado das vias públicas de comunicação aumenta os gastos de manutenção. Uma execução demasiado económica ou de qualidade medíocre aumenta também os gastos de manutenção.

Outro aspecto primordial de economia é encomendar o projecto a um arquitecto especializado e experimentado, tendo como colaborador um médico que reúna as mesmas condições, pois só assim se conseguirá que cada serviço disponha do espaço necessário, nem mais nem menos do que o preciso para se desenvolverem bem tôdas as funções do hospital. Ouvimos aos médicos americanos especializados em hospitais que nem um azulejo deveria colocar-se sem o assentimento do médico; e que o melhor hospital planeado pelos técnicos seria o último a encomendar. Isto dá a noção de quanto é hoje delicado o problema técnico-científico da realização de um hospital eficiente.

Ao clássico conceito de hospital em pavilhões ou hospital unitário, denominações de valor apenas teórico, substitui-se actualmente o conceito de *construção centralizada e construção descentralizada*.

O sistema de centralização é representado pelo chamado «bloco», que reúne todos os serviços numa construção alta, sob um mesmo telhado, com seis a doze andares; pelo sistema de arranha-céus com mais de treze andares; e pelo sistema combinado de construções altas e arranhas-céus, cujo exemplo típico tivemos ocasião de estudar no *Medical Center*, de New-York. O sistema de descentralização corresponde especialmente aos grupos de edificios isolados, em que os diversos serviços clínicos e auxiliares se distribuem em edificios independentes de dois e quatro andares. Êste sistema horizontal, com grande extensão de galerias entre os edificios, tem a desvantagem de dificultar o trabalho de conjunto, pois o pessoal é obrigado a andar grandes extensões, e, além disso, é preciso limpar, consertar, aquecer, iluminar, etc., uma grande superfície improdutiva. No entanto, o afastamento de uns e outros edificios permite maior silêncio nas salas e maior arejamento e iluminação nas mesmas. Em resumo, o que é mau para o pessoal é bom para o enfêrmo.

O sistema vertical, que permite a máxima concentração e corresponde em especial às construções altas, favorece melhor



trabalho de conjunto; o pessoal anda menos inútilmente e há menos espaço improdutivo (ascensores, monta-cargas, escadas). Porém e pelo contrário, os pacientes não disfrutam tanto as vantagens expostas no sistema horizontal. Em resumo, o que é bom para o pessoal não é tão bom para o doente.

A-pesar do que expusemos, julgamos que serem verticais ou horizontais as linhas principais da construção, tem menos importância do que o facto de estarem as várias secções convenientemente agrupadas, respeitando-se ao mesmo tempo as boas normas higiénicas, sobretudo as dos espaços destinados às comunicações.

As regras gerais que devem guiar-nos ao planear um hospital, são: a unidade de conjunto, a diferenciação bem ordenada, a flexibilidade, as facilidades de trabalho e a economia. E, para discutir as vantagens e desvantagens do sistema horizontal e do sistema vertical, há que considerar os elementos — espaço e tempo — quer dizer, custo e utilidade.

Nos Estados-Unidos, ao construir-se um hospital, tem-se já em conta o futuro aumento da população no território que o hospital vai servir; e os architectos pensam também no futuro aumento de doentes para um dia poderem acrescentar, sem grande despesa, todos os departamentos essenciais, as salas de operações, os serviços de fisioterapia, as cozinhas, lavandaria e dependências administrativas. Isto implica um gasto maior em princípio, nos serviços gerais, mas a flexibilidade dada à construção representa uma economia futura.

¿Qual é o tipo de construção mais adaptável a uma província espanhola? Nós estamos convencidos de que o ideal no nosso país é o bloco único, ou dois a quatro blocos, de seis a dez andares, segundo as circunstâncias de cada caso concreto. Os blocos serão unidos por galerias ou, melhor, encostados, para terem a máxima eficiência. Parece-nos que o tipo de hospital com dois a quatro blocos neutraliza favoravelmente as desvantagens do tipo horizontal com as vantagens do tipo vertical.

O tamanho de um edificio hospitalar correctamente planeado e a qualidade do seu material, condicionadores ambos fundamentalmente do custo, devem deduzir-se das necessidades funcionais de cada caso particular. Um plano de hospital bem con-



cebido não é precisamente aquele em que um espaço ou massa seja arbitrariamente admitido e logo subdividido do melhor modo pela habilidade do architecto, mas aquele em que de antemão seja estudado isoladamente o que requerem as diversas funções do hospital para ser colocado em departamentos, combinados do modo mais eficiente possível.

Para planear com critério científico, ao mesmo tempo médico e construtivo, um hospital é preciso estudar em primeiro lugar a anatomia do hospital, para colocar depois cada órgão no sistema ou sítio em que, pelas suas relações com os outros, torne mais eficiente o funcionamento da totalidade do estabelecimento, procurando nas uniões reduzir ao mínimo o tecido conectivo, sem propriedades funcionais e, por conseqüência, improdutivo.

Pelo que respeita à assistência directa aos enfermos, concebemos no hospital dois serviços fundamentais que precisam estar reunidos ou, pelo menos, em íntima conexão. Referimo-nos ao de diagnóstico e ao de tratamento.

Com efeito, os serviços de diagnóstico e tratamento reúnem todos os meios que nos conduzem ao conhecimento o mais exacto possível da classe de doenças e os que nos permitem aliviar ou curar o doente. Entre os primeiros, sobressaem as consultas com todo o material de diagnóstico, os laboratórios e a acção social; e, entre os segundos, todos os meios farmacológicos, fisioterápicos e cirúrgicos. E, como meio de diagnóstico *post-mortem*, o serviço de autópsias.

Este grande núcleo diagnóstico-terapêutico, quer esteja reunido em um ou dois pavilhões próximos e comunicantes entre si (sistema horizontal); quer seja em vários andares (sistema vertical), *representa o eixo de rotação do hospital*.

O grande núcleo diagnóstico-terapêutico deve dispor-se, no sistema horizontal, em um ou dois pavilhões. A acção social, os consultórios, a farmácia, o electrodiagnóstico, o radiodiagnóstico e os laboratórios, por exemplo, devem reunir-se num pavilhão, em que se colocará também a oficina de admissão e outras dependências administrativas. E noutro pavilhão devem instalar-se a mecanoterapia, a hidroterapia, a rádio e radiumterapia e as salas de operações. Ambos os pavilhões, um para os serviços de diagnóstico e outro para os de tratamento, devem estar próximos e ligados entre si.



# NEO=PLASTINA

## SEIXAS=PALMA



*Emulsão aseptica de lecitina  
e luteinas em soro fisiologico*



*Este preparado  
não provoca reacção*

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



# NEO=PLASTINA

## SEIXAS=PALMA

Emulsão aseptica de lecitina e luteinas em sôro fisiologico

Este preparado não provoca reacção

Receitae a

# NEO=PLASTINA

## SEIXAS=PALMA

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

» » » 6 » » 5 » »

Porque é

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

---

TODOS OS EX.<sup>MOS</sup> CLINICOS PODEM REQUISITAR AMOSTRAS AOS NOSSOS DEPOSITARIOS:  
VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, L.<sup>DA</sup>—Rua da Prata, 237—LISBOA  
LOURENÇO FERREIRA DIAS, L.<sup>DA</sup>—Rua das Flores, 153—PORTO

---



No sistema vertical colocam-se estes dois serviços em andares contíguos. Por exemplo, a administração, os dispensários, o serviço social, a farmácia e os meios de diagnóstico clínico e de laboratório nos dois primeiros andares; e os meios de fisioterapia e as salas de operações nos andares imediatamente superiores.

Junto aos serviços operatórios, haverá uma secção de camas individuais (quartos) para recém-operados e um serviço de urgência. Anexa ao laboratório de anatomia patológica, ficará a secção de autópsias.

Esta distribuição, prática e científica ao mesmo tempo, dos serviços atrás indicados, permitirá seguir os enfermos desde os dispensários até o resultado final do tratamento, e, em caso de morte, até a mesa das autópsias. É neste grande núcleo diagnóstico-terapêutico que se desenvolve todo o trabalho de profilaxia, de diagnóstico, de tratamento paliativo ou curativo e o trabalho científico do hospital.

O outro grande núcleo hospitalar é representado pelas clínicas. O grupo de serviços clínicos, quer dizer, as salas destinadas aos enfermos, *representa o sítio de repouso dos enfermos enquanto estão submetidos à observação e tratamento*. O ideal seria dispor cada doente de um quarto individual e a isso se chegará, sem dúvida alguma. Mas, é preciso por agora aceitar a realidade económica, e óbvio indicar como o quarto individual encarece a construção. No entanto já não são admissíveis as salas de 20, 30, 40 e até de 60 camas, que eram a norma dos hospitais do século passado e em bastantes dos edificados em Espanha durante o primeiro quarto do século actual.

Ainda actualmente se constrói algum hospital com este tipo de salas, desaparecido já nos outros países.

Os dois núcleos fundamentais, o diagnóstico-terapêutico e o clínico, ambos ficam em fácil e rápida comunicação entre si, e por sua vez os serviços clínicos serão tanto mais ligados uns aos outros quanto mais afins sejam. Por exemplo, o de neurologia com os de oftalmologia e oto-rino-laringologia; as especialidades de tipo predominantemente cirúrgico, como a osteoartrologia, a ginecologia, a urologia e a gastropatologia; as de tipo mais puramente médico, como a das doenças da nutrição, a endocrinologia, doenças do aparelho vascular, a hematologia, a



dermatologia; e a obstetrícia e a puericultura estarem agrupadas em pavilhões próximos ou em andares contíguos.

É do maior interêsse o estudo da *unidade clínica* no núcleo destinado às salas dos doentes; chama-se *unidade clínica* ao conjunto de salas e quartos de isolamento destinados à assistência, estudo e tratamento de um determinado número de enfermos por um grupo de enfermeiras dirigidas por uma chefe. A unidade clínica dispõe de tôda a instalação necessária para a prestação de serviços médicos e auxiliares. Por consequência, tôda a unidade clínica constará de quartos para os médicos, quartos para enfermeiras, quarto de observação, laboratório, quartos de tratamento, quarto de preparação de tratamentos, quarto de material, quarto de despejos, copa, urinóis, serviços de higiene (banhos, retretes e lavatórios), rouparia e vestiários, sala de estar e refeitório contíguo, sala de terapêutica pelo trabalho e terraço.

Cada unidade clínica constará de 25 a 30 camas, divididas em duas secções, uma de homens e outra de mulheres, e subdividida cada uma em salas de 4 a 6 camas e quartos individuais. Esta combinação de salas para cada sexo, justapostas, dá ao serviço a flexibilidade suficiente para que o chefe distribua os seus doentes do modo mais conveniente: casos médicos ou cirúrgicos, casos operados, casos em estudo, casos sépticos, casos assépticos; ou por grupos de doenças, segundo a índole do serviço. Nos quartos individuais colocam-se os casos recém-operados, os casos graves, os delirantes transitórios, os que têm afecções mal-cheirosas, os indisciplinados por mau carácter, os agonizantes, etc.

É óbvio não alargar as vantagens derivadas da distribuição dos doentes pelos quartos individuais e salas, para poder ficar uma daquelas para quaisquer casos inesperados.

Tem a maior importância a relação de continuidade e contiguidade que devem ter entre si os diversos serviços auxiliares para favorecer o trabalho do pessoal. A sala de tratamento ficará contígua à de exames clínicos; o urinol, próximo da primeira e não afastado das salas; o laboratório junto ao quarto de exploração; o quarto da enfermeira na proximidade da cozinha (copa) e não afastado da sala de exame clínico e da rouparia, etc.



É também importante a relação dos diversos serviços auxiliares com as salas. Precisam de estar reunidos na proximidade destas para facilitar, sem fadiga, o trabalho do pessoal. A disposição usual é a separação por um corredor, ficando ao sul as salas e quartos individuais, com o seu terraço; e ao norte todos os serviços auxiliares atrás indicados, *e de que a superfície deve ser igual à destinada a salas e quartos de enfermos*. Outras vezes, os serviços auxiliares colocam-se entre as unidades clínicas, ficando ao sul os quartos para isolados e ao norte todos os serviços auxiliares. Uma pequena desvantagem desta disposição é colocar os doentes que precisam de mais cuidados e vigilância na zona de mais movimento e ruído; porém, em compensação, aproveita-se o pessoal de enfermagem que se ocupa dos serviços auxiliares, para vigiar constantemente os isolados. E, ainda, a segunda solução é mais económica por poder utilizar os serviços auxiliares para duas unidades clínicas de 25 a 30 camas cada uma. Está especialmente indicada em clínicas de pouca actividade e, sobretudo, em serviços de convalescentes. Porém, a solução mais aceitável é aquela em que os quartos de isolados ocupam um local um tanto afastado da zona de ruído, em que se encontram todos os serviços auxiliares e as escadas e ascensores, levando-os para um extremo da unidade clínica, para uma zona de silêncio, requerendo neste caso uma enfermeira especial para os isolados.

Sem embargo, há várias soluções que harmonizam a economia de pessoal com a vigilância assídua das salas e dos isolados. O sítio para colocar a estação da enfermeira é um detalhe primordial, muito bem estudado pelos americanos.

O local de vigilância da enfermeira deve estar por tal forma estudado, que dela sejam vistos directamente o maior número possível de enfermos, para a maior tranqüilidade destes, sentindo-se observados.

Uma solução prática é dispor duas salas perpendiculares, uma de 6 a 8 camas e outra de 4 a 6, e na união de ambas colocar a estação da enfermeira, com porta para o corredor e paredes de cristal aos dois lados, para poder observar, sentada, os enfermos das duas salas. É, porém, ainda melhor solução dispor as salas de modo convergente, duas horizontais e uma perpendicular a elas, com um pôsto de enfermeira no sítio de união das



três. Além disso, em cada andar haverá uma estação central de *contrôle*, da qual se dominam as escadas, o ascensor e o corredor.

Esta disposição científica e prática dos serviços auxiliares e das salas permite manobrar num espaço reduzido e evitar a fadiga do pessoal.

Os americanos estudaram o espaço que percorre uma enfermeira num hospital construído sem estas normas (hospitais antigos) e compararam ao que ela anda num hospital moderno. Colocando pedómetros nas enfermeiras, observaram que a marcha diária é muitas vezes maior num hospital antigo. Isto redundaria também *em beneficio dos doentes, pois quanto menos fatigado está o pessoal, melhor assiste aos enfermos*. Por sua vez, esta disposição permite reduzir o pessoal.

A forma de colocar as camas também tem importância. Devem ter acesso pelos dois lados e tanto quanto possível orientar-se pelas janelas. A cama nunca deve colocar-se debaixo da janela, nem em frente de uma janela.

A flexibilidade das camas dos doentes pode aperfeiçoar-se por dispositivos que permitam aumentá-las ou diminuí-las, segundo convenha. Consegue-se isto com tabiques deslocáveis, que isolam à vontade um certo número de camas. Disposições mais simples, com cortinas, podem utilizar-se para isolar uma ou várias camas de uma sala. São muito práticas as cortinas montadas sobre rodízios em barras horizontais apoiadas na parede, que vimos nos hospitais americanos.

Tôdas estas soluções, convenientemente combinadas, permitirão aos chefes ajustar as diversas salas às classes de doentes, já que não é possível prever o número de mulheres e de homens, nem de grupos de doentes semelhantes que correspondem a cada momento.

Não acreditamos que o tipo de construção em salas pequenas (2 a 6 camas) aumente o custo, como se supôs, pois este sistema permite diminuir o pé direito e, por consequência, economizar materiais, e reduz o número dos serviços auxiliares. Mas, mesmo que o custo fôsse um pouco maior, não se deve esquecer *que o essencial é sentirem-se os doentes bem atendidos e o pessoal poder trabalhar mais comodamente e com maior eficiência. E, sobretudo, deve ter-se em conta que os gastos da construção se fazem*



# 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**

ASSOCIAÇÃO DIGITALINE-OUABAINÉ

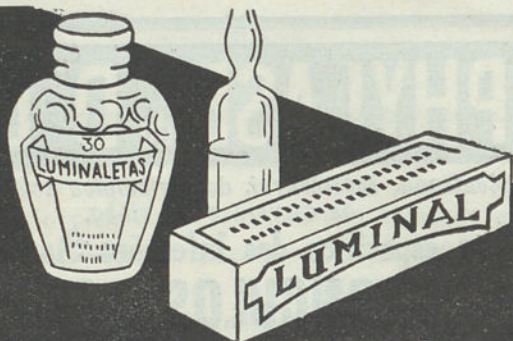
# DIGIBAINÉ

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

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

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





# Luminal <sup>M. R.</sup>

na coréa, eclampsia, estados anciosos e insônia grave. Acção depressiva e espasmolítica sobre as funções dos centros nervosos e motôras.

EMBALAGEM ORIGINAL:  
Tubos de 10 comprimidos de 0 gr. 10 e 0 gr. 30

# Luminaletas <sup>M. R.</sup>

na enxaqueca, molestia de Basedow, hipertonia, angina do peito, vasoneuroses, coqueluche, asma brônquica. Efeito espasmolítico seguro com doses mínimas, sem efeito hipnótico.

EMBALAGEM ORIGINAL:  
Vidro de 30 Luminaletas de 0 gr. 015

# Luminal <sup>M. R.</sup> em Solução a 20%

nos estados de agitação, status epilepticus, na eclampsia, tetano, curas de desintoxicação, vomitos incoercíveis da gravidez. / Efeito imediato e inofensivo. Preparação estavel em ampolas, para injecções intramusculares.

EMBALAGEM ORIGINAL: Caixa com 10 ampolas de 1 c.c.



M. R.

»Bayer-Meister-Lucius«  
LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante:  
-LUSOPHARMA-

Rua dos Douradores, 150, 3.º LISBOA



*por uma vez para vários decénios e que uma construção cara diminua os gastos de manutenção.*

¿Como devem distribuir-se os serviços clínicos de um hospital geral? *Eis uma questão que nos interessa vivamente e já realizámos na Casa de Salud Valdecilla com um critério abertamente oposto às normas rotineiras usuais, que tanto custarão a arrancar.*

Julgamos preciso romper com a arcaica divisão em clínicas médicas e clínicas cirúrgicas, entre médicos e cirurgiões, trazendo cada vez mais êste à categoria primordial de médico, e criar clínicas médico-cirúrgicas em tôdas as especialidades que o permitam. Todo o cirurgião deve ser, *antes de mais nada*, médico no seu especial domínio cirúrgico e não precisar internista, senão como dos outros especialistas.

Com efeito, quasi tôdas as especialidades tendem já a converter-se em médico-cirúrgicas. Algumas há, como a psiquiatria, a endocrinologia, a nutrição, a hematologia, a puericultura e as infecções, que, pelo seu carácter eminentemente médico, não obrigam os seus cultores a especiais conhecimentos cirúrgicos.

A evolução médico-cirúrgica das especialidades baseia-se na necessidade imprescindível de que o critério médico seja o estudo de cada caso pela mesma pessoa que tem de aplicar o tratamento operatório, o que se afasta totalmente do critério clássico da especialização cirúrgica, que corre o grave perigo de se deter na aprendizagem da técnica operatória, permitindo ao cirurgião ser menos competente nos problemas capitais do diagnóstico, predominando nêle o trabalho manual, ao passo que com o critério que defendemos tem de se pôr à prova o trabalho intelectual.

Os serviços cirúrgicos constituem um dos elementos mais transcendentos para a boa marcha de um hospital moderno. Tudo nêles deve tender a que prestem o máximo benefício ao doente, ao qual é preciso subordinar tudo o resto. Cada hospital deve dispor de um serviço cirúrgico central com o número suficiente de salas para cirurgia séptica, semi-séptica e asséptica, com o mínimo de uma por 50 camas. Junto a êste serviço funciona um bom serviço de anestesia confiado a pessoal competente, pois, devido ao grande desenvolvimento atingido nos últimos decénios,



tanto na quantidade de substâncias anestésicas como em técnicas e métodos de administração das mesmas, constitue hoje uma verdadeira especialização. Como demonstração, basta enumerar as diversas vias de administração dos anestésicos: nasal, laringea, endovenosa, rectal, raquídea, sub-occipital, sagrada, radicular, troncular, local, etc., para concordarmos em que sem um pessoal médico e auxiliar especializado, o hospital *não prestará ao doente o benefício máximo a que éle tem absoluto direito*. O médico chefe do serviço de anestesia pode determinar, em conjunto com o operador, o melhor procedimento de administração, a via mais adequada e o anestésico mais apropriado a cada caso. É conhecida a grande importância que tem hoje a anestesia regional e as suas dificuldades, para que possa ser praticada por qualquer. É necessário um especialista em anestesia local para todo o hospital. Deve dispor-se dos aparelhos modernos de administração dos diversos anestésicos e das suas misturas, a-fim-de aplicar os que ofereçam o mínimo de perigos em cada caso.

A preparação do doente para o acto operatório é *algo essencialissimo* em um bom serviço cirúrgico. Nenhum enfêrmo deve passar à sala de operações sem uma minuciosa exploração do seu organismo e uma preparação pré-operatória que lhe garantam ao máximo o êxito operatório. É para éle indispensável um exame do aparelho cárdio-vascular, pulmonar, renal, bucal, e das vias respiratórias superiores; e um exame das funções hepáticas e respiratórias é também necessário antes de utilizar determinados anestésicos. A investigação da ureia e da glicose no sangue não deveriam omitir-se em nenhum caso. O exame funcional do rim é de rigor na clínica urológica, do mesmo modo que a análise do líquido céfalo-raquídeo em cirurgia do sistema nervoso central, assim como o emprêgo dos meios mecânicos de localização (lipiodol, ar, arteriografia). A investigação da riqueza de hematias e hemoglobina, assim como a da coagulabilidade do sangue, deve investigar-se sistematicamente antes de operar.

*Com estas precauções evitam-se bastantes mortes operatórias.*

É hoje indispensável em todos os hospitais um serviço de transfusão com dadores de sangue cujos grupos sanguíneos sejam conhecidos.

Porém não é só indispensável um bom estudo pré-operatório do enfêrmo. Também têm grande importância os cuidados post-



-operatórios, já que dêles depende muitas vezes o êxito. Todo o operado deve ser vigiado até terem desaparecido os efeitos da anestesia e do *shock* operatório. O serviço de transfusão será útil nas operações com grandes perdas de sangue, e não deve faltar num hospital que aspira a defender ao máximo a sorte dos seus doentes.

São consideráveis as vantagens que uma organização desta natureza traz ao doente e à nossa profissão. Com as melhorias dêste tipo, introduzidas durante os últimos anos nos hospitais dos Estados-Unidos, a mortalidade consecutiva às grandes operações cirúrgicas desceu de 18 % a 3 % nas clínicas bem orientadas. E as medidas conducentes a diminuir o perigo operatório são de tal transcendência, que nalgumas clínicas americanas conseguiu-se descer a mortalidade a menos de 1 % (a 0,3 %, na de Crile), números que se afastam bastante dos obtidos em hospitais sem bons serviços cirúrgicos e carecendo de disciplina científica de trabalho.

É pois indispensável que todos os hospitais ponham à disposição dos seus médicos, antes, durante e depois da intervenção, quantos meios conduzem à diminuição do perigo operatório. Desta forma torna-se menos perigosa e é mais confortável para o doente, a marcha da enfermidade.

À medida que a experiência alheia e a própria ampliam os nossos conhecimentos, convencemo-nos cada vez mais de que a ciência médica, a-pesar da sua antiguidade, se acha ainda muito longe de ter chegado à perfeição, e de que constantemente muda e progride. A precisão nos diagnósticos e técnicas cirúrgicas contribui para que se preste ao doente a melhor assistência possível e se proporcione a todo o cultor da profissão médica a maior facilidade para o progresso dos seus conhecimentos científicos. Pois é evidente que nenhum médico, por inteligente e instruído que seja e por muito que se dedique a aumentar a sua experiência, nunca adquirirá todos os conhecimentos da ciência médica contemporânea. Isso obriga impetiosamente à especialização.

*Instaurar estas normas nos hospitais proporcionará aos médicos a melhor oportunidade para praticarem cientificamente a sua profissão, e terem a satisfação moral de aplicar a cada doente não só os conhecimentos que possuem, mas tôdas as conquistas actuais relacionadas com o seu processo mórbido; a isso*



*devemos ser obrigados, por imperativos éticos, os médicos e as instituições, para proporcionar aos doentes o maior benefício, seja qual for a classe social a que pertençam, pois a doença deve igualar a todos.*

As principais vantagens alcançadas pelos hospitais que funcionam em obediência a estas normas, são a diminuição dos dias de hospitalização, a descida de mortalidade e morbidade, e a eliminação do trabalho profissional incompetente.

Nos últimos dez anos, a média de dias de permanência nos hospitais americanos reduziu-se de 20 a 50 %.

Uma instituição desta natureza renderá o máximo serviço médico-cirúrgico estudando cuidadosamente cada paciente, aplicando-lhe o tratamento mais científico e efectivo. Tudo nela redundará em benefício do doente, da profissão médica, da comunidade, da medicina científica e do próprio hospital.

A formação médica actual deve ser feita sobretudo em extensão, e antes de mais nada é preciso ser clínico, depois conhecedor da técnica cirúrgica geral para focar um aparelho, região ou sistema.

As vantagens desta orientação têm sido já sobejamente evidenciadas pela experiência das especialidades médico-cirúrgicas, que — como a oftalmologia, a oto-rino-laringologia, a ginecologia, a obstetrícia, a urologia e a osteoartrologia — só lograram o seu enorme progresso actual à medida que se emanciparam da chamada cirurgia geral, redundando isso em benefício dos doentes e sendo um travão eficaz aos excessos cirúrgicos.

Mais modernamente nos estão demonstrando estas vantagens as especialidades do aparelho digestivo, do pulmão, e a neurologia, nas quais, ao reunirem-se na mesma pessoa os conhecimentos médicos e o domínio da técnica cirúrgica, também especializada, a prática está colocando estas especialidades num estado análogo às anteriormente citadas.

É preciso acabar com a velharia da patologia externa e da patologia interna, da patologia cirúrgica e da patologia médica. A patologia não é externa nem interna, mas patologia de um aparelho ou sistema.

A patologia chamada externa estuda procesos tão internos como a úlcera gástrica, um tumor do mediastino e um tumor cerebral. E a patologia chamada interna estuda as afecções cutâ-



neas, corisa, a adiposidade, etc. É uma classificação topográfica insustentável por anticientífica, já que com ela é externo um tumor do terceiro ventrículo, um quisto hidático pulmonar e uma tuberculose renal; e é interno um lúpus. Outro absurdo ainda maior, se é possível, é classificar a patologia cirúrgica pelo simples facto de serem atacáveis a bisturi os processos que ela estuda. Isto de classificar a patologia pelos meios terapêuticos conduziria a falar de patologia radiológica, patologia serológica, etc.

E quero aqui recordar que foram os prestigiosos médicos de San Sebastian os Drs. Urrutia e Eizaguirre, que contribuíram com grande competência e êxito para êste movimento moderno da especialização integral médico-cirúrgica nas afecções dos aparelhos digestivo e respiratório, respectivamente. Todos sabeis como a neurologia evoluciona actualmente nesta mema direcção nos Estados-Unidos, Canadá e Europa, em cujos países tivemos ocasião de visitar e admirar os resultados brilhantes que na prática neurológica e no progresso clínico científico desta especialidade se estão obtendo desde que os operadores são neurólogos e muitos dêles também anátomo-patologistas.

Entre os serviços clínicos há três que requerem um estudo especial, que não é possível dentro dos limites desta conferência. Referimo-nos à clínica psiquiátrica, à clínica de tuberculosos e à clínica de moléstias infecciosas. No sistema de *bloco* a clínica de tuberculosos deve ocupar o último andar e por cima colocar-se o terraço. No *Medical Center*, de New-York, há um *bloco* independente para os serviços psiquiátricos. Os doentes infecciosos precisam estar em edifício independente e bastante afastado do núcleo clínico.

Ocupar-nos-emos em especial do serviço psiquiátrico. É hoje indispensável que em todo o hospital geral haja um departamento psiquiátrico anexo ao neurológico ou independente dêle. Os enfermos mentais que inevitavelmente existem nos vários serviços do hospital serão tratados, segundo o juízo que emita o psiquiatra, na clínica em que surgiu o transtôrno mental, ou serão transportados temporariamente ao serviço psiquiátrico, em que serão assistidos do processo somático pelo seu médico, e do processo mental pelo especialista, sendo também preservados de possíveis reacções auto e heteroagressivas.



Nos hospitais gerais, e isto é usual ainda em Espanha, tão atrasada em questões hospitalares, o pessoal médico e de enfermagem encontra-se sempre perplexo, pela sua inexperiência, perante um destes casos, e como ignora as possíveis reacções destes doentes, que não sabe prever, daí deriva o grande número de suicídios nos nossos hospitais. A falta nos hospitais destes serviços dá lugar a que o enfermo, preso de uma crise mental aguda e violenta consecutiva a um processo infeccioso ou a uma intervenção cirúrgica, ou permanece na sala com os outros doentes, ou, nos poucos hospitais que dispõem de quartos de isolamento, é nêles encerrado, e por não disporem de pessoal competente, o enfermo é mal atendido; quando é transportado a um manicómio (quási sempre muito distante) perde a assistência do clínico que o tratava do processo somático. Pelo contrário, com a criação em todos os hospitais deste serviço, os casos que comentamos resolvem-se em plena satisfação, pois o especialista estuda as perturbações desde o início, trata o doente melhor e precocemente, e como consequência há uma grande diminuição da mortalidade, evitando-se em muitos casos a evolução para o estado crónico. Além disso, os médicos do hospital encontram um ambiente educativo, ilustram-se e aprendem a resolver por si sós, no seu serviço, alguns destes casos. E o pessoal técnico auxiliar adquire certa experiência das afecções mentais, que pode aumentar, assistindo ao serviço de psiquiatria. Na clínica psiquiátrica presta-se assistência aos casos agudos, e nela muitos alcançam a cura sem necessidade de transitarem para o manicómio, onde só devem ir os crónicos e os difficilmente curáveis.

Na actualidade pode afirmar-se que um hospital geral sem serviço de psiquiatria e sem um psiquiatra, cumpre incompletamente a sua função médico-social.

Se todo o hospital provincial de beneficência geral dispusesse de um pavilhão especial destinado à admissão provisória dos psicópatos crónicos e dos curáveis a largo prazo, e à assistência dos psicópatos agudos, cujo tratamento é eminentemente médico, e a dirigir, dos serviços de consultório e social, a profilaxia e higiene mental da província estaria resolvida em Espanha a facêta mais urgente da assistência aos doentes mentais. Assinalemos que a nova legislação referente aos enfermos psi-



quicos obriga as províncias a criar dispensários psiquiátricos e clínicas abertas para o tratamento sem sequestro legal destes enfermos.

As consultas são outro serviço essencial do hospital. Devem estar organizadas de modo a poderem resolver o máximo de problemas clínicos sem necessidade de internar o doente. Dispoção de serviços de laboratório, de electrodiagnóstico, radiodiagnóstico, de electrocardiografia, de metabolismo e de salas para pequena cirurgia e de urgência, a-fim-de evitar que a admissão do doente aumente indevidamente a despesa de permanência ao passar as clínicas. A economia que dá a um hospital um bom serviço de consulta é considerável. Conhecemos bem, por triste experiência, os gastos supérfluos derivados da péssima organização destes serviços em algum hospital.

Cada serviço clínico deve dispor do seu consultório, dirigido pelo mesmo chefe da clínica. Na Europa, sobretudo nos serviços universitários, encontra-se a tendência a ter no mesmo pavilhão a clínica, os laboratórios, as consultas, os serviços fisioterápicos e os serviços cirúrgicos. Talvez este critério seja defensável em alguns serviços para a boa marcha das funções docentes, não obstante o seu maior custo, pois representa a máxima descentralização. Porém, para um hospital não universitário julgamos preferível o sistema centralizado integral.

A higiene e o cuidado da bôca é de tanta importância como o exame de qualquer outra parte do organismo. É hoje tão necessária a exploração rotineira da dentadura como a da urina e sangue, que sistematicamente se fazem nos hospitais americanos. Com efeito, o exame da cavidade bucal descobre focos de infecção nos dentes, raízes e maxilares, de cujo acertado tratamento depende a evolução de afecções que existem noutras partes do corpo.

Não deve faltar a consulta dentária em nenhum hospital que aspire a um mínimo de eficácia.

A secção de consultas de um hospital bem organizado deve ser, não uma entidade independente, mas uma parte da organização total. Serve de departamento de admissão para os diversos serviços clínicos, cujos chefes devem ser, como já dissemos, os seus directores efectivos.



Problema do mais alto interêsse, muito descurado entre nós, é o que diz respeito à alimentação nos hospitais (1). Uma cura rápida e completa não é possível se não se estabelece uma alimentação adaptada por completo às necessidades dos diferentes doentes. Noorden, no seu relatório ao recente congresso de Viena, estudou esta questão e mostrou que os três regímenes clássicos não correspondem às exigências dos grandes hospitais modernos.

São insuficientes em quantidade e em qualidade.

Hoje não só as clínicas de medicina, em especial as de nutrição, aparelho digestivo e rins, mas as de cirurgia, a dermatologia e a de ginecologia, sobretudo, empregam com êxito formas especiais de alimentação muito distintas dos regímenes tradicionais, rotineiros, dos nossos hospitais. Tende-se, na actualidade, a prover os hospitais de cozinhas dietéticas, de cozinha de regímen, que dispoñha da elasticidade dos restaurantes e esteja em íntima relação com os chefes dos serviços, por meio da chefe da dietética, que colaborará com o corpo médico. As assistentes de regímen devem estar ao corrente dos diversos regímenes alimentícios dietéticos e em relação com a cozinha, cujo trabalho seguem, e com os enfermos e médicos das salas.

E chegamos, senhores, a uma das questões mais interessantes de um hospital moderno; referimo-nos à *função docente*.

Julgamos que todo o hospital geral de alguma importância deve orientar-se francamente para a função de ensino. Em Espanha, se é certo que sobra alguma Faculdade de Medicina, faltam em compensação hospitais organizados para poderem ser escolas onde os post-graduados adquiram a experiência necessária antes de se lançarem na prática profissional. Isto sucede noutras nações, tal como nos Estados-Unidos, onde o jovem médico é obrigado a fazer um estágio de um ano num hospital antes de se lhe outorgar o diploma que lhe permitirá o livre exercício da sua carreira; e, em geral, em vez de um ano, dedi-

---

(1) *N. do T.* — No Hospital Escolar de Lisboa fêz o Dr. Roma uma tentativa civilizadora da alimentação dos doentes, que foi interrompida sem respeito pelos doentes e pelo autor dessa magnífica e incompreendida obra de pura assistência médica.



# IODALOSE GALBRUN

**IDO FISIOLÓGICO, SOLÚVEL, ASSIMILÁVEL**

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

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

Vinte gotas IODALOSE operam como um gramma Iodureto alcalio.  
DOSE MEDIA : Cinco a vinte gotas para Crianças ; dez a cincoenta gotas para Adultos.

Pedir folheto sobre a Iodotherapia physiologica pelo Peptoniido.  
LABORATORIO GALBRUN, 8 et 10, Rue du Petit-Musc. PARIS

## TUBERCULOSE MEDICAÇÃO BRONCHITES CREOSO - PHOSPHATADA

*Perfeta 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**

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

# Veinosine

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

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



Um novo produto *Schering*

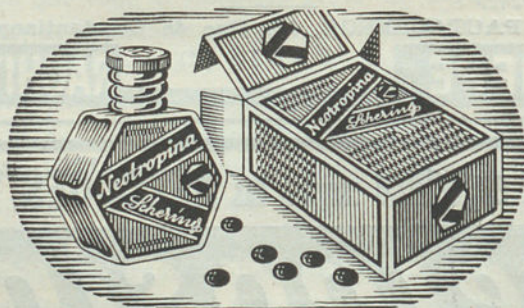
# NEOTROPINA

Preparado córate  
para o tratamento das infecções do  
aparelho genito-urinário,

## VANTAGENS ESPECIAIS:

- 1 *Accção bactericida intensa*
- 2 *Alto poder de penetração*
- 3 *Efeito sedativo nas inflamações*

Especialmente indicado no tratamento da  
blenorragia. Dá bons resultados nos casos de pielite  
e cistite rebeldes aos outros tratamentos.



Embalagem original: Frascos com 20 dragêas de 0,10 gr.

**SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIM**

Os nossos concessionários:

Schering S. A. Portuguesa de Responsabilidade Limitada  
Largo da Anunciada 9-2<sup>o</sup>, Apartado 279, Lisboa



cam, pelo menos, um par de anos a esta aprendizagem post-universitária. Noutros países, como na Alemanha, são precisos um, dois ou três anos de assistência numa clínica especializada para poder ostentar o título de *Facharzt*.

Julgamos errado estabelecer o internato de alunos de medicina em hospitais que não estejam em cidades universitárias. O internato dos alunos deveria fazer-se só nos hospitais das capitais que tenham Faculdade de Medicina, o que lhes permitiria seguir todos os estudos oficialmente e estar em contacto com o resto do ambiente universitário, tão importante para a formação cultural moderna. Pelo contrário, todo o hospital de alguma importância, de povoações não universitárias, devia dispor de lugares de médicos internos que, durante dois anos, completariam a sua formação profissional ou se especializariam em algum dos ramos da medicina e encontrariam material de estudo para preparar as suas teses doutorais. Esses hospitais passariam, controlados pelo Estado, os diplomas de especialista. Com a permanência obrigatória nos hospitais durante dois anos, chegaríamos à unificação dos títulos de licenciado e doutor, e só a posse deste último permitiria o exercício livre da profissão médica.

Outro problema do máximo interesse é o da provisão dos lugares de médicos dos hospitais. Nós somos em princípio inimigos declarados do concurso de provas públicas e aceitamos o concurso de médicos. Porém, quando nos pediram a nossa opinião e nos investiram da mais ampla autoridade, unida à maior responsabilidade, não duvidámos em seleccionar por eleição livre e directa (prévio estudo privado de méritos e os acessoriamente pertinentes) catorze chefes especialistas para a Casa de Salud Valdecilla. Mas reconhecemos que este processo padece de um defeito: é a dificuldade de encontrar pessoas que, para procederem em estrita justiça, tudo ponham de lado, incluindo a sua reputação e amizades, para cumprir em consciência o seu mandato. Porém, este procedimento, excepcional, que pôde ser levado a cabo na instituição referida pelo carácter especial da sua fundação, talvez fique único nos anais das nomeações de médicos de hospitais em Espanha. Da excelência desse procedimento, honradamente aplicado, fala o admirável trabalho que, apenas iniciado o seu funcionamento, estão realizando em San-



tander os colegas cujas nomeações propus ao Patronato da «Casa de Salud Valdecilla».

Nos estatutos desta Fundação dispõe-se, por nosso conselho, que de futuro as vagas sejam preenchidas por concurso de méritos ou por eleição directa, pelo Conselho médico, constituído por todos os Chefes de Serviço, que proporão o candidato ao Patronato. Dêste modo preencheram, recaindo em colegas de reconhecida competência e de formação científica moderna, as duas vagas que se deram em Valdecilla; dos estatutos consta também de modo expresso que, em caso algum e motivo algum, serão nomeados os chefes por concurso de provas públicas. Estatue-se também que os únicos lugares vitalícios são os de Chefe. Todos os outros são transitórios, e em nenhum caso dão direito a ascender às chefaturas automaticamente. É óbvia a vantagem destas normas, tendentes a seleccionar os melhor preparados.

Os lugares dos hospitais devem ser exclusivamente para os melhor orientados e dotados. À amizade e ao favoritismo é preciso deixá-los fazendo antecâmara perpétuamente. As classes pobres não podem escolher os seus médicos, e a norma ética mais elementar dita-nos que quem os escolhe deve seleccionar os melhores.

Os postos hospitalares devem ser desempenhados por aqueles que os saibam utilizar para o progresso da medicina, e não para quem os utilize em benefício próprio como um meio de adquirir clientela. Numa clínica hospitalar, o médico é obrigado a produzir e não se deve limitar a aplicar aos enfermos o que os outros descobriram, o que se aprende nos livros e na prática diária; o clínico hospitalar tem de ser capaz de contribuir para o progresso da medicina, quere dizer, converter-se em homem de ciência, pois o que seja apenas médico prático, aquele que só aspire ao exercício da medicina, não merece o pôsto do hospital.

*Atrevemo-nos a sustentar o princípio de que todo o médico capaz de investigar e ensinar deve ter lugar nos hospitais, e todo o médico de hospital que não ensine nem investigue deve ser destituído do seu lugar.* Marañón disse recentemente: «Para mim, é um facto incontroverso que todo o professor de cátedra ou todo o médico de sala de um hospital bem dotado que, num prazo de dois anos, não tenha contribuído com o mínimo de investigação experimental ou fisiopatológica, segundo o tipo mé-



dico da ciência universal, deve ser inexoravelmente eliminado do seu cargo.» Não há inconveniente, pela nossa parte, em admitir este certo critério, embora pudesse ampliar-se a cinco anos, a partir da nomeação, o tempo mínimo para julgar do trabalho de um chefe de clínica hospitalar, revendo depois a sua obra cada três anos. Nos Estados-Unidos os lugares concedem-se, em alguns hospitais, por um número determinado de anos. *É evidente que todo o hospital deve estar imbuído de um ambiente universitário, e isto só se conseguirá implantando estas normas.*

No bom funcionamento de um hospital precisa dominar uma rigorosa ética médica. Os deveres dos médicos para os seus doentes exercer-se-ão através de uma formação técnica e profissional perfeitas, de uma grande bondade pessoal, de um grande tato ao pôr as indicações terapêuticas quando estas encerrem algum perigo, em especial as cirúrgicas, manejando com inteligência a reserva e a franqueza necessárias ante cada caso, sem esquecer nunca a especial psicologia do paciente, que é preciso saber captar desde o primeiro momento. O médico não esquecerá nunca o seu dever de instruir os doentes acerca da sua história clínica e, sobretudo, da parte que lhes devem tomar no tratamento e na cura.

Os médicos têm de cumprir deveres com os seus colaboradores, cordiais com os seus companheiros, ajudantes e internos, como com os que procurem o seu serviço para se instruírem, devem permitir-lhes tomar parte activa no trabalho da clínica. Igualmente devem atender ao pessoal de enfermagem, enfermeiras, senhoras da assistência social e pessoal não profissional.

*O hospital terá sempre presente que o público, que é o seu cliente, tem o direito de saber o resultado prático do seu funcionamento, e os médicos, por meio de notas impressas, divulgarão as actividades do hospital, seus fins, seus êxitos e até os seus maus êxitos.*

*Todo o hospital tem deveres para com a ciência médica, e o principal deles é praticar a investigação clínica e científica e facilitá-la aos que a queiram praticar, aceitando a sua colaboração com amplitude e franqueza.*

Não esqueçamos, por fim, os deveres da administração com os médicos.

*O organismo director do hospital deve ter pelo corpo médico*



*a mais alta consideração e não esquecerá ser éle que, com os seus conhecimentos, anima a marcha da instituição.* Por isso nos regulamentos devem especificar-se os direitos e os deveres dos médicos a-fim-de serem respeitados os primeiros e cumpridos os segundos.

*O médico do hospital deve trabalhar com bom material e em condições óptimas de rendimento útil.* Nem nas salas, nem nas consultas se lhe poderá dar uma avalanche de doentes, como sucede ainda em muitos dos nossos hospitais, por insuficiência de pessoal facultativo e subalterno. É necessário aumentar as chefaturas em quási todos os nossos hospitais, reduzindo também aos actuais chefes o número excessivo de camãs nos serviços de medicina e de cirurgia. Não acreditamos, de um modo geral, que um chefe de serviço possa atender muito mais de cinqüenta ou sessenta doentes agudos. O médico de hospital deve ser suficientemente bem remunerado para que estime o hospital, se interesse e lhe dedique a maior parte da sua actividade; ou então concedam-lhe as vantagens de poder assistir à sua clientela privada nos serviços hospitalares. Todo o hospital deve ter uma secção para a clientela privada do seu corpo clínico.

Porém, antes de tudo, o médico tem um dever primordial para com o hospital, que é dedicar-lhe a totalidade das suas energias culturais e psicológicas. *Como mínimo, dedicará quatro horas ao trabalho hospitalar.* Nenhum médico deve ocupar um lugar de hospital por mero prazer material e económico, mas pelo nobre impulso científico, humanitário e social. E fora do hospital, o médico deve manter bem alto a sua jerarquia, e só se dedicará à sua consulta privada ou a conferências com os seus colegas, mas nunca a estabelecer competência com os seus companheiros em visitas domiciliárias, que lhe deviam ser proibidas, como compensação pelas vantagens que lhe dá o pôsto hospitalar para aumentar os seus conhecimentos.

Todo o hospital organizado de modo eficiente contará entre o seu pessoal não só médicos capazes de fazer investigação clínica, sem a qual ficaria relegado à categoria ínfima de um centro onde só se desse solução prática aos problemas médicos e o seu pessoal à categoria de mero aplicador dos conhecimentos médicos, função profissional elementar e obrigatória; mas, sendo possível, deve o hospital chamar a si profissionais dedicados exclu-



sivamente à alta função investigadora para colaborarem com os seus colegas. Um laboratório de experimentação química, biológica, fisiológica, de cirurgia experimental, etc., ou vários dêles, devem existir em todos os hospitais.

A direcção do hospital é outro assunto de grande interêsse na organização moderna.

*Consideramos um hospital como uma instituição que realiza um fim claramente médico, e profiláctico, e, por consequência, a sua cabeça orientadora e responsável deve ser um médico, ao qual se confiará a direcção total.*

Nos Estados-Unidos formam-se já médicos especializados na direcção de hospitais, que desempenham o cargo sem exercerem ao mesmo tempo funções profissionais. Confiar a direcção do hospital a pessoas que não sejam médicos tem o grave inconveniente de que elas procedem sem a devida competência, e o hospital permanece estático, estéril, sobretudo se a administração não pede cordialmente a colaboração do corpo médico do estabelecimento.

Sugerimos que até existirem em Espanha médicos especializados nestas questões, o director do hospital deve ser um dos chefes de serviço, o mais conhecedor e orientado em organização hospitalar, ao qual se entregará a alta direcção, pondo às suas ordens um chefe administrativo. A Corporação ou Patronato que rege o hospital entender-se-á directamente com o director em tudo quanto diga respeito à boa marcha da Instituição.

Não dispomos de tempo para nos ocuparmos do pessoal auxiliar. Porém, quero assinalar o facto de que a carência de enfermeiras profissionais nos nossos hospitais é uma das causas mais importantes da sua defeituosa organização. *Não devia construir-se hoje um hospital provincial sem nêle se fundar uma Escola de enfermeiras.* Já dissemos que em geral os nossos hospitais não dispõem do pessoal médico e subalterno proporcional ao número de enfermos.

Consignemos aqui que cada unidade clínica de 25 a 30 camas deve ter adstritos, além do chefe de serviço, um médico ajudante, uma enfermeira chefe, duas enfermeiras, uma ou duas alunas enfermeiras e uma servente. Sem êste pessoal a assistência será forçosamente deficiente. Porém, além dêste, para o serviço da noite haverá uma ou duas enfermeiras, segundo a classe



da clínica, e este pessoal precisa ser aumentado em casos de recém-operados graves ou para outros serviços extraordinários.

Muito se tem discutido a-proósito da função que o hospital moderno deve desempenhar na organização sanitária e de assistência. Quere dizer, se constitue uma parte dela ou se deve ser o seu núcleo. Compartilhamos a opinião de que um hospital moderno tem de ser o eixo da obra sanitária e de assistência da província. As suas clínicas, as suas consultas, os seus laboratórios, o seu serviço social, colocam-no em condições óptimas para dirigir, estando acertadamente organizado e orientado, a obra preventiva e de assistência de uma província; pois concentra em si desde a profilaxia no ambiente social até a cama das suas clínicas.

*O hospital moderno é uma instituição de medicina preventiva e curativa ao serviço de todas as classes sociais.*

O médico tende cada vez mais a actuar nos hospitais e clínicas e o menos possível no domicílio; e em pouco tempo raro será o doente que não seja assistido dos seus males agudos fora do ambiente familiar. O hospital acabará por absorver toda a morbilidade.

Não podemos deter-nos na complexa questão referente ao regime administrativo dos hospitais (1) tão bem estudado por Harper no seu relatório ao Congresso de Viena. Nêle estuda quanto respeita ao serviço de admissão e saída dos doentes, às visitas, ao regime alimentar, ao tratamento médico; e quanto diz respeito as relações do hospital com as autoridades governativas e judiciais, constituindo outros tantos capítulos que necessitam uma contribuição especial para o seu estudo.

*Só faremos menção do «direito de autópsia (2) e de dissecação», sem os quais fracassa totalmente todo o trabalho hospitalar, e isso é a causa essencial do malôgro dos nossos hospitais e de que continuaremos sendo tributários dos outros países na imensa maioria dos progressos clínicos.*

---

(1) *N. do T.* — Ver Nosokomeion. N.º 2. 1933. III Congresso Internacional dos Hospitais. Knoche sur Mer 28-VI a 3-VII-933.

(2) *N. do T.* — Quando o público se convencer do interêsse que para êle existe na autópsia obrigatória, será êle próprio a exigir essa determinação.





POMADA ANALGÉSICA E ANTIPRURIGINOSA

# PERCAINAL



*Analésico*  
*Antipruriginoso*  
*Antiflogístico*  
*Adstringente*

GRAÇAS Á SUA ACÇÃO INTENSA E DURADOIRA, O PERCAINAL PERMITE AOS DOENTES MOLESTADOS POR DORES, RECONCILIAR O SONO E GOSAR UM REPOUSO NOTURNO TRANQUILO

## PRODUCTOS «CIBA»

VALE

PARA UMA BISNAGA DE 20 G. DE

# PERCAINAL

ASSINATURA OU CARIMBO .....

RUA ..... N.º .....

CIDADE .....

(E. favor escrever legivelmente)



# PERCAINAL

Pomada analgésica e anti-pruriginosa de efeitos intensos e prolongados

Contém 1 % de Percaina, substâncias antiflogísticas e adstringentes. Graças à acção anestésica local excepcional da Percaina, o *Percainal* é superior às outras pomadas ordinariamente empregadas. A sua acção é rápida e persistente. Sendo aplicada repetidas vezes, há como que um aumento de seus efeitos, o que se traduz por uma anestesia cada vez mais prolongada

## INDICAÇÕES:

*Hemorroidas, eczemas (excepto as formas vesiculares e húmidas agudas), queimaduras, macerações da pele, escaras de decubito, zona, ragadas dos peitos, dermates, úlceras da perna, prurido anal e vulvar, etc., etc.*

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**

Productos «Ciba»

128, Rua da Madalena, 1.º

LISBOA



E isto continuará enquanto se não decrete a obrigatoriedade da autópsia a todos os cadáveres de falecidos nos hospitais ou em estabelecimentos que exerçam tais funções, ou pelo menos de todos os casos reclamados para autópsia pelo chefe de serviço.

Tudo quanto diz respeito à direcção, instalação, material de oficinas, arquivos, ficheiros, formulários, máquinas de escrever, ditar, copiar, calcular, serviço telefónico, sinalização e chamadas luminosas e acústicas, à oficina de informação, às histórias clínicas, à correspondência, à contabilidade e ao modo de fazer a escrita, às contas em caixa, às folhas de salários, ao orçamento, às contas de compra, ao estabelecer do custo de cada serviço, à selecção e formação do pessoal subalterno, ao *contrôle* administrativo, etc., representam outras tantas questões que põem em evidência, só enumerando-as, como um hospital em nada se diferencia de qualquer organização industrial.

Tampouco podemos deter-nos no que se refere à terminologia das enfermidades, à secção das comidas, à biblioteca dos doentes, ao departamento de observação, ao departamento dos convalescentes, à terapêutica pelo trabalho e outra multidão de problemas hospitalares, que nem sequer temos tempo de enumerar na sua totalidade.

Porém, temos de chamar a atenção sobre a necessidade de não se intentar reforma alguma num hospital, sem prévia consulta ao seu corpo clínico. Em França, a lei obriga a que as administrações consultem sempre os médicos, os cirurgiões e os farmacêuticos dos estabelecimentos quando se projectem alterações e grandes reparações nos edifícios.

Antes de terminar, vou resumir a modalidade de construção hospitalar que hoje consideramos a mais adequada aos fins de assistência de uma província espanhola.

O critério de estabelecer vários hospitais disseminados pela província não merece a pena ser tomado em consideração. Traria gastos supérfluos em equipar de material para diagnóstico e tratamentos que seria necessário adquirir para cada hospital, além da dificuldade de reunir grupos de médicos capazes de levar a cabo todo o trabalho clínico moderno, disseminados por pequenos núcleos de população que não lhes permitiria adqui-



rir rapidamente a experiência suficiente para abordar em toda a sua extensão a obra médico-cirúrgica moderna.

O critério de estabelecer hospitais destinados a um grupo de enfermidades, uns de especialidades, outros para a cirurgia e outros para medicina, tampouco o consideramos acertado no estado actual da ciência médica. Isso levar-nos-ia à nefasta especialização estreita, sem contacto com o resto da patologia. Nesses serviços, os médicos, os cirurgiões e os especialistas, afastados uns dos outros, não poderiam prestar-se essa colaboração sem a qual não é hoje possível resolver a maior parte dos problemas clínicos. Além de que é o sistema mais caro.

O critério de um hospital com serviços gerais médicos e serviços gerais cirúrgicos, e alguma especialidade, hoje o mais espalhado, e em Espanha corrente, também o não consideramos adequado ao estado actual da ciência médica. Não temos de repetir aqui os argumentos aduzidos em defesa da especialização médico-cirúrgica.

O critério de um hospital tendo por base as especialidades médico-cirúrgicas, e em que todos os chefes dos serviços colaborem estreitamente entre si, parece-nos ser o ideal para um hospital provincial na época actual.

Talvez como medida transitória, entre estes dois últimos critérios, e com a finalidade de adaptar o pessoal antigo ao tipo de hospital moderno, seja prudente conservar no hospital (tendo por base as especialidades médico-cirúrgicas) uma clínica médica em que se estudem especialmente as afecções de tipo exclusivamente médico: hematologia, nutrição, endocrinologia e cardiologia; e uma clínica cirúrgica onde se prestará assistência às de tipo quasi exclusivamente cirúrgico: osteoartrologia e traumatismos. Dêste modo se respeitariam interesses criados e se iriam adaptando os hospitais e os seus médicos às normas modernas da medicina.

Pelo que respeita à distribuição dos diferentes serviços no tipo de construção, julgamos que em vários blocos encostados, de seis a dez andares, pode reunir-se toda a organização hospitalar. Um bloco seria destinado aos serviços diagnóstico-terapêuticos; em um ou dois blocos reuniam-se os serviços clínicos; e noutro bloco os serviços industriais. Independentes, edifica-



vam-se pavilhões para mentais agudos, infecciosos e tuberculosos, e residência para o pessoal.

*O doente é o núcleo da atracção das múltiplas e complexas funções de um hospital, e tratá-lo é a sua finalidade primária e primordial.*

Porém, assim como no século passado só se atendia nos hospitais aos pacientes em estado agudo que precisavam ser hospitalizados, no século actual o trabalho do hospital alargou-se a um maior número de pessoas que, sem sofrimento impeditivo para a sua actividade social, e não precisando acamar-se, requerem, no entanto, maiores cuidados e mais larga assistência médica do que os atingidos por processos agudos. Por isto, os hospitais modernos dão tanta importância às consultas como às clínicas, e especialmente ao serviço do dispensário preventivo, ligado ao serviço social.

Mas já os fatiguei demasiado e não me ficou tempo para descrever o funcionamento dos dois últimos serviços referidos e que representam as duas últimas conquistas da moderna técnica hospitalar.



## ATRESIA CÓLICA MUITO EXTENSA, NUM ADULTO

(Comunicação feita à Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa)

POR

J. PEREIRA CALDAS

· Chefe do Serviço de Radiologia do Hospital de Arroios

Reputo este caso deveras interessante, pela sua extrema raridade.

Trata-se dum doente, M. C., de cêrca de 52 anos de idade, que me foi enviado para exame radiológico gastro-intestinal. Este doente já anteriormente, aproximadamente há 6 anos, tinha sido observado por outro colega radiologista.

Sofre de há muito, desde criança, do seu intestino, referindo agora dores dispersas pelo abdômen, com dejecções amiudadas, pouco moldadas, por vezes líquidas. Tem apetite, não tem temperaturas. Fezes de coloração regular, sem sangue.

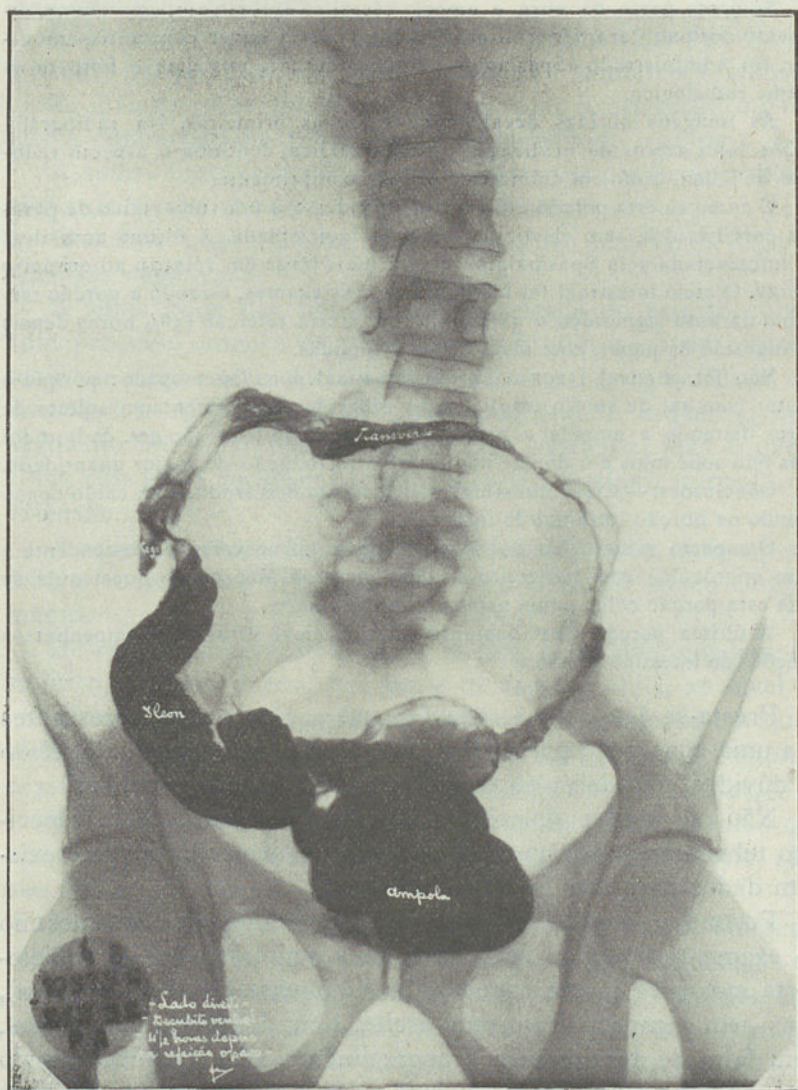
Transcrevo o relatório radiológico que fiz, quando da observação, somente no que respeita ao trânsito intestinal, visto nada ter de especial a parte que se refere ao estômago e duodeno.

«2.ª observação. — 4<sup>1/2</sup> horas depois da refeição opaca. Evacuação gástrica completa, sem manchas residuais. Aparece uma imagem muito interessante, altamente atípica do cólon. O ciclo intestinal foi muito acelerado à esquerda, estando a cabeça da refeição já na ampola rectal. A cauda está nas últimas ansas ileais, as quais têm um calibre muito alargado, lembrando a luz do intestino grosso em contraste flagrante com o cego-ascendente, transversal e descendente, que têm uma luz muito estreitada e uma dimensão muito reduzida, num aspecto de tubo tão curto que tôdas estas porções cólicas não atingem sequer o tamanho que teriam um cego-ascendente e metade dum transversal normais. O ângulo cólico direito mal se individualiza e não se consegue localizar o ângulo esplênico, formando o cólon um arco de eixo no sacro.

A mobilidade, tanto à palpação como nas mudanças de posição, é, por assim dizer, nula; e, assim, se forem comparadas as radiografias 10.275, em decúbito, e 10.274, em posição de pé, vê-se que a posição cólica é idêntica em relação às partes ósseas (a radiografia junta corresponde ao decúbito ventral).



Todo o cólon apresenta um aspecto irregular, sem pregas de mucosa que possam ser enquadradas em qualquer dos tipos normais, antes com imagens de tipo lacunar a vários níveis, mas com contornos todos mantidos, sem



discontinuidades, num tipo de colite intensa. A vários níveis há umas pequenas imagens, que lembram divertículos, mas que devem corresponder a uma pseudo-diverticulose, talvez por repuxamento extrínseco de pericólon, que



certamente envolve intensamente todo o cólon e que a pouca mobilidade em parte revela e ainda a pequenas hérnias da mucosa através da *muscularis mucosa* nos níveis de entrada dos vasos cólicos e que bem revela a intensidade da colite.

Sómente parte da ansa e ampola rectal se aproximam, em volume, do aspecto normal. Para ver a alteração que poderia haver com antispasmódicos, foi administrado «Spasmalgine Roche» durante uns dias e feito novo exame radiológico.

As imagens obtidas decalcam-se sobre as primeiras. Na radiografia 10.384, feita depois da medicação antispasmódica, continua o aspecto reduzido do cólon, tanto em diâmetro como em comprimento.

É como se esta porção cólica correspondesse a um tubo rígido de paredes envelhecidas, sem elasticidade e sem motricidade. A última ansa ileal foi influenciada pela Spasmalgine e está mais larga em relação ao primeiro exame. O ciclo intestinal foi idêntico nos dois exames, estando a porção terminal da ansa sigmoidea e ampola já com muita refeição (4 1/2 horas depois da ingestão da papa), com nível de fezes líquidas.

Não foi possível fazer o estudo intestinal por clister opaco: porque o clister com sal de thorio (tordiol) não progride e o clister com sulfato de bario distende a ampola e princípio da sigmóide (com 150 grs. de líquido) mas não sobe mais e o doente não tolera a introdução de maior quantidade.

Conclusões. — Ciclo intestinal cólico muito acelerado, com caldo opaco líquido na porção terminal do intestino.

O aspecto radiológico do cego-ascendente, transverso e descendente é dum microcólon com pericolicite e colite intensas. Mobilidade quasi nula de toda esta porção cólica, com aspecto tubular, inerte.

A última porção ileal bastante dilatada deve estar a desempenhar as funções do intestino grosso.»

Presta-se este caso a reflexões que me parecem interessantes e a uma concepção patogénica e etiológica que admitindo, claro é, dúvidas, não deixa no entanto de ter uma base científica.

Não me parece se possa confundir com um aspecto específico tuberculoso, porque nem radiológica nem clinicamente existem dados para esta etiologia ser posta.

Porque o doente sofre há já muito tempo do seu intestino (o exame radiológico feito há 6 anos por outro colega radiologista mostrava já um aspecto absolutamente idêntico ao actual), mas sem temperaturas, sem ascite, sem descargas sanguíneas, sem falta de apetite, sem emagrecimento, sem perturbações do seu aparelho pulmonar, com rins normais, com análise de fezes negativa e com um regular estado geral, fazendo uma vida bastante activa, a qual certamente se não coadunaria com uma bacilose intestinal desta extensão.



O aspecto radiológico também não permite pensar nesta etiologia: ílion dilatado nas últimas ansas, mas sem alterações da sua mucosa, com boa mobilidade, de normal disposição e com contornos regulares.

Cólon com imagens de colite, mas sem sinais de Stierlin em qualquer segmento; os seus contornos são ininterruptos. Além disso, nunca a tuberculose poderia explicar a retracção ou melhor a diminuição do comprimento de quasi todo o cólon.

A sífilis, como factor local que originou este aspecto radiológico, não é também de aceitar, logicamente.

O doente nega sífilis e, clinicamente, não tem sinais de lues. Análises negativas.

A sífilis pode dar um aspecto estreitado do calibre cólico, com processo intenso de pericólite, com alterações da mucosa, mais ou menos extensas, ulcerações, lacunas, irregularidade das vilosidades. A localização é mais frequente à esquerda, num segmento intestinal, não em toda a sua extensão. Mas o que a sífilis não faz é *encolher* o comprimento intestinal, mirrá-lo em extensão.

A sífilis dá uma redução da luz intestinal, é facto, num aspecto tubular inerte, mas segmentário e sem diminuir o seu comprimento.

De resto, ainda mesmo que o doente fôsse averiguadamente sífilítico, não me parece que fôsse de facto a sífilis, ao nível do intestino, hipótese suficiente para explicar tal retracção em quasi toda a sua extensão. Outra localização sífilítica seria então necessário admitir. Mais adiante abordarei de novo esta idea.

Trata-se duma atresia do cólon ou microcólon, termos que não devem ser tomados como sinónimos, mas que neste caso são difíceis de destringer.

Na muito escassa bibliografia que encontramos em inúmeras revistas radiológicas consultadas, ajudados por vários colegas especializados em estômago e intestinos, topámos somente com uma pequena noticia de microcólon, dada em 1909 por Okinczyc, exceptuado, claro é, o microcólon, ou melhor dito a atresia do intestino grosso a jusante dum ânus direito, que é de observação mais frequente.

É a esse autor que se atribue a terminologia de microcólon ou atresia congénita, que elle encontrou dissecando dois cadáve-



res de mulher. A sua descrição de autópsia dá-nos talvez a mais provável ou senão a mais lógica explicação do microcólon. Assim, num dos casos, encontrou atresia da porção terminal do cólon descendente e ao mesmo tempo uma redução acentuada da mesentérica inferior e de todo o território arterial correspondendo à atresia.

No outro caso, uma atresia do transverso, descendente e ileo-pélvico, igualmente com redução acentuada da respectiva irrigação. Não consegui encontrar a descrição da ou das causas dessa redução acentuada da irrigação, desconhecendo por tal se o autor as averiguou, o que seria do mais alto interesse.

Crê este autor que a explicação do caso deverá ser uma rotação anómala do intestino durante a vida fetal. No caso do nosso doente, o aspecto do cólon é, de facto, idêntico ao que se encontra num feto de 3 meses, logo após a rotação, que não continuou a progredir, sem descida do cólon direito, ou até mesmo sem ter atingido este desenvolvimento embrionário.

E então Okinczyc lembra que pode ter havido uma dilatação ou um volvo na porção a montante do intestino (ou uma torção) que produziu o estreitamento a jusante.

E não tendo, parece-me, entrevisto o ensinamento que os dados de autópsia lhe forneceram, diz que talvez o microcólon e o megacólon sejam devidos à mesma causa, o megacólon dum volvo fetal com dilatação que não cede, o microcólon logo abaixo da dilatação por atrofia segmentária do intestino a esse nível.

Ainda outra observação (a 3.<sup>a</sup> de quatro ao total que em tôda a bibliografia encontrámos e em cadáveres) refere-se a uma criança de 5 dias, que em 1915 Porter e Weeks autopsiaram, encontrando um transverso muito reduzido com um intestino delgado muito dilatado, com diminuição acentuada da irrigação arterial ao nível do microcólon e dilatação acentuada dos vasos que irrigavam o delgado. Sempre a mesma diminuição do sistema arterial de que o cólon em atresia depende.

Por esta razão e ainda pelas ideas actuais, não podemos estar de acôrdo com Okinczyc sôbre a etiologia idêntica dos mega e microcólon.

Para o megacólon, mega-esófago, mega-bulbo, mega-uretero, as teorias de Hirschsprung, defendidas também por Flexner, etc., e as de Marfan, Kleinschmidt e outros, estão hoje altamente



abaladas. Tôdas estas dilatações idiopáticas, sem causa local que as expliquem (e não sendo assim terão de denominar-se dilatações e não megas), estão hoje sendo explicadas por perturbações enervatórias, e de tal modo parece, com razão, que são as intervenções nos nervos, gânglios e raízes do sistema simpático aquelas que melhores resultados dão.

A patogenia do microlón não me parece poder assentar nas mesmas bases enervatórias.

Às descrições já apontadas das necropsias feitas por Okinczyk, Porter e Weeks, vou buscar a interpretação que me parece mais lógica à produção desta atresia.

De facto, nessas autópsias foi sempre encontrada uma diminuição apreciável do sistema arterial irrigando a zona de atresia, até mesmo no pequeno cadáver de 5 dias.

Eu creio que a atresia congénita poderá ser explicada por uma isquemia do intestino, produzida por uma perturbação, afecção ou anomalia dos vasos cólicos e que explica a falta de rotação, a paragem de desenvolvimento embriológico do cólon.

Não querendo admitir como congénita a atresia dêste nosso doente (e de facto não temos bases seguras para o poder afirmar) ainda será ao sistema circulatório que deveremos ir buscar a explicação para uma retracção tão extensa do comprimento do cólon e não a uma lesão que tenha sido inicialmente cólica.

Seja qual fôr a etiologia (e talvez neste caso a sífilis tenha mais foros de probabilidade), a circulação mesentérica é sede duma endarterite que, conseqüentemente, produz uma isquemia. Essa arterite não deve ter produzido logo de início uma obliteração total (porque então daria logicamente a necrose cólica, como regra em patologia geral), mas uma isquemia que inibiria, por assim dizer, a função do órgão e a sua conseqüente atrofia.

De resto, fenómenos idênticos se constataem em outros órgãos que por falta de irrigação perdem a função e se atrofiam e que, fora da função e atrofiados, têm o seu pedículo vasal reduzido ao mínimo, o que facilmente se revela nos rins, por exemplo, pela aortografia.

As atresias cólicas a jusante dos ânus ilíacos direitos têm idêntico fundamento.

O processo aortográfico encontrava certamente neste caso um alto interêsse científico. Não se pôde, infelizmente, aconse-



lhar, faltando-nos, por isso, essa exploração, que estou certo nos daria elementos preciosos. Emfim, microcólon ou atresia numa grande extensão, parece-me lógico atribuir a uma alteração irrigatória o que neste caso se nos depara.

Assim, o megacólon será uma doença essencialmente de base enervatória, o microcólon de base circulatória.

Os microcólon ou atresias desta extensão são muito raros.

Encontrei, ao total, em tôda a bibliografia que compulsei, quatro casos, todos em cadáveres, três dos quais já referi, o último citado por Legueu, num caso de Asthon, em que havia estreitamentos segmentários com o calibre intestinal idêntico por vezes ao intestino de frango. Mas nem sei se estes estreitamentos eram permanentes, nem tão pouco, neste caso, se faz referência ao estado do sistema circulatório.

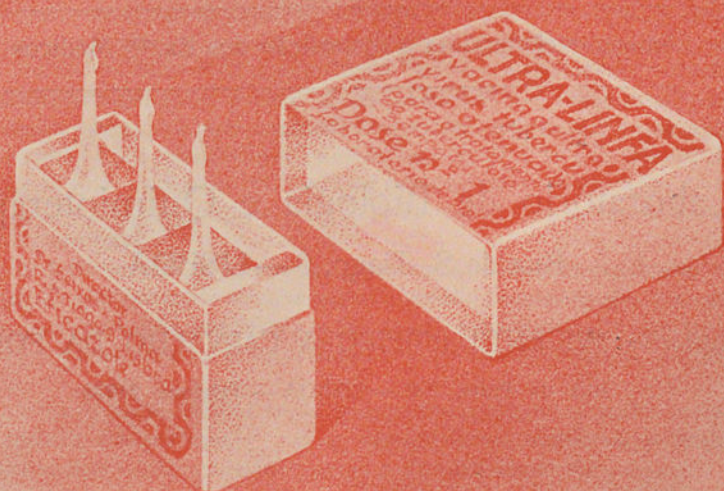
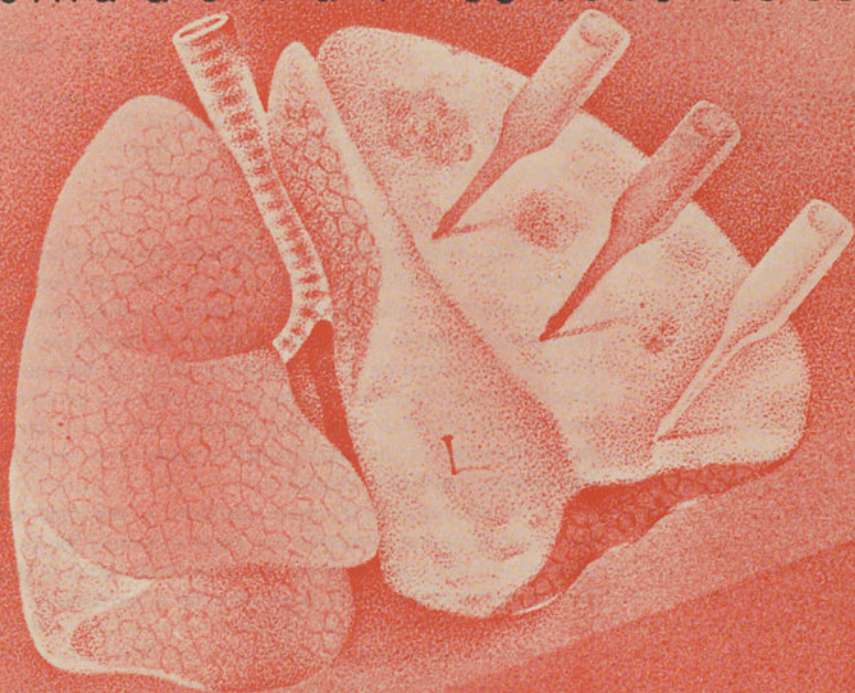
Os colegas, especialistas de intestinos que amavelmente se prestaram à pesquisa bibliográfica, nada mais encontraram.

O caso que apresento, seja microcólon (congénito), seja uma atresia de grande extensão, tem o interêsse da raridade e presta-se a concepções que podem não ter uma segura exactidão, mas que têm lógica, a qual resulta em grande parte daquilo que vários autores encontraram em autópsias.



NOVO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

PELA **"ULTRA-LINFA,"**  
(vacina a ultra-virus tuberculoso)





# NOVO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PELA

## ULTRA-LINFA

(Vacina a ultra-virus tuberculoso)

APLICAVEL NAS FORMAS MEDICAS E CIRUR-  
GICAS DA TUBERCULOSE

---

A venda em caixas de 3 empôlas  
(doses I a VI)  
e em caixas de 1 empôla  
(doses de VII a IX)

---

Este novo tratamento, resultado dos trabalhos clinicos e laboratoriais iniciados em 1930 pelo Dr. Forte de Lemos com uma vacina estudada pelo Dr. Seixas-Palma, constitui o objecto duma comunicação apresentada pelo primeiro á Sociedade de Ciências Medicas de Lisboa em 7 de Janeiro de 1931 (1). Este novo metodo baseia-se num processo especial de atenuação dos germens filtraveis do virus tuberculoso que pela primeira vez foram descritos pelo sabio investigador Antonio Fontes e mais tarde confirmados por Vaudremer, Calmett e Valtis.

A sua inocuidade quasi absoluta, o seu facil manêjo e a faculdade de applicação mesmo nos casos altamente febris, conferem-lhe qualidades que a põem ao alcance de todos os clínicos e a tornam applicavel em todos os períodos da tuberculose.

---

Amostras e literatura á disposição dos Ex.<sup>mos</sup> Médicos

---

Laboratório de Biologia e Quimioterápia

Rua de S. Tiago, 9 — LISBOA

Depositários: VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA

Rua da Prata, 237 — LISBOA — Telefone 24928

---

(1) *Medicina Contemporânea*, n.º 18-30-IV-1933.

*Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*, n.º 6 — Junho de 1933.



## Revista dos Jornais de Medicina

Diagnóstico e tratamento dos traumatismos cranianos. (*Diagnosis and treatment of injuries of the head*), por W. DANDY. — *The Journ. of the American Med. Ass.* Vol. 101. N.º 10. Setembro 1933.

Nos traumatizados do crânio o repouso absoluto é o melhor auxílio a prestar aos espontâneos esforços da natureza para compensar o aumento de tensão intracraniana.

Por repetidas e cuidadosas observações clínicas podemos ter sempre uma ideia do estado da tensão intracraniana, e separar, na maior parte dos casos, o importante grupo dos hematomas extradurais.

Todo e qualquer tratamento, inútil, perigoso ou potencialmente perigoso, deve ser evitado, devendo o cirurgião saber lutar com a insistência da família e dos amigos do doente, que esperam ou exigem que se faça qualquer coisa.

Podem os partidários e entusiastas da punção lombar ou da desidratação por injeções hipertônicas, responsabilizar o cirurgião que os não empregou, pelas conseqüências tardias dos traumatismos cranianos.

Na nossa consciência não nos deve pesar tal responsabilidade. Tôdas as conseqüências futuras, das quais a mais freqüente é a epilepsia, são determinadas pelas lesões do cérebro, no momento do traumatismo. O tratamento conservativo em nada pode contribuir para tais complicações.

Quando os mecanismos espontâneos de equilíbrio da tensão intracraniana mostram evidentes sinais de falência, o único tratamento racional é obter mais espaço, por descompressão subtemporal, cujos efeitos se mantêm, em oposição aos efeitos fugazes da punção lombar ou das injeções hipertônicas.

A descompressão deve, porém, só ser praticada em casos criteriosamente seleccionados; nunca se empregará antes de volvidas seis horas após o traumatismo, e em doentes que, passado êsse período, se mantêm em côma, ou que êste se torna mais profundo ou que voltam a piorar após leves melhoras. Estes casos, nos quais a trepanação está indicada, são menos de 10% do número total.

O A. está convencido de que nunca se obtiveram tão maus resultados no tratamento dos traumatismos cranianos como quando as trepanações descompressivas, sem indicação suficiente, se faziam na grande maioria dos traumatismos graves do crânio e eram o tratamento rotineiro de muitos serviços cirúrgicos.

Os maus resultados obtidos serão os mesmos, porém, com qualquer tratamento padrão, em que uma rotina de serviço venha substituir a inteligente e consciente interpretação clínica de cada caso de per si.



Resultados nunca se podem prever da aplicação dêste ou daquele método, mas das qualidades dos que aplicam êsses métodos.

É opinião muito geral de que qualquer pode razoavelmente manejar o tratamento dos traumatismos cranianos, valendo-se da punção lombar e dos solutos hipertônicos. O A. julga que, pelo contrário, poucos campos de acção cirúrgica haverá em que mais necessário seja um cuidadoso e persistente estudo do doente e uma esclarecida crítica das observações clínicas para obter o máximo de resultados úteis ao doente.

O A. termina o seu artigo, afirmando:

«As variações no estado do doente apresentam-se, por vezes, com tal rapidez, e o período no qual a intervenção do cirurgião pode ser útil é tão curto, que a vida do doente pende de um fio, que a perícia ou a inépcia do médico, ou fortalece ou quebra.»

ALMEIDA LIMA.

**A hipoglicemia espontânea e as suas manifestações neurológicas.**  
(*Neurological manifestation in two patients with spontaneous hypoglycemia*), por A. WILF, C. HARE e A. RIGGS. — *Bulletin of the Neurological Institute of New-York*. Junho de 1933.

Os AA. não consideram, neste artigo, os mecanismos fisiológicos envolvidos na produção da hipoglicemia, sob os quais existe uma vastíssima literatura. Procuram simplesmente pôr em evidência a sintomatologia neurológica pela qual a hipoglicemia espontânea se manifesta.

Não é possível estabelecer uma relação fixa entre o grau de hipoglicemia e o aparecimento dos sintomas. Há casos citados na literatura de quadros sintomatológicos de hipoglicemia em doentes com uma percentagem de 100 mgrs. por 100 cc., ao passo que se encontram outros doentes com níveis de açúcar tão baixos como 30 mgrs. por 100 cc., sem apresentarem sintomas. Contudo, sintomas graves de hipoglicemia encontram-se, em geral, em doentes com uma percentagem em volta de 50 mgrs. de açúcar por 100 cc. de sangue.

O agrupamento dos sintomas neurológicos da hipoglicemia é difícil de fazer, mas os AA. propõem que se dividam em atenuados, moderados e graves.

A sintomatologia atenuada consiste principalmente em alterações do sistema nervoso vegetativo, sensação de fadiga, sonolência, fome, suores, arrepios, palidez ou vermelhidão súbita da face, tremores musculares, salivação, náusea, bradicardia e extrasístoles. Podem aparecer também sintomas que denotam o envolvimento do sistema nervoso central; dêste o principal é uma leve alteração da coordenação dos movimentos. Sintomas psíquicos são também vulgares dentro dêste quadro, pouco grave, de hipoglicemia, principalmente: ansiedade, depressão, irritabilidade, dificuldade de concentração, leve obnubilação. Por vezes nota-se também uma certa diminuição da acuidade visual.

As reacções moderadamente graves consistem principalmente em sinto-



mas psíquicos: riso e choro forçado, actividade incoerente, perseveração verbal, obnubilação da consciência, negativismo, amnesia, fixidez do olhar. Apresentam-se também alguns sintomas de carácter orgânico como seja: diplegia, cefaleia, fosfenas, voz pastosa ou explosiva.

As reacções graves consistem na hemiplegia, cegueira e outros sintomas apopléticos transitórios, que têm sido atribuídos a um angiospasmio. O doente apresenta-se muitas vezes estuporoso e com movimentos de tipo coreiforme nas extremidades. Podem apresentar-se movimentos clónicos de determinados grupos musculares, tomando o aspecto ou de epilepsia jacksoniana ou de ataques epilépticos generalizados. Os reflexos tendinosos desaparecem e, freqüentemente, é possível obter o sinal de Babinski. Paralisias oculares, opistotonos e anúria acompanham, por vezes, o ataque. Graves perturbações psíquicas, principalmente sob o aspecto de violentas crises maníacas, como agressividade sexual, movimentos desordenados, sobressaltos violentos e canto em alta voz ou enfiados discursos, podem preceder ou seguir o ataque.

Os caracteres comuns de toda esta abundante e variada sintomatologia, que por vezes se pode assemelhar a quadros clínicos neurológicos vários como a histeria, a epilepsia ou a amênia, e que até certo ponto lhes dão um aspecto clínico próprio, são, segundo os AA., os seguintes:

- 1 — Agrupamento atípico e bizarro dos sintomas.
- 2 — Aparecimento periódico dos sintomas e em geral relacionados com o jejum. Muito freqüentemente os sintomas aparecem de manhã, ao acordar.
- 3 — A presença de uma percentagem baixa do açúcar no sangue.
- 4 — O imediato desaparecimento ou melhoria dos sintomas em seguida à administração de glucose pela boca ou por via intravenosa.

ALMEIDA LIMA.

Os perigos e a mortalidade na ventriculografia. (*The dangers and the mortality of ventriculography*), por HAROLD RIGGS. — *Bulletin of the Neurological Institute of New-York*. Junho de 1933.

O A. revê todos os casos de ventriculografia executados nos últimos cinco anos, no Instituto Neurológico de New-York, e dêsse estudo chega às seguintes constatações.

Em 148 ventriculografias houve 12 mortes ou seja 8,1 %.

A maior parte dos casos fatais deram-se em doentes com elevada hipertensão intracraniana.

Sintomas graves aparecem principalmente em doentes portadores de neoplasias subcorticais e em posição que comprimiam o terceiro ventrículo ou eixo cerebral.

Sintomas graves ocorreram em 31 doentes (21 %). Em 23 destes as neoplasias eram subcorticais.

Injecções hipertónicas de glucose, por via intravenosa, foram sempre de



resultados nulos ou muito pouco nítidos em todos os casos em que as complicações consecutivas à ventriculografia foram tratadas por êsse meio.

A punção ventricular com evacuação do ar e de líquido céfalo-raquidiano, atenua muitas vezes os sintomas graves em seguida à ventriculografia.

A ventriculografia é um método de diagnóstico valioso e indispensável. Não deve porém ser usado senão nos doentes em que o diagnóstico de localização é impossível pelos meios clínicos. Não é recomendável nos casos em que se suspeita de compressão do terceiro ventrículo.

ALMEIDA LIMA.

Aspecto clínico e diagnóstico dos fibroblastomas meningeos e perineurais (1) extramedulares e intrarraquidianos. (*Concerning the clinical features and the diagnosis of extramedullary meningeal and perieurial fibroblastomas of the spinal cord*), por CHARLES ELSBERG. — *Bulletin of the Neurological Institute of New-York*. Junho de 1933.

Estas duas variedades de tumores constituem mais de 70% de todos os casos de tumores intrarraquidianos extra-medulares.

Os fibroblastomas meningeos (meningiomas) são particularmente frequentes nas mulheres e depois dos quarenta anos. São mais frequentes na coluna dorsal, raramente se desenvolvem na região lombar. Os doentes apresentam-se à observação do cirurgião, em regra de um a dois anos depois do aparecimento dos primeiros sintomas e, seja qual fôr o nível da localização do tumor, os síndromas iniciam-se, com grande frequência, por perturbações motoras e sensitivas das extremidades inferiores. O aumento da globulina e das proteínas totais do líquido céfalo-raquidiano é, em regra, muito pequeno.

Os fibroblastomas perineurais (neurinomas, Schwannomas), manifestam-se com igual frequência nos dois sexos e são igualmente frequentes antes e depois dos quarenta anos. Não têm localização predilecta, encontrando-se com igual assiduidade na região dorsal, cervical ou lombar. Dores do tipo radicular são muito frequentes. O aumento das globulinas e proteínas do *liquor* abaixo da neoplasia é nitidamente maior do que nos fibroblastomas meningeos.

Em muitos doentes portadores de neoplasias intrarraquidianas, o diagnóstico pre-operatório destas duas variedades de tumores pode e deve ser feito. Assim como nos tumores intracranianos, o neuro-cirurgião deve tentar sempre fazer não só o diagnóstico da localização, mas também o da sua natureza histológica.

ALMEIDA LIMA.

(1) *N. da R.* — A nomenclatura apresentada pelo A. não é seguida por todos; os fibroblastomas meningeos do A. são mais vulgarmente denominados meningiomas (Cushing) ou meningoblastomas; os fibroblastomas perineurais, neurinomas, Schwannomas ou gliomas periféricos.



Estudos experimentais sobre a questão da hipertensão essencial. (*Experimentelle Studien zur Frage des Essentiellen Hochdruckes*), por H. HOFF e H. URBAN. — *Klin. Woch.* N.º 35. 1933.

Na patogenia da hipertensão essencial intervêm, certamente, perturbações das secreções internas, do metabolismo e do sistema nervoso, ignorando-se, porém, e variando as opiniões, acêrca do papel respectivo destes vários factores.

A idea dum compromisso funcional dos centros vaso-motores é antiga, mas até na localização daqueles não há uniformidade de pareceres.

O facto das intervenções na base do cérebro serem quasi constantemente acompanhadas de diminuição da tensão arterial fêz pensar na possibilidade de existência dum centro regulador da tensão naquela região, tanto mais que nos dias consecutivos ao acto cirúrgico se observa, em regra, grande variabilidade da pressão arterial, com subidas e descidas inexplicáveis.

Em ensaios anteriores, os AA., excitando várias regiões do cérebro com electrodo especial, tinham determinado, num único cão, uma subida nítida de tensão e constatado neste animal uma hemorragia nos corpos mamilares. Procuraram, então, determinar sistematicamente lesão experimental daquelles em onze cães.

A técnica usada, embora simples, está sujeita a muitos accidentes e não pode ser controlada visualmente. Daqueles animais apenas cinco saíram vivos da mesa de operações e só três sobreviveram o tempo suficiente para serem aproveitados nas experiências. No decorrer da intervenção é frequente a morte em fibrilação cardíaca.

Em todos os animais se observou queda rápida da pressão, após a picada. Nos três sobreviventes, a medição repetida da pressão mostrou que, após a descida dos primeiros dias, a tensão se restabeleceu no quinto ou sexto dia. Mas já nesta ocasião os animais reagiam às excitações psíquicas desagradáveis — presença de gatos, ameaça com chicote — com aumento acentuado da tensão, muito maior que o que sofriam os cães testemunhas.

No fim de três meses as oscilações da tensão eram menores, mas aquella atingia um nível muito elevado: 100 mm. num dos animais e 170 nos outros dois.

Ao cabo de seis meses, mantendo-se aqueles altos valores, os animais começaram a perder a vontade de comer, emmagreceram e tornaram-se apáticos, não se constatando, porém, alterações renais.

Os cães foram sacrificados antes que morressem espontaneamente, verificando-se em todos elles lesão da região dos corpos mamilares, embora de grau diferente: coágulo com lesão limitada à parte superior do corpo mamilar no primeiro, pequena hemorragia no segundo e transformação de todo o corpo mamilar num quisto, no terceiro.

Em face destas experiências, os AA. atribuem aos corpos mamilares do cão a manutenção do nível de tensão arterial.



**Importância do lobo posterior da hipófise na produção da eclâmpsia.** (*Die Bedeutung des Hypophysenhinterlappens für die Entstehung der Eklampsie*), por H. OHLIGMACHER. — *Klin. Woch.* N.º 36. 1933.

A idea de atribuir a um transtôrno funcional do lobo posterior da hipófise um papel importante, se não único, na produção da eclâmpsia tem tido vários defensores. Após Hofbauer e Rossenbeck, perfilharam êsse critério Küstner, baseado na positividade da reacção dos melanóforos, e mais tarde Anselmino e Hoffmann, depois de terem demonstrado no sangue das eclâmpticas uma substância frenadora da diurese e hipertensora.

Fauvet, estudando as alterações anátomo-patológicas determinadas no animal pela injeccção de hormona do lobo posterior da hipófise, considera-as idênticas às da eclâmpsia e advoga também aquela doutrina.

O A. repetiu as experiências de Fauvet. Administrou 10 U de hipofisina subcutânea por 100 grs. de pêso a cobaias, fazendo as injeccões várias vezes durante dois ou três dias até a morte dos animais, o que se verificou, em regra, após duas a quatro ou seis a oito injeccões, em cõma terminal de período convulsivante.

Diferem consideravelmente dos de Fauvet os resultados das experiências. Enquanto êste encontrou lesões hepáticas — necroses nitidamente circunscritas com infiltração gorda e trombose dos ramos da porta — e renais — dilatação vascular, glomérulos cheios de sangue, degenerescência hialina da parede das arteríolas e numerosos trombos nos pequenos vasos — comparáveis às da eclâmpsia, o A. observou simplesmente, no fígado, estase nos capilares da porta e, nalguns animais, pequenas hemorragias; e no rim, a-par de ausência completa de lesões glomerulares, apenas tumefacção das células epiteliaes, com degenerescência hialina pouco importante.

O A. pôde, por amabilidade de Fauvet, ver algumas das preparações histológicas dêste, mas discorda da interpretação e conclusões por êle tiradas. Acentua, sobretudo, a ausência de trombos da veia porta e de alterações glomerulares, não achando justo considerar tais experiências como comprovadoras da teoria que atribue ao lobo posterior da hipófise papel fundamental na produção da eclâmpsia.

A seu ver, esta teoria, como tôdas as outras, não resolve o problema patogénico da eclâmpsia, que constitue ainda uma questão em aberto.

OLIVEIRA MACHADO.

**Insuficiência hepática e assimilação dos aminoácidos.** (*Leberinsuffizienz und Aminosäurenstoffwechsel*), por K. HOESCH e CH. SIEVERT. — *Klin. Woch.* N.º 35. 1933.

Estudo sôbre a possibilidade de apreciação da insuficiência funcional do fígado pela administração intravenosa de um grama de glicocola em soluto a dez p. c. e doseamentos do N aminado livre e combinado e o da ureia.

Os AA. concluem:

1 — As oscilações do N aminado livre e combinado e as da ureia no



sangue total, depois da administração intravenosa de glicocola, permitem avaliar o grau de uma insuficiência hepática.

2 — Já a simples determinação do N aminado livre e combinado no sangue, em jejum, mostra, em muitos casos, relações patológicas e é, muitas vezes, superior à reacção xantoproteica.

3 — O N aminado combinado pode ser o único aumentado num prejuízo médio das células do fígado.

4 — O N aminado livre e combinado comportam-se, na administração a doentes do fígado, de modo diferente ao da administração a sãos.

5 — O N aminado combinado também sobe no indivíduo normal, depois da administração de aminoácidos.

OLIVEIRA MACHADO.

**A substância pancreatropa do lobo anterior da hipófise. I — Acérca da demonstração e propriedades da substância pancreatropa.** (*Die Pankreatrope*, etc.), por K. J. ANSELMINO e FR. HOFFMANN. — *Klin. Woch.* N.º 37. 1933.

Descrição de um método de isolamento da substância pancreatropa das outras hormonas do lobo anterior da hipófise, que consiste na ultrafiltração em meio fracamente ácido.

Os AA. descrevem uma série de propriedades físico-químicas da hormona agora isolada.

OLIVEIRA MACHADO.

**A substância pancreatropa do lobo anterior da hipófise. II — Acérca das acções da substância pancreatropa sobre a assimilação.** (*Die Pankreatrope*, etc.), por FR. HOFFMANN e K. J. ANSELMINO. — *Klin. Woch.* N.º 37. 1933.

Resumo dos AA. :

É relatada, neste trabalho, uma série de acções da substância pancreatropa do lobo anterior da hipófise sobre o metabolismo, semelhantes às da insulina. Estas acções faltam no cão sem pâncreas. Daí se conclue, de acôrdo com os resultados histológicos, que os efeitos descritos devem attribuir-se a uma aumentada eliminação de insulina, sob a acção da substância pancreatropa do lobo anterior da hipófise.

OLIVEIRA MACHADO.

**Acérca da questão da eliminação de adrenalina na hipoglicemia insulínica e na crise vascular de Pal.** (*Zur Frage der Adrenalinausschüttung*, etc.), por B. KUGELMANN. — *Klin. Woch.* N.º 38. 1933.

Em trabalho anterior Kugelmann demonstrou que o estado hipoglicémico do indivíduo não diabético decorre com subida da tensão arterial, redução do volume do baço e leucocitose com linfocitose, sintomas que relacionou com aumentada eliminação de adrenalina. Aquela subida da tensão, bem



como os outros sintomas circulatórios, só se observam quando a glicemia desce abaixo de 50-55 mgrs. %.

A ser verdadeira tal interpretação daqueles fenómenos, a administração simultânea de insulina e ergotamina — de acção antagónica à da adrenalina — deve determinar um quadro hipoglicémico a que faltam os sintomas condicionados pela aumentada eliminação de adrenalina — palidez, tremor, sensação de opressão precordial, subida da tensão.

O A. fez essa experiência em indivíduos normais, em cura de engorda pela insulina, dando-lhes 15 U desta, intravenosa, e, dez minutos depois, 1,5 cc. de gingeru Sandoz, correspondente a 0,7 mgrs. de tartarato de ergotamina, e determinou a pressão arterial de dois em dois minutos, e a glicemia com intervalos de quarto de hora. Obteve d'êste modo não só descidas maiores da glicemia (30 mgrs. %) que na administração isolada de insulina, como ainda um quadro hipoglicémico a que faltavam os sintomas circulatórios. Os doentes queixavam-se apenas de cansaço, fraqueza e fome, enquanto dois dias antes, pela administração de insulina, tinham apresentado a sintomatologia clássica completa.

Uma vez demonstrado que no organismo humano se podem apresentar aumentos agudos da pressão por elevação da secreção de adrenalina, o A. estudou as crises de Pal, para ver se elas se podem interpretar como devidas ao mesmo fenómeno.

Em sete doentes em que o exame físico era absolutamente negativo, além de subidas bruscas da pressão, acompanhadoras de queixas várias — ataques de angina do peito, por exemplo — o A. encontrou constantemente, durante os aumentos de pressão, uma subida nítida da glicemia, uma hiperleucocitose e linfocitose, que considera como reveladoras duma eliminação súbita de adrenalina.

OLIVEIRA MACHADO.

A acção da alimentação rica em albumina na nefrose. (*Die Wirkung der Eiweissreichen Nahrung bei Nephrose*), por G. CZONICZER e ST. WEBER.  
— *Klin. Woch.* N.º 40. 1933.

Resumo do artigo :

1 — A hypoalbuminose dos nefróticos não pôde ser influenciada, com segurança, com uma dieta extremamente rica em albumina, administrada durante quatro a dez dias.

2 — A eliminação diária de albumina dum doente nefrótico é constante e característica para êsse doente, num certo estado da sua doença. Esta eliminação de albumina sobe, sob a influência duma alimentação rica em albumina (180 grs. de albumina diária), de 40-100 %.

3 — A diurese dos nefróticos sobe nitidamente com alimentação rica em albumina; se têm edemas, o balanço da água é negativo: êles eliminam mais líquido do que ingerem e o pêso do corpo diminue,

4 — A alimentação rica em albumina é útil na nefrose lipóide nítida e nos nefróticos com sintomas predominantemente nefróticos, porque aumenta



LISBOA MÉDICA

**BISMUTO TERAPIA**  
DA  
**SIFILIS**  
por  
via intramuscular

**NEO-  
CARDYL**

SOLUÇÃO OLEOSA  
de butiltiourate de bismuto

INJEÇÕES INDOLORES  
ELIMINAÇÃO LENTA E CONTINUA

*A presença do enxofre na molécula  
pelas suas propriedades anti-tóxicas,  
favorece a acção terapéutica.*

Empolas de 1 cc.  $\frac{1}{2}$   
contendo 0,075 de  
Bismuto metal  
Caixas de 12 empolas

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
**SPECIA**

Marques POULENC Frères et USINES DU RHONE  
21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8<sup>e</sup>)





# GLEFINA

é o único reconstituente a base de Oleo de Fígado de Bacalhau que pode tomar-se em tôdas as épocas do ano.

Preparado com  
 Extrato de Oleo de Fígado de Bacalhau,  
 Hipofosfitos e Extrato de malte

**NÃO PRODUZ TRANS-  
 TORNOS DIGESTIVOS**

**SABOR AGRADAVEL**



**Laboratorios Andrômaco**  
 Rua do Arco do Cego, n.º 90  
 LISBOA

## Glefina e Lasa

*São os melhores produtos nacionais na sua classe e distinguem-se pela pureza absoluta dos seus vários componentes*

# LASA



Para as doenças do aparelho respiratório e sua convalescência

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  
 S'-Ouen près Paris

HÉMET - JEP - CARRÉ

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



a diurese e influencia favoravelmente os edemas e talvez diminua também a hipoalbuminose numa administração de longa duração.

Em face disto é insignificante a desvantagem causada pelo aumento da albuminúria. No caso duma nefrose lipóide nítida, não se deve recear uma retenção azotada.

OLIVEIRA MACHADO.

**Osteíte fibrosa generalizada. Caso tratado com êxito pela extirpação de tumores paratiroideos.** (*Generalised osteitis fibrosa. Case successfully treated by removed of parathyroid tumors*), por A. LOURENCE ABEL, G. THOMSON e L. HAWKSLEY. — *The Lancet*. 2 de Setembro de 1933.

A osteíte fibrosa generalizada caracteriza-se por reabsorção óssea associada com hiperplezia de uma ou das duas glândulas paratiroideas, hipercalcemia e excreção anormalmente elevada do cálcio. A sua progressão faz-se lentamente, como regra, no sentido de uma terminação fatal e acompanha-se de emmagrecimento com deformações esqueléticas.

A hipertrofia das glândulas paratiroideas, ao que se supõe, dá origem a uma excessiva secreção de paratormona com espoliação de cálcio do tecido ósseo. Daqui deriva uma hipercalcemia com aumento de eliminação do cálcio pelas urinas.

Ao exame necrópsico os ossos apresentam-se moles e deformados, com quistos múltiplos e formação de tumores acastanhados que parecem projectados da superfície. Todo o esqueleto é afectado e aparece como se fôra constituído por denso tecido fibroso. As fracturas espontâneas são frequentes e pela exploração do pescoço dos doentes pode encontrar-se alteração das paratiroideas, que se traduz pela lobulação anormal de uma ou das duas glândulas.

As lesões do esqueleto caracterizam-se fundamentalmente por uma reabsorção lacunar, aposição de novo tecido com formação também de novo tecido esponjoso, fibrose da medula óssea irregular, disseminada em focos, com osteoclastomas ou colecções de grandes osteoclastes e fibrócitos indiferenciados; estes, provavelmente, representam áreas de medula osteogénica que foram estimuladas pela paratormona até uma actividade osteoclástica exagerada e quistos numerosos que se originam na degenerescência da medula fibrosa pela dilatação de espaços vasculares ou pela autólise dentro do osteoclastoma.

A-par dos sintomas aludidos há outros que se podem comparar com as manifestações de hiperdosagem experimental da paratormona: hipotonia muscular, manifestações gastro-intestinais (vômitos, soltura), poliúria, calculose renal, hematuria, deposição de sais de cálcio nos parênquimas, amenorrea, etc.

É raro que o tumor paratiroideo se revele com facilidade ao exame externo do pescoço. Algumas das peças, com tumores relativamente volumosos, só se identificaram pelo exame operatório das glândulas paratiroideas. As radiografias do esqueleto mostram uma rarefacção generalizada dos ossos, com quistos numerosos.



A calcemia é quasi sempre elevada (12 a 20 mgrs. % em vez de 9 a 11 mgrs.). O fósforo do plasma é baixo (1 a 2 mgrs. em vez de 2 a 3,5). A excreção do cálcio urinário aumenta cerca de 6 a 8 vezes o valor normal. A evolução espontânea da doença conduz à morte. O seu tratamento consiste na extirpação operatória do tumor ou dos tumores paratiroides. Esta operação produz uma modificação no cortejo de sintomas gerais com acentuada melhoria e na tendência à normalização do aspecto radiológico dos ossos. Os autores relatam pormenorizadamente, no final do artigo, um caso clínico.

MORAIS DAVID.

**Comparação das curvas de glicemia obtidas no sangue venoso e no sangue capilar.** (*A comparison of sugar tolerance curves obtained on venous and capillary blood*), por J. CAVETT e S. SELJESKOG. — *The Jour. of Lab. and Clin. Med.* Agosto de 1933.

Em individuos normais e em diabéticos, os autores investigam o açúcar no sangue de uma veia do braço e no sangue do dedo, em jejum e após a ingestão de um soluto com cinqüenta gramas de glicose. Por êsse estudo, chegam a estas conclusões:

O açúcar do sangue, em jejum, tem valores idênticos no sangue venoso e no sangue capilar.

Durante a hiperglicemia que se segue à ingestão da glicose, os valores do açúcar do sangue capilar são ligeiramente mais elevados do que os do sangue venoso, tanto nos individuos normais como nos diabéticos.

Nos individuos normais a hiperglicemia desaparece ao fim de três horas da ingestão de glicose.

MORAIS DAVID.

**Influência dos preparados de fígado e de ferro na regeneração sanguínea em cães.** (*Blood regeneration in dogs as influenced by liver and iron preparations*), por A. MAYER. — *The Jour. of Lab. and Clin. Med.* Agosto de 1933.

Neste trabalho diz-se da actividade terapêutica de dois extractos hepáticos e de vários preparados de ferro na anemia secundária experimental dos cães. Um dos extractos de fígado continha os princípios curativos da anemia perniciosa e o outro era um extracto aquoso de todo o fígado e que, segundo Whipple, é activo na anemia secundária.

Sumário:

Os melhores resultados terapêuticos na anemia secundária experimental do cão foram obtidos com o emprêgo de um preparado de ferro (soluto neutralizado de cloreto ferroso em glicerina) combinado com extracto aquoso de fígado total e sangue. O extracto purificado de fígado (fracção G, activa na anemia perniciosa) estimula a eritropoiese, mas não tem qualquer efeito na formação de hemoglobina.

O ferro, particularmente sob a forma de ferro coloidal, tem uma activi-



dade importante, se não especial e essencial, na regeneração hemoglobínica da anemia post-hemorrágica.

Posto-que se não possa dizer que o extracto de fígado total não contém qualquer princípio orgânico mais ou menos específico na regeneração hemoglobínica da anemia secundária, em todo o caso, é talvez por intermédio do seu conteúdo em ferro e cobre que êsse extracto demonstra a sua qualidade terapêutica.

MORAIS DAVID.

**Adenoma da paratiroidea associado com a osteíte fibrosa generalizada.** (*Adenoma of the parathyroid associated with generalised osteitis fibrosa*), por C. DYCKE, M. WALKER e E. FREEMAN. — *The Lancet*. 2 de Setembro de 1933.

Os autores relatam um caso de doença de Reclinghausen, com larga documentação laboratorial e histo-patológica. Dizem de passagem: uma certa classe de casos desta doença é particularmente capaz de intrigar o clínico no que se refere ao diagnóstico do adenoma paratiroideo. Êste raras vezes se encontra pelo exame pre-operatório. No caso presente aconteceu que nem a palpação nem a inspecção permitiram o diagnóstico, que indirectamente se firmou pelos exames conjugados do laboratório e de raios X.

MORAIS DAVID.

**A relação entre os principios anti-anêmicos dos preparados de estômago e de fígado.** (*The relationship between the anti-anaemic principles in stomach and liver*), por J. WILKINSON, P. MAUCH, Z. KLEIN e P. LOND. — *The Lancet*. 16 de Setembro de 1933.

Depois que se conhece a acção dos extractos orgânicos de fígado e de estômago, trabalha-se no sentido de conhecer a constituição do princípio activo.

Estes autores, segundo trabalhos seus mais antigos, mostraram que o princípio do extracto de estômago de porco, a que chamaram haemopoietina, era mais instável e revelava propriedades diferentes do extracto de fígado e sugeriam que a haemopoietina seria de natureza enzimática; que pela sua acção sobre a molécula proteica da dieta normal produzia o princípio activo do fígado, ou uma substância similar, que seria armazenada no fígado para a formação dos glóbulos rubros. Experiências relatadas no presente estudo parece confirmarem estas suposições.

As fracções de extractos gástricos que contêm a haemopoietina, incubadas com carne de boi ou com músculo da parede do estômago, produzem um produto hematopoieticamente activo, termo-estável. A haemopoietina encontra-se no estômago normal do homem, dos animais carnívoros e omnívoros, mas não se encontra no estômago dos herbívoros.

A anemia perniciosa seria um tipo de doença de carência caracterizada



pela ausência de uma enzima específica da secreção gástrica, haemopoietina, da pepsina e do ácido clorídrico.

MORAIS DAVID.

Um caso que demonstra o valor da prova de Gordon na doença de Hodgkin. (*A case demonstrating the value of Gordon's test in Hodgkin's disease*), por R. OGILVIE e C. ROOYEN. — *The Lancet*. 16 de Setembro de 1933.

A prova de Gordon foi aplicada a um caso clínico de diagnóstico impreciso com resultados positivos, mais tarde confirmados pelo exame histopatológico.

MORAIS DAVID.

Uma nota a-propósito das culturas de bacilo de Koch, do Prof. Læwenstein. (*A note on Prof. Læwenstein blood culture of tubercle bacilli*), por A. GRIFFITH. — *The Lancet*. 9 de Setembro de 1933.

O Prof. Læwenstein tem isolado o bacilo da tuberculose pela hemocultura em numerosos doentes com tuberculose e com outras doenças até agora tidas como não tuberculosas. Os seus resultados são impugnados por diversos autores, alguns dos quais chegam a afirmar que os bacilos ácido-resistentes que Læwenstein isolou não são indiscutivelmente bacilos de Koch.

Læwenstein recebeu vinte e quatro estirpes de bacilos ácido-resistentes obtidas pela cultura de sangue humano: dezassete eram de bacilo humano e sete de bacilo aviário. Todos os bacilos ácido-resistentes identificados por Læwenstein eram bacilos de Koch.

MORAIS DAVID.

Trabalho experimental recente acérca da etiologia da doença de Hodgkin. (*Recent experimental work on the aetiology of Hodgkin's disease*), por C. E. VAN ROOYEN. — *The Brit. Med. Jour.* 23 de Setembro de 1933.

Os trabalhos recentes deram a conhecer uma reacção encefalítica experimental do coelho, que, segundo Gordon, tem significado específico para a doença de Hodgkin. Este A. verificou que a injecção intracerebral de uma suspensão de tecido linfadenomatoso determina um cortejo de sintomas altamente característico, com alterações da locomoção, depois ataxia progressiva, incoordenação muscular e espasmos, paralisia espástica dos membros posteriores e incontinência dos esfínteres.

Nos casos clínicos mais graves a prova de Gordon determina manifestações de maior intensidade, que terminam pela morte; nos casos com evolução mais tórpida a prova de Gordon conduz os animais ou a estados de doença com evolução crónica, com graves atrofia musculares, ou a períodos de doença passageira, de que os animais se repõem completamente.

A reacção encefalítica reveste um aspecto de nítida especificidade por-



que a mesma inoculação com extractos de tecidos affectados por outras doenças inflamatórias ou neoplásicas não é seguida de sintomas comparáveis. O exame histológico de peças obtidas em animais inoculados leva o A. a estas conclusões :

O síndrome encefáltico produzido nos coelhos é específico para o tecido linfóide da doença de Hodgkin e, conseqüentemente, tem um valor grande como prova biológica experimental no diagnóstico da doença.

A natureza precisa do síndrome produzido no coelho não está relacionada com o traumatismo ou com as lesões inflamatórias produzidas no cérebro do animal e antes parece devida à acção de qualquer toxina específica ou a um vírus filtrável.

MORAIS DAVID.

**Demência paralitica de Lissauer. Estudo clinico e patológico,** por H. HOUSTON MERRIT. — *Archives of Neurology and Psychiatry*. Vol. XXIX. N.º 5. Maio de 1933.

Contribuição valiosa para o conhecimento das paralisias gerais associadas, baseada em trinta e cinco observações antigas e oito casos novos com exame anatómico completo do encéfalo.

Os caracteres clínicos mais salientes são: a evolução prolongada, frequência dos ataques generalizados ou jacksónicos e o aparecimento de sinais permanentes de lesões focais encefálicas.

As lesões esclerosas, muitas vezes unilaterais, predominam no lobo temporal e parte inferior do lobo parietal.

Num estadio avançado constata-se atrofia esponjosa do córtex e grande perda de mielina na substância branca, como resultado da combinação das lesões encefálicas às de esclerose vascular, que interessam de preferência os territórios irrigados pelos ramos posteriores da artéria silvica.

BARAHONA FERNANDES.

**Encefalopatia alcoólica. (Polioencefalitis hemorrhagica superior de Wernicke),** por L. BENDER e P. SCHILDER. — *Archives of Neurology and Psychiatry*. Vol. XXIX. N.º 5. Maio de 1933.

Propõem os AA. a designação de encefalopatia alcoólica para esta afecção, por não serem inflamatórias nem primariamente hemorrágicas as suas lesões cerebrais, mas sim constituídas por uma gliose invasora e produtiva, marginal e endimária, com predomínio de astrócitos, por proliferação dos pequenos vasos e por hemorragias; estas alterações estendem-se ao longo da substância cinzenta periventricular desde o bulbo até o 3.º ventrículo, englobando as formações nucleares periventriculares e próximas: corpos mamilares, substância negra, região talâmica e subtalâmica e putamen.

As lesões situam-se sempre nas regiões adjacentes aos espaços subaracnóides, e são mais intensas nos pontos onde há estagnação do liquor, o que



sugere que este possa veicular qualquer noxa etiológica de natureza tóxica, proveniente do metabolismo geral viciado pelo alcool de uma maneira semelhante à das avitaminoses.

Distinguem os AA., no ponto de vista clínico, vários grupos:

1) Casos com turvação da consciência e *rigor* muscular variável, reacções motoras de opposição e resistência, reflexos de apoio, movimentos atetóides, movimentos e reflexos de sugar, coçar, apontar, por liberação de mecanismos primitivos infantis; assinergia muscular, aumento de reacção à dor, alterações organovegetativas e neurotróficas de tipo pelagroide.

2) Casos com sintomatologia cerebelosa.

3) Casos semelhantes à catatonia aguda, com catalepsia, dissociação do pensamento, alucinações, etc.

4) Casos de delírio prolongado, associado a vários sinais neurológicos.

5) Casos de encefalopatia associada a nevrite.

BARAHONA FERNANDES.

Excitação maniaca e paranóia, por G. PETIT. — *Annales médico-psychologiques*. Tõmo II. N.º 1. Junho de 1933.

Sõbre a base das suas observações, o A. acrescenta às relações já conhecidas entre os estados maníacos e a paranóia, as seguintes particularidades psicoclínicas:

No decurso de uma reacção reivindicadora, processiva, ou de um delírio de prejuízo, há, muitas vezes, um eclipse brusco das ideas delirantes com interrupção da conduta paranóica, que coincide sempre com uma atenuação da excitação ideoaffectiva — verdadeiro íctus depressivo que quebra a rigidez teórica da constituição paranóica.

No início ou na evolução de um acesso maniaco pode surgir uma fase de actividade paranóica com profunda alteração do juízo e da crítica (fase paranóica e disfrónica), manifestada também de uma forma atenuada em certos ciclótímicos por uma necessidade impulsiva e insaciável de acção, necessidade de domínio e agressividade com prática de actos inconvenientes e perversos, muitas vezes dissimulados.

A dissimulação utilitária da excitação pode também ter lugar nos paranóicos, e mesmo transitõriamente, nos grandes maníacos — factos estes de grande interêsse médico-legal.

A análise destas particularidades clínicas sugere um mecanismo psicogenético comum que reúne e conjuga freqüentemente os dois syndromas num mesmo quadro clínico.

A sua analogia com estados psico-orgânicos da adolescência (regressão hebóide na hipomania) e infância (regressão pedóide na mania) parece traduzir um substracto orgânico semelhante, em parte condicionado por uma exaltação das glândulas endócrinas, donde a freqüência das anomalias da conduta psico-sexual destes doentes (ambivalência sexual ou homo-sexualidade temporária dos periódicos e ciclótímicos, virilismo na mania das mu-



lheres) que se aproximam da regressão homo-sexual que os psicanalistas vêem nos paranóicos.

BARAHONA FERNANDES.

**A-propósito da reacção de Zondec nos estados maníacos**, por H. CLAUDE e J. R. CUEL. — *Société Médico-psychologique*. Sessão de 13 de Julho de 1933.

Repetindo os ensaios de outros autores, que tinham encontrado reacções de Ascheim e Zondec positivas na urina de doentes na fase maníaca da psicose maniaco-depressiva, e usando da técnica estabelecida pelos endocrinologistas, não obtiveram apreciáveis alterações no pêso, nem hiperplasia do *tractus* genital dos animais injectados, com excepção de um só, em que a reacção foi nitidamente positiva.

BARAHONA FERNANDES.

**O colesterol sanguíneo na esquizofrenia**, por I. LOONEY e H. CHILDS. — *Archives of Neurology and Psychiatry*. Vol. XXX. N.º 3. Setembro de 1933.

Foram estudados cinquenta doentes por um espaço de tempo de seis meses, com observações separadas por duas semanas e dois meses.

O colesterol, doseado pelo método de Myers e Wardell, era de  $146 \pm 3$  mgrs. % para o primeiro período de dois meses,  $161 \pm 2,8$  % para o segundo período e  $166 \pm 2,5$  % para o terceiro, diferenças atribuídas à variação das estações do ano.

O valor médio normal é de  $175 \pm 2$  mgrs., sujeito a variações apreciáveis.

Não se observaram correlações entre a taxa de colesterol, o metabolismo basal e o estado emocional.

A esquizofrenia parece ser caracterizada por uma leve baixa do colesterol sanguíneo.

BARAHONA FERNANDES.

**As oxidases e peroxidases nas doenças nervosas e mentais**, por JEDŁOWSKI. — *Archivio generale di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi*. Vol. XIV. Fasc. II. Junho de 1933.

Os dados obtidos pelo estudo das oxidases e peroxidases no sangue de trezentos e vinte e cinco doentes affectos de variadas neuro e psicopatias, e experimentalmente em animais com diversas lesões cerebrais, após extirpação de algumas glândulas endócrinas, ou injectados com diferentes hormonas, convergem no sentido de se poder estabelecer em todos os casos um comportamento normal dos fermentos respiratórios dos leucócitos da série mieloide, e de negar com uma certa segurança a existência de centros estriados ou mesencefálicos da regulação e produção de tais enzimas, e não aceitar a



especificidade do chamado «quadro hemático estriado», de Sato e Yoshimatsu (persistência das oxidases com desaparecimento das peroxidases).

---

BARAHONA FERNANDES.

Terapêutica hematoplacentária das psicoses (comunicação preliminar), por A. ZAITZEW (Leningrado). — *Société Médicale de Psychologie*. Sessão de 26 de Junho de 1933.

Partindo da hipótese de que no sangue das grávidas que se dirige ao feto as hormonas estimuladoras do crescimento devem estar num estado de maior activação, fez o A. uma série de injeções de sangue do cordão umbilical, na dose de oito a doze cc., a algumas doentes, obtendo melhoras nas formas catatónicas de demência precoce e nas depressões, tanto da psicose maniaco-depressiva como da involução.

---

BARAHONA FERNANDES.

A pressão média na demência precoce, por C. COLOGNESE. — *Rassegna di Studi Psichiatrici*. Dezembro de 1932.

Na maioria dos casos de demência precoce há uma perturbação do equilíbrio circulatório que, no ponto de vista esfigmomanométrico, se traduz por uma leve baixa de pressão arterial máxima, com elevação da pressão média e da mínima, sem qualquer hipertrofia do ventrículo esquerdo.

---

BARAHONA FERNANDES.

A litíase biliar e a úlcera gastroduodenal nas doenças da medula. (*Über cholelithiasis und Ulcus ventriculi und duodeni bei Krankheiten des Rückenmarcks*), por H. WANTOCH. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 27. 1933.

Têm-se ultimamente acumulado os trabalhos que tendem a demonstrar o papel importante que desempenha o sistema nervoso-vegetativo no aparecimento de algumas enfermidades. Destas, fala neste artigo o A. apenas da colelitíase, e da úlcera gastroduodenal, cuja origem nervosa, sobretudo da última, acentuada por Bergmann, conduziria por espasmo arterial a isquemia de territórios localizados da mucosa gástrica, perturbação altamente favorável ao início da úlcera. A provar esta tese, vêm as histórias clínicas dos medulares, onde não são raras as alterações do sistema nervoso-vegetativo, que mostram, por vezes, coincidências no aparecimento de lesões em órgãos diversos. Faltava, porém, um estudo de conjunto que pudesse mostrar até que ponto se pode afirmar este ponto de vista. Apresenta, por isso, Wantoch uma estatística de 48 casos de doenças da medula, nas quais em 10 (21 %) encontrou uma calculose biliar que representa um número mais baixo do que o dado por Bergmann (40 %); do mesmo modo no que se refere à úl-



## Um sono profundo durante a noite dá-lhe energia para o dia seguinte...

### Quanto tempo precisa dormir ?

Não é possível responder de uma maneira geral a esta pergunta, pois a quantidade de sono varia de individuo para individuo.

Mas os cientistas dizem que — o sono profundo é mais importante que o sono muito prolongado. Um sono profundo, dizem eles, é necessário para proporcionar ao organismo o repouso de que carece afim de crear novas energias.

### Torne um hábito dormir profundamente

É fácil conseguir tornar num hábito regular este sono profundo — beber uma chavena de Leite Maltado de **Horlick's** quente, à hora de deitar. O seu calor confortante penetra o organismo. Um trabalho digestivo, suave e calmo entra em acção — cresce a indolência e, bem depressa, entra num sono profundo.

Peça em tôda a parte: **Leite Maltado HORLICK'S**

AGENTES EXCLUSIVOS

ESTABELECIMENTOS JERÓNIMO MARTINS & FILHO

13, Rua Garrett, 23 — LISBOA

— A pedido dos Ex.<sup>mos</sup> Clinicos fornecem-se amostras gratuitas

PILULAS

# OPOBYL

PILULAS

### TRATAMENTO PHYSIOLOGICO

das *Ictericias, Hepatites e Cirrhoses, Angiocholites e Cholecystites, Lithiasis biliares, Enterocolites.*

*Prisões de ventre chronicas, Estados hemorrhoideos.*

### COMPOSIÇÃO

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

## INSUFFICIENCIAS Hepatica e Biliar

### PHARMACODYNAMIA

*Cholagoço, Reeducador das  
funções entero-hepaticas,  
Descongestivo do figado  
e dos intestinos.*

**MODO DE EMPREGO** Uma a duas pilulas por dia, após as refeições.

*Amostras gratuitas, a um simples pedido endereçado aos:*

Laboratorios A. BAILLY 13 et 17, Rue de Rome, PARIS (8<sup>e</sup>)







cera péptica gastroduodenal, com uma percentagem de 4<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, contra 13<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, admitida por Roessle.

As hematemeses e melenas, de que por vezes se acompanham as crises gástricas dos tabéticos, nem sempre se acompanham de úlcera; em 2 casos do A. havia, respectivamente, uma gastrite hemorrágica e gastrite crónica simples.

J. ROCHETA.

**Das relações entre o iodo e o bócio.** (*Ueber die Beziehung des Iods zum Kropf*), por F. Mc CLEUDON. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 27. 1933.

Mc Cleudon, o professor de Minnesota, conhecido principalmente pelos seus estudos sobre bócio, que êle tem investigado em quasi todos os países do mundo, estabelece neste artigo a íntima relação que existe entre o aparecimento do bócio e a pouca abundância de iodo consumido pelos portadores desta afecção. Assim, por exemplo, a raridade de bócios no Japão explica-se pelo consumo que êste povo faz de plantas marinhas ricas daquele elemento; pelo contrário, há certas províncias chinesas onde o bócio é endêmico e nas quais, por estudos feitos, há muito pouco iodo. Por isso aconselha uma maior extensão no uso de substâncias iodadas (plantas, águas) como meio de acabar com a doença. Quanto ao mínimo necessário de iodo a tomar, diz o A. que os japoneses comem substâncias que contêm 1 de iodo por 400 gramas e, a-pesar disso, é desconhecido aí o bócio exoftálmico.

J. ROCHETA.

**A injeção endotraqueal de coaguleno-adrenalina na cura das hemoptises.** (*L'iniezione endotracheale di coaguleno-adrenalina nella cura delle emottisi*), por M. PANGRAZZI. — *Minerva Médica*. N.º 28. 1933.

Deve reter-se, pela sua simplicidade, a técnica das injeções de substâncias hemostáticas por via endo-traqueal-supra-glótica, como meio de combater as hemoptises. O A. recomenda o processo usado por Galli. Depois de prévia injeção subcutânea de cloridrato de heroína, para evitar a tosse e o vômito, e no momento da inspiração, introduz-se, por intermédio duma seringa comum endotraqueal (tipo Rosenthal, por exemplo), uma mistura de 3, 5, 10 cc. do soluto de coaguleno a 3<sup>o</sup>/<sub>o</sub> e de 1 cc. do soluto de adrenalina a 1<sup>o</sup>/<sub>100</sub>. É conveniente, quando se suspeite do lado de onde provém a hemorragia, deitar o doente para êsse lado; quando não, mantê-lo em posição de meio sentado. A injeção deve fazer-se com as precauções usuais de assepsia e pode repetir-se no mesmo dia. Alguns autores, por sua vez, defendem a via intracricotiroidea.

Quanto aos efeitos da injeção, observa-se que o coaguleno assim introduzido é inofensivo, perfeitamente tolerado e não determina nem imediatamente nem posteriormente nenhuma irritação da mucosa traqueobrônquica, nem provoca ou favorece o aparecimento de complicações pulmonares secundárias.

J. ROCHETA.



Novas pesquisas bacteriológicas no reumatismo poli-articular. (*Ueber neue bakteriologische Untersuchungen bei Polyarthritis rheumatica*), por HARTLEBEN. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 29. 1933.

Trabalhos americanos recentes têm referido um novo método de cultura a adoptar para se pesquisar com resultados positivos a estirpe de estreptococos (AB13 e RB5) que os referidos autores julgam ser os agentes do reumatismo articular. Hartleben apresenta uma estatística de 31 casos de reumatismo agudo e crónico, nos quais procedeu à pesquisa dos estreptococos pelo processo de Gray e Gowen, que consiste essencialmente em trabalhar com o coágulo do sangue extraído, na ausência do sôro, para evitar as propriedades bactericidas que êste tem. Em todos os casos obteve resultados negativos, quer a respeito de estreptococos ou de qualquer outro agente.

J. ROCHETA.

Tuberculose pulmonar e megadiafragma. (*Tuberculose pulmonar y megadiafragma*), por R. DENIS, A. P. HENDTLOSS e O. GARRE — *La Prensa Médica Argentina*. N.º 29. 1933.

Referem os AA. três observações de megadiafragma com tuberculose do pulmão comprimido, concluindo por uma completa independência entre os dois processos, porque a ausência de aderências do pulmão afectado, a regularidade da convexidade diafragmática, a persistência nos movimentos do mesmo e o contôrno da sua alta elevação são favoráveis a esta hipótese. A coexistência das duas afecções, que nas estatísticas apresentadas referem uma percentagem de 50%, explica-se pelas perturbações funcionais provocadas pela elevação do diafragma que, somadas às mal-formações anatómicas e funcionais do pulmão correspondente, produzem uma meiopraxia dêste órgão favorável ao desenvolvimento da tuberculose pulmonar. Atendendo a estes factos, é conveniente instituir precocemente aos portadores de megadiafragma tratamento higiênico, dietético e gymnástica respiratória.

J. ROCHETA.

A prova da tiroidina na tuberculose pulmonar. (*La prueba de la tiroidina en la tuberculosis pulmonar*), por A. DALTO e L. CHAROSKY. — *La Prensa Médica Argentina*. N.º 29. 1933.

Duma maneira geral, dizem os AA., estamos de acôrdo com Marañon quando afirma a existência, na tuberculose pulmonar, de sinais de irritabilidade neurovegetativa, principalmente simpática, que reproduz a sintomatologia basedowiana. Procuraram, por isso, torná-los mais evidentes ou provocá-los, quando latentes, por meio da tiroidina administrada *per os*, na dose de 0,20 durante 6 dias. De 31 doentes, sòmente 3 apresentaram aumento de pulso e 2 aumento do metabolismo.

Concluem, por isso, que a ingestão de tiroidina não esclarece, como



prova fármaco-dinâmica isolada, o hiper ou hipo-funcionamento tiroideo na tuberculose pulmonar.

J. ROCHETA.

**As injeções endovenosas de atropina contra as dores tabéticas.** (*Le iniezioni endovenose di atropina contro i dolori tabici*), por G. ROASENDA e S. GARETTO. — *Minerva Medica*. N.º 29. 1933.

Sugestionados pelas publicações de Alajonanine e Horowitz, que referiam os bons resultados obtidos nas dores gástricas da tabes com o sulfato neutro de atropina em injeção endovenosa, os AA. empregaram a mesma terapêutica em 21 doentes com fenómenos dolorosos da mesma natureza. Administraram este medicamento nas doses de 1/2, 1, 1 1/2 e 2 mgrs. por injeção, numa série de 10 a 12, as primeiras todos os dias e as últimas em dias alternados, com os melhores resultados.

O tratamento pode ser ambulatorio e não exige cuidados especiais. Alguns doentes, passado algum tempo, voltaram de novo à consulta, por reaparecimento de dores. Uma segunda série de injeções fizeram-nas desaparecer. Além deste efeito, acrescentam os AA. ter verificado uma boa influência nos outros sintomas da tabes pela cura atropínica.

J. ROCHETA.

**Tentativa de uma profilaxia da gripe.** (*Versuch einer Grippeprophylaxe*), por A. OETIKER. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 29. 1933.

O A. mostra-se também favorável ao emprêgo da quinina como meio profilático da gripe. Num colégio onde viviam 126 pessoas, entre crianças e adultos, estavam 9 que não tomaram o medicamento, tendo destes adoecido 6; de 117 que diariamente tomaram, *per os*, 0,05 de cloridrato de quinino, adoeceram apenas 8 pessoas, portanto uma percentagem bastante menor.

J. ROCHETA.

**O tratamento da psoriasis exclusivamente com meios internos.** (*Psoriasisbehandlung ausschliesslich mit inneren mitteln*), por E. KÖMER. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 29. 1933.

Vários processos terapêuticos existem que podem influenciar favoravelmente a psoriasis, mas nenhum tão simples e tão barato como o proposto por Gebeert e que o A. applicou com bons resultados. Consiste em administrar licor de Fowler 3 vezes por dia, iniciando-se o tratamento por 5 gotas, aumento de uma a cada dose nos dias sucessivos, até atingir 3 × 25 por dia e, ao mesmo tempo, 3 pílulas asiáticas por dia. Devido à alta dose de arsénio que esta medicação comporta, é sempre bom verificar-se a susceptibilidade individual.

Principalmente os casos antigos, crônicos e generalizados são os que



mais facilmente são influenciados por este método; a duração média do tratamento é de quatro a seis semanas.

J. ROCHETA.

**Método rápido aplicado ao diagnóstico da vesícula biliar.** (*Abkürzung des Untersuchungsanges der Gallenwegsdiagnostik*), por F. DICHL e F. KUHLMANN. — *Munchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 27. 1933.

O método é como segue: introdução da sonda duodenal, como usualmente, e extracção do suco duodenal (para melhor refluxo da bile, injeção de 2 cc. de pituglandol). Em seguida, introdução, através da sonda, de 50 a 100 gramas de dextrapur — conforme o peso dos diferentes indivíduos — dissolvidos em 300 cc. de chá; tira-se a sonda e, quinze minutos depois, injeção endovenosa de iodotetragnost (3 gramas em 20 gramas de água destilada). Passadas 2-3 horas faz-se a colecistografia.

J. ROCHETA.

**O tratamento da hipertonia pela tiroxina.** (*Über die Thiroxinbehandlung der hipertonie*), por W. FREUND. — *Terapie der Gegenwart*. Heft 7. 1933.

Recomenda o A. o emprêgo da tiroxina no tratamento da hipertonia. Apresenta algumas histórias clínicas com bom resultado com o uso da tiroxina Roche, na base de  $2 \times 5$  gotas por dia, dose muito mais pequena do que a indicada pela casa fabricadora, advertindo por esse facto o clínico. A hipótese mais plausível para explicar o modo de acção deste fármaco julga o A. ser a que consiste numa influência neutralizante da adrenalina, por deminuição da sua secreção ou neutralização do seu efeito cardíaco.

J. ROCHETA.

**Hipersensibilidade ao sal como causa de perturbações alérgicas.** (*Kochsalzüberempfindlichkeit als Ursache allergischer störungen*), por U. J. GUTMANN. — *Fortschritte der Tgerapie*. Heft 7. 1933.

Refere o A. algumas histórias clínicas com manifestações alérgicas — asma, urticária, edema de Quincke, neurodermite e hemicramia — e que apresentavam reacções cutâneas negativas aos alérgenos mais conhecidos, excepto ao sal comum. Instituiu-se uma dieta pobre em cloreto de sódio, que foi substituído por titrosal que, a-pesar-de conter aquele sal, tem reacção cutânea negativa, possivelmente por neutralização de outros sais que existem nesta especialidade farmacêutica. Os acessos alérgicos melhoraram muito com esta medicação, mas só desapareceram com injeções intramusculares de Kationorm — sal isoiónico de potássio, cálcio e magnésio.

Julga o A. que a acção destas substâncias sobre o sistema nervoso-vegetativo se devem os bons resultados obtidos.

J. ROCHETA.



**Modificações da flora e dos processos destrutivos intestinais depois da ressecção gástrica.** (*Aenderungen der Keimbesezung und der Zersetzungs Vorgänge im Dünndarm nach der Magenresektion*), por E. HERTEL e F. SARTORIUS. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 30. 1933.

Em cães, aos quais os AA. fizeram ressecções gástricas — Billroth I e II — foram-lhes em seguida, por intermédio de fistulas a diversas alturas do intestino, investigadas as alterações químicas e bacterianas do intestino delgado.

Sob o ponto de vista bacteriológico, verificou-se, durante o período digestivo, ao nível do duodeno e do jejuno, um aumento dos agentes microbianos; além desta modificação quantitativa, encontraram-se também alterações qualitativas, com o achado em alta dose de germens gram positivos próprios do intestino grosso. Estas modificações, acompanhadas por um maior número de partículas alimentares insuficientes, trabalhadas pelo estômago, favorecem o aparecimento de elementos de putrefacção, sobretudo indol, que se acompanha, numa certa relação, com a excreção do indicam pela urina.

Por isso e para evitar tôdas as conseqüências que se originam nas intoxicações crônicas, a que estão sujeitos os gastrectomizados, deve escolher-se uma dieta que, tanto quanto possível, não dê origem a produtos putrefactivos.

---

J. ROCHETA.

**Peremesin, uma substância atóxica contra os vômitos (especialmente da gravidez e da viagem).** (*Peremesin, ein giftfreies Mittel gegen Erbrechen (besonders Schwangerschaftserbrechen, See Luft, Eisenbahnkrankheit, etc.)*), por J. LANGE. — *Munchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 34. 1933.

Recomenda o A. este fármaco como de resultados seguros nos vômitos, quer os da gravidez, quer os provocados em viagens (por mar, caminho-de-ferro, etc.), com a vantagem da sua atoxicidade e ausência de fenômenos secundários.

---

J. ROCHETA.

**A obesidade neuro-hipofisária.** (*L'obésité neuro-hypophysaire*), por M. R. CASTEX e M. SCHEINGART. — *Revue Sud-Americaine de Médecine et de Chirurgie*. N.º 5. 1933.

Os AA., que dispõem duma estatística de 600 casos de obesidade, comentam neste artigo todos os elementos de maior utilidade para o diagnóstico patogénico desta afecção: funcionamento genital, radiografia da sela turca, metabolismo basal e poder específico-dinâmico das albuminas. Apesar dos numerosos trabalhos que se têm feito para conhecimento desta questão, ainda hoje não é possível conceber claramente o conjunto do síndrome. Disso se ressentem a terapêutica, que refere insucessos com freqüência. Sobre tudo no que se refere aos extractos endocrínicos, não deve esquecer-se que



os do lobo anterior da hipófise perdem a sua actividade ao fim de três a quatro semanas. Por isso, além duma preparação fresca, sôbre a qual de resto não deve fundar-se grande esperança, convém associar a tiroidina ou melhor ainda a tiroxina em injeções intravenosas de 5 mgrs. de oito ou de dez em dez dias. Em certos casos, para activar o funcionamento glandular ou a circulação ao nível da glândula e do diencéfalo, é conveniente a aplicação dos raios X em doses estimulantes ou ainda a diatermia.

J. ROCHETA.

A toxemia gravídica e o seu tratamento racional. (*La toxémie gravidique et son traitement rationnel*), por A. V. MARCONDE e A. AMARAL. — *Revue Sud-Americaine de Médecine et de Chirurgie*. N.º 5. 1933.

Resumem os AA. assim o seu artigo :

1) O sôro anti-toxigravídico, ainda que eficaz no tratamento da toxemia gravídica, provoca a urticária e diversas manifestações de alergia sérica.

2) O sôro purificado, hormo-gravídico, e o novo lipo-sôro anti-toxigravídico, representam uma grande conquista para o tratamento dêste síndrome, não produzindo dores nem acidentes de natureza sérica.

3) Graças a esta nova medicação, raramente os parteiros terão necessidade de interromper a gestação das suas doentes.

4) Estes produtos combatem geralmente a toxemia na dose de 2 cc., podendo ser elevada a 5 cc. nos casos graves e mesmo a 40 cc. sem o menor inconveniente.

5) A associação da solução hipertónica de glicose com o lipo-sôro anti-toxigravídico representa um novo progresso e facilita a luta contra os acidentes da acidose, tão freqüente nas grávidas toxémicas.

J. ROCHETA.

Sôbre um caso de bloqueio paroxístico do ramo direito do feixe de His. (*Sobre un caso de bloqueo paroxístico de lo ramo derecho del fascículo de His*), por A. AZPITASTE. — *Archivos de cardiologia y Hematologia*. N.º 8. 1933.

Últimamente, e sobretudo depois dos trabalhos de Mahaim, tem-se discutido muito o conceito dos predomínios ventriculares. Para êste autor não há barreiras nítidas entre o predomínio ventricular esquerdo e o bloqueio do ramo direito do feixe de His, ou por outras palavras, as relações entre uma cousa e outra são muito mais íntimas do que se julgava. Por outro lado, como se verifica por casos estudados pelo mesmo A., as lesões do ramo direito são quasi sempre de origem vascular — coronária anterior — e em individuos com hipertensão ou arteriosclerose, nos quais é freqüente o aparecimento do predomínio ventricular esquerdo. O caso descrito pelo autor vem confirmar esta tese: um individuo com *angor pectoris* e que durante muito tempo apresentou um electrocardiograma típico de predomínio ventricular esquerdo, mostra, depois dum acesso duma certa gravidade, um traçado de bloqueio do ramo direito e que mais tarde volta às características gráficas



primitivas. O A. interpreta o caso da maneira seguinte: a esclerose coronária tinha produzido um *déficit* funcional permanente do ramo direito do feixe de His e que se manifestava por uma curva de preponderância ventricular esquerda; um dia, em consequência de uma pequena trombose ou talvez devido a um espasmo mais duradouro num sector da coronária anterior, aumentou o *déficit* desse ramo até chegar a um bloqueio completo; com a compensação dessa alteração circulatória, reapareceu a curva primitiva.

---

J. ROCHETA.

Sôbre o tratamento do espasmo facial essencial. (*Sul trattamento dello spasmo facciale essenziale*), por A. M. DOGLIOTTI. — *Minerva Medica*. N.º 33. 1933.

Depois de várias tentativas, chegou o A. a obter bons resultados com a seguinte intervenção cirúrgica, que aconselha para o tratamento do espasmo facial essencial: isola o tronco do nervo facial desde a sua emergência ao nível do orifício stilo-mastoideu até um pouco adiante da sua bifurcação nos ramos superior e inferior, na altura em que estes desaparecem na loca da parótida. Separa estes dois ramos por incisão ao nível da bifurcação do facial e prolonga o corte através deste nervo e na sua parte mediana, quasi até ao seu orifício de saída, onde, por fim, seccionou as fibras da sua metade superior. Fixa, em seguida, a extremidade livre do ramo facial superior à origem do ramo facial inferior com um ponto de sêda finíssima. Obtém-se assim nos primeiros dias uma paralisia do ramo superior e paresia do inferior, perturbações que em seguida se recompõem quasi completamente.

---

J. ROCHETA.

A alergia insulínica e a sua influência no metabolismo diabético. (*Insulinallergie und ihr Einfluss auf die diabetische stoffwechsellage*), por F. KRAUPL. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 32. 1933.

A-pesar-de algumas hipóteses últimamente aparecidas, ainda hoje não há unanimidade de vistas no que respeita à natureza do antígeno insulínico. A raridade de casos de alergia provocados pela insulina em face da frequência com que é empregado este fármaco, fala a favor dum factor individual como determinante. A história clínica referida pelo A. parece apoiar este ponto de vista. Num diabético tratado com insulina surgiu, depois das primeiras injeções, uma urticária generalizada, que reapareceu a quando do emprêgo de duas outras marcas deste produto. Procedeu-se então à des-sensibilização por via intracutânea, com bons resultados e que além disso provocou uma tolerância sensível para os hidratos de carbono, o que parece estar de acôrdo com as observações que referem um abaixamento da glicemia nos períodos de alergia.

---

J. ROCHETA.



O tratamento da poliomielite aguda com transfusão de sangue de convalescente. (*Behandlung der akuten Poliomyelitis mit transfusion von Rekonvaleszentenblut*), por I. SHERMAN. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, N.º 34, 1933.

O A., que já tinha empregado o sôro de convalescentes no tratamento da poliomielite, abandonou este método pelos fracos resultados obtidos, substituindo-o pela transfusão de sangue, baseando a sua preferência principalmente no facto do sangue total não ter de ser exposto a manipulações que lhe fizessem perder as qualidades de substância viva. Os resultados foram melhores que os obtidos com o sôro, especialmente no que se refere à influência profiláctica dos fenómenos paralíticos e ao notável encurtamento dos dias de temperatura, que são reduzidos a um número muito menor.

J. ROCHETA.

Sobre a distribuição e eliminação do tório após a injeção de Thorotrast. (*Ueber die Verteilung und Ausscheidung des Thoriums nach Thorotrastinjektion*), por T. LEIBERT. — *Wiener Klinische Wochenschrift*, N.º 32, 1933.

Em experiências com animais e em indivíduos falecidos com cancro, verificou o A. que o tório injectado se acumulava por ordem decrescente: baço, fígado, medula óssea e pulmão. Nos dois primeiros órgãos depositam-se aproximadamente dois terços daquela substância e entre ambos há uma relação de 9 : 1 a favor do primeiro, tomando como base a unidade do pêso. A eliminação do tório pelas fezes ou pela urina só se inicia passado ano e meio, pelo menos. O tório depositado no pulmão sofre, com o tempo, uma diminuição, enquanto se mantém inalterável o depósito dos outros órgãos.

No homem encontra-se do mesmo modo a quantidade maior no baço e no fígado. O conteúdo em tório dum fragmento de tecido hepático são e dum outro de metástase cancerosa do mesmo órgão não mostra diferença capaz de fazer contraste nas imagens radiográficas.

J. ROCHETA.

A albuminúria ortostática. (*Ueber orthostatische Albuminurie*), por WICHELE e PANNBERET. — *Munchener Medizinische Wochenschrift*, N.º 34, 1933.

Procuraram os AA. a confirmação da teoria de Kellings e Sonnes, que admite ser a albuminúria ortostática causada pelo estiramento da veia renal esquerda quando, antes de se lançar na veia cava, cruza adiante a aorta, perturbação acentuada principalmente quando a coluna toma a posição de lordose. Em onze casos desta afecção foi feito o cateterismo dos ureteres, em lordose e cifose; nesta última posição, a urina colhida nunca revelou albumina. Em lordose, quatro casos mostravam uma albuminúria esquerda, quatro à direita e três dos dois rins. Não pode, portanto, admitir-se a hipótese dos autores mencionados.

J. ROCHETA.



# NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

O artigo «Hospitais modernos», do Prof. Francisco Gentil

Chamamos a atenção do leitor para êste trabalho notável de pedagogia universitária e hospitalar do Dr. López Albo, que o Prof. Francisco Gentil traduziu para a *Lisboa Médica* e que publicamos noutro lugar. Neste momento, em que tanto se discute o problema da reforma universitária e hospitalar, as espécies que à nossa Revista trouxe o Prof. F. Gentil marcam como depoimento do mais alto valor, e como corrente de ideas que se avoluma para renovar a cultura médica portuguesa, a pedagogia universitária e o ensino hospitalar.

O depoimento do Prof. Francisco Gentil põe a descoberto as graves mazelas de uma instituição portuguesa anacrónica.

Transcrevemos, para que o leitor releia e medite, estes passos *perfilhados e grifados* (o mesmo é que aplaudidos) pelo Prof. Francisco Gentil:

*Atevemo-nos a sustentar o princípio de que todo o médico capaz de investigar e ensinar deve ter lugar nos hospitais, e todo o médico de hospital que não ensine nem investigue deve ser destituído do seu lugar. Marañón disse recentemente: para mim, é um facto incontroverso que todo o professor de cátedra ou todo o médico de sala de um hospital bem dotado que, num prazo de dois anos, não tenha contribuído com o mínimo de investigação experimental ou fisiológica, segundo o tipo médico da ciência universal, deve ser inexoravelmente eliminado do seu cargo.*

... O hospital não é só um instrumento de trabalho destinado ao tratamento dos doentes da assistência e particulares, é **também destinado a contribuir para o progresso e difusão da ciência e cultura médicas.**



**Todo o hospital tem deveres para com a ciência médica e o principal dêles é praticar a investigação clínica e científica, e facilitá-la aos que a queiram praticar, aceitando a sua colaboração com amplitude e franqueza.**

.....

Eis a doutrina que defende o Prof. Francisco Gentil, dentro da nova pedagogia universitária, na qual se procura universalizar o ensino e europeizar a nossa Universidade. Essa doutrina tem que ser tomada como base para a inovação do espírito científico hospitalar e para a reforma integral da universidade, compreendida como instrumento de cultura e de investigação científica. Há que fazer a descência universitária e a descência hospitalar. É o brado de um mestre da Faculdade de Medicina de Lisboa.

E. C.

### Faculdade de Medicina de Lisboa

No «Diário do Govêrno» publicou-se um decreto que nomeia o Dr. Leonardo Castro Freire, precedendo concurso de provas públicas, para o cargo de professor auxiliar de pediatria e ortopedia da Faculdade de Medicina.

— Foi nomeado o juiz desembargador Dr. Amadeu Vitor de Miranda Monteiro para proceder a um inquérito, na Faculdade de Medicina, referente ao concurso realizado em Janeiro último para professor auxiliar de cirurgia.

— Os Profs. Pulido Valente e Adelino Padesca foram definitivamente nomeados catedráticos proprietários das cadeiras respectivas de Clínica médica e Patologia médica.

### Hospitais

#### Civis de Lisboa

Está aberto concurso para o 1.º e o 3.º anos do internato dos serviços clínicos gerais e de especialidades dos Hospitais Civis de Lisboa.

#### Escolar

O Prof. Adelino Padesca, director da 1.ª clínica médica do Hospital Escolar, foi nomeado director interino do mesmo Hospital.



### Da Marinha

Estão encerrados a consulta externa de oto-rino-laringologia do Hospital da Marinha e o pôsto de tratamento do Dispensário de Higiene da Armada. Apenas os serviços de profilaxia das doenças venéreas se mantêm abertos.

— O capitão-tenente médico Dr. Teodomiro de Miranda assumiu o cargo de sub-director do Hospital da Marinha.

\* \* \*

### Curso de medicina sanitária

Na secretaria do Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge está aberto, a partir de 28 de Setembro último, o prazo para a entrega de requerimentos para exames do curso de medicina sanitária.

No dia 9 de Outubro começaram as respectivas provas.

\* \* \*

### Medicina militar

Foi encarregado da assistência clínica aos militares internados na Casa de Saúde do Telhal o tenente Dr. Diogo Furtado.

— Por haver atingido o limite de idade, passou à reserva o coronel médico do quadro de Moçambique, Dr. Ferreira dos Santos, chefe dos serviços de Saúde e Higiene daquela colónia.

Para a vaga deixada foi nomeado o oficial da mesma patente, Dr. Mesquita Portugal.

O cargo de sub-director dos serviços de saúde vai ser ocupado pelo coronel médico Dr. Paiva Gomes.

\* \* \*

### Medicina colonial

O Dr. Máximo Pratas, capitão-tenente, foi, como delegado do Governo português, por indicação da Escola de Medicina Tropical e subsidiado pela Bôlsa de Estudos da S. D. N., proceder ao estudo, em França, Macedónia e Jugo-Eslávia, da malariologia e saneamento antipalustre.

— O Dr. Eurico Carlos de Almeida, director do Laboratório Bacteriológico de Bolama, foi condecorado, pelo Governo francês, com a comenda da Ordem da Estrêla Negra, pela missão sanitária realizada no Senegal como delegado do Governo da Guiné.

— Abriu-se concurso para duas vagas de médico do quadro de saúde de Macau.





— A província de Angola foi visitada por uma missão subsidiada pela Fundação Rockefeller e de que fazem parte os Drs. Burke, inglês, e Michailoff, russo.

A missão destina-se ao estudo da febre amarela, especialmente no sentido de averiguar se o *virus* amarelíco, que deve ter existido em Angola entre 1865 e 1876, deixou na colónia alguns vestígios ou existe, sem estar abertamente declarado, sob diversos aspectos mórbidos.

### Viagens de estudo

O Prof. Celestino da Costa, director de análises clínicas dos Hospitais Civis de Lisboa, foi ao estrangeiro estudar a organização dos laboratórios e a sua relação com os serviços clínicos e visitar as mais importantes instalações hospitalares da Europa Central.

— A fim de visitar as clínicas urológicas de Espanha e França, foi em missão de estudo o Dr. Pinto Monteiro, assistente daquela especialidade nos Hospitais Civis.

— O Dr. Alberto Mac-Brid, director de Serviço geral de clínica cirúrgica dos Hospitais Civis, assistirá às sessões do Congresso da Associação Francesa de Cirurgia, que se realiza de 9 a 14 de Outubro.

— O Prof. Reinaldo dos Santos vai tomar parte nos congressos de urologia e cirurgia de Paris.

— Para estudar os progressos da cirurgia ortopédica vai a Espanha, França, Itália, Suíça, Bélgica e Alemanha o Dr. Cipriano Mendes Dórdio, director do Sanatório Marítimo de Outão.

### Conferência

Por ocasião do Congresso da Indústria Portuguesa, o Dr. Álvaro de Caires realizou uma conferência com o título «Biotipologia de Orientação Profissional».

### Neurologia

Faleceram: em Alijó, o major médico reformado do quadro de saúde do Ultramar, Dr. Porfírio Teixeira Rebêlo; em Cascais, o tenente-coronel médico reformado, Dr. Artur Eugénio de Almeida e Silva; e no Monte Estoril, o Dr. António Maria Bettencourt Rodrigues, antigo ministro dos Negócios Estrangeiros.





**PANBILINE**  
nas DOENÇAS DO FIGADO

são os anéis de uma mesma cadeia:

**RECTOPANBILINE**  
na PRISÃO DE VENTRE

**HÉMOPANBILINE**  
nas ANEMIAS

A OPOTERAPIA  
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA  
TOTAL

LITERATURA — AMOSTRAS

**LABORATOIRE DU D<sup>r</sup> PLANTIER** ANNONAY (Ardèche)  
FRANCE

ou Gimenez-Salinas & C.<sup>a</sup> — 240-Rua da Palma-246 — LISBOA

# ADRENALINA BYLA

Solução a 1/1.000

**NATURAL**

**QUIMICAMENTE PURA**

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

Agentes para Portugal:

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> — 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., BERNE

A venda em todas as farmácias e droguarias a Esc. 14800

UNICOS CONCESSIONARIOS PARA PORTUGAL

ALVES & C. A IRMAOS

RUA DOS CORREIROS, 41, 2.º - LISBOA



# ALCACYLWANDER

Sala  
Est.  
Tab.  
N.º