



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

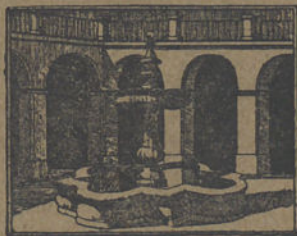
A. Almeida Dias

SECRETÁRIO ADJUNTO

Morais David

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

KALOGEN

Solução de Compostos Halogenados de Calcio
Preparada por Dr. TAYA e Dr. BOFILL

TONICO RECONSTITUINTE REGALGIFICANTE

Depositaríos para Portugal e Colonias

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

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

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

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

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

Muitos **Strophantus** são inertes, as tinturas são infeis; 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 — R. PHARMACIAS.

DOCTOR:

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



Phosphorrendal

ROBERT!
NA SUAS TRES FORMAS:
GRANULADO - ELIXIR
INJECTAVEL

LABORATORIO
ROBERT

Sala B. _____

Est. 9. _____

Tab. 2. _____

N.º 30. _____

Depositaríos para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a

240. Rua da Palma, 246-Lisboa



EUCODAL

Analgésico e sedativo em vez de morfina. Supera a morfina na rapidez, intensidade e duração dos seus efeitos.

Esplêndida tolerância.

EUCODAL em comprimidos de 0,005 gr.
Tubos de 10 e 20 comprimidos.

EUCODAL em ampôlas de 0,01 e 0,02 gr.
Caixas com 10 ampôlas.

EUCODAL – substância para receitas.

Representantes para Portugal:

QUIMICO FARMACEUTICA, LIMITADA

Lisboa
Rua da Palma, 165

Porto
Rua do Almada, 59

E · MERCK



DARMSTADT

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

VANTAGEN : Injecção subcutânea sem dor.
Injecção intramuscular sem dor.

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos preparados seus congêneres

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI^e)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

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

45, Rua Santa Justa, 2.^o
LISBOA

COMBINAÇÃO IODO-PEPTONADA
GOTTAS, INJECTAVEL

I O D O N I E

"ROBIN"

Arteriosclerose, Affecções cardiacas,
Obesidade, Rheumatismo, Syphilis

OS LABORATORIOS ROBIN

13, Rue de Poissy, PARIS

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

N.^o 832
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

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

INSULINA 'A.B.'

MARCA DE  FÁBRICA

a 1.^a apresentada na EuropaPUREZA GARANTIDA

De ALLEN & HANBURY'S, LTD. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.

Absolutamente inalterável — Acção constante
Isenta de proteínas — Não produz reacção

Folhetos e amostras aos Ex.^{mos} Clínicos

COLL TAYLOR, L.^{DA} — Rua dos Douradores, 29, 1.^o — LISBOA — TELE F. 21476
G. DELTA



HICKS O TERMÓMETRO DE CONFIANÇA

DOS MÉDICOS
DA ÉLITE
DOS HOSPITAIS

GENUINOM A R C A  R E G I S T A D AAFERIDO

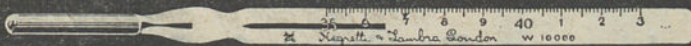
NAS BOAS FARMÁCIAS

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

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

NÃO RECEBA IMITAÇÕES, FICARÁ MAL SERVIDO.

Com um



Fica absolutamente garantido.

Só nas boas farmácias

NEGRETTI & ZAMBRA : Holborn Viaduct, 38, London.

ANTIPHLOGISTINE

é de valor material para o tratamento das

inflamações sub-agudas e crónicas dos órgãos da região pélvica.

Impregnada com glicerina e contendo ácidos bórico e salicílico, particulas de iodo, essências de gaulteria, eucalipto e hortelã pimenta, misturados em judiciosa proporção no mais fino silicato de alumínio anidrico, este penso, quando aplicado como um tampão, fornecerá calor húmido e suporte plástico por muitas horas.

**ANTIPHLOGISTINE**

é também um valioso adjunto em outras formas de terapia, e um auxiliar da diatermia cuja acção reforça e sustém.



Amostra e literatura sob pedido

The Dender Chemical Mfg. Co..

163, Varick Street

Nova York

M E T R I T E S - - -

I N F L A M A Ç Õ E S D O S A N E X O S

- - - P A R A M E T R I T E S

Robinson, Bardsley & Co., Lda.

Cais do Sodré, 8, 1.º

L I S B O A

INTESTINOS RESPONSIVOS

SÓ se podem obter resultados permanentes no tratamento da prisão de ventre, quando forem restaurados os movimentos normais, hábito, sensibilidade e propriedades responsivas das mucosas e músculos dos intestinos e recto. Isto nunca se consegue com o uso de medicamentos irritantes (catárticos), que forçam a acção do cólon.

O uso do 'Petrolagar' é dum regimen racional incluindo legumes e frutas, assegura uma evacuação normal e regular. O 'Petrolagar' produz um holo fecal brando e de fácil deslize que habilita o mecanismo delicado dos intestinos a recuperar o seu funcionamento responsivo e normal.

'Petrolagar'

(Marca Registada)

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

Representante: RAUL GAMA, RUA DOS DOURADORES, 31, LISBOA.

FUNDAS BROOKS

Pelota pneumática de borracha macia

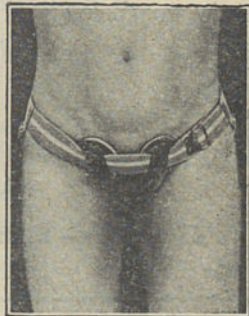
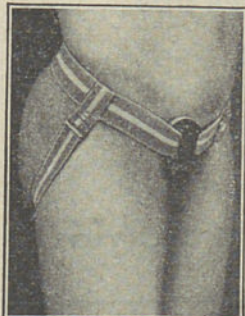
Partes substituíveis



Pessoal especialmente habilitado na aplicação destes aparelhos



PREÇOS MÓDICOS



HYGEIA, L. DA

Rua Paiva de Andrada, 4

(ao Largo do Chiado)

Uma nova preparação
dos Laboratórios do Dr. P. Astier:

LYXANTHINE ASTIER

Medicação dos artríticos
sem tóxico nem analgésico

33^o/_o de princípios activos

- DISSOLVE O ACIDO ÚRICO
- EVITA O EXCESSO DESTE
- REGULARISA A NUTRIÇÃO

*Uma única colher de chá de LYXANTHINE
é equivalente a muitas doses dos
dissolventes vulgares*

AFECÇÕES REUMATISMAIS

Gota — Litiase renal — Artrismo

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





SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Le bassin et la sciatique</i> , par Machado Macedo.....	Pág. 347
<i>La novocaïne dans la thérapeutique de la douleur</i> , par Machado Macedo.....	» 362
<i>A-proposito de três casos de distrofia miotónica</i> , por Luiz Pacheco	» 365
<hr/>	
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	» 375
<i>Noticias & Informaçoes</i>	» XXV

2^{ème} Clinique Chirurgicale
(Dir. Prof. C. Cabeça)

LE BASSIN ET LA SCIATIQUE

PAR

MACHADO MACEDO
Assistant libre

Au commencement de ce travail j'ai pensé à le désigner «le psoas et la sciatique». En effet, l'objectif de mes observations était d'attirer l'attention sur les injections de von Platte dans le psoas, comme moyen de soulager ou de guérir les douloureux du sciatique. Cette méthode a été introduite dans la pratique de la 2^{ème} clinique chirurgicale de la Faculté par l'assistant volontaire J. Herold. Pendant son séjour à la clinique du Prof. E. Platte (Hamburg-Barmbeck), il a appris la technique des injections de novocaïne dans le traitement de la sciatique. D'après les renseignements de Herold, l'assistant B. Villar a essayé la méthode dans trois malades souffrant de sciatique.

Je l'ai appliquée moi aussi dans deux cas de la même névralgie. Les résultats ont été si bons que j'ai pensé à publier quelques notes cliniques de divulgation.

Le Prof. E. Platte a écrit en 1928 une monographie intitulée «Meine Behandlungsmethode der Ischias», basée sur ses observations à la III Med. Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses, Hamburg-Barmbeck. Je ne connais pas d'autre publication. On y

trouve la logique des données cliniques qui a déterminé la méthode. Il ajoute plusieurs fois au traitement des injections d'autres moyens thérapeutiques, les bains chauds et les massages.

TECHNIQUE

Matériel nécessaire. — Une aiguille à rachi-ponction; une seringue en verre de 20 cc.; une ampoule de 20 cc. contenant la solution de novocaïne à demi pour cent.

Position du malade. — Décubitus latéral sur le côté opposé à la sciatique.

Lieu de la piqûre. — Au niveau de la deuxième apophyse transverse lombaire, que l'on reconnaît par la résistance au doigt sous la dernière côte dorsale.

On introduit l'aiguille normalement à la peau, et aussitôt qu'elle est arrivée à la couche sous-cutanée, on change la direction de façon que l'aiguille suive un plan presque parallèle au plan du dos. Pour cela on incline l'aiguille en avant et on mobilise la peau dans le même sens. En la poussant elle passe juste devant l'apophyse transverse et va toucher le corps de la vertèbre lombaire par sa face latérale. On la retire d'un centimètre et on est ainsi dans la masse du psoas. C'est là qu'on injecte 20 cc. de la solution de novocaïne, tous les 6 jours.

Pourquoi alors le titre «le bassin et la sciatique» au lieu de «le psoas et la sciatique»?

Le psoas, décrit parmi les lombo-iliaques, appartient aussi au groupe des muscles du bassin. L'atteinte de l'innervation sensitive de ces muscles est peut-être, à la manière d'excitation, la cause de la sciatique. La cause suit par voie centripète et détermine la sciatique. L'injection de novocaïne atteint l'innervation du muscle et par voie centripète modifie favorablement l'état algique.

L'action thérapeutique de la novocaïne en d'autres applications suit la même voie de l'algie. Les faits sont déjà nombreux à l'appui de cette assertion. D'autres muscles du bassin peuvent être le point de départ de l'algie, surtout ceux qui sont en rapport avec les racines du sciatique, le piramidial et l'iliaque. Le sciatique est composé par les racines sacrées et par les deux dernières racines lombaires. La 4^{ème} sacrée n'y donne que quel-

ques filets. La 4^{ème} lombaire donne une branche détachée de l'origine de l'obturateur. En outre, à la dissection on trouve de minces filets de la chaîne latérale qui se mêlent aux racines du sciatique. Quelques petits rameaux en se détachant des racines, se partagent dans les muscles qui ferment le fond du bassin. On ne peut donc pas oublier le bassin dans l'interprétation pathogénique de la névralgie du sciatique.

Dans quelques cas rebelles on doit choisir un autre point musculaire pour injecter la novocaïne, le tiers inférieur du psoas iliaque, dont la technique est la suivante :

Aiguille mince et souple. On l'introduit juste au dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. En la poussant on approche la pointe, autant que possible, de la surface osseuse iliaque interne. L'aiguille suit à peu près la direction du centre du diaphragme pelvien, obliquement en dedans et en bas. Aussitôt qu'elle ait pénétré de 7 cm. on fait l'injection. On ne doit pas pousser l'aiguille au delà de 8 cm. chez des personnes ayant un périmètre iliaque moyen. Quelques essais sur le cadavre donnent la sûreté et le doigté de la technique.

LES OBSERVATIONS CLINIQUES

1 — C. S. F., charpentier, 49 ans. Obs. n° 79 (C. 2. A. B.).

Depuis longtemps il se rendait compte de douleurs inconstantes et de raideurs lombo-sacrées, qui ne l'empêchaient pas de travailler. Il y a une semaine, en se levant le matin, il éprouva une douleur vive à la région lombaire droite. Pendant la journée la douleur augmenta et se propagea au membre inférieur droit, sur le trajet du sciatique, jusqu'à la moitié droite du pied. Il ne put plus marcher. Il resta au lit toute la semaine. En se penchant pour s'asseoir, la douleur du sciatique était très vive.

Admis à la clinique, il marche péniblement, le genou droit légèrement fléchi, le tronc en légère flexion antérieure et latérale droite. Il reste au lit presque toute la journée.

Signe de Lasègue positif. L'adduction de la cuisse est douloureuse.

Sensibilité cutanée et réflexes musculo-tendineux sont conservés. Douleur vive à la pression du psoas droit.

C'est un malade maigre, normalement constitué, qui n'a dans ses antécédents pathologiques que la rougeole et la malaria à l'âge de 15 et 25 ans.

Aucun signe de syphilis.

Il est un alcoolique modéré.

Le film radiographique a montré des lésions de spondylite chronique (fig. 1).

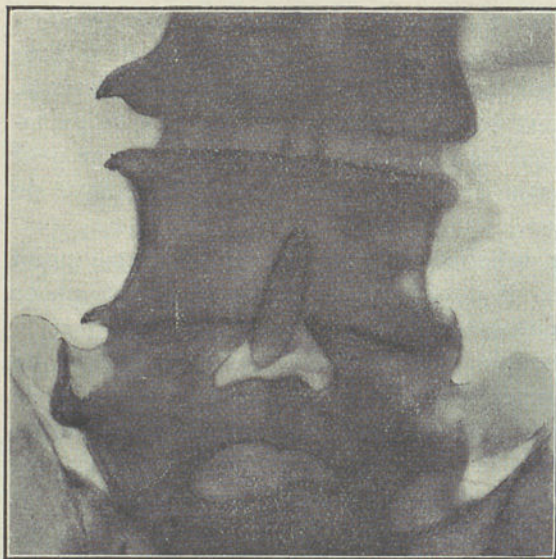


Fig. 1

Traitement :

Le 16 mars.—In-
jection de 20 cc. de
solution salée isoto-
nique dans le psoas
droit à la manière de
von Platte, pour es-
sayer le résultat de
la distension muscu-
laire.

Le 24 mars.—Au-
cun soulagement. In-
jection de 20 cc. de
solution de novocaïne
à demi pour cent.

Le 29 mars—Deu-
xième injection de no-
vocaïne. Il s'est senti
guéri et a demandé
de quitter la clini-
que.

Le 16 avril.— Il
a repris ses habitudes d'alcoolique. Il eut une rechute de la sciatique.

Le 22 avril.— Troisième injection de novocaïne.

Le 28 avril.— Quatrième injection de novocaïne.

Le 2 mai.— Il est guéri.

La guérison se maintient au mois de mars suivant, au bout de 11 mois.

II — A. Correia, 32 ans, employé de la C^e des Téléphones. Observé en consultation externe.

Depuis deux années, des douleurs lombaires lui empêchent la flexion antérieure et latérale droite, et l'extension du tronc. Les douleurs lui gênent les mouvements de flexion du membre inférieur droit. Il ne peut pas ramasser un objet. Depuis six mois son mal s'est aggravé. Il a fait un traitement antisyphilitique sans résultat.

Pas de troubles trophiques du membre.

Sensibilité cutanée et réflexes musculo-tendineux conservés.

Signe de Laségue positif.

Douleur très nette à la pression du psoas droit.

Malade maigre, alcoolique, qui a l'air d'un grand buveur.

Un film de la colonne lombo-sacrée montre des lésions légères de spondylite.

Le 29 décembre 1934.— Première injection intra-psoas droit de 20 cc. de novocaïne, selon la technique de von Platte.

Le 3 janvier 1935.— Le malade vient pour la deuxième injection et raconte que les mouvements de flexion et latéralité du tronc sont deve-

LISBOA MÉDICA

DRYCO

Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

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

DRYCO é o leite IDEAL

Especialmente preparado para a

**alimentação
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

Simenez-Salinas & C.^a

Rua da Palma, 240 - 246

l i s b o a



LISBOA MÉDICA

PROPIDON

CALDO - STOCK
VACINA MIXTA
DO PROFESSOR
PIERRE DELBET

VACINA CURATIVA DAS
AFECÇÕES PIÒGÉNICAS

VACINAÇÃO
PRÉ-OPERATÓRIA

CAIXAS DE 3 EMPOLAS DE 4 cc.

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE

—Specia—

MARQUES "POULENC FRÈRES" e "USINES DU RHONE"
21, Rue Jean-Goujon, PARIS (8^e)

DREVILLE

nus possibles 8 heures après la première injection. On lui fait la deuxième piqûre.

Le 14 janvier 1935. — Aucune douleur dans n'importe quel mouvement. Il ramasse aisément un objet, le tronc fléchi et les genoux en extension. Il n'eut besoin que de deux piqûres. Deux mois et demi après la deuxième injection la guérison est maintenue.

III — M., 49 ans. Médecin.

Il y a, dans ses antécédents pathologiques, une fièvre typhoïde, des amygdalites, inflammation chronique du pharynx et colite.

À l'âge de 32 ans il a souffert une crise aiguë de lumbago. Depuis lors la flexion fixée antérieure du tronc rendait les mouvements d'extension sacro-lombaires inconfortables pour quelques instants. Pendant l'hiver le deltoïde gauche était douloureux, ainsi que la fosse iliaque interne droite tout près de l'épine iliaque antéro-supérieure. Cette douleur avait attiré l'attention d'un chirurgien français sur l'appendice, en 1918. La sensibilité du psoas droit était vive à la pression.

Au mois de mai de 1933 il a été pris de névralgie du sciatique droit, dont il a été guéri en 3 jours (une friction). Douleur sur tout le trajet du nerf jusqu'à la moitié droite du pied.

Au même mois de l'année suivante, la névralgie se répéta, et a duré trois mois. Les mouvements de flexion du tronc et du membre inférieur droit étaient très réduits et pénibles. Il ne pouvait mettre les chaussettes ni les pantalons. Surtout le matin au lever il ne pouvait marcher que très lentement. Assez impatienté, il faisait tout de même sa vie habituelle. Toutes les contractions du diaphragme, son abaissement, l'éternuement, l'effort, provoquaient la douleur dans la moitié droite du fond pelvien.

Pied droit presque toujours refroidi.

Les signes de Lasègue, de Moutard-Martin, de Feuerstein, de Bonnet, de Neri étaient positifs.

Douleur aiguë à la pression du psoas et de l'iliaque droits. La douleur habituelle comme une piqûre dans la fosse iliaque interne droite et voisine de l'épine iliaque antéro-supérieure est devenue plus persistante.

Sensibilité cutanée conservée. Reflexes musculo-tendineux normaux.

Douleur spontanée et à la pression au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite.

Douleur objective inconstante retro-trochantérienne droite à l'émergence du nerf, au milieu du mollet, et derrière le maléole externe.

La radiographie a montré du côté droit une formation osteophytique dans l'espace intervertébral de la troisième et quatrième lombaires, aussi bien que des becs de perroquet bilatéraux des vertèbres lombaires, 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème}. Pas de scoliose (fig. 2).

Cette crise a évolué avec des accalmies nettes et passagères. Il avait besoin de se reposer quelques heures pendant la journée. Il ne pouvait pas être assis longtemps. S'il était assis quelques minutes, il cherchait des positions à tout moment.

Après un traitement prolongé — cinq injections de novocaïne intrapsoas à droite, diathermie, infra-rouges, des injections de Apis, et l'hydrothérapie chaude — il est complètement guéri, cela veut dire, les mouvements du tronc et des jambes sont devenus normaux et sans aucune douleur. La douleur iliaque est disparue.

Le jour suivant à chaque injection il sentait un soulagement net, quoique léger.

La radiographie démontre la persistance des dites lésions osseuses.

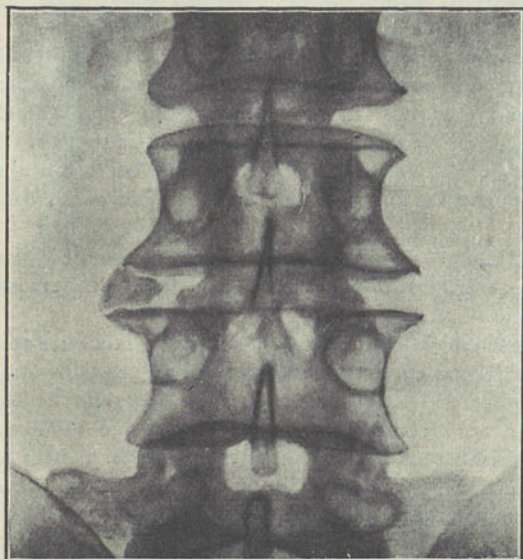


Fig. 2

Quelques mois après (cinq mois), et en état de santé parfait, il fut saisi soudainement par une douleur passagère aigüe en coup de poignard à la moitié droite de la région sacrée.

Dès lors la névralgie du sciatique a recommencé moins accentuée que la dernière fois. La douleur iliaque est revenue.

Les caractères radiographiques et cliniques étaient les mêmes.

Après 8 semaines de soins médicaux—4 injections intrapsoas de novocaïne, trois séances lombo-sacrées de radiothérapie; injections de Apis, infra-rouges, diathermie, massages — il est guéri. Seuls les caractères radiographiques ne sont pas changés. Cette fois le soulagement a été inconstant après les injections de novocaïne.

Les mouvements sont devenus faciles. Néanmoins une douleur rare et légère dans la région ischio-trochantérienne lui rappelle la sciatique éteinte.

Les mouvements sont devenus faciles. Néanmoins une douleur rare et légère dans la région ischio-trochantérienne lui rappelle la sciatique éteinte.

IV — C. R. M., 40 ans, ménagère. Obs. n° 2.573.

Admise à la clinique le 27 mars 1934.

Depuis cinq mois tous les mouvements du membre inférieur droit provoquent des douleurs. Elle ne peut marcher que très péniblement à cause des douleurs de la hanche droite irradiées jusqu'au pied, suivant le trajet du sciatique.

Il n'y a pas d'atrophie musculaire.

Le sciatique est douloureux à la pression.

Rien de plus est consigné.

Traitement : 8 injections de 20 cc. de solution de novocaïne dans le psoas droit.

Le 2 mai (5 semaines après) elle est guérie et quitte la clinique.
Au mois d'avril 1935 elle se porte bien.

V — F. F., 54 ans, ménagère. Obs. n° 2.100.
Admise à la clinique le 16 février 1933.

Il y a trois mois, en portant sur la tête un poids lourd, elle s'est baissée pour ramasser un objet. En se redressant, elle sentit, pendant un quart d'heure, de fortes douleurs dans la région lombaire et dans les jambes. Elle continue à travailler, malgré quelques douleurs. Elle se levait difficilement. Les douleurs aux jambes, surtout à la gauche, l'empêchaient de marcher. À la fin de six semaines la douleur gauche est déjà légère, tandis que les douleurs de la région lombaire, de la hanche droite, de la face externe de la cuisse, et de la région poplitée deviennent plus fortes.

Elle a fait des applications locales sans résultat.

Aucun autre renseignement.

La radiographie a montré des lésions ostéophytiques très accentuées dans les dernières lombaires (fig. 3).



Fig. 3

Traitement : 8 injections de solution de novocaïne dans le psoas droit. Après chaque injection elle trouvait un soulagement, et elle pouvait déjà marcher à la suite de la première injection.

Complètement guérie de ces douleurs, elle quitte la clinique le 8 mai 1933.

Jusqu'à présent (avril 1935) la guérison est maintenue.

VI — J. A., 47 ans. Paysan.

Observé en consultation externe au mois de janvier 1934.

Il ne peut pas travailler depuis trois mois. Des douleurs de la région sacrée (moitié gauche) se propageant jusqu'à la face externe de la jambe, l'empêchent de marcher. La flexion du tronc les exagère. Aidé d'une canne, il ne peut que faire quelques pas. La position assise est pénible. Le décubi-

tus latéral droit est le seul possible. Jamais de lumbago et d'autres mialgies. Il ne s'aperçoit d'aucune infection focale.

Dans ses antécédents, il rapporte des maladies légères, le rhume, la grippe, le catarrhe bronchitique.

Soigné par des applications locales, il n'est pas soulagé.

Les radios révèlent la sacralisation de la 5^{ème} lombaire et des épines antéro-latérales du 11^{ème} corps dorsal, 3^{ème} et 4^{ème} lombaires.

Traitement : au commencement, 2 injections de novocaïne par semaine à la manière de von Platte. À la 7^{ème} injection le soulagement était satisfaisant. À la fin, 1 seule injection par semaine. À la 12^{ème} il était guéri.

En mars 1935 il se porte bien, peut travailler comme auparavant.

DES RÉFLÈXIONS CLINIQUES

Toutes les douleurs localisées sur le trajet du sciatique ou simplement sur une de ses branches terminales, sont considérées comme névralgies du nerf. Dans un but thérapeutique il y a sans doute un intérêt considérable de préciser la pathogénie et la nature même de ces névralgies. Malheureusement nous n'y avons pas avancé grand chose.

L'anatomie pathologique, qui est une aide précieuse dans l'interprétation clinique des maladies, ne nous dit presque rien. Pardon, elle nous dit qu'il y a des névralgies sans lésions apparentes macro ou microscopiques.

Faute de mieux, nous nous bornons à chercher toutes les minuties, quelques unes très inconstantes qui entourent la douleur du sciatique. Et pourtant elle est aussi ancienne que l'humanité. Toutes les affections douloureuses d'un membre inférieur étaient dénommées ischias, et ce n'est qu'en 1764 que la sciatique a été identifiée par Cotugno sous le nom de «ischias nervosa postica». Depuis lors les médecins ne manquèrent pas d'ajouter à la description clinique de Cotugno d'autres caractères sémiotiques (Valleix 1841), quelques données d'interprétation pathogénique (Romberg), les types nosologiques (Lasègue, Landouzy), des formes segmentaires de la névralgie (Charcot, Babinsky), la coexistence de la scoliose (Brissand, Schulthess), les troubles de la sensibilité (Rousset, Dubarry, Strümpell), des troubles trophiques, etc.

Malgré tout, c'est un mal dont la pathogénie n'est pas claire et l'étiologie très discutée.

Si l'on passe en revue les facteurs étiologiques, on est obligé

de parler d'un processus infectieux chronique du névritisme, d'une toxicité exogène ou endogène, d'une dyscrasie, la goutte, le rhumatisme.

Et combien de fois on est amené à chercher une lésion de voisinage qu'on ne trouve pas ?

Les sciaticques dues à la propagation ou infiltration d'une lésion voisine aigüe ou néoplasique ne sont pas celles qui le plus fréquemment attirent l'attention du thérapeute.

Les autres, ces sciaticques que l'on voit presque tous les jours, appartiennent au groupe des sciaticques dites rhumatismales.

Le plus souvent les malades racontent des précédents douloureux, soit sous l'influence du froid ou de l'humidité, soit sans aucune influence apparente.

C'est le rhumatisant des muscles qui en souffre le plus souvent.

Qu'est ce que c'est que ce rhumatisant ? Il éprouve, parfois en été, parfois en hiver, des douleurs musculaires presque toujours voisines des insertions tendineuses, surtout du côté du muscle, quelquefois du côté de l'insertion osseuse. Ces douleurs sont localisées et donnent des irradiations sensibles, ou se promènent d'un muscle à l'autre, et préfèrent les intercostaux, les pelvitrochantériens, les para-vertébraux et les muscles de l'épaule.

Presque toujours ces malades sont porteurs de lésions focales inflammatoires chroniques, rhino-pharyngiennes, génitales, urologiques, intestinales. Ces infections sont tellement fréquentes parmi la population qu'on craint de les ranger parmi les facteurs étiologiques des douleurs musculaires. Au moins je n'oublie jamais dans l'histoire du malade de me renseigner sur l'infection focale et les douleurs musculo-tendineuses.

Les douleurs lombaires font partie du cortège symptomatique de la grippe ou d'autre infection fébrile. Voilà les douleurs musculaires associées à l'infection. Les opérés supportent très mal le décubitus dorsal, ils se plaignent de douleurs lombaires, quelquefois atroces. La position assise les soulage. Ces douleurs ne sont que des névralgies des psoas. Dans le décubitus dorsal les psoas sont allongés. Dans la position assise ils sont raccourcis. Les porteurs de lumbago évitent l'extension et cherchent la flexion du tronc.

L'opération est une maladie. L'opéré est un infecté ou intoxi-

qué soit par la reabsorption des tissus en réaction régénératrice, soit par des troubles légers broncho-pulmonaires ou intestinaux.

En somme, le temps humide et froid, le refroidissement, la fatigue musculaire due à une attitude prolongée ne sont pas indifférents aux douleurs musculaires, l'infection aigüe ou chronique, aussi bien que la constipation, ne le sont pas non plus, à moins qu'on veuille y admettre trop de coïncidence.

Ce rhumatisant se plaint d'une perte de sensibilité cutanée et de force musculaire, presque toujours temporaire, rarement définitive. Il a souvent l'air bien portant. Son médecin lui dit qu'il est arthritique, que son père l'était aussi, que sa mère était déjà rhumatisante, et lui conseille de prendre des dissolvants uriques et à faire une cure thermale, surtout les bains sulfureux et radio-actifs. On constate quelquefois parmi d'autres signes, le bruit des jointures dans les mouvements articulaires. Les nodosités de Heberden et de Bouchard s'y ajoutent parfois. Souvent on ne trouve aucun signe de trouble rhumatismal. On l'inscrit quand même sous la rubrique du rhumatisme.

La douleur est toujours une névralgie. Il y a sûrement un trouble musculaire. C'est un trouble local autour duquel quelquefois une contraction se forme et donne à la palpation l'idée d'une nodosité fibreuse. En vérité le microscope n'y décele rien d'anormal. On croit à une contraction de défense contre la douleur. On a supposé que l'état colloïdal des albumines y était modifié (Shade). On a pensé aussi à une congestion des vasa-nervorum. C'est alors le doute et l'obscurité. Je crois à un trouble vasomoteur artériel du muscle. C'est un trouble fonctionnel. Il n'y a pas d'altération anatomique.

Il y a néanmoins un certain nombre de faits cliniques acquis par l'observation pratique (von Platte).

1° — Dans les muscles des extrémités ces névralgies sont rares et toujours dues à la fatigue et au trauma.

2° — Presque toujours la névralgie musculaire est limitée (Lindstedt).

3° — Un muscle rhumatisé ne peut pas supporter un travail prolongé.

4° — Un muscle qui est en tonus prolongé se fatigue.

5° — L'extension du muscle rhumatisé est douloureuse. Son raccourcissement est une position de défense.

6° — Les muscles de fonction inconsciente sont ceux qui se fatiguent le plus.

Une des névralgies les plus fréquentes à l'âge mûr c'est le lumbago.

Une fatigue des muscles lombaires, un refroidissement de la peau à la suite d'une sudation par le temps chaud, le temps froid et humide, sont autant de causes favorables au lumbago.

Le lumbago n'est que la mialgie surtout des psoas. À la suite d'une attitude fixée de flexion du tronc, d'un redressement brusque du rachis, d'un faux-pas, d'un effort, le lumbago s'installe pendant des jours ou des semaines. La région lombo-sacrée devient un point faible dont on craint toujours une crise aiguë.

Le malade raconte des vagues de chaleur, des fourmillements, de petites décharges électriques, des contractions des muscles du mollet, qui l'obligent à s'asseoir. Ce sont déjà des irradiations sensitives qui précèdent de près ou de loin la névralgie du sciatique.

Les mouvements de la colonne deviennent pénibles. C'est un état douloureux des muscles du bassin, surtout les psoas, qui en sont cause. Le psoas exerce une fonction permanente et inconsciente dans la statique du rachis. Il se fatigue, il devient douloureux. C'est le muscle le plus sensible à la pression, surtout du côté droit (Schultz, 1928). Je le vérifie depuis quelques mois. L'acuité du signe douleur est si nette qu'on ne peut pas en douter.

Les conditions physiologiques et anatomiques des psoas justifient sa fatigue et ses douleurs. Ils se défendent contre la douleur, ils épargnent sa fonction. Alors les mouvements de la colonne se réduisent, deviennent de moins en moins souples; la colonne aboutit à la spondylose déformante plus ou moins avancée, à l'enraidissement, à l'anquilose.

La sciatique et la spondylite coexistent très souvent. On pourrait penser à une relation de cause. Mais la sciatique guérit, même définitivement, et ces lésions osseuses persistent. Alors la spondylite ne peut pas être considérée une cause de la sciatique. Les formations osseuses de la spondylite sont du type de l'anquilose. C'est une dystrophie secondaire à la diminution des mouvements due à la mialgie du psoas.

Il y a des malades qui guérissent complètement et définitivement. Il y en a d'autres qui restent sous la menace de crises de durée variable, séparées par des accalmies de quelques mois.

La guérison est conditionnée par l'ancienneté de l'état douloureux des deux muscles.

Si l'état douloureux des psoas est ancien, les lésions de spondylite dystrophique sont plus accentuées; et est-ce qu'elles mêmes ne peuvent être le siège étiologique des douleurs?

Si d'une part ces lésions sont développées surtout dans le périoste, justement où les filets nerveux sont plus nombreux que dans la structure osseuse, d'autre part ce n'est pas facile d'admettre que ces lésions agissent comme des épines irritatives de ses filets; et s'il était ainsi la guérison ne viendrait qu'à la condition de les enlever. En vérité la spondylite reste, et l'état douloureux s'en va.

C'est un fait simple; l'interprétation ne doit pas s'éloigner de lui.

Les lésions ostéophytiques sont localisées sur le contour antérieur ou antéro-latéral du bord articulaire du corps vertébral. Elles sont loin des racines du sciatique et ne peuvent donc pas affecter directement les faisceaux nerveux.

Avant sa sortie, les troncs nerveux traversent la région funiculaire.

Les films radiographiques ne peuvent révéler qu'exceptionnellement l'état des trous de conjugaison et de la traversée funiculaire. Les possibles lésions ostéophytiques nous y échappent. A la pratique, nous ne pouvons donc pas raisonner là-dessus.

La spondylite dite rhumatismale est un signe radiographique de l'ancienneté du lumbago. C'est là sa valeur.

La sciatique dans le lumbago ancien guérit plus lentement et se répète par des crises.

Si l'on veut interpréter le mécanisme de l'action thérapeutique de l'injection, on se trouve embarrassé.

Il y a des faits cliniques qui nous font croire à un effet centripète de l'injection. L'injection intrapsoas de novocaïne dans les cas de lumbago soulagent nettement les douleurs, après une légère recrudescence inconstante. Quelquefois cette recrudescence est intense.

On ne peut pas penser à une action anesthésique locale. Si le soulagement est quelquefois immédiat, c'est surtout dans les jours suivants qu'il est suffisant pour que le malade ait l'air satisfait. Je ne sais pas dans quel pourcentage cette affirmation est vraie.

STAPHYLASE do D^r DOYEN

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

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

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

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

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

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

TARTROL

Indolór

Soluto aquoso de tartaro bismutato de sódio contendo 2,5 miligramas de Bismuto por cm.³ em injeções intramusculares no tratamento da sífilis.

LABORATORIOS "SICLA"

Campo Grande, 298 — Lisbôa

Fornecedores da clinica da Sífilis do Hospital Escolar de Lisbôa

Preparado por: J. Pedro de Moraes e J. Pinto Fonseca

FARMACEUTICOS

Depositário: Raul Gama — R. dos Douradores, 31

LISBOA

LISBOA MÉDICA

Para regularizar
o ciclo menstrual

SISTOMENSINA "CIBA"

Hormonio ovariano
biologicamente titulado

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

Drageas

Ampolas

Amostras e litteratura

E. BRUNNER & COMP., L^{DA}
Rua Sá da Bandeira, 283 2.º - PORTO
Rua da Madalena, 128-1.º - LISBOA

unico representante
dos Productos "Ciba" no Portugal.



Je pourrais en rapporter une dizaine de malades qui, en consultation urologique pour des douleurs lombaires, ont été tous satisfaits de l'injection.

S'il y avait une action anesthésique, l'effet serait passager. Par contre, il s'accroît.

Dans un cas rebelle de névralgie du sciatique, Leriche a fait une sympathéctomie lombaire, et le résultat a été bon et presque immédiat.

Les injections locales intra-musculaires ou peri-tendineuses guérissent les douleurs.

Certaines impotences douloureuses des membres sont guéries par les injections locales de novocaïne.

Une femme qui depuis 6 mois était sous un traitement d'arthrite (revulsifs, massages, points de feu, diathermie) fait presque tous les mouvements quelques heures après la première injection de novocaïne, et est complètement guérie de l'impotence musculaire et des douleurs après la troisième injection (1).

L'effet de la novocaïne est-il définitif? Au moins il est durable.

Elle doit ses effets à une action sur les filets nerveux qui, probablement par voie centripète, normalise la fonction motrice locale.

D'après ce que je viens de dire l'état douloureux du sciatique serait dû à des troubles artérielles de nature sympathique (spasmodique). La novocaïne agirait dans le sens de la vasodilatation ou de la normalisation de la tonie artérielle. Les douleurs du sciatique seraient ainsi d'origine vaso-motrice. Le lumbago, lui-même, aurait la même origine. C'est pourquoi l'anatomie pathologique n'y trouve rien d'anormal.

Rappelons ces douleurs du sciatique qui suivent parfois l'injection médicamenteuse intramusculaire de la fesse. Bien que la piqûre soit pratiquée loin de l'émergence du nerf, le patient se plaint immédiatement d'une sensation douloureuse sur le trajet du sciatique. Elle est souvent passagère, parfois durable.

Le fessier supérieur partage ses filets dans la masse musculaire du moyen fessier et c'est l'atteinte de ses terminaisons la seule cause de la dite douleur. Certainement par voie centripète.

(1) Cas clinique rapporté page 362. *Lisboa Médica*.

Dans ces réflexions cliniques il y a des répétitions nécessaires. Il convient de résumer les conclusions auxquelles j'ai dû arriver.

1° — On ne peut pas douter que les injections de novocaïne selon la méthode de von Platte guérissent ou soulagent certaines névralgies du sciatique.

2° — Les douloureux du sciatique sont plusieurs fois d'anciens mialgiques.

3° — La sciatique est fréquemment une conséquence de la névralgie d'un des muscles du bassin, surtout le psoas iliaque.

4° — La structure nerveuse des muscles semble être affectée par les infections aiguës, chroniques, les auto-intoxications et la fatigue.

5° — Le froid et l'humidité ne sont que des causes adjuvantes communes à plusieurs états morbides.

6° — La spondylite dite rhumatismale n'est qu'une conséquence de l'état douloureux des psoas, au moins chez plusieurs malades.

7° — Les douleurs des psoas et des sciatiques semblent être d'origine vaso-motrice.

8° — Le siège étiologique de plusieurs sciatiques est dans les nerfs sensitifs des muscles.

9° — C'est par voie centripète que la névralgie du sciatique s'installe.

10° — C'est par la même voie que la novocaïne agit dans le sens du soulagement ou de la guérison.

Je remercie de son aimable accueil Monsieur le Directeur de la 2^{ème} clinique chirurgicale. Je remercie aussi Mr. le Prof. H. de Vilhena (Institut d'Anatomie) de m'avoir donné toutes les facilités pour les essais de technique et les dissections anatomiques que j'ai dû pratiquer à fin d'observer directement les rapports musculaires, nerveux et osseux des racines du sciatique.

BIBLIOGRAFIA

- F. WIDAL-J. TEISSIER. — Rhumatismes chroniques. VIII. 1910.
Nouveau traité de Médecine. Fasc. XXI. Pag. 187-219. Edition 1927.
Pratique Médico-Chirurgicale. Tome III. Pag. 955-963. Edition 1931.
Journ. Méd. Français. N° 1. Tome XXIII.

Sonderabdruck aus der Festschrift gewidmet Prof. Dr. S. A. BRUNSTEIN zu seiner 30. Jährigen Lehr und Wissenschaftlichen Tätigkeit. Pag. 590-604. Meine Behandlungsmethode der Ischias. Prof. ERICH PLATTE. (Aus der III med. Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Barmbeck (1928).

Journal de Radiologie et d'Électrologie. N° 10. Tome XII. 1929. La dynamique lombo-sacrée par M. GALLAUD et H. de las CASAS.

Questions Médicales d'Actualité. N° 5. 1934.

Questions Médicales d'Actualité. N° 6. 1934.

Deutsche Medizinische Wochenschrift. N° 3. 1911.

ALMEIDA LIMA. — Ciáticas reumatismais.

2^{ème} Clinique Chirurgicale
(Dir. Prof. C. Cabeça)

LA NOVOCAÏNE DANS LA THÉRAPEUTIQUE DE LA DOULEUR

PAR

MACHADO MACEDO
Assistant libre

Les injections de novocaïne pour guérir certains troubles douloureux ont déjà une place remarquable dans le domaine thérapeutique.

Le soulagement et la guérison qu'elles apportent aux malades sont trop nets, pour qu'on puisse en douter.

Plus qu'une fois Leriche et van den Linden y ont souligné l'effet heureux de la novocaïne.

Je l'ai essayée aussi dans deux cas. Le résultat a été si bon que je me suis décidé à rapporter les observations cliniques de deux malades que j'ai soignés.

I — J. P., âgée de 60 ans.

Le 23 octobre 1934 la malade est observée en consultation externe à la 2^{ème} clinique chirurgicale.

Elle se plaint de douleurs à l'épaule droite, et ne peut soutenir le bras à l'angle de 90° qu'à l'aide de la main gauche (photo n° 1).

Cet état douloureux et d'impotence fonctionnelle réduit sa capacité de travail et ne lui permet pas de se coiffer.

Pour porter la main droite à la tête, elle soutient de la main gauche le bras droit, et si elle le laisse à ses propres moyens, il tombe péniblement à côté du tronc.

Il y a six mois, en descendant un escalier, la malade trébucha, et, pour éviter la chute, se cramponna à la rampe de la main droite, exerçant ainsi un effort du membre droit supérieur. En restant suspendue, elle entendit une sorte de déchirement à l'aisselle droite.

Pendant un mois encore elle put utiliser son bras, malgré les douleurs.

Les mouvements de l'épaule sont devenus de plus en plus pénibles. Le membre devint incapable de se mouvoir par lui-même, et elle ne put l'utiliser qu'à l'aide du membre gauche.

Les mouvements actifs sont devenus minimes, et les passifs réduits à la moitié.

À l'examen, la sensibilité cutanée est conservée, et il n'y a pas d'atrophie visible. À la palpation, aucune douleur. Les mouvements passifs de l'épaule sont douloureux. Le coude garde tous ses mouvements.

Elle a été soignée, comme si elle avait une arthrite chronique scapulo-humérale (bains de lumière, points de feu, massages, 26 séances de diathermie). Le résultat a été nul.

Une radiographie de l'épaule droite montre une ostéoporose scapulo-humérale. La surface articulaire de l'acromion est irrégulière.

Traitement :

Le 23 octobre. — Injection de 5 cc. de solution de novocaïne à demi pour cent dans le grand dorsal, et une autre dans le grand pectoral (tout près du bord axillaire). Ensuite elle lève le bras au niveau de la tête sans aucune aide.

Le 30 octobre. — Le massagiste s'étonne des mouvements faciles. On lui fait la 2^{ème} piqûre seulement dans le grand dorsal.

Le 6 novembre. — 3^{ème} piqûre dans le grand pectoral.



Photo n° 1

Le 13 novembre. — 4^{ème} piqûre, dans le grand dorsal. Elle se sent guérie et fait tous les mouvements (photo n° 2).

Seule l'extension (derrière) du bras est un peu limitée.

Je l'ai revue au mois de février 1935. Elle se porte bien et utilise son membre comme avant la chute.

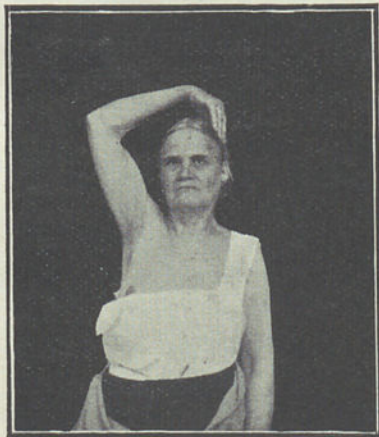


Photo n° 2

Des cas semblables sont parfois traités sous le diagnostic de ostéoporose. Il n'est pas sûrement question d'une entité nosologique. L'ostéoporose n'est qu'un état osseux qui vient à la suite de l'impotence d'un segment ou

de la totalité d'un membre après le trauma. L'ostéoporose est alors secondaire. Si le membre reprend sa fonction motrice, l'état osseux revient presque à la normale. L'ostéoporose disparaît parce que la fonction musculaire se rétablit.

II — M. N., âgée de 56 ans.

Observée en consultation externe le 31 octobre 1934.

C'est une cliente ancienne que j'ai opérée trois fois (cholecystostomie d'urgence, cholecystectomie à froid, histérectomie sub-totale sans drainage par gros fibrome). Elle est toujours malade, en souffrant de la céphalée et de la colite chronique.

Elle éprouve depuis 12 mois des malaises et des piqûres douloureuses dans le fond du bassin.

Au toucher, on trouve le cul-de-sac postérieur très réduit et plein de brides fibreuses minces entremêlées. Ces conditions donnent un peu de fixité au petit col restant. Les autres cul-de-sacs sont souples.

Comme traitement je n'ai fait qu'une piqûre de 3 cc. de solution de novocaïne à demi pour cent dans le tissu fibreux cervico-vaginal du cul-de-sac postérieur.

Le 27 mars 1935 elle revient nous voir à cause de troubles digestifs.

Interrogée sur le résultat de l'injection de novocaïne elle nous dit que les malaises et les piqûres douloureuses sont tout à fait disparues depuis lors.

Serviço de Neurologia
(Director: Prof. Egas Moniz)

A-PROPÓSITO DE TRÊS CASOS DE DISTROFIA MIOTÓNICA

(DOENÇA DE CURSCHMANN)

POR

LUIZ PACHECO
Assistente de Neurologia

Os casos atípicos da doença de Thomsen, com atrofia muscular, devem ser considerados, depois dos trabalhos de Steinert, H. Curschmann e R. Hirschfeld, como uma entidade *sui generis* — a distrofia miotónica — doença heredo-familiar, caracterizada por uma distrofia muscular de distribuição particular, acompanhada de miotonia, que pode faltar, e de outros sintomas distróficos não musculares, tais como: catarata, alopecia, atrofia das glândulas sexuais e impotência. Por vezes encontram-se também perturbações vaso-motoras (angiospasmos e acrocianose), atrofia geral e diminuição de peso.

Os sintomas manifestam-se geralmente entre os 20 e 30 anos, sem que intervenham factores exógenos; a doença aparece como consequência da hereditariedade familiar, que pesa sobre ambos os sexos, mas mais particularmente sobre o masculino.

Acontece, muitas vezes, que todos os membros de uma família são atacados de distrofia miotónica e apresentam os sintomas principais da doença, a saber: miotonia e atrofia muscular. A geração seguinte vem sã e na precedente encontram-se, por vezes, sinais frustes da doença, como a catarata ou a displasia sexual, sem miotonia, nem atrofia muscular. Parece portanto que o processo degenerativo se manifesta, sob formas diferentes, de geração para geração até apresentar os dois sintomas principais

que deram o nome à afecção: distrofia muscular e miotonia. Depois da enfermidade ter percorrido assim o seu ciclo completo, as gerações seguintes, ao que se diz, não exteriorizam sinais de doença.

Este processo degenerativo não altera somente os elementos somáticos, mas também os psíquicos, originando, por vezes, várias formas de *déficit* mental, em que predominam os indivíduos pobres de espírito e de affectos, insociáveis e pouco inteligentes. Podem também encontrar-se quadros de histeria e de psicopatias (Curschmann) graves, que marcam nestes casos, de uma maneira bem típica, a distinção entre o distrófico miotónico de psiquismo alterado e os indivíduos que sofrem da doença de Thomsen.

Segundo os recentes estudos, o essencial nesta doença é o processo distrófico multilocular; os sintomas miotónicos podem ocupar um lugar secundário e até faltar, como já dissemos.

O seu começo é, geralmente, insidioso, por debilidade muscular ou miotonia. Esta, que é condicionada por uma hipertonicidade da contracção e uma persistência involuntária da mesma, depois de ter terminado o impulso voluntário que a iniciou, é muito variável na localização e no grau de intensidade. Por vezes a repetição do mesmo movimento pode atenuá-la.

Geralmente os músculos preferidos são os das extremidades, da cara e da língua; por vezes apenas os das mãos ou os da língua. Nunca esta alteração é tão geral e tão grave como na doença de Thomsen.

Os músculos affectados apresentam as características eléctricas descritas por Erb, a saber: aumento de contracção ao estímulo galvânico ou farádico e descontração lenta.

Como os músculos miotónicos estão muitas vezes atrofiados, não se encontra então a reacção miotónica clássica, mas sim variantes desta.

Alguns músculos excitados com correntes galvânicas, mesmo de fraca intensidade, respondem com uma contracção tetânica. Vê-se pois que as reacções eléctricas, nesta enfermidade, revestem vários aspectos, embora aproximados, não sendo nenhum dêles patognomónico, nem constante.

As atrofias musculares têm localização muito típica: atingem a face, os músculos mastigadores, os esterno-cleido-mastoídeos, os músculos do antebraço e os pequenos músculos das mãos.

Mais raramente são tocados os grupos musculares dos membros inferiores: os peroneais de preferência.

Também podem apresentar-se paréticos ou atrofiados o véu do paladar e os músculos da laringe e do esôfago, do que resultam perturbações da linguagem, da deglutição e da mastigação.

O síndrome distrófico de grande importância patognomônica, quando vem associado às alterações atrás descritas, é constituído por astenia, aplasia simples ou dupla dos testículos ou ovários, calvície precoce e catarata pre-senil. A calvície tem-se atribuído à deficiência do cálcio.

Exposta assim sumariamente a sintomatologia da doença, passamos a apresentar os três casos que motivaram este estudo.

1.º CASO. — S. de C., de 21 anos de idade, residente nos Moinhos da Ribeira. Saudável até os 18 anos. Adoeceu nessa idade com falta de força nos membros inferiores e perturbações da contractilidade muscular: quando iniciava a marcha, partindo do repouso, e os músculos respectivos se contraíam voluntária e enérgicamente para tal fim, a sua contração prolongava-se anormalmente, impedida assim, por momentos, a descontração necessária para a regular execução dos movimentos seriados da marcha. Esta ficava assim dificultada e só se tornava possível quando, vencida esta primeira resistência, a descontração muscular se ia normalizando pela repetição dos mesmos movimentos.

Pouco tempo depois notou as mesmas perturbações nos movimentos voluntários das mãos, das pálpebras, dos lábios e dos maxilares.

A doença tem evoluído sem dores, parestesias ou perturbações vaso-motoras.

História familiar. — A avó materna teve uma doença nervosa que a fazia tremer muito.

Tem um irmão de 26 anos e uma irmã de 29 anos; ambos têm uma doença semelhante, mas em grau mais avançado.



Fig. 1

Observação. — Regular desenvolvimento físico. Bom estado de nutrição. Crânio sem deformações.

Facies pouco expressivo: os lábios mantêm-se entreabertos quasi sempre, são pouco espessos e o superior é um pouco procidente; os músculos do queixo apresentam pregas de contracção e por isso o mento está retraído. A imobilidade da face, com estas alterações apontadas, lembra a face mio-pática (fig. 1).

A voz é um pouco nasalada. Os esternocleidomastoídes estão atrofiados de ambos os lados.

Os músculos das espáduas, braços e pernas apresentam um grande desenvolvimento, e pela sua palpação nota-se uma certa consistência, diferente da que se obtem palpando músculos em estado normal; a-pesar d'êste aumento de volume, a fôrça não está aumentada proporcionalmente; antes pelo contrário. Não há retracções fibro-tendinosas.

Êste aspecto lembra a pseudo-hipertrofia.

Nas mãos não há atrofias musculares, mas sempre que as fecha com fôrça tem dificuldade em as abrir de seguida.

Com a repetição dos movimentos, esta perturbação atenua-se.

Na marcha tem também, por vezes, no início, perturbações do mesmo tipo: ao dar os primeiros passos, as pernas ficam presas, devido a persistência da contracção muscular, e por êste motivo já algumas vezes tem caído.

O mesmo acontece quando fecha com fôrça os olhos ou a bôca.

Os reflexos tendinosos dos membros superiores estão enfraquecidos.

Os reflexos rotulianos estão enfraquecidos em ambos os lados.

Reflexos aquilianos: abolidos.

Reflexos abdominais: conservados.

Reflexos plantares: em flexão.

Sensibilidade objectiva: normal.

Nervos cranianos: sem alteração.

Psiquismo: enfraquecido.

Reacção eléctrica. — Procurada nos músculos da face, dos antebraços e pernas, verificou-se que a excitabilidade galvânica estava aumentada e que a relaxação muscular era lenta.

Metabolismo basal. — Igual a + 21 %.

2.º CASO. — M. S., de 26 anos de idade, trabalhador, residente nos Moinhos da Ribeira. Saúdavel até os 18 anos; a partir desta data começou a notar dificuldade em abrir as mãos depois de as ter fechado com fôrça. A partir da mesma época enfraqueceram-lhe os membros superiores e inferiores. Nos membros inferiores teve também perturbações da contractilidade, que lhe dificultavam os movimentos; quando, partindo do repouso, iniciava a marcha, os primeiros passos eram sempre muito difíceis, ficava com os músculos interessados contraídos por algum tempo e só com a repetição dos movimentos a marcha se tornava mais fácil. Algumas vezes, por causa destas perturbações, caíu.

Nos membros superiores, principalmente nas mãos, tem perturbações se-

melhantes; quando fecha a mão com fôrça, tem dificuldade em abri-la e só consegue fazê-lo muito lentamente. O mesmo lhe acontece, por vezes, nas contracções das pálpebras, dos lábios e dos maxilares.

Vê bem. Não é calvo, nem impotente.

História familiar. — Tem uma irmã de 21 anos de idade (caso 1.º) e outra de 29 anos (caso 3.º) com a mesma doença.

Observação. — Regular desenvolvimento físico. Crânio sem deformações.

Facies com pouca expressão mímica. Lábios entreabertos. Retracção dos músculos do mento (fig. 2).

Quando fecha com fôrça os olhos ou a bôca, tem em seguida dificuldade em descontraír os respectivos músculos.

Voz nasalada.

Esterno-cleido-mastoideos atrofiados de ambos os lados.

Ombros descarnados: a elevação dos braços acima da horizontal faz-se com certo esforço.

Fôrça de flexão e de extensão dos antebraços sobre os braços, muito enfraquecida.

Os dedos das mãos conservam-se semiflectidos por retracção dos tendões flexores.

Quando techa as mãos com fôrça e em seguida tenta abri-las, a descontração muscular faz-se muito lentamente e não

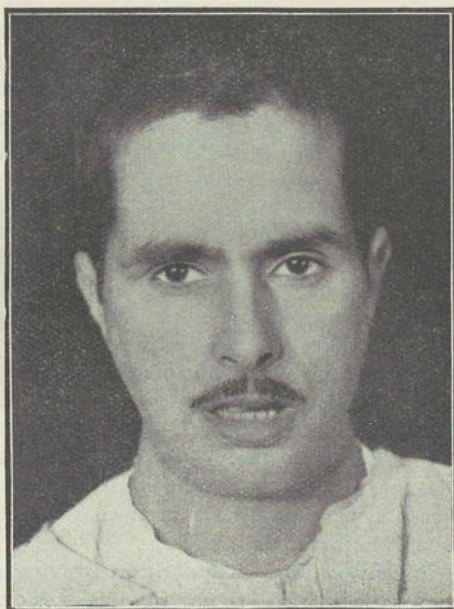


Fig. 2

consegue estender completamente os dedos, devido à retracção dos tendões dos flexores.

Nota-se, pela palpação, que os músculos dos braços e antebraços estão esclerosados, rijos e encordoados.

Os músculos das coxas e das pernas estão também endurecidos e encordoados. Os pés mantêm-se em flexão plantar, devido à retracção dos tendões de Aquiles.

Marcha. — Quando inicia a marcha, os primeiros passos são dados com dificuldade e só com a repetição se tornam mais fáceis. Como os tendões de Aquiles estão retraídos, imita a marcha com *stepage*.

Reflexos radiais e tricpitais: abolidos.

Reflexos rotulianos: conservados.

Reflexos aquilianos: abolidos.

Reflexos abdominais: conservados.

Reflexos plantares: em flexão.

Sensibilidade objectiva : normal.

Nervos cranianos : sem alteração.

Psiquismo : debilidade mental.

Reacção eléctrica. — Menos característica que no caso anterior, conserva, contudo, o tipo da reacção miotónica.

Metabolismo basal. — Igual a + 1 %.

3.º CASO. — C. da C., de 29 anos de idade, doméstica, residente nos Moinhos da Ribeira, irmã dos dois doentes anteriores. Foi saudável até os 18 anos. Dos 18 para os 19 anos começou a notar falta de fôrça nos braços e nas pernas e dificuldade na descontração muscular, ao iniciar os movimentos voluntários; com a repetição, estes movimentos tornam-se mais fáceis. Notou estas perturbações primeiramente nos membros inferiores: quando iniciava a marcha, ficava com os músculos contraídos e impedida momentaneamente de andar; vencida esta primeira dificuldade, continuava a marcha e os movimentos tornavam-se cada vez mais fáceis de executar.

Dois meses mais tarde notou o mesmo fenómeno nos membros superiores, mais acentuadamente nas mãos, e depois também nos movimentos das pálpebras, dos lábios e dos maxilares.

A doença tem evoluído sempre para pior: além das perturbações da contractilidade muscular, cada vez tem menos fôrça nos membros.

Antecedentes pessoais. — Não refere qualquer doença anterior.

História familiar. — Pais vivos e saudáveis. A avó materna tinha uma doença nervosa que a fazia tremer muito. Tem um irmão com 26 anos (caso 2.º) e uma irmã com 21 anos (caso 1.º) com uma doença semelhante à sua. Não tem mais irmãos.

Observação. — Regular desenvolvimento físico. Coloração normal da pele e mucosas. Crânio sem deformações.

Facies. — Pouca expressão mímica. As fendas palpebrais estão apertadas, dando à doente um aspecto de sonolenta; os lábios mantêm-se entreabertos, são pouco espessos e o superior um pouco saliente. Notam-se, quasi sempre, nos cantos da bôca, pregas de contração, bem como no queixo, o que faz com que êste se apresente retraído, contribuindo para o aspecto de máscara que a cara apresenta: face miopática (fig. 3).

Movimentos do pescoço conservados.

Os esterno-cleido-mastoideos estão muito atrofiados de ambos os lados.

Os ombros estão descarnados por atrofia dos deltóides e dirigidos um pouco para diante, de forma a acentuar a fossa infraclavicular. A elevação dos braços até a horizontal faz-se com dificuldade, principalmente à esquerda, e dêste lado esta posição não pode ser excedida.

Os braços e antebraços estão adelgaçados e as massas musculares que se palpam estão atrofiadas, rijas e encordoadas, dando a impressão de tecido esclerosado; pouca fôrça de flexão e quasi abolição de fôrça extensão do antebraço sobre o braço. A extensão da mão sobre o antebraço não é possível; o movimento de flexão está mais conservado, mas também não é perfeito.

Quando flecte os dedos com fôrça e em seguida tenta abrir a mão, a

Um novo produto português

Nestogéno

LEITE EM PÓ NESTLÉ (NOVA FÓRMULA)

«Nestogéno» é o extracto do melhor leite português da riquíssima região de Avanca, meio-gordo, obtido pela dessecação imediata.

Hidratos de Carbono: «Nestogéno» contém quatro espécies diferentes de açúcar: a lactose do leite fresco original, a sacarose, a maltose e a dextrina.

Vitaminas: O processo de fabrico assegura, no «Nestogéno», a máxima persistência das propriedades bioquímicas do leite fresco.

ANÁLISE:

Gorduras	12,0%
Proteínas	20,0 »
Lactose	30,0 »
Maltose-Dextrina	15,0 »
Sacarose	15,0 »
Cinzas	4,7 »
Água	3,3 »
Calorias por 100 grs.	436

INDICAÇÕES:

O «Nestogéno» é um excelente alimento do lactante privado do seio materno. Tem também as suas indicações em todos os casos de hipotrofia, hipotrepia e atrepia, de debilidade congénita, de prematuraçãõ, nos períodos de readaptação alimentar, nas diferentes perturbações digestivas: vômitos, diarreia, dispepsias gastro-intestinais e nos casos de intolerância lactea.

LITERATURA:

Leite Lage, Cordeiro Ferreira e Teixeira Botelho (Serviço de Pediatria Médica do Hospital D. Estefânia-Lisboa — "Emprêgo de alguns produtos industriais em dietética da primeira infância. «Nestogéno», «Leite condensado», «Eledon»".

Medicina Contemporânea N.º 48, 27 de Novembro 1932.

R. Gireaux: — Le lait sec en diététique infantile.

Amostras à disposição de V. Ex.^ª

SOCIEDADE DE PRODUTOS LACTEOS
Rua Ivens, 11 - LISBOA

Um novo produto português

Eledon

BABEURRE NESTLÉ

EM PÓ

ALIMENTO DIETÉTICO PARA CRIANÇAS, INDICADO NAS
PERTURBAÇÕES DA NUTRIÇÃO COM DIARREIA, FORMAS
DISPÉPTICAS DAS DISTROFIAS E NAS DISPEPSIAS AGUDAS

ANÁLISE:

Gorduras	8%
Proteínas	20%
Hidratos de carbone solúveis:	
Lactose	24%
Maltose-Dextrina	25%
Ácido láctico	4%
Amido	12%
Cinzas	4%
Água	3%

100 grs. de Babeurre Eledon fornecem 398 calorias

O Babeurre Eledon é obtido a partir do leite fresco, parcialmente desnatado, acidificado por fermentação láctica, e ao qual foram adicionados hidratos de carbone.

LITERATURA:

Leite Lage, Cordeiro Ferreira e Teixeira Botelho (Serviço de Pediatria Médica do Hospital D. Estefânia-Lisboa): — "Emprêgo de alguns produtos industriais em dietética da primeira infância: «Nestogéno», «Leite condensado», «Eledon»".

Langstein: — «Les dystrophies et les affections diarrhéiques chez le nourrisson».

Putzig: — «De l'utilisation du babeurre en poudre «Eledon» en pratique particulière».

Bauer & Schein: — «Le babeurre en poudre "Eledon"».

Medicina Contemporânea, N.º 48, 27 de Novembro 1932.

Amostras à disposição de V. Ex.^a

SOCIEDADE DE PRODUTOS LACTEOS

Rua Ivens, 11 - LISBOA

descontração muscular faz-se com muita dificuldade e muito lentamente; além disso, nunca consegue a extensão completa dos dedos, devido à atrofia esclerótica dos extensores e um pouco à retracção dos tendões dos flexores.

Marcha. — Quando, estando sentada, inicia a marcha, os primeiros passos são feitos com muita dificuldade; depois, à maneira que repete os movimentos, a marcha torna-se mais fácil. Devido à retracção dos tendões de Aquiles, os pés mantêm-se em flexão plantar, pendentes, e por isso, ao caminhar, como não pode fazer voluntariamente a flexão dorsal dos pés, tem de levantar em demasia as pernas, como na marcha *stepage*, que imita.

As massas musculares das coxas e das pernas estão rígidas e encordoadas, como as dos membros superiores.

Os movimentos de mastigação são também dificultados pelas mesmas perturbações, bem como a deglutição dos alimentos. Voz nasalada.

Menstruações pouco abundantes.

Vê bem. Não é calva.

Reflexos tendinosos: abolidos.

Sensibilidade objectiva: conservada em tôdas as formas.

Nervos cranianos: sem alteração.

Psiquismo: certo grau de debilidade mental.

Reacção eléctrica. — Tipo miotónica.

Metabolismo basal. — Igual a + 2 %.

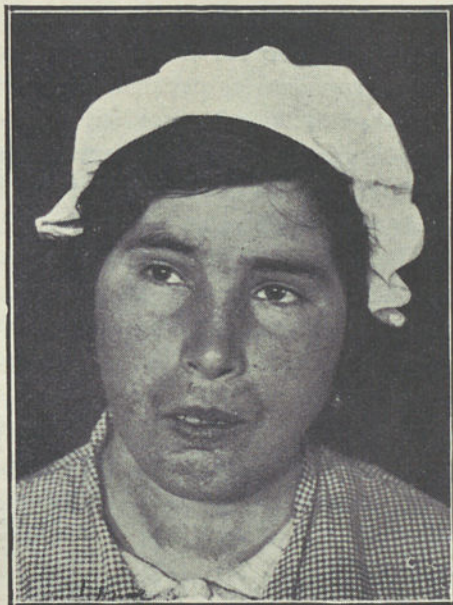


Fig. 3

O que há de particularmente interessante nas observações precedentes é o facto de verificarmos, em três irmãos, não havendo outros, a mesma doença — distrofia miotónica — em fases diferentes da sua evolução, relacionadas com a idade respectiva. Na mais nova, as atrofias musculares estão reduzidas às dos esterno-cleido-mastoídeos, e dos orbiculares dos lábios, e a doença caracteriza-se principalmente pelas perturbações miotónicas nas

mãos, nos membros inferiores e, por vezes, também nos movimentos das pálpebras e da mastigação.

Predominam as perturbações miotónicas, e ao lado da atrofia dos esterno-cleido-mastoídeos e dos orbiculares dos lábios, encontramos grande desenvolvimento das massas musculares da barriga das pernas, dos ombros e dos braços, como se vê nos casos de pseudo-hipertrofia.

Todos os movimentos segmentares se realizam normalmente; não há retracções fibro-tendinosas, os reflexos estão todos conservados e são normais. A fôrça muscular está diminuída. Não existem perturbações da sensibilidade.

O exame eléctrico revelou, nos músculos da face, dos membros superiores e inferiores, aumento da excitabilidade galvânica com desconstracção lenta — reacção miotónica.

Não tem catarata nem outros sintomas distróficos; apenas encontrámos de anormal o metabolismo basal aumentado: igual a + 21 0/0.

Nos outros dois casos — irmãos mais velhos da doente precedente — a doença encontra-se numa fase mais avançada e mais grave: ao lado das mesmas alterações da contractilidade muscular — miotonia — existem atrofias musculares muito acentuadas nos membros superiores e inferiores, com retracções fibro-tendinosas. Por êste motivo as reacções eléctricas não são tão características como no nosso primeiro caso, mas sempre verificámos a desconstracção muscular lenta.

As perturbações da motilidade segmentar, verificadas nestes casos, são devidas à atrofia muscular e às retracções fibro-tendinosas.

Também nenhum dêles apresenta nem catarata, nem outras perturbações distróficas.

O metabolismo basal é normal em ambos.

As atrofias musculares e retracções fibrinosas são mais acentuadas no terceiro caso, o da irmã mais velha.

Estes três casos, em irmãos que adoeceram todos com a mesma idade — 18 a 20 anos — mostram tratar-se de uma doença familiar de evolução progressiva, caracterizada por miotonia associada com distrofias musculares.

Tanto nestes doentes como na sua ascendência faltam outras perturbações distróficas que estão apontadas em casos seme-

lhantes, por muitos autores, mas, a-pesar disso, as características com que se apresentam parece-nos não poderem ser enquadradas noutro grupo nosográfico.

Também os nossos casos têm de notável o facto de encontrarmos no primeiro um aspecto de pseudo-hipertrofia muscular, seguido, nos mais velhos, de atrofias com retracção fibrinosa.

A doença que atacou três irmãos, de ambos os sexos, apresenta-se em fases diferentes da sua evolução, mostrando como tem progredido nos membros desta família. Na irmã mais nova predominam as perturbações miotónicas; a amiotrofia apenas se encontra nos músculos da face e nos esterno-cleido-mastoídeos; nas massas musculares dos membros encontra-se, pelo contrário, um aspecto de pseudo-hipertrofia. Nos outros dois casos, e mais acentuadamente na irmã mais velha, predomina uma acentuada atrofia muscular, nos ombros, nos membros superiores e inferiores e nas mãos, com retracções fibro-tendinosas. É lógico admitir que esta será também a sorte da irmã mais nova, quando tiver atingido a idade dos outros irmãos.

A patogenia da doença descrita não está perfeitamente esclarecida, mas, como se verifica que a miotomia só ataca alguns músculos ao mesmo tempo e que a sua intensidade e localização são muito variáveis, alguns autores admitem a possibilidade de ser condicionada por uma acumulação local de um tóxico do metabolismo. Êste factor não seria responsável da distrofia muscular, porquanto não coincidem muitas vezes as duas perturbações nos mesmos grupos musculares, e pode um músculo conservar-se miotónico durante muito tempo sem apresentar atrofia, ou vice-versa, o que leva os citados autores a supor a existência de um outro factor causal. Como importa considerar todo o síndrome distrófico e não só a miotonia e a distrofia muscular, tem-se pensado que a causa do mal seria uma perturbação pluriglandular responsável de vários sintomas endócrinos (catarata, calvície, insuficiência dos glóbulos sexuais, caquexia, perturbações vaso-motoras, secretoras e outras). Esta perturbação não pode explicar, porém, a miotonia e a distrofia musculares, porque em casos graves tem-se confirmado a integridade clínica e funcional do sistema endócrino e as lesões histológicas encontradas em algumas raras autópsias são muito ligeiras e nada têm de características,

confundindo-se com as que se encontram nos indivíduos caquéticos e febris.

Por consequência, é lógico atribuir as perturbações que condicionam os sintomas musculares e distróficos a lesões dos centros que governam o trofismo, o tónus muscular e, possivelmente, o sistema endócrino, isto é, segundo Ken e Kuré, aos centros simpáticos e parassimpáticos do mesencéfalo.

RÉSUMÉ

L'A. fait la description de trois cas de dystrophie-myotonique chez deux sœurs et un frère. Chez les ascendants de ces malades on ne trouve aucun des troubles (cataracte, alopecie, dystrophies sexuelles, etc.) que plusieurs auteurs ont décrits.

Il n'y a pas d'autres frères.

Les phases de la maladie sont différentes selon l'âge des malades.

Chez la malade la plus jeune (cas 1) on note une pseudo-hypertrophie de certains muscles, tandis que chez les autres deux malades les muscles sont très atrophiés.

Facies myopathique chez les trois malades (fig. 1, 2 et 3); Réaction électrique myotonique dans les trois cas.

Revista dos Jornais de Medicina

Estudo do líquido céfalo-raquidiano, obtido por punção lombar ou por punção ventricular, nos tumores cerebrais. (*The cerebrospinal fluid obtained by lumbar and by ventricular puncture in tumors of the brain*), por CLARENCE C. HARE.— *Bulletin of the Neurological Institute of New York*. Vol. IV. N.º 1. Março de 1935.

O A. apresenta um estudo da composição química e citológica do líquido céfalo-raquidiano em duzentos e dezóito casos de tumores intracranianos verificados. Em cento e oitenta e seis o *liquor* foi colhido por punção lombar, em setenta e nove por punção ventricular.

O estudo do líquido céfalo-raquidiano tem pouco valor no diagnóstico diferencial entre tumor e outras doenças cerebrais.

Os líquidos colhidos apresentavam aumento de proteínas e globulinas em: a) 61 % dos meningiomas, 64,8 % dos espongiblastomas multiformes, 100 % dos neurinomas do acústico e outros tumores dos recessos laterais da fossa posterior (ângulo ponto-cerebeloso); b) 35,4 % dos astrocitomas supratentoriais, 0 % dos astrocitomas infratentoriais, 60 % dos meduloblastomas supratentoriais e 20 % dos meduloblastomas infratentoriais. Noutras variedades de tumores intracranianos o aumento de globulinas e proteínas era muito variável. Estes elementos apresentavam-se normais nos oligodendrogliomas, nos quistos dermóides e nos papilomas dos *plexus* coroídeos.

As proteínas e globulinas encontram-se com mais freqüência normais no líquido colhido por punção ventricular. Nos tumores supratentoriais encontra-se com certa freqüência uma maior quantidade de proteínas e globulinas no líquido do ventrículo do mesmo lado do tumor, do que no líquido do ventrículo oposto.

Nos tumores infiltrantes, espongiblastomas e astrocitomas, é mais freqüente o aumento de proteínas e globulinas.

Se se exceptuarem os tumores do ângulo ponto-cerebeloso, o aumento de proteínas e globulinas no líquido colhido por punção lombar é mais freqüente nos tumores supratentoriais do que nos da fossa posterior.

O maior aumento de proteínas e globulinas encontrado no líquido colhido por punção registou-se nos casos de neurinomas do acústico e nos espongiblastomas multiformes, e, no líquido ventricular, nos espongiblastomas multiformes.

O aumento das proteínas no líquido lombar variou entre 50 e 490 mgrs. e a globulina entre 1+ e 4+.

A pressão raquidiana ao nível lombar era normal (menos de 18 cm.) em sessenta e nove casos.

Foi encontrado um aumento dos elementos celulares, mais de dez células por milímetro cúbico de *liquor* em 8,6% dos líquidos colhidos por punção lombar.

Segundo o A., o aumento de proteínas e globulinas no líquido céfalo-raquidiano, nos casos de tumor intracraniano, tem um certo valor no diagnóstico da variedade da neoplasia. Nos gliomas mais diferenciados são menos frequentes as alterações do *liquor*. O exame do *liquor* pode também ter um certo valor para distinguir entre neoplasias intracerebelosas e extracerebelosas, e entre os tumores infiltrantes supratentoriais e os que envolvem também o córtex.

ALMEIDA LIMA.

Artrite cervical hipertrófica, com atrofia muscular da eminência tenar, em três irmãs. (*Hypertrophic Arthritis of cervical vertebrae with thenar muscular atrophy occurring in three sisters*), por EDWIN G. ZABRISKIE, CLARENCE C. HARE e ROLLY J. MANELINK. — *Bulletin of the Neurological Institute of New York*. Vol. IV. N.º 1. Março de 1935.

Os AA. descrevem um síndrome que consiste numa atrofia muscular limitada à eminência tenar de ambas as mãos, e aparecendo de um modo idêntico em três irmãs, associando-se com uma acentuada artrite hipertrófica limitada, em duas, às quatro últimas vértebras cervicais.

Não foram encontradas alterações objectivas da sensibilidade, mas as doentes queixavam-se de perturbações subjectivas nas pontas dos dedos.

Os AA. julgam a atrofia uma consequência da compressão directa das raízes pelo processo artrítico.

ALMEIDA LIMA.

Atrofia muscular progressiva neuropática (peroneal). (*Hereditary progressive neuropathic (peroneal) muscular atrophy*), por SAMUEL E. SOLTZ. — *Bulletin of the Neurological Institute of New York*. Vol. IV. N.º 1. Março de 1935.

Existem notáveis variações no quadro da atrofia muscular progressiva neuropática, sendo para desejar uma melhor classificação que permita uma organização mais perfeita dos vários quadros neurológicos designados por esse título. As formas arrastadas, assim com as formas atípicas, devem ser consideradas como aspectos diferentes da mesma doença e não como novas entidades ou sub-variedades.

É usual encontrar nesta doença perturbações dos reflexos, alterações da sensibilidade, fenómenos oculares, variações pupilares, anomalias vasomotoras, atrofia ósseas, estados convulsivos, desvios endocrínicos e desordens psíquicas.

Não é possível afirmar quais os factores etiológicos da doença, tendo sido mencionados como influndo possivelmente no seu desenvolvimento:

tendências hereditárias, infecções, intoxicações, e alterações endócrinas e metabólicas.

As características patológicas da doença são variáveis e inconstantes. O desvio principal do quadro clássico consiste num processo degenerativo dos nervos periféricos e da medula com lesão secundária dos músculos por êles enervados.

ALMEIDA LIMA.

Patologia dos angiomas cerebrais. (*The pathology of cerebral angiomas*), por ABUER WILF e SAMUEL BROCK. — *Bulletin of the Neurological Institute of New York*. Vol. IV. N.º 1. Março de 1935.

Os AA. apresentam um estudo anátomo-patológico de nove casos de malformações vasculares cerebrais, assim divididos: cinco angiomas venosos, dois angiomas arteriovenosos e dois angiomas capilares (ou telangectásicos).

Alguns dos casos apresentados mostravam localizações pouco vulgares. Um dos angiomas arteriovenosos assentava na região dos tubérculos quadrigêmios. Um dos angiomas venosos encontrava-se no hemisfério cerebeloso esquerdo e no vermis adjacente. É notável o caso III dos autores: um angioma venoso estendendo-se ininterruptamente da retina direita ao hemisfério cerebeloso direito.

ALMEIDA LIMA.

Quisto colóide do III ventrículo cerebral. (*Colloid cyst of the third ventricle of the brain*), por J. E. PATERNU e MARGARET LESLIE. — *The British Medical Journal*. N.º 3.878. Maio de 1935.

Os AA. apresentam a história clínica de um doente portador de um tumor benigno do III ventrículo, descrevendo a intervenção cirúrgica, que foi executada segundo a técnica de Dandy.

A intervenção teve o melhor êxito, tendo meses depois o doente retomado as suas ocupações.

A operação, feita em Maio de 1934, foi a primeira dêste tipo a ser executada em Inglaterra. Até à publicação dos casos de Dandy, em 1933, todos os casos de tumor benigno do III ventrículo que se conheciam provinham de autópsias.

ALMEIDA LIMA.

Alguns factores importantes para o tratamento e profilaxia da poliomielite. (*Some factors in the control of poliomyelitis*), por R. W. FAIRBROTHER. — *The British Medical Journal*. N.º 3.878. Maio de 1935.

O aspecto esporádico que a poliomielite apresenta em Inglaterra é, segundo o A., devido, provavelmente, a uma grande disseminação de um vírus de virulência atenuada, pelo que a maior parte dos adultos adquirem uma certa imunidade. Por isso não é provável que se venha a dar uma epidemia grave, mas são de prever pequenas explosões epidémicas nas escolas e nas instituições onde se encontram crianças reünidas.

Depois de várias considerações, o A. indica como medidas profilácticas: o isolamento dos casos suspeitos, injeções profilácticas de sôro e desinfecção faríngea de tôdas as pessoas que contactaram com os doentes ou suspeitos. Nos casos diagnosticados precocemente a seroterapia deve ser feita o mais breve possível.

A gravidade da doença e as suas terríveis conseqüências, deixando por vezes paralisias que inutilizam por completo o doente para qualquer occupação, são justificações suficientes para se praticar a seroterapia em todos os casos, embora os resultados sejam, muitas vezes, duvidosos ou diminutos.

ALMEIDA LIMA.

Sobre as fracturas da epitroclea. (*Sulle fratture dell'epitroclea*), por ELIO LENI (Bergamo). — *Ortopedia e Traumatologia dell'Apparato Motore*. Vol. VII. Fasc. 1. Pág. 1-40. Janeiro-Fevereiro de 1935.

A magnífica revista romana de Ortopedia e Traumatologia dirigida pelo Prof. Dalla Vedova acaba de entrar no 7.º volume. De ano para ano, a sua apresentação tem melhorado e os seus fascículos adquirido sucessivamente maior importância e interesse. Deve-se grande parte dêsse triunfo à perseverança do chefe de redacção, o Prof. Marino-Zuco, da Clínica Ortopédica da Universidade de Roma, braço direito de Dalla Vedova, para quem vão as nossas felicitações.

O trabalho de E. Lemi constitue uma monografia do assunto, muito completa e acompanhada de numerosas reproduções radiográficas. Como justamente se trata dum capítulo da traumatologia cuja illustração bibliográfica é escassa e o A. possui uma série de casos relativamente numerosa (sessenta e oito casos), o trabalho é duplamente útil.

Principia por lembrar alguns factos anátomo-fisiológicos da região, expondo em seguida dados estatísticos sobre a frequência das fracturas epitrocleanas em relação às fracturas em geral e às do cotovêlo em particular, sobre a idade, sexo e lado mais frequentemente atingido.

A-propósito do mecanismo da fractura expõe as várias teorias e as várias experiências feitas no cadáver, bem como os resultados duma série de experiências feitas pelo próprio A., concluindo, em resumo, que os dados experimentais não podem ser considerados senão como aproximados, pois não se pode avaliar a força viva imprimida pelo doente, em legítima defesa, no mecanismo do trauma.

Enumera os quadros anátomo-patológicos das várias lesões epitrocleanas e expõe as classificações baseadas sobre os mesmos.

Entrando na parte clínica, trata pormenorizadamente dos diferentes factos concomitantes que podem influir na importância do quadro clínico e nas indicações terapêuticas: a deslocação do núcleo ou do fragmento, a luxação do cotovêlo, a associação com outras fracturas e com lesões do nervo cubital.

Expõe uma classificação clínica baseada sobre estas condições, em que cataloga tôdas as lesões epitrocleanas e à qual adapta os seus casos, apresentando os mais típicos.

Descreve o quadro diagnóstico destas lesões, apoiando-se na frequência e variedade dos casos que observou, citando depois as divergências existentes quanto ao modo de tratamento dos mesmos, aludindo aos vários métodos sangrentos e não sangrentos, expondo os que são usados no Instituto Ortopédico de Bergamo e precisando as respectivas medicações, acrescentando que se deve adoptar o menos possível as intervenções, que devem também procurar ser o mínimo traumatizantes.

MENESES.

Sobre as artrodeses na tuberculose osteoarticular. (*Sulle artrodesi nella tuberculosi osteo-articolare*), pelo Prof. A. MEZZARI (Trieste). — Separata da revista *Croce Rossa*. Ano IX. N.º 11. Novembro de 1934.

O Prof. Mezzari, director do Ospedale Marino di Oltra (Trieste), pertencente à Cruz Vermelha Italiana, apresenta a sua contribuição pessoal sobre o assunto que dá o título ao seu trabalho. É realmente valiosíssima. A exposição é clara, as reproduções radiográficas e os desenhos muito elucidativos, as conclusões bem fundamentadas e nós, a-par do conhecimento com que ficamos das técnicas preferidas pelo Prof. Mezzari, nas diferentes lesões e localizações, colhemos uma proveitosa lição da leitura deste trabalho. Por isso o classificámos de valiosíssimo

O A. declara se partidário da aplicação tardia do método, como complemento, nem sempre necessário, do tratamento sanatorial ou como último recurso na terapêutica da tuberculose óssea.

É contrário às artrodeses intra-articulares ou mixtas e prefere a fixação extra-focal fora do ambiente contaminado, para ficar fiel, mesmo através dum acto operatório, aos conceitos de terapêutica conservadora desta forma mórbida, da qual reputa grave êrro afastar-se.

Um dos grandes proveitos das estatísticas apresentadas pelo A. é o de se poder verificar os resultados das intervenções depois de passado bastante tempo sobre elas.

MENESES.

As modificações dos elementos figurados do sangue nos traumatizados.

(*Le modificazioni degli elementi figurati del sangue nei traumatizzati*), por S. CAMINITI (Milão). — *Ortopedia e Traumatologia dell'Apparato Motore*. Vol. VII. Fasc. 1. Pág. 49-62. Janeiro-Fevereiro de 1935.

Êste trabalho mostra um comportamento anormal dos elementos figurados do sangue dos traumatizados, devido a uma reacção especial do sistema mielóide. As modificações, mais nítidas nos fracturados e nos traumatizados do crânio, consistem em variações numéricas dos glóbulos rubros e brancos com alteração da fórmula leucocitária e desvio para a direita dos polinucleares neutrófilos, segundo a fórmula de Arneth, na diminuição quasi constante da hemoglobina e no aumento da velocidade de sedimentação dos hematias. O A. enumera as causas possíveis do fenómeno e tira algumas conclusões que interessam na prática.

O facto de existir um número normal de glóbulos brancos em casos de fracturas (onde deve aparecer uma leucocitose) é expressão de reacção insufficiente do organismo e de actividade reparadora retardada ou ausente: em tais casos, poder-se-á pensar em pôr em prática os meios conhecidos (medicamentosos, ortopédicos, operatórios) para estimular a regeneração óssea.

Nos traumatismos cranianos, na ausência de sinais clínicos de lesões cerebrais, a leucocitose elevada e persistente (se a verificação em alguns, poucos, casos descritos, puder ter a sanção duma casuística mais vasta) está a revelar uma contusão hemorrágica do cérebro ou um hematoma endocraniano numa zona chamada silenciosa; compreende-se facilmente que este sinal hematológico tenha uma importância notável, mais ainda sob o ponto de vista prognóstico e terapêutico do que diagnóstico.

A velocidade de sedimentação dos hematias tem também um certo valor prognóstico, pois uma aceleração parece afirmar um andamento reparador normal, enquanto uma diminuição do tempo de sedimentação parece indicar que a reparação se não faz ou está retardada.

Isto — que Etorre também já afirmou — poderá servir de guia para a oportunidade do tratamento e servir em especial de critério para a intervenção cirúrgica.

MENESES.

A osteomielite aguda central, sua existência, seu tratamento. (*L'ostéomyélite aiguë centrale, son existence, son traitement*), por MARCEL FÈVRE (Paris). — *Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil Moteur*. Tòmo XXII. N.º 2. Págs. 105-109. Março de 1935.

A osteomielite aguda central dos ossos, com pus sob tensão, contido apenas no canal medular, existe e deve ser tratada antes da invasão total do ósso.

Em geral só se tem pôsto o problema terapêutico: *¿ um abcesso subperióstico foi incisado, deve-se ou não trepanar?* E afinal é também preciso discutir um outro problema terapêutico que se pode enunciar assim: *a-pesar dum diagnóstico certo de osteomielite, não se encontra, depois da incisão das partes moles, qualquer alteração perióstica; ¿ deve-se ou não trepanar?*

Em cento e quinze observações do serviço do Prof. Ombredanne o operador, cinco vezes, não encontrou pus subperióstico, a-pesar dos sinais de osteomielite clinicamente nítidos. Nestas condições, o A. entende que a conduta a seguir é categórica: *deve-se trepanar*.

Eis as razões dessa conduta: 1) a trepanação exploradora no caso de diagnóstico errado não tem inconveniente; 2) a trepanação é de regra útil, quer permitindo descobrir e tratar osteomielites centrais, quer, por vezes, trazendo do interior ósso cheio de pus sobre um abcesso subperióstico que até aí passara despercebido. O A. encontrou uma vez um caso destes: tratava-se duma osteomielite da extremidade inferior do fémur, que, abordado por via externa, parecia são; o trépano demonstrou a existência de pus central, e, uma vez aberto o ósso, foi fácil descobrir e drenar um abcesso subperióstico que bombeava no çavo popliteo.

É evidente que uma trepanação óssea, no caso de êrro de diagnóstico, não tem inconveniente sério, pois não se arrisca a uma infecção medular se a trepanação fôr feita num meio não infectado. Deve-se notar que esta trepanação não deve ser larga, com martelo e escopro, mas a *trepanação exploradora dum a diáfise óssea*, isto é, uma perfuração em cisterna, até ao canal medular, com a mecha ou com a «fraise». Se o diagnóstico está certo, vê-se, pelo pequeno orifício da cisterna, *sair, sob pressão*, um pus que se espalha na ferida operatória sem que se ajude a sua saída, pus típico, nada parecido com a medula óssea. A quantidade dêste pus pode ser tal que se fica admirado da capacidade que o canal medular dum a criança pode ter.

O A. apresenta quatro observações detalhadas desta osteomielite central com pus no ôsso e ausência de pus subperióstico, colhidos no serviço do Prof. Ombredanne.

São curiosas porque mostram as diversas formas clínicas da osteomielite central: 1) *osteomielites centrais típicas*, às vezes de quadro alarmante, às vezes atrozmente dolorosas, e que a trepanação cura; 2) *osteomielites séptico-pioémicas*, com muitos focos centrais, nas quais a intervenção pode ainda ser eficaz; 3) *osteomielites septicémicas*, com presença de algumas gotas de pus no canal medular. Nestas, a trepanação, tratamento dum a lesão local mínima, evidentemente que nada pode contra a infecção geral. Só a incerteza em que se está sôbre o grau da infecção local justifica ainda a operação, que infelizmente fica inútil.

A análise dos factos justifica, pois, a conclusão do A.: *quando uma osteomielite foi devidamente diagnosticada e localizada pelo exame clínico e a intervenção não permite descobrir colecção purulenta subperióstica, deve-se, a-pesar disso, trepanar*, mesmo quando o ôsso parece sangrar. Esta trepanação será o primeiro tempo do tratamento das osteomielites centrais e permitirá algumas vezes descobrir, graças a uma perfuração óssea seguida de dentro para fora, um abcesso subperióstico que até aí tinha passado despercebido.

MENESES.

A sinovectomia do joelho, indicações, resultados. (*La synovectomie du genou. Les indications. Les resultats*), por RAPHAEL MASSART (Paris). — *Société des Chirurgiens de Paris, Bulletins et Mémoires*. Tômo XXVI. N.º 12. Págs. 452-463 (separata). 6 de Julho de 1934.

O A. teve ocasião de ensaiar a sinovectomia num certo número de artrites crónicas do joelho e apresenta os seus bons resultados. Executou-a em quatro casos de hidrartroses crónicas, e em dois dêles, sem que houvesse lesões ósseas, as análises histológicas e as inoculações mostraram a sua origem tuberculosa, o que também confirma a existência freqüente de gonites tuberculosas com exclusividade de lesões sinoviais. Fêz mais duas intervenções idênticas por motivo das sinoviais estarem espessadas e esclerosas, com bons resultados.

Em seis doentes com reumatismo crónico dos membros inferiores, a sinovectomia do lado menos atingido permitiu uma boa recuperação funcional.

O A. fêz também a sinovectomia em dois joelhos volumosos, com corpos estranhos intra-articulares, e numa sinovite gonococcica.

Lembra ainda o grande campo que se obtem com a via preconizada por Putti e insiste sôbre a importância da mobilização post-operatória.

MENESES.

Epilepsia depois da irradiação da cabeça na infância. (*Epilepsie nach Röntgenbestrahlung des Kopfs im Kindesalter*), por C. SCHALTENBRAND. — *Der Nervenarzt*. 8 J. H. 2-15. Fevereiro de 1935.

O crânio e o sistema nervoso eram considerados relativamente insensíveis aos raios X; trabalhos experimentais aqui já referidos, e estas e anteriores observações do A. e Lorey, mostram que na infância devem ser aplicados com muito cuidado. Com um tempo de latência de um a três anos depois da irradiação por doenças cutâneas, aparecem por vezes notáveis alterações tróficas da pele (queda dos cabelos, telangiectasias) dos ossos da calote (atrofia e adelgaçamento) e mesmo graves lesões das meninges (paquimeningite) e do encéfalo (atrofia). Estas alterações são, no geral, unilaterais e conduzem a um grave atraso do desenvolvimento psíquico, com aparecimento de convulsões e vários sintomas neurológicos focais (hemiparesias), etc. A alopecia do lado oposto à hemiparesia é um sinal característico que deve chamar a atenção.

É aconselhada a esterilização das mulheres, menos por motivos eugénicos do que pelo perigo de hemorragia meníngea durante o trabalho do parto.

BARAHONA FERNANDES.

Achados no líquido céfalo-raquidiano nas psicoses endógenas e o seu significado diferencial-diagnóstico. (*Liquorbefunde bei endogenen Psychosen und ihre differentialdiagnostische Bedeutung*), por P. KOPP. — *Zeitschrift f. d. g. Neurologie u. Psychiatrie*. 151. B., 4-5 H. Dezembro de 1934.

Em 50% dos esquizofrénicos o *liquor* é normal; em 36% há aumento da albumina total, em parte acompanhado de aumento da globulina e da coeseterina e floculação coloidal. Estas alterações aparecem em todos os estados e formas. Em 12%, todos numa fase aguda e a maior parte das vezes na primeira *poussée* catatónica, havia pleiocitose.

Em metade dos casos havia um paralelismo entre a evolução dos fenómenos clínicos e as alterações do *liquor*. Não foram encontradas alterações regulares na reacção do oiro coloidal.

Pelo contrário, em todos os casos psicopatologicamente claros de ciclo timia apresentava o *liquor* como normal; raras alterações apareciam em casos atípicos ou psicoses mixtas.

O *liquor* é também sempre normal nas psicopatias; nos casos em que havia alterações apurou-se, por investigação rigorosa, a existência de alterações

LISBOA MÉDICA

TUBERCULOSE **MEDICAÇÃO** **BRONCHITES**

CREOSO - PHOSPHATADA

Perfeita Tolerancia da creosote. Assimilação completa do phosphato de cal.



SOLUÇÃO PAUTAUBERGE



de Chlorhydro-phosphato de cal creosotado.

Anticarrhal e Antiseptico

Eupeptico e Reconstituente.

Todas as **Affecções dos Pulmões e dos Bronchios.**

PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople

PARIS (8^e)

GRIPPE

RACHITISMO

ASSOCIAÇÃO DIGITALINE-OUABAINÉ

DIGIBAINÉ

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

LABORATOIRES DEGLAUDE
MEDICAMENTOS CARDÍACOS ESPECI-
LIZADOS (SPASMOSÉDINE, ETC.)—PARIS

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

LISBOA MEDICA

Aparelhagem para Eléctro-Medicina

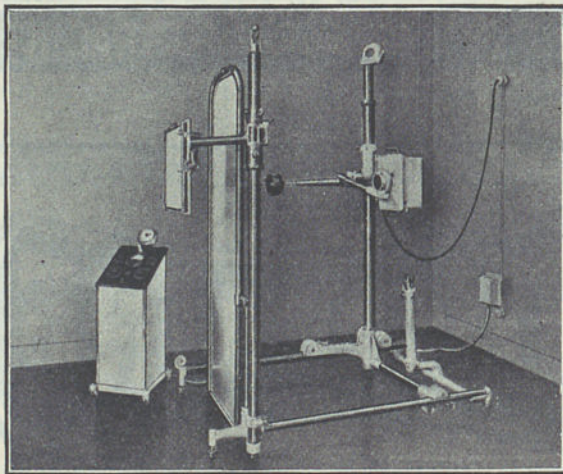


**RAIOS X
DIATHERMIA
ELECTROLOGIA**

Instalações completas da casa

Compagnie Generale de Radiologie

~~~~~ **Paris** ~~~~~



Aparelho completo de Raios X, desmontável à prova de choques modelo "CLINIX,,"

*Representantes exclusivos para Portugal e Colónias:*

**Sociedade Ibérica de Construções Eléctricas, L.<sup>da</sup>**

**Praça Luiz de Camões, 36, 2.<sup>o</sup> — Telef. 2 8135 - 2 8136**

L I S B O A



orgânicas. Nos oligofrênicos sem sinais neurológicos de lesões cerebrais, também o *liquor* é normal. As alterações descritas podem, portanto, ser já tomadas em consideração na apreciação diagnóstica, pleiteando a sua existência pela existência de lesões orgânicas do sistema nervoso, nomeadamente doenças traumáticas, arteriosclerose, lues, epilepsia, ou mesmo, quando o *liquor* certamente não tiver sido contaminado por sangue, a favor de uma doença esquizotrênica. A ausência destas alterações não tem, evidentemente, qualquer significado contra a admissão de uma demência precoce.

BARAHONA FERNANDES.

**Acérca de um efeito de aceleração do tempo numa hemianopsia homónima esquerda.** (*Über eine Zeitrafferwirkung bei homonymer linkseitiger Hemianopsie*), por H. HOFF e O. PÜTZL.—*Zeitschrift f. d. g. Neurologie u. Psychiatrie*. 151 B. 4-5 H. Dezembro de 1934.

Longa análise de um caso, em que depois de um insulto apoplético, se instalaram perturbações da orientação no espaço e uma hemianopsia homónima esquerda (foco na região de passagem parieto-occipital direita). Durante a regressão e a-par das melhoras, apareceram alterações extraordinariamente interessantes da noção do tempo; todos os movimentos passados no ambiente pareciam acelerados, e as impressões auditivas indirectas (conversas entre terceiros, música de rádio, etc.), sucediam-se tão céleres, que se tornavam imperceptíveis; o conjunto é comparável ao desenrolar de um *film* sonoro com excessiva velocidade. A noção subjectiva do tempo vivido parecia, pelo contrário, imensamente prolongada. Depois desta fase sucedeu-se outra com alterações da percepção do espaço externo (erros do tipo das alestias ópticas e metamorfias orientadas). Concomitantemente houve também alucinações extra-campais do lado da hemianopsia, com representação de partes do próprio corpo percebidas como se fôsem estranhas.

É impossível resumir aqui as explicações anátomo-fisio-psicológicas dos autores. Perturbações semelhantes são apenas conhecidas em dois casos de aura epiléptica.

O fenómeno está em relação com o nistagmo-óptico-quinético, alterações da noção do tempo depois de estímulos labirínticos, e durante a intoxicação pela mescalina e haschich. As perturbações de orientação visual estão em relação com fenómenos de interferência dos estímulos e noções de direcção oriundos dos lóbulos occipital direito e esquerdo. Apoiando-se na teoria da projecção cinematográfica de Marbe, admitem os autores que na percepção de um estímulo visual há duas fases, comparáveis à tomada e à projecção das imagens. No caso sujeito havia uma dissociação entre os dois fenómenos; a tomada de imagens ligada ao hemisfério direito fazia-se com atraso, a projecção das impressões que dá a sensação final, passada no hemisfério esquerdo, era mais célere, de modo que, por uma complexa elaboração, resultavam os fenómenos descritos, nos quais há alterações tanto da noção do tempo como do espaço.

BARAHONA FERNANDES.



**Psicopatologia do síndrome amnésico (As confabulações dos doentes com Korsakow).** (*Zur Psychopathologie des amnestischen Syndroms (Die Konfabulationen der Korsakow-Kranken)*), por G. KÖRNER. — *Monatschrift f. Psychiatrie u. Neurologie*. Bd. 90. H. 4. Janeiro de 1935.

É raro que o síndrome de Korsakow se reduza a uma perturbação isolada da capacidade de fixação mnésica; na maior parte dos casos há um transtorno unitário de várias esferas psíquicas, em que, ao lado do *déficit* da memória, há uma profunda alteração da atenção, da capacidade de orientação, perda da iniciativa e da «necessidade de encontrar o sentido das coisas», acompanhado de uma marcada labilidade afectiva, etc.; a associação de ideias e o pensamento formal estão de certa maneira mantidos. Por uma fina análise psicopatológica procura o A. integrar as confabulações no conjunto das outras alterações mentais. Os dados falsos fornecidos pelos doentes são muito diferentes das confabulações dos psicopatas e dos paranóicos e, ao contrário do que se ensinava, não meros produtos da fantasia destinados a suprir o *déficit* da memória; têm, pelo contrário, uma génese muito mais complexa e em relação com três ordens de factores: exagerada influenciabilidade, conservação da capacidade de reacção aos estímulos estranhos e exteriorização sem crítica das respostas às questões formuladas.

Dada a falta de espontaneidade e de actividade da própria pessoa, a incapacidade de compreender perfeitamente a situação, de concatenar ordenadamente as diferentes recordações e de separar as que correspondem realmente ao problema proposto ou as que se referem a outros episódios, e por outro lado a conservação da capacidade de reagir e responder aos estímulos — são forçadas respostas totalmente falsas ou pelo menos desligadas da realidade imediata e erradamente localizadas no espaço e no tempo. A falta de crítica é mais aparente do que real; não há mesmo nenhuma alteração primacial do juízo; a dedução do doente é lógica, os pressupostos é que são falsos, e em vez de corresponderem à realidade imediata, são tirados arbitrariamente da sua experiência anterior. A inconsciência do *déficit* e a impossibilidade de relacionar as várias produções mentais sugeridas pelas questões propostas, impedem o reconhecimento do seu nexu absurdo e contraditório.

BARAHONA FERNANDES.

**Acérca da estrutura clinica da paralisia geral.** (*Über den Klinischen Aufbau der progressiven Paralyse*), por WESTPHAL. — 57. *Jahresversammlung der Südwestdeutschen Psychiater Giessen*. 20-21-X-1934.

O caso da paralisia geral é muito apropriado para mostrar que nos quadros sintomáticos das psicoses orgânicas e exógenas se podem distinguir três diferentes grupos sindrómicos:

- 1) O tipo de reacção exógeno (no sentido de Bonhoeffer).
- 2) O tipo de reacção constitucional (síndrome facultativo de Stertz ou homónimo de Kleist).



3) Sintomas psico-reactivos. O seu aparecimento depende menos da natureza da causa patogénica do que da constituição do doente.

Predominam os tipos pícnicos (39%; média da população: 21,7%) principalmente nas formas maníaco-depressivas; os pícnicos mostram também uma «labilidade sintomática» (Kleist) que os torna especialmente predispostos para as formas de reacção exógena e também para as formas de reacção constitucional. Os asténicos têm freqüentemente formas de aspecto esquizo-frénico.

O intervalo entre o acidente primário e a eclosão dos primeiros sintomas psíquicos é menor nos pícnicos, a percentagem de boas remissões depois da malarioterapia e a mortalidade são maiores nos pícnicos que nos atléticos e leptossómicos.

Na discussão chamou Kleist a atenção para a forma expansiva, que se devia separar da maníaca, e para as formas com ataques epilépticos e outros, que mostram uma certa relação com o círculo heredo-constitucional da epilepsia; Fünfgeld disse que a localização do processo anatómico tinha a maior importância para a formação do quadro clínico; Kretschmer considera que tanto os factores tóxicos e de localização cerebral, como os heredo-constitucionais devem ser tomados em consideração; os processos anatómico e tóxico dão à paralisia geral o seu especial cunho euforizante, ao contrário do humor depressivo fundamental das outras psicoses orgânicas (arteriosclerose e demência senil); a sua conjugação com uma constituição hipomaníaca daria o delírio de grandezas; se a constituição fôsse contrária, seria a euforia atenuada ou anulada.

BARAHONA FERNANDES.

**A paralisia geral na população de Java.** (*Die Paralyse beider Bevölkerung von Java*), por P. J. VAN DER SCHAAR. — *Zeitschrift f. d. g. Neurologie u. Psychiatrie*. 151 B. 4-5 H. Dezembro de 1934.

Tem um grande interesse o conhecimento da distribuição epidemiológica e das diferentes formas de sífilis em territórios com diferentes condições climatológicas, sociais, culturais e raciais; as relações e modos de relação do homem e do espiroqueta em várias condições podem ser assim aclaradas. As velhas ideias sobre «civilização e sífilização» têm sido sujeitas a uma profunda revisão crítica, principalmente depois de uma excursão científica alemã ao centro da Ásia, que demonstrou a existência de paralisia geral nos povos primitivos, cujas lues não foram tratadas pelo Salvarsan. O A. traz mais uma longa contribuição para o assunto.

O clima tropical não tem qualquer acção defensiva ou efeito inibitório sobre o aparecimento da lues tardia. O número de paralisias, a-pesar das dificuldades de apuramento, de hospitalização, incultura das populações, etc., não é muito menor que noutros países; a sífilis é mesmo freqüente nas cidades e portos; no campo predomina a framboesia, mas não se excluem.

O curso é, no geral, benigno, sendo no entanto mais freqüentes as manifestações terciárias da pele e dos ossos. Os *kulis* têm menos lues nervosa que os chineses. A lues dos europeus não difere fundamentalmente da dos nativos.



A malária endêmica pode, em casos individuais, ter uma acção favorável sobre a lues, como a inoculada therapeuticamente; não domina, no entanto, o problema da sua distribuição e evolução.

A framboesia ataca menos frequentemente o sistema nervoso, mas fá-lo em alguns casos, principalmente sob a forma de manifestações terciárias e muitas vezes pela contaminação do *liquor*; ainda que possa ter um papel inibidor no número de casos, não exclue epidemiologicamente nem individualmente a sífilis.

Numerosos problemas em litigio são tratados, como, por exemplo, a questão da menor malignidade da sífilis adquirida por contágio extragenital, que é mais freqüente na infância, nas populações não cultas, e está em relação com estes e outros factores.

As condições são muito complexas e difíceis de precisar, e, como aliás na biologia, intimamente e condicionalmente concatenadas. Não duvida, porém, que influem na evolução da doença e provavelmente também nos próprios espiroquetas, ainda que certamente não se possa já admitir um vírus especialmente neurotropic.

BARAHONA FERNANDES.

**Investigações familiares nos delirantes alcoólicos.** (*Familienuntersuchungen bei Alkoholdeliranten*), por C. BRUGGER. — *Zeitschrift f. d. g. Neurologie u. Psychiatrie*. 151. B, 4-5 H. Dezembro de 1934.

Foram investigados os irmãos, pais e filhos de cento e dezanove doentes com delírio alcoólico e os achados comparados com os de alcoólicos crónicos, em idênticas condições de intoxicação, mas que nunca deliraram. As condições sociais desempenham nos primeiros um papel mais importante; pertencem, no geral, a uma camada social menos elevada. Entre os pais dos delirantes há uma maior percentagem de trabalhadores do que no outro grupo.

Esquizofrenia, psicose maníaco-depressiva, epilepsia e oligofrenia, são muito menos freqüentes nos parentes dos delirantes; a esquizofrenia mesmo menos que na média da população; a paralisia geral é freqüente; os parentes bebedores enfermam também mais vezes de *delirium tremens*; entre os irmãos dos bebedores são também freqüentes os delírios e alucinações por outras causas exógenas (febre, etc.).

A contrário de Pohlisch, admite o A. uma especial predisposição para a eclosão de episódios delirantes nos alcoólicos e crê como provada a existência de uma diferença constitucional entre os alcoólicos que deliraram e os que só apresentam alterações psicopáticas. Ainda não se sabe se esta susceptibilidade coincide sempre com a labilidade constitucional da predisposição para as reacções exógenas.

Pelo contrário, entre os alcoólicos com alucinose e com *delirium tremens* não há qualquer diferença constitucional hereditária.

BARAHONA FERNANDES.



**Psicogénese dos ataques epilépticos.** (*Zur Psychogenese der epileptischen Auffälle*), por H. P. NITIKIN. — *Der Nervenarzt*. S. J. H. 2-15 de Fevereiro de 1935.

Curiosa observação de um doente que, a-par de ataques epilépticos formais espontâneos e nocturnos, de ausências e de curtos accidentes precedidos de uma aura parestésica, apresentava outro-sim paroxismos convulsivos de variada intensidade em nítida relação com um estímulo sonoro musical. Os ataques podiam ser reproduzidos experimentalmente com tōda a precisão e sōmente por uma determinada peça musical; era indiferente se a melodia era cantada pelo próprio, ouvida ou apenas representada mentalmente.

Estes casos não devem ser tão raros como se crê e, longe de tōda a especulação psicanalítica, mostram com clareza um mecanismo comparável aos reflexos condicionados, que intervêm no aparecimento de ataques convulsivos indubitavelmente orgânicos, como o último factor desencadeante no complexo processo cerebral da epilepsia.

BARAHONA FERNANDES.

**Terapêutica das infeções crónicas do sistema nervoso.** (*Zur Therapie chronischer Infekte des Nervensystems*), por H. KORBSCH. — *Therapeutische Gegenwart*. 75. 1934.

O A. recomenda o seguinte tratamento na encéfalo-mielite disseminada, mielite e mielo-polineurite:

1.º — Uma ou duas séries semanais de fricções com pomada mercurial.  
2.º — Neosilbersalvarsan, 0,1-0,2 gr. até à dose total de 3,0 gr.; a seguir Afenil ou Calcium Sandoz intravenoso, na dose total de 8 gr.; depois de uma pausa de um a seis meses, novamente fricções com Ungent. hydrarg. ciner. (33 %) e depois Solganol intravenoso, subindo de 0,01-0,5 gr., doze injeções de três em três dias, juntamente com urotropina intravenosa (três vezes por semana, 5 cc.).

O tratamento é excessivamente violento e deve ser empregado com cuidado!

Na esclerose em placas também estaria indicada; não são porém referidos os seus efeitos.

BARAHONA FERNANDES.

**Investigações sōbre os capilares em crianças na idade escolar** (Com especial consideração da questão: ¿existem relações entre a inteligência e as formas capilares?). (*Capillaruntersuchungen bei Schulkindern*, etc.), por M. SCHILLER. — *Zeitschrift f. d. g. Neurologie u. Psychiatrie*. B. 151. 4-5 H. Dezembro de 1934.

O fito da medicina moderna é o conhecimento do indivíduo na sua totalidade. A visão do conjunto edifica-se pelo estudo das constituições parciais. O estudo microscópico dos capilares no vivo pretendeu apreender um aspecto fácil e rigorosamente determinável que desse uma impressão da



constituição total e traduzisse mesmo caracteres de natureza psíquica. Os trabalhos bem conhecidos da escola de Jaensch quiseram estabelecer uma relação estreita entre o desenvolvimento psíquico e o estado de diferenciação capilar.

Com extensas investigações, chegou o A. a resultados muito diferentes, que não lhe permitem de modo algum responder afirmativamente à pergunta formulada no título.

Nas crianças muito bem dotadas encontrou 20 % de capilares anormais (III e IV da classificação de O. Müller), nos maus alunos e débeis 25 %; os desvios do normal só aparecem portanto numa parte dos desvios da média, mas tanto num sentido como no outro.

Também não pode confirmar as relações entre alterações capilaroscópicas e bocio. Formas anormais são freqüentes nas crianças com diátese exsudativa e diátese vaso-neurótica.

BARAHONA FERNANDES.

**A flebite post-operatória. Seu tratamento imediato pela infiltração do simpático lombar com novocaina.** (*Flebitis post-operatória. Su tratamiento inmediato por la infiltracion novocainica del simpático lombar*), por C. L. — *El Dia Médico*. Ano VII. N.º 28.

É, sobretudo, a R. Leriche e J. Kunlin que se deve este novo tratamento, após a sua aplicação, com resultados interessantes, em vários síndromas vaso-motores dolorosos dos membros inferiores e nas arterites obliterantes, tendo esses investigadores observado que nestas situações mórbidas o obstáculo mais importante à hemodinâmica reside, sobretudo, na reflexa resultante da excitação dos nervos sensíveis da parede vascular.

Neste artigo são transcritas algumas observações de flebites, duas das quais apresentavam pródromos de forma grave e que foram submetidas ao tratamento apontado, com bom êxito. Nestes casos não se fez a imobilização, recordando o A. o argumento que se poderá antepor no sentido de ser mais fácil a formação de embolias, declarando então que a melhor profilaxia para esse acidente deverá consistir na supressão dos fenómenos de vaso-constricção, deixando de se produzir as contrações das fibras musculares da parede do vaso, que inevitavelmente intervêm no mecanismo da libertação das embolias.

A técnica que considera mais sensível e indicada é a da infiltração para-vertebral, introduzindo-se a agulha a três centímetros da linha espinhosa entre as apófises transversas vizinhas e indo ao encontro do corpo vertebral, contacto que uma vez obtido deverá ser o ponto de referência para a manobra seguinte, que consiste em retirar a agulha cerca de um centímetro, para ser novamente introduzida nos planos profundos cerca de dois centímetros, mas com menor obliquidade, até obter novamente o contacto ósseo e, neste momento, injectar-se-ão cerca de 10 cc. de solução de novocaina a 1 %. Nalguns casos chega-se a atingir a cadeia do simpático lombar, o que se traduz por dor, mas o nosso desejo é, acima de tudo, a difusão do anestésico pelos tecidos vizinhos do simpático lombar.



A injeção deverá ser feita com o doente deitado em decúbito lateral oposto ao do membro afectado, e ao nível da 1.ª e 2.ª vértebras lombares, podendo, nos casos de afecção exclusivamente arterial, ser infiltrado unicamente o L<sup>2</sup>.

O A. afirma que os doentes manifestam dentro de poucos momentos uma sensação subjectiva de bem-estar, verdadeiro *test* do êxito da técnica empregada, devendo a sua aplicação ser precoce e repetir-se o tratamento diariamente enquanto persiste a febre, a dor e o edema.

BARREIROS SANTOS.

Alguns casos de infecção nevrálgica aguda. (*Sobre algunos casos de infección neurálgica aguda*), por T. MALAMUD, B. IUSSEM e I. AJLER. — *La Prensa Médica Argentina*. Ano XXII. N.º 8.

Com a epidemia gripal encontraram os AA. numerosos casos que inicialmente diagnosticaram como gripes com acidentes nervosos e que trataram com urotropina e salicilato de sódio, administrados por via endovenosa. Verificaram uma extraordinária semelhança com os casos clínicos apontados no decorrer da epidemia de Saint-Louis, e ainda que não tenham a pretensão de estabelecer um paralelo, dada a falta do perfeito conhecimento etiológico e bacteriológico, tentam contudo comparar os diferentes casos já apontados na literatura médica com os da sua observação.

Relatam em seguida as formas clínicas das recentes epidemias de encefalite, sobretudo as estudadas por Stout e Karnosh e a de S. Louis, pondo em relêvo o polimorfismo do quadro clínico.

Descrevem as suas observações, que dizem respeito a doentes cuja idade oscilou de 24 a 58 anos de idade, com evolução febril, em geral rápida, com sintomas muito variados, desde a cefaleia intensa como único sintoma até as manifestações coreiformes e até catatónicas, verificando-se contudo que a agressão nervosa foi superficial e fugaz, sendo, como é fácil de prever, muito prematuro negar a possibilidade de surgirem complicações tardias, como seqüelas. O líquido céfalo-raquidiano, quasi sempre submetido a elevada tensão, nalguns casos com ligeira pleiocitose e num dêles hemorrágico, com dissociação albumino-citológica. As modificações sanguíneas foram muito variáveis, nalguns casos com notável tendência para a leucocitose com neutrofilia.

A transcrição das suas observações termina por alguns comentários, dos quais podemos concluir que se trata dum processo infeccioso de etiologia mal definida, com marcha rápida e benigna, em que o seu início e evolução revelam uma agressão variável, mas em regra superficial, ao sistema nervoso, parecendo curar-se sem seqüelas.

BARREIROS SANTOS.

A patogenia dos síndromas icterooanémicos por hiperhemólise. (*Sobre la patogenia de los síndromas icterooanémicos por hiperhemolisis*), por M. E. VARELA. — *La Semana Médica*. Ano XLII. N.º 2142.

O A. começa por preferir a denominação de síndrome icterooanémico à de icterícia hemolítica, uma vez que a anemia é um sintoma constante, con-



seqüência da excessiva destruição hemática. Cada vez vemos afastar-se mais o conceito simplista de atribuir êste síndrome a uma alteração da resistência globular, tanto mais que hoje se conhecem casos de hiperhemólise com elevada resistência das hematóias, como demonstrou Greppi, em que a base do processo poderá residir não só num estado de hiperfunção do sistema retículo-endotelial, como na presença de hemolisinas circulantes.

Determinar para cada caso a base patogénica do processo mórbido, seria na verdade o ideal, pois nos guiaria para uma terapêutica heróica, sobretudo no que diz respeito à indicação da esplenectomia.

A descrição de alguns casos clínicos do A. e o estudo dos resultados da esplenectomia vêm mostrar-nos que, a-pesar-de terem a mesma analogia clínica, há uma patogenia diversa e, assim, vemos êsses síndromas icteroanémicos caracterizados por uma sintomatologia comum, que se pode resumir na esplenomegalia, icterícia, anemia normo ou microcítica, urobilinúria, reacção reticulocitária com comportamento variável de valor da resistência globular, que pode, nuns casos, estar diminuída, noutros normal e até aumentada.

O A. considera estes síndromas como resultado duma perturbação funcional do sistema retículo-endotelial no sentido da hemólise, com inevitável repercussão na génese das hematóias e na biligenia. Dentro dêstes síndromas procura o A. individualizar algumas formas clínicas, que são:

- a) Síndrome com resistência globular diminuída.
- b) Com resistência globular normal ou aumentada.
- c) Êste último tipo ligado à presença de hemolisinas circulantes que, Gilbert e Chauffard descreveram com o nome de icterícias hemolisínicas.

Sob o ponto de vista prático, a forma mais beneficiada pela esplenectomia é a do tipo a) e, num plano mais secundário, a do tipo b).

BARREIROS SANTOS.

**As variações dos sintomas da tuberculose pulmonar evolutiva durante o periodo menstrual.** (*Variaciones sintomáticas en la tuberculosis pulmonar evolutiva durante el periodo menstrual*), por A. HERRMANN. — *La Semana Médica*. Ano XLII. N.º 2142.

A atenção é chamada para o facto da estatística de mortalidade na tuberculose pulmonar evolutiva subir notavelmente em determinados momentos da vida no sexo feminino, sobretudo nas etapas de actividade do aparelho genital da mulher, baixando a taxa a partir dessa data, atingida em redor dos 50 anos de idade, época que corresponde ao fim da actividade fisiológica sexual.

O A., sem entrar em considerações acêrca das múltiplas e complexas causas susceptíveis de intervir no fenómeno, tem a preocupação de fixar as modificações da sintomatologia que se dão nos processos específicos, mostrando assim a íntima relação que existe entre a maior gravidade da tuberculose pulmonar na mulher durante os períodos de actividade genital.

Ainda que seja discutida a opinião de Von Ott acêrca da reacção térmica



”  
**Ceregumil**  
Fernández

Alimento vegetariano completo á base  
de cereais e leguminosas

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

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

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

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

Tratamento específico completo das **AFECCÕES VENOSAS**

# *Veinosine*

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

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**



**CIGARROS  
DE ABYSSINIA  
EXIBARD**  
*Sem Opio nem Morphina.*  
Muito efficazes contra a  
**ASTHMA**  
Catarrho — Oppressão  
e todas affecções espasmodicas  
das vias respiratorias.  
35 Anos de Bom Exitto. Medalhas Ouro e Prata.

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

É BOAS PHARMACIAS

# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

## CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PAGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes:

Colónias e estrangeiro:

Ano, 60,000

Ano, 80,000

NÚMERO AVULSO: 8,000 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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



pre-menstrual, tudo leva a crer, segundo a opinião do A., que a um maior grau de evolução da lesão pulmonar corresponde uma variação térmica mais intensa e freqüente, ao contrário do que se observa nas formas não evolutivas, em que as variações térmicas são menos freqüentes e mais discretas.

O próprio valor da velocidade da sedimentação sanguínea, cujo valor é alvo de opiniões discordantes, foi estudado pelo A. utilizando a técnica de Linzermeyer, mostrando a sua estatística um pronunciado aumento do valor de sedimentação durante o período menstrual das tuberculoses evolutivas.

A influência do ciclo menstrual na formação das hemoptises parece inegável, tendo sido objecto de especial atenção através de tôdas as épocas, desde os estudos de Trousseau e de Daremberg. Entretanto, a sua patogenia é difícil de explicar, e enquanto que uns explicam êste fenómeno pelo desequilíbrio do tônus vascular, Gandolfo considera-o resultante da mobilização do produto hormonal para o *locus minoræ* pulmonar e daí a tendência para o fenómeno congestivo e hemoptise consecutiva. Os casos do A. mostram 20% de episódios hemoptóicos coincidindo com a menstruação, verificando idênticamente que as hemoptises pre-menstruais cedem rapidamente quando se inicia o afluxo sanguíneo menstrual. O próprio exame clínico do doente, com a freqüente e sistemática auscultação, traduz-nos as modificações focais que se dão no processo pulmonar durante a época menstrual. Se bem que seja enorme a variedade dos elementos semiológicos correspondentes às várias formas clínicas e consequentemente não permita a perfeita esquematização das variações sistemáticas, pode afirmar-se que nessa etapa da vida sexual há um acentuado aumento dos fenómenos congestivos locais, tanto focais como perifocais, com aumento de intensidade dos ruídos adventícios, modificações qualitativas e quantitativas da expectoração, coincidindo com um maior grau de dispneia e cianose.

O processo pulmonar específico tem por sua vez repercussão na actividade genital, e assim se estabelecem amenorreias que podem ser classificadas em:

a) Precoces, sobretudo nos primeiros momentos da vida sexual, instalando-se com os sintomas iniciais do quadro clínico, constituindo um elemento do complexo sintomático toxémico, amenorreias em geral transitórias, marchando paralelas com os outros sintomas da lesão específica, desaparecendo com êles, nuns casos espontaneamente, noutros com a terapêutica adequada.

b) Em que o sintoma genital se manifesta no decurso do processo pulmonar, sendo em regra temporária, e, por fim:

c) A amenorreia definitiva, que surge com os sintomas de alarme da tuberculose, uma etapa terminal, indice dum esgotamento geral da actividade orgânica, precedendo a morte.

O A. dedica um capítulo à terapêutica dêstes accidentes pulmonares, consequência da função genital, fazendo vagas considerações, que nada adiantam, preconizando a opoterapia ovárica e hipofisária, obtendo resultados pouco concludentes, o que nada nos admira, visto que êsses accidentes dependem, acima de tudo, do grau de evolução da lesão específica pulmonar e só num plano secundário é que vemos ser atingido o aparelho genital.



O abcesso de fixação no tratamento da asma. (*El absceso de fijación en el asma*), por I. BASSO e D. FOSSATI. — *La Prensa Médica*. Ano XLII. N.º 2.142.

Os AA., impressionados com as lamentações de alguns investigadores de Lyon, acêrca do insucesso do abcesso de fixação no tratamento dos acessos subintrantes de asma, ensaiaram essa medicação, injectando 2 cc. de essência de terebintina, nalguns casos da sua clínica, cujas observações transcrevem, apontando o êxito da terapêutica.

Pensam que actuaria por *shock* térmico, opinião já defendida por alguns autores, e a-pesar duma ligeira e fugaz exarcebação dos sintomas asmáticos após a injeção, há de facto, na maioria dos casos, uma notável melhoria, com desapareção progressiva das queixas, mas a verdade é que só será aconselhada a sua indicação nas crises subintrantes de difícil resolução, uma vez que o acto terapêutico é demasiadamente violento.

---

BARREIROS SANTOS.

Oportunidade da extracção dentária durante a gravidez. (*Oportunidad de la extracción dentaria durante el embarazo*), por NICANOR P. COSTA e C. F. ROBOTTI. — *La Semana Médica*. Ano XLII. N.º 2.141.

Ao abordarem êste tema, tantas vezes debatido, passam os AA. em revista as modificações fisiológicas que se operam na mulher grávida, destacando sobretudo as que se dão no campo metabólico, salientando em seguida a diminuição da resistência às infecções, que na gravidez são sempre importantes, não escapando à regra as da cavidade bucal, bastando recordar os casos de infecções puerperais apontados por Tourkievitch, em que a porta de entrada foi a nasofaringe, mostrando a experiência, baseada num vasto material, que a infecção buco-dentário é um enorme perigo para a marcha normal da gravidez, do parto e do puerpério.

A-pesar do critério intervencionista ter sido atacado por alguns, os AA. seguiram-no em trezentos e dois casos, concluindo que a época da gravidez não é uma contra-indicação à extracção dentária, podendo usar-se qualquer tipo de anestesia local, devendo ter-se exclusivamente em conta o índice de coagulação sanguínea e o grau de emotividade da doente.

---

BARREIROS SANTOS.

A reacção de Takata-Ara na tuberculose pulmonar e sua relação com os proteicos do soro. (*Rilievi sulla reazione di Takata-Ara nella tubercolosi polmonare ni rapporto al comportamento dei proteidi serici*), por M. MICHELIS e R. OLIVETTI. — *Minerva Medica*. Ano XXVI. Vol. I. N.º 7.

O mecanismo íntimo desta reacção ainda não está completamente esclarecido, parecendo que até certo ponto a sua positividade anda ligada ao abaixamento da relação serina-globulina, em que os proteicos do soro estão



num estado de dispersão mais grosseiro e daí mais fácil a floculação. A esta perturbação humoral não deve ser estranho o fígado, tendo-se suposto que pelo seu estado poder-se-ia diagnosticar a insuficiência funcional hepática, não reconhecida pelos outros meios de investigação, mas infelizmente os resultados obtidos não corresponderam à expectativa, pelo menos no campo do diagnóstico, tendo um relativo valor no prognóstico e no diagnóstico diferencial dentro da patologia hepática, sobretudo na diagnose diferencial das lesões hepáticas de tipo cirrótico como as neoplasias do mesmo órgão, em que a reacção é negativa, ao contrário do que se observa no quadro anterior.

A positividade de reacção aparece idênticamente no reumatismo articular agudo, nos tumores abdominais, nas nefroses, como mostrou Skonge, e por fim na tuberculose pulmonar.

Os AA., influenciados pelas conclusões a que numerosos investigadores têm chegado (uma das quais é o paralelismo entre a positividade da R. T. A. e a aceleração da velocidade da sedimentação), estudaram oitenta casos de tuberculose pulmonar, e, contrários à opinião ditada por muitos investigadores que têm dedicado a sua atenção ao assunto, verificaram que em mais de metade dos seus casos (doentes graves, com processos evolutivos e cavitários, atingidos por um intenso grau de toxemia), foi negativa a R. T. A., e consequentemente não parece existir o citado paralelismo entre a positividade da reacção e o grau de evolução do quadro clínico, não aconselhando por isso a sua aplicação prática.

Os AA. vêm com maior simpatia outras provas laboratoriais, como a da velocidade de sedimentação, a de Vernes, etc, visto que se a positividade de R. T. A. num tuberculoso pulmonar, pode indicar-nos um estado grave, pelo contrário o seu valor negativo nada nos elucida, em face dos elementos colhidos neste estudo.

Nas conclusões do seu trabalho, além de destituírem a R. T. A. do valor precioso que lhe tinha sido atribuído, afirmam que nem mesmo existe qualquer espécie de correspondência entre a referida reacção e o comportamento da proteinemia.

BARREIROS SANTOS.

**Os vômitos periódicos com acetonemia.** (*Los vômitos periódicos con acetone-mia*), por G. A. SCHIAVONE.—*La Semana Médica*. Ano XLII. N.º 2.143.

É, na verdade, um quadro clínico que se desencadeia com relativa frequência, levando, algumas vezes, a situações de difícil diagnóstico.

O A. passa em revista a série de denominações que têm sido apontadas para esta entidade clínica, recordando a opinião de Marfan, quando afirma que há vômitos com acetonemia, e não vômitos por acetonemia, visto que há numerosas formas clínicas desta última em que não se manifesta o sintoma vômito.

O quadro de extraordinário interesse é um síndrome de gênese variável, com tratamento adequado à patogenia de cada um dos quadros em particular, sendo mais razoável substituir a denominação clássica pela de acidose, termo de manifesta vantagem, em face do carácter essencial da pertur-



bação orgânica, que é a de uma intoxicação. No que diz respeito à frequência do seu aparecimento, declara o A. que é atingido um maior número de crianças do sexo masculino, manifestando-se raramente além dos 12 anos.

O número de casos parece aumentar com o progredir do tempo, não se podendo afirmar seguramente se resulta do maior conhecimento clínico do caso, e seu diagnóstico, ou se na verdade há uma recrudescência dos factores etiológicos que intervêm na sua origem.

Sobre a etiologia têm sido emitidas várias opiniões, declarando o A. que a sua experiência mostrou o facto de nos antecedentes pessoais dessas crianças haver com frequência ascendência artritica ou neuro-artritica, afecções hepáticas, diabetes, eczemas, etc. Nas próprias crianças atingidas pelo quadro de acidose, manifesta-se com frequência prurido e urticária, o que o leva a concordar com Marfan quando supõe existir uma diátese que criaria um terreno onde se daria uma perturbação metabólica determinada. Identicamente à sífilis hereditária, em quasi metade dos casos a obstrução e as irregularidades alimentares parecem ter influencia no processo.

O A. dedica em seguida um capítulo à fisiopatologia do quadro mórbido, alargando-se em considerações várias, sem lançar idea alguma que venha romper novos horizontes. No que respeita à patogenia, confessa que não é ainda fácil determinar o seu mecanismo, parecendo contudo que o fígado desempenha um importante papel, tendo sido observados com frequência alguns sinais de insuficiência funcional desta viscera.

Neste trabalho dedica-se um longo capítulo à sintomatologia, verificando-se que há uma enorme variedade de tipos clínicos, seguindo o A. a classificação apontada por Mackenna:

a) Forma comum, que pode manifestar-se isoladamente ou como complicação numa doença febril aguda.

b) Forma periódica, em que há vômito cíclico.

c) Forma apendicular com sintomatologia de ventre agudo, mas em que o rápido desaparecimento dos vômitos e das queixas dolorosas, após a medicação alcalina, deve ser elemento importante de diagnóstico.

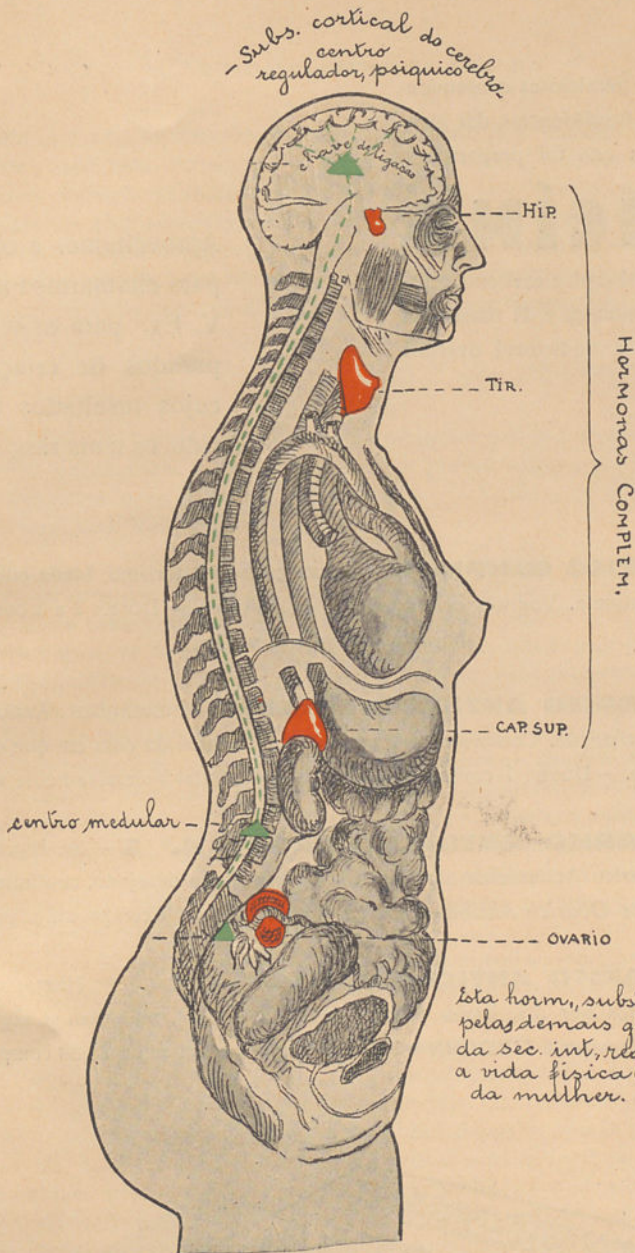
d) O tipo de acidose sem vômitos.

e) A forma ambulatória e por fim o tipo fulminante, com evolução muito rápida, levando à morte no fim de dois a três dias, com um quadro de intensa astenia, vômitos incoercíveis, elevada reacção térmica até 39°, muitas vezes com maior elevação de temperatura no período pre-agónico.

Concorda com a opinião geral da literatura médica quando afirma que o quadro é, em regra, de prognóstico benigno, tendo contudo observado alguns casos em que nem o estado anterior do doente e ainda menos a intensidade das crises faziam prever o desenlace fatal, que é precedido por uma intensa reacção térmica, com perturbações respiratórias do tipo Cheyne-Stokes.

O tratamento que o autor aconselha é o dietético, que consiste na ingestão de pequenas quantidades de água gelada, dissolvendo açúcar, de molde a obter uma solução a 20% e administrar alcalinos na dose de 0,50 gr. de bicarbonato de sódio tôdas as meias horas, alcalinização do organismo, que também se deve procurar obter à custa de clisteres de soluto aquoso de bi-





# GÍNECINA

HORMONAS COMPLEM.

*Esta horm., subsidiada pelas demais gland. da sec. int., regularisa a vida física e psíquica da mulher.*

**GÍNECINA**, TONICO NATURAL, de optimos resultados em todos os casos de **Irregularidades menstruaes, perturbações da menopausa, neurastenia sexual, histerismo, acidentes consecutivos à ovariectomia, nevroses cardiacas, asma nervosa, neurastenia geral.**

Para os grandes transtornos menstruaes recomendamos

Nas deficiencias e faltas absolutas, **Extracto Ovarico Antiamenorreico.**

Nas hemorragias, **Extracto Ovarico Anticongestivo.**

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



Foi para obviar as perniciosas consequencias derivadas de insuficiencias das glandulas endocrínicas que foi preparada a

# GÍNECINA

que é isenta de principios excitantes tornando-se mais economica e de resultados mais seguros que a tradicional ovarina.

Aproveitamos a oportunidade para chamarmos a atenção de V. Ex.<sup>a</sup> para os seguintes preparados de criação propria, cujos resultados teem merecido os mais rasgados elogios

**EXTRATO OVARICO COMPLETO** — INDICAÇÕES: Histerismo, idade critica, accidentes, consecutivos á ovariectomia. Vomitos ocasionados pela gravidez. — DOSE: 2 a 3 comprimidos por dia antes das refeições.

**EXTRACTO OVARICO ANTIAMENORREICO** — INDICAÇÕES: *Retenção ou desaparecimento da menstruação.* Começar o tratamento 8 dias antes da data em que devia aparecer a menstruação. — DOSE: 1 comprimido por dia e aumentar sucessivamente até 3.

**EXTRACTO OVARICO ANTIAMENORREICO N.º 2** — Se depois de tomar 2 tubos de Extracto Ovarico Antiamenorreico não obtiver resultado desejado, continue o tratamento com o *Extracto Ovarico Antiamenorreico N.º 2* — DOSE: 2 comprimidos por dia.

**EXTRACTO OVARICO ANTICONGESTIVO** — INDICAÇÕES: Hemorragias uterinas. — Dose: 3 comprimidos por dia. Raras vezes este extracto falha, mas caso se registre este facto convidamos V. Ex.<sup>a</sup> a recorrer á **TIROIDINA Seixas-Palma** em tubos de 75-80 comprimidos a 0,1.





carbonato a 2 0/0, na dose de 150-300 cc, podendo nos casos graves combater a intoxicação pela introdução de bicarbonato de sódio por via endovenosa.

O A. defende as indicações de Beretervide, que aconselha a supressão de gorduras, com simultâneo aumento de hidratos de carbono e alcalinização orgânica, devendo dar-se líquidos em abundância, mesmo que sejam posteriormente expulsos pelos vômitos, devendo estes últimos ser calmados pelo citrato de sódio e novocaína, com que obteve bons resultados.

BARREIROS SANTOS.

A anemia perniciosa e a gravidez e especialmente a gravidez na anemia perniciosa. (*Anemia perniciosa e gravidez com speciale riguardo alla gravidez in anemia perniciosa*), por F. CORELLI. — *Minerva Médica*. Ano XXVI. Vol. XII.

Anteriormente à introdução da hepatoterapia na anemia perniciosa, o facto duma doente engravidar era uma indicação para a interrupção sistemática e precoce da gestação, tendo Offergeld verificado que a própria imagem sanguínea do feto era do tipo pernicioso, mas felizmente após essa conquista terapêutica já a nossa conduta é diversa.

O A., antes de encarar o problema, passa em revista os casos de síndrome anémico que se estabelecem algumas vezes no decurso da gravidez, e que Strauss e Castle explicam pelo temporário *deficit* de produção do «factor intrínseco» do suco gástrico, cuja secreção se restabelece após o parto. Seja qual fôr a patogenia do processo, carência do produto antianémico ou elaboração de toxinas de origem placentária, a terapêutica é essencialmente a dos extractos hepáticos, manejada sobretudo por via parentérica por ser mais activa e com dosagem mais perfeita.

No caso de uma doente portadora de uma anemia perniciosa engravidar, o comportamento do clínico dependerá da fase de evolução daquela doença.

No caso de se encontrar numa fase de remissão, continuar-se-á com a terapêutica hepática anterior, acompanhada de cuidadosa vigilância da imagem sanguínea, afirmando o A. que o «quadro hemolítico representa o termómetro que nos indica o rumo terapêutico». É relativamente frequente observar-se no decurso de uma gravidez uma certa tendência para o abaixamento do valor globular, possivelmente pelo desvio de ferro para o armazém mineral que o feto constitue, havendo conveniência em associar à hepatoterapia alguns preparados de ferro, como o citrato amoniacal ou mesmo o ferro reduzido, medicamento que algumas vezes é pouco tolerado pelos doentes, aconselhando o A. a sua associação com bicarbonato de sódio.

Ao avizinhar-se o momento do parto há vantagem em intensificar a terapêutica hepática, mesmo com normalidade da fórmula sanguínea.

No caso da gravidez se produzir durante uma fase de plena actividade do quadro anémico, ter-se-á que recorrer aos extractos de fígado, administrados em altas doses, recorrendo de preferência à via intramuscular, até se chegar à normalização, para então se manter uma dose de 2 cc. todos os 2-3



dias, chegando nalguns casos a estabelecer-se a indicação da transfusão de sangue.

O A. documenta o seu trabalho com a história clínica duma doente que fêz a sua gravidez no decurso dum síndrome neuroanémico pernicioso, e que com a hepatoterapia não sofreu agravamento algum, provando assim que, após a vitória terapêutica pelo fígado, já não representa perigo a gravidez na anemia perniciosa, nem tampouco constitue indicação para abôrto terapêutico.

BARREIROS SANTOS.

A necessidade de praticar o exame radiológico na lombo-isquialgia para «contrôle» do diagnóstico. (*Sulla necessità di praticare l'esame radiografico nelle forme lomboischialgiche quale primo mezzo di accertamento diagnostico*), por EMILIO GINBERTONI, — *Minerva Medica*. Ano XXVI. Vol. XIII.

O A. foca, em primeiro lugar, a ciática como manifestação sintomática de lesões do segmento lombo-sagrado da coluna e em que o exame radiológico tem um alto valor, recordando que as manobras de Laségue e as de Bonner, destinadas a pesquisar o sinal doloroso, quasi patognomônico da doença, podem ser causa de desastres de relativa gravidade, quando o individuo observado tiver lesões da região coxofemural ou da bacia, tantas vezes alterações ósseas de insignificante relêvo clínico, sem sintomatologia objectiva evidente, passando despercebidas no decorrer dum cuidadoso exame clínico. Observa-se isto, sobretudo, com as metástases tumorais de tipo osteoclástico, a partir do tumor da próstata, mama e tiroideia, em que o escasso volume, a débil reacção local, escapam à nossa observação, traduzindo-se unicamente pelo sintoma doloroso da ciática.

Além destas alterações tumorais de tipo neoplásico, temos que recordar os tumores primitivos de natureza carcinomatosa ou sarcomatosa, os de mieloplaxes, as osteoartropatias tabéticas, etc., que podem manifestar-se simplesmente por queixas dolorosas.

A execução da simples manobra de Laségue, mobilizando um segmento ósseo com notável fragilidade da sua arquitectura, poderá produzir acidentes fáceis de prever, de difícil reparação.

O A. transcreve algumas histórias clínicas que bem defendem a conduta que preconiza e em que não se destaca o valor duma fractura ao nível dum tumor ósseo, mas sim o *modus faciendi*, por uma manobra semiótica, vendo a vantagem da execução prévia dum inofensivo exame radiológico.

Recorda, quasi no fim do seu trabalho, a opinião de Lindstett, quando afirma que, num grande número de casos, a isquialgia não representa uma entidade mórbida, mas sim um síndrome predominante duma doença, sendo algumas vezes a alteração esquelética o núcleo principal do quadro.

O A. vê à disposição do clínico outros sinais semiológicos menos dolorosos e agressivos, com que se pode fazer um exame neurológico, como o estudo da sensibilidade, motilidade, estudo das reflexas, etc. e chegar assim ao diagnóstico sem perigos de maior, aconselhando, além do estudo clínico-



-neurológico, a radiografia da coluna lombo-sagrada, bacia e articulação coxofemural.

BARREIROS SANTOS.

O uso racional da digitalis. (*El uso racional de la digital*), por FREDERICK WILLIAMS. — *Archivos Latino-Americanos de Cardiologia y Hematologia*. Ano V. Tômoo V. N.º 2.

A-pesar do uso da digitalis se arrastar de longa data, é na verdade uma droga ainda mal manejada na prática terapêutica.

Á digitalis têm sido atribuídas numerosíssimas acções que não têm resistido ás provas da experiência e do tempo, facto que tem certamente contribuído para uma relativa confusão sôbre as suas indicações.

A dinâmica farmacológica da digitalis pode reduzir-se a três conhecidas acções (depressão da excitabilidade sino-auricular e auriculo-ventricular, retardo da condutibilidade com aumento do período refractário e aumento da amplitude da contracção cardíaca), cuja esquematização simplifica as suas indicações e contra-indicações.

O seu efeito sôbre a tensão arterial não é constante, dando-se muitas vezes o seu aumento, como resultado da melhoria da função cardíaca e da circulação em geral, causas que por sua vez dão o aumento de diurese que se observa com a administração da droga, efeito que resulta do restabelecimento do equilíbrio hemodinâmico e não duma acção directa sôbre a célula renal.

O efeito da digitalis, num coração atingido, é diferente da acção sôbre o coração normal ou do animal da experiência, pois para se compreender o seu efeito no primeiro caso é necessária a análise das várias acções que a droga possa exercer e compreender as perturbações que levam à insuficiência cardíaca. O clínico, muitas vezes, limita-se a tomar conhecimento do estado de insuficiência cardíaca, não se preocupando em identificar o tipo de lesão, indiferença que tem sido a base da má compreensão na terapêutica das doenças do coração, não havendo a curiosidade absolutamente necessária de investigar os factos etiológicos responsáveis da cardiopatia.

O A., neste curioso artigo, passa em revista as formas sob as quais se tem administrado a digitalis. Além da via oral, há quem tenha utilizado a endovenosa e a intramuscular, o que até certo ponto deve ter sido uma tentativa para maior rapidez de resultado, devido evidentemente à urgência do caso, mas a verdade é que na maioria dos casos os benefícios são insignificantes em relação aos que se obtêm com a ingestão da droga, podendo até o clínico estar em presença dum doente com insuficiência aguda do coração, em que o sindroma possa contra-indicar a sua administração.

O A., pela sua experiência, manifesta estar de acôrdo com a opinião de Pandee, quando êste afirma que a rapidez da acção da injeccção depende mais da dose administrada que da prontidão com que a droga chega ao contacto com o miocárdio.

Infelizmente para muitos o facto de se formular o diagnóstico de doença cardíaca é com frequência uma indicação para se administrar a digitalis,



critério êsse absolutamente errado, com os perigos que resultam da sua prescrição injustificada.

Na verdade as indicações capitais para o seu emprêgo são a insuficiência cardíaca, com tendência congestiva, e a fibrilação auricular, com taquicardia.

Além das contra-indicações já conhecidas no domínio da clínica, aponta o A. o quadro de insuficiência cardíaca aguda por obstrução das coronárias e o hipertiroidismo, sobretudo quando é muito acentuado e se a crise é de recente data e com aspecto ameaçador. A presença dum *flutter* auricular é indicação imperiosa para a digitaloterapia com doses elevadas, que se podem manter durante períodos relativamente longos, pois tudo leva a crer que neste quadro clínico há uma rápida eliminação da droga.

O A. insiste no facto observado na clínica, de que o efeito da droga é mais patente nos doentes jovens e de idade média, sobretudo nos insuficientes cardíacos, portadores duma cardiopatia valvular, do que nos velhos com síndrome de hipertensão vascular ou com uma sífilis cárdiovascular.

A digitalização pre-operatória dos doentes com cardiopatia é condenada pelo A., considerando-a desnecessária na quasi totalidade dos casos, pois se estamos em face dum quadro de insuficiência cardíaca está contra-indicada a intervenção. Identicamente combate a administração sistemática de digitális nos cardiopatas com uma afecção pulmonar aguda, desde que não se manifestem sinais de claudicação funcional do seu miocárdio.

Depois de obtido com a droga o efeito desejado, levanta-se o problema de manter êsse beneficio sem surgirem fenómenos de intoxicação, podendo dar-se doses diárias relativamente baixas durante períodos longos, ou empregar-se doses mais elevadas, durante alguns dias de cada semana, com períodos regulares de intervalo. Dum modo geral podemos considerar 0,15 grs. como a dose média diária que é precisa para manter o resultado da medicação.

O A. acaba por dedicar, no final, um pequeno capítulo ao estudo dos efeitos tóxicos, recordando que nalguns casos têm aparecido crises de taquicardia que levam à morte, e que têm sido consideradas de origem ventricular, indice duma profunda acção tóxica por parte da digitális.

BARREIROS SANTOS.



LISBOA MÉDICA



# GLEFINA

PODEROSO RECONSTITUINTE  
SUBSTITUTO DO OLEO DE FIGADO DE BACALHAU



# LASA

PARA AS DOENÇAS DAS  
VIAS RESPIRATORIAS

# CLAVITAM

TONICO RICO EM VITAMINAS A, B, D



LABORATÓRIOS ANDRÓMACO

RUA ARCO DO CEGO, 90

LISBOA

# FORXOL BAILLY

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

**FERRO, MANGANEZ, CALCIUM**

em combinacao nucleinica, hexoso-hexaphosphorica e monomethylarsinica vitaminada

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

LIQUIDO

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

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



**LABORATORIOS CLIN****COLLOIDES**

1º COLLOIDES ELECTRICOS : Electrargol (prata) - Electrauról (ouro) - Electr-Hg (mercurio) - Electrocuprol (cobre) - Electrorhodiol (rhodio) - Electro-selenium (selenio) - Electromartiol (ferro). Arrhenomartiol.

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

**SULFO-TREPARSENAN**

ARSENOBENZENE INJECTAVEL

Pela via hipodérmica

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

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

**NEO-TREPARSENAN**

Syphilis — Plan — Impudismo — Trypanosomiasis.

**ENESOL**

Salicylarinato de Hg (As e Hg) dissimulados

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

Injecções intramusculares e intravenosas.

**ADRÉNALINE CLIN**

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

**CINNOZYL**

(Cinnamato de benzylo-Cholesterina e Camphora)

Immunisação artificial do organismo tuberculoso.

Empólas de 5 c.c.

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

Dosagem rigorosa - Pureza absoluta

2 gr. de Salicylato de Soda por colher de sopa.

**SALICERAL**

(Mono-salicyl-glycerina)

Linimento antirreumatismal

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

Anti-gottosas

1/2 a 3 colheres das de chá por dia.

**SOLUROL**

(Acido thymnico)

Eliminador physiologico do acido urico.

Comprimidos doseados a 0 gr. 25.

**SYNGAINE**

Ether paraaminobenzoico do diethylaminoethanol.

Syncaïne pura em sal. — Soluções adranestheticsas.

Tubos esterilizados para todas as anestheticsas.

Collyrios.

**ISOBROMYL**

(Monobromisovaleryturada)

Hypnotico e sedativo

Comprimidos doseados a 0 gr. 30 :

1 a 3 antes de deitar-se.

**VALIMYL**

(Diethylisovaleramide)

Antiespasmódico

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

**TANACETYL**

(Acetylitanin)

Antidiarrheico

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

3 vezes por dia.

**INJECCÃO CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINADA**

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

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

**CACODYLATO DE SODA CLIN**

Globulos de 1 egr. — Góttas de 1 egr. por 5 góttas.

Tubos esterilizados em todas as dosagens usuas.

**METHARSINATO CLIN**

(Syn. : ARRHENAL)

Globulos de 25 milligr. — Góttas de 1 egr. por 5 góttas.

Tubos esterilizados de 5 egr. por c. c.

**VINHO E XAROPE NOURRY**

5 egr. de iodo e 0 gr. 10 de tanino, por colher das de sopa.

Lymphatismo, Anémia, Molestias de Peito.

**ÉLIXIR DERET**

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

De um a duas colheres de sopa por dia.

**XAROPE do AUBERGIER**

de Lactucario

2 a 4 colheres das de sopa por dia.

1631



# NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

## Sociedade das Ciências Médicas

Na sessão do dia 7 de Maio da Sociedade das Ciências Médicas elegeu-se como representante da Sociedade ao próximo Congresso Internacional de Dermatologia e Sifilografia o Dr. Carlos Artur da Silva.

Apresentaram comunicações: o Dr. Mário Cordeiro, sobre aspectos radiológicos da tosse convulsa; o Dr. Pinto Coelho, sobre um caso de fractura da tuberosidade externa da tíbia e outro de osteocondrite da anca, e o Dr. Mário Quina, sobre uma nova modalidade de reacção percutânea à tuberculina.

— Na sessão do dia 19 de Maio resolveu-se encarregar o Dr. Almeida Garrett de representar a Sociedade na homenagem ao Prof. Alberto de Aguiar, do Pôrto.

O Prof. Salazar de Sousa falou sobre lesões arteriais tardias consecutivas à arteriografia. Discutiu a comunicação o Prof. Reinaldo dos Santos.

O Dr. Fernando Correia falou sobre o problema da profilaxia da cegueira em Portugal. Esta comunicação foi discutida pelo Dr. Mário Moutinho.

## Hospitais

### Civis de Lisboa

Recomeçou a série de conferências no serviço de Estomatologia dos Hospitais Civis de Lisboa. A última palestra fê-la o Dr. Bordalo, sobre tumores dos maxilares.

— No Hospital de Santo António dos Capuchos terminou o curso livre de cirurgia dirigido pelo Dr. Luis Adão.

### Clínica psiquiátrica

O Govêrno autorizou a aplicação das dotações inscritas no orçamento para a construção do Manicómio Sena, em Coimbra, na construção duma clínica psiquiátrica e dum asilo-colónia agrícola para alienados.



### Instituto Rocha Cabral

Da série de conferências promovida pelo Instituto Rocha Cabral realizaram-se mais as seguintes: «A luta contra a fome — contribuições biológicas», pelo Dr. Kurt Jacobsohn, e «Centros diencefálicos da vida vegetativa», pelo Prof. Marck Athias.

### Congresso hispano-português de urologia

Realiza-se em Cádiz, de 22 a 25 de Julho próximo, o IV Congresso hispano-português de Urologia. Os temas oficiais são: «Tratamento da calculose reno-ureteral bilateral» e «O valor da urografia». Relatores o Prof. Picatoste, de Santander, e os Drs. Henrique e João Manuel Bastos, de Lisboa. Há já bastantes outras comunicações anunciadas.

A inscrição no Congresso é reservada a médicos, que podem fazer-se acompanhar de suas famílias, como nos anteriores congressos que se realizaram em Lisboa, Madrid e Coimbra.

A Direcção da Associação Portuguesa de Urologia tem organizada uma excursão para a saída de Lisboa, em 21 e volta em 27. O preço será de 750,700 escudos, incluindo viagem e estada em Cádiz. A inscrição continua ainda aberta.

O Secretário é o Dr. Alberto Gomes (Lisboa, Rua de S. Bento, 247), a quem podem ser pedidas quaisquer informações.

### I Congresso Internacional da Transfusão Sanguínea

Por iniciativa da Associação Voluntários Italianos do Sangue realizar-se-á em Roma, de 26 a 29 de Setembro próximo, o I Congresso Internacional da Transfusão Sanguínea, com a colaboração de vários médicos dos diferentes países.

Estão já inscritos relatórios do Prof. Dogliotti (de Turim), Dr. A. Tzank (de Paris), Prof. E. Hesse (de Leninegrado), Prof. Stahl (de Breslau), Prof. Ritter (de Munsterlingen).

Para esclarecimentos, dirigir-se ao Secretariado Geral do Congresso, via Palermo N. 1. Milão, Itália.

### Congresso Internacional de Oftalmologia

O nosso país foi representado no Congresso Internacional de Oftalmologia pelo Dr. Mário Moutinho, recentemente nomeado director do Hospital Militar Principal.



**Excursão dos médicos diplomados  
pelo Instituto de Hidrologia e Climatologia de Lisboa**

**PROGRAMA PROVISÓRIO (Julho de 1935)**

*Quinta-feira, 11* — Partida, às 9 horas, da Praça dos Restauradores.

Visita aos Banhos das Alcaçarias (Palestra pelo Dr. Brás Nogueira); Visita aos Banhos de S. Paulo (Palestra pelo Dr. Manuel Ribeiro); Partida para a Costa do Sol; Visita ao Sanatório de Carcavelos (Palestra pelo Dr. Gábor Pactozy); Visita ao Sanatório da Parede (Palestra pelo Dr. Almeida Ribeiro); Visita ao Solário da Pedra Alta (Palestra pelo Dr. Marques da Mata); Almôço em Cascais; Visita ao Estabelecimento Termal do Estoril (Palestras pelos Profs. Reposo de Magalhães e Armando Narciso); Jantar e dormir no Estoril.

*Sexta-feira, 12* — Café no Estoril; Partida para Sintra (Palestra pelo Dr. Nunes Claro); Almôço em Sintra; Partida para a Ericeira; Visita ao Parque de St.<sup>a</sup> Marta (Palestras pelos Drs. Bento Franco e Armando Narciso); Jantar e dormir na Ericeira.

*Sabado, 13* — Café na Ericeira; Partida para Tôrres Vedras; Almôço na Praia de St.<sup>a</sup> Cruz; Visita às Termas dos Cucos (Palestras pelos Drs. Dias Sarreira e Armando Narciso); Jantar e dormir nos Cucos.

*Domingo, 14* — Café nos Cucos; Partida para as Caldas da Rainha; Visita ao Hospital D. Leonor (Palestras pelos Drs. António Ferrari e Fernando Correia); Almôço nas Caldas; Partida para S. Martinho do Pôrto (Palestra pelo Prof. Armando Narciso); Jantar e dormir em S. Martinho.

*Segunda-feira, 15* — Café em S. Martinho; Visita aos Banhos da Piedade (Palestra pelo Prof. Armando Narciso); Almôço na Piedade e Nazaré ou S. Pedro de Moel; Partida para as Termas de Monte Real; Visita ao Estabelecimento Termal (Palestra pelo Dr. João de Bettencourt); Jantar e dormir em Monte Real.

*Têrça-feira, 16* — Café em Monte Real; Partida para a Figueira da Foz (Palestras pelos Drs. Salinas Calado e Armando Narciso); Almôço na Figueira da Foz; Visita aos Banhos de Amieira, Bicanho e Vinha da Rainha (Palestra pelo Prof. Armando Narciso); Jantar na Amieira e Bicanho ou Vinha da Rainha; Partida para o Buçaco; Dormir no Buçaco.

*Quarta-feira, 17* — Café no Buçaco; Passeio à Cruz Alta; Visita às Termas do Luso (Palestras pelos Drs. Cid de Oliveira e Lúcio Abranches); Almôço no Luso; Partida para a Curia; Visita às Termas da Curia (Palestras pelos Drs. Luiz Navega e Manuel Pires); Sessão de natação na Grande Piscina pelos excursionistas; Jantar e dormir na Curia.

*Quinta-feira, 18* — Café na Curia; Visita ao Vale da Mò (Palestra pelo Prof. Armando Narciso); Almôço no Vale da Mò; Visita ao Caramulo (Palestras pelos Drs. Jerónimo de Lacerda e Armando Narciso); Jantar no Caramulo ou Barreiro; Dormir em S. Jorge.

*Sexta-feira, 19* — Visita às Caldas de S. Jorge (Palestras pelos Drs. Alexandrino da Conceição e Armando Narciso); Almôço em S. Jorge; Partida para S. Pedro do Sul; Visita às Caldas de Lafões (Palestra pelo Dr. Correia Soares); Jantar e dormir nas Caldas de Lafões.



*Sábado, 20* — Café nas Caldas de Lafões; Almôço em Vouzela (Palestras pelos Drs. Correia de Figueiredo e Agostinho Fontes); Jantar na Urgeiriça (Palestra pelo Prof. Armando Narciso); Dormir nas Caldas da Felgueira.

*Domingo, 21* — Visita ao Estabelecimento Termal (Palestras pelos Drs. Aurélio dos Santos e Armando Narciso); Almôço na Felgueira; Partida para Abrunhosa a Velha (Palestras pelos Profs. Costa Sacadura e Armando Narciso); Jantar em Abrunhosa; Partida para Celorico da Beira; Dormir nas Termas de St.º António.

*Segunda-feira, 22* — Café em St.º António; Visita às Termas (Palestras pelos Drs. Soares Pinto e Armando Narciso); Almôço na Guarda; Visita ao Sanatório Sousa Martins (Palestras pelos Drs. Ladislau Patrício e Armando Narciso); Partida para Manteigas; Visita ao Estabelecimento Termal (Palestras pelos Drs. Sanches de Moraes e Armando Narciso); Jantar em Manteigas, onde dorme metade dos excursionistas e a outra metade vai dormir às Águas Radium.

*Terça-feira, 23* — Visita ao Estabelecimento das Águas Radium (Palestras pelos Drs. Francisco Munso e Armando Narciso); Almôço nas Águas Radium; Partida para a Covilhã; Jantar na Covilhã; Dormir na Covilhã ou em Unhais da Serra.

*Quarta-feira, 24* — Visita às Termas de Unhais (Palestras pelos Drs. Cândido Bragança e Armando Narciso); Almôço em Unhais da Serra; Partida para Monfortinho; Visita ao Estabelecimento Termal de Monfortinho (Palestras pelos Drs. Gardette Martins e Armando Narciso); Jantar e dormir em Monfortinho.

*Quinta-feira, 25* — Café em Monfortinho; Almôço na Foz da Certá; Jantar em jornada; Chegada a Lisboa.

### Prof. Francisco Gentil

O Prof. Francisco Gentil foi representar a Faculdade de Medicina de Lisboa no Congresso Internacional dos Hospitais e visitar as novas instalações hospitalares da Europa.

### Conferências

Na sede da Liga Portuguesa de Profilaxia Social, no Porto, realizaram-se as seguintes conferências: «A colapsoterapia na tuberculose pulmonar», pelo Dr. Alfred Krause, e «A luta contra o paludismo», pelo Dr. Mota Cabral.

— O Dr. Augusto de Ezaguy tem realizado, na Emissora Nacional, uma série de conferências sobre «Higiene e Profilaxia».

— Na Companhia dos Caminhos de Ferro Portugueses, o Dr. Matos Cid fez uma palestra sobre «A higiene e a civilização».



Na sede do Instituto de Serviços Sociais, a Dr.<sup>a</sup> D. Branca Rumina pronunciou uma conferência acêrca de «O papel da mulher na educação da hygiene».



### Visitantes ilustres

Estiveram entre nós o Dr. Gustavo Maurer, director do Sanatório de Schatzalp, em Davos Platz; o Prof. Afrânio Peixoto, médico e escritor brasileiro de nomeada, e o Prof. Weigandt, conhecido psiquiatra de Hamburgo.

O Dr. Gustavo Maurer realizou em Lisboa uma conferência sôbre «A colapsoterapia na tuberculose pulmonar», que repetiu em Coimbra e no Pôrto. Inaugurou também a nova sala de operações do serviço do Prof. Lopo de Carvalho, praticando o corte de aderências pleurais num doente.

O Prof. Afrânio Peixoto veio assistir, como delegado do Brasil, à sessão inaugural da secção portuguesa do Instituto de Alta Cultura.

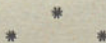
O Prof. Weigandt proferiu duas conferências intituladas: «Alma e cérebro» e «Aspectos psicopatológicos da literatura mundial (Cervantes, Shakespeare e Gœthe)», em cada uma das cidades de Lisboa, Pôrto e Coimbra.



### Cruzeiro Médico Franco-Belga nas Férias de 1935

Organizou-se um novo cruzeiro franco-belga, que se realizará no verão próximo a bordo do paquete de luxo «Foucauld» e que percorrerá os países escandinavicos. Preço: 2.000 francos franceses para vinte e quatro dias. Redução de 5% aos médicos e suas famílias.

Informações na Section des Croisières de Bruxelles-Médical, 29, Boulevard Adolphe Max, Bruxelas.



### Saúde das colónias

Abriu-se concurso para médico radiologista, director do Instituto de Radiologia de Nova Goa (Índia Portuguesa). Concorreram os Drs. Cláudio Rocha Pinto e Mário Soares da Veiga.

— O Dr. Sousa Lôbo foi classificado em primeiro lugar no concurso para preenchimento duma vaga de médico de Moçambique especializado em psiquiatria, a-fim-de dirigir o Manicómio de Marracuene.





### Partidos médicos

Está aberto concurso para o provimento do cargo de médico do 2.º partido do concelho de Paredes, com sede na freguesia da Madalena.

— Tomou posse do segundo lugar de médico municipal de Pampilhosa da Serra, com sede em Cabril, o Dr. António Marques Castanheira.

— A Câmara Municipal de Moncorvo resolveu dividir aquele concelho em dois partidos médicos, um com sede em Moncorvo, a cargo do Dr. Francisco Rodrigues, e outro com sede em Felgar, a cargo do Dr. António Guerra.

### Reunião de curso

O curso médico de 1899-1900 da Faculdade de Medicina do Pôrto resolveu comemorar o 35.º aniversário da sua formatura com uma reunião naquela cidade.

### Necrologia

Faleceram: em Lisboa, o Dr. José Vitorino da Mota, médico em Montijo; o Dr. Abel Marques Pereira, director do Hospital da Ordem Terceira de S. Francisco da Cidade, e o Dr. José Correia Dias, médico do Dispensário da Freguesia de Santa Isabel, e em Los Angeles (América do Norte) o Dr. João Pinto Júnior.



CR. P. R. CIÊNCIA VIVA  
FREGUESIA DE COIMBRA





**PANBILINE**  
nas DOENÇAS DO FIGADO

são  
os  
aneis  
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 (Ardeche)  
FRANCE  
ou Gimenez-Salinas & C.<sup>a</sup> — 240-Rua da Palma-246 — LISBOA

**A MUSCULOSINA BYLA, VITAMINADA**

SUCO MUSCULAR DO BOI, CONCENTRADO, INALTERÁVEL

FORÇA,

DÁ

SAUDE

AGENTES PARA PORTUGAL: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>

RUA DA PALMA, 240-246 — LISBOA



# Maltosan

*Enquanto uma criança goza boa saúde pode-se obter, pelo menos por um certo tempo, por todos os meios possíveis, uma alimentação eficaz. Keller 1898*

MALTOSAN é o alimento especialmente destinado ás crianças atacadas de perturbações digestivas, gastro-interites etc.; contribue para restabelecer a alimentação normal em todos os casos em que os meios possíveis e impossíveis não deram resultado.

O MALTOSAN é conforme as prescripções do Dr. Keller, relativas á composição da alimentação das crianças de mama atacadas de perturbações digestivas: pouca albumina, pouca gordura, mas aumento do valor nutritivo pela junção de hidratos de carbono sob a forma de Maltose, que possui, de todos os assucres, o limite de assimilação mais elevado.

O MALTOSAN impede o desperdício de albumina no organismo e por conseguinte economia de albumina.

Com o emprego do MALTOSAN a putrefacção das matérias intestinais desaparece rapidamente.

Na clinica particular o MALTOSAN simplifica a preparação da sopa de Malte do Dr. Keller tornando possível a sua preparação em casa.

*«Tenho a convicção de ter conservado a vida, graças ao MALTOSAN a varias crianças que não podiam ter uma mãe e caminhavam para uma morte certa».* Dr. Comte, Fribourg

DR. A. WANDER S. A., BERNE

*Unicos concessionarios para Portugal*

ALVES & C.<sup>a</sup> (Irmãos)

Rua dos Correios, 41-2.<sup>o</sup>—LISBOA

*amostras e literatura gratis*



Sala

Est.

Tab.

N.º