

Ano XV

N.º 3

Março 1938



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

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

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

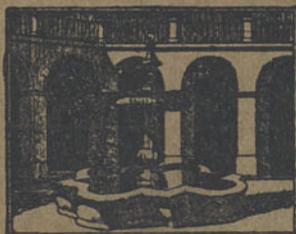
A. Almeida Dias

SECRETÁRIO ADJUNTO

Morais David

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina, Paris 1889. Provam que 2 a 4 por dia produzem **diurese prompta**, reanimam o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSAO, 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 infeas; exigir os Verdadeiros Granulos **CATILLON** Premio da Academia de Medicina de Paris para *Strophantus e Strophantine*, *Medalhas de Ouro, 1900, Paris.*

3, Boulevard St-Martin, Paris — « 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

PÁGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes :

Ano, 60\$00

Colónias e estrangeiro :

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO : 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

Sala

Est.

Tab.

N.º



Cardio-Vascular

»Merck«

Embalagem original: Frasco contá-gotas de 10cc

Para a profilaxia e terapêutica da debilidade cardíaca e circulatória em estados de esgotamento, doenças infecciosas (gripe, difteria etc.), antes e após operações, na hipotensão constitucional.

E. MERCK - DARMSTADT

Representantes exclusivos para Portugal:

QUIMICO-FARMACEUTICA, LIMITADA

LISBOA

Rua Gomes Freire, 96

PORTO

Rua do Almada, 59

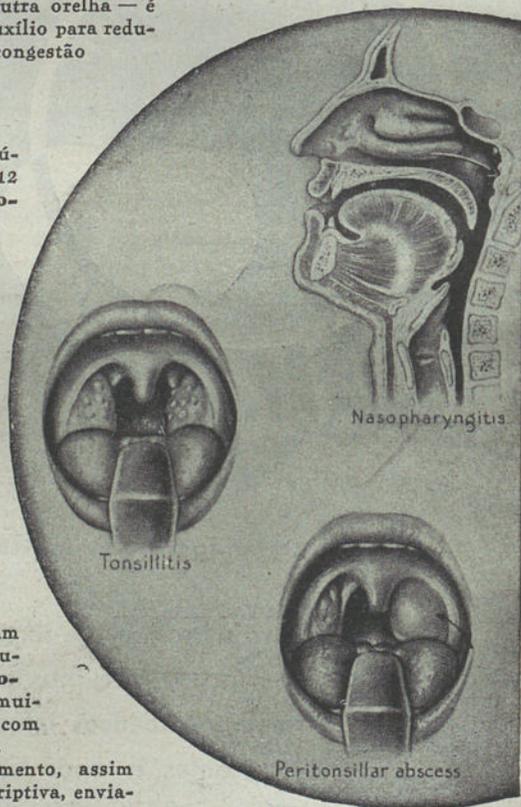
Antiphlogistine

nas moléstias do nariz e da garganta

As aplicações de **Antiphlogistine**, quente e espessa — sobre o pescôço, e se fôr necessário, cobrindo o pescôço inteiramente de uma à outra orelha — é sem disputa um bom auxílio para reduzir a inflamação e a congestão na faringe e na laringe.

Conservando o calor húmido num período de 12 a 24 horas, a **Antiphlogistine** provoca uma hiperemia local arterial, apresentando assim a destruição do organismo causador da infecção, e acelerando o processo reparador. **Antiphlogistine** possui também propriedades analgésicas e relaxantes, e não é tóxica nem irritante.

Nas moléstias do nariz e da garganta, como as que se mostram aqui, e em numerosos outros estados, a **Antiphlogistine** tem sido por muitos anos empregada com resultados satisfatórios. Amostra desse medicamento, assim como a literatura discriptiva, envia-se mediante pedido.



The Denver Chemical Mfg. Co.

163, Varlick Street

Nova York, E. U. A. N.

Robinson, Bardsley & Co., Lda.

Cais do Sodré, 8, 1.

LISBOA

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol
ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos preparados seus congéneres

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

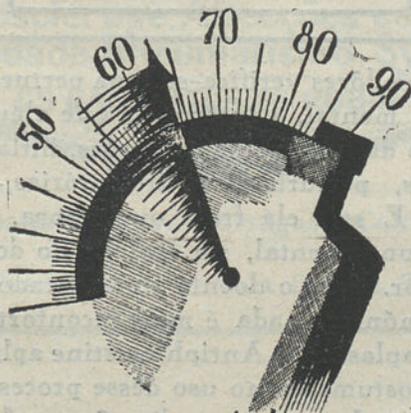
Muito **EFICAZ** na orquite, artrite e mais complicações locais de **Blenorragia, Metrite, Salpingite, etc.**

Preparado pelo LABORATÓRIO de **BIOQUÍMICA MÉDICA**

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVIe)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

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



o peso aumenta! tomando

NUTRICINA

TONICO PODEROSO PARA DOENTES,
VELHOS E CRIANÇAS

A' venda em todas as farmácias

Dep. Lisboa: Lab. Jaba, R. Actor Taborda, 5
Porto: Ern. Cibrão & C.^a, Ltd, R. Almada, 244
Coimbra: Luciano & Matos, Rua Sofia, 11

“A. B.” a 1.^a

— insulina europeia
 — no apreço dos médi-
cos de todo o mundo

De ALLEN & HANBURYS, LTD.

— LONDON —

THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.

Folhetos aos Ex.^{mos} Clínicos

Representantes:

COLL TAYLOR, L.^{DA}

Rua dos Douradores, 29, 1.^o

LISBOA

TELE F. } 21476
 G. } DELTA

Em tôdas as dôres verifica-se uma perturbação no equilíbrio físico ou mental, a interrupção de alguma função vital, ou o desvio da normalidade. Lesões, inflamações, excessos musculares, perturbações circulatórias,—tudo isso é causa de dôr. E seja ela fraca ou intensa, prolongada ou passageira, é fundamental, no espírito do doente, a pronta supressão da dôr. Para o doente atormentado pelo doloroso processo pneumónico, nada é mais reconfortante e agradável que uma cataplasma de Antiphlogistine aplicada no torax. Os médicos acostumados ao uso dêsse processo simples, estão de pleno acôrdo que essa aplicação anodina aumenta a circulação superficial pela produção de hiperemia artificial que descongestiona o fóco inflamatório dos tecidos profundos, aliviando a dispnéa e o esforço do coração direito.

Os médicos de todos os países reconhecem cada vez mais as propriedades únicas da Antiphlogistine, como valioso auxiliar no tratamento da pneumonia, ou onde quer que a dôr seja factor preponderante.

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

A LYXANTHINE ASTIER

Granulado efervescente
a n t i - a r t r í t i c o



Reune numa forma inédita

33% de principios activos

Iodo }
Enxofre } aceleradores da nutrição vascular e articular

Gluconato de calcio: modificador do metabolismo calcário

Bitartrato de lisidina: eliminador do ácido úrico

REALIZA A MEDICAÇÃO A PREFERIR NOS REUMATISMOS CRÓNICOS

Dose média: 1 a 2 colheres de chá em 24 horas

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>A mucosa das fossas nasais e dos seios peri-nasais</i> , por Carlos Larroudé.....	Pág. 151
<i>Directrizes do tratamento da tuberculose ósteo-articular nos Dispensários da A. N. T. em Lisboa</i> , por António de Meneses.....	» 170
<hr/>	
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	» 175
<i>Notícias & Informações</i>	» XIII

A MUCOSA DAS FOSSAS NASAIS E DOS SEIOS PERI-NASAIS

(Nota prévia)

POR

CARLOS LARROUDÉ

Professor agregado da Faculdade de Medicina de Lisboa

Um estudo da mucosa das fossas nasais seria incompleto se não abrangesse também o da mucosa que reveste as cavidades peri-nasais. Estas, pelo que nos ensinam a observação clínica, a anatomia, a histologia, a fisiologia e a histopatologia, são inseparáveis das fossas nasais e assim devemos considerar em conjunto todo o sistema de cavidades que se encerra no esqueleto da face e da base do crânio.

Não é de aceitar, no estado actual dos nossos conhecimentos, a divisão em dois territórios bem distintos, feita até agora nos livros clássicos, entre fossas nasais e cavidades anexas. A mucosa das fossas nasais estende-se sem soluções de continuidade até aos mais íntimos recantos dos seios peri-nasais e reveste tôdas estas cavidades escavadas no interior do esqueleto da face e dos ossos da base do crânio. São assim bem próximas as suas relações com a cavidade orbitária e bucal e êste sistema naso-sinusal (abóbada nasal, seios frontais, etmoidais e esfenoidais), formando uma parte importante da base do crânio, é vizinho de uma zona meníngea assaz extensa. Julgamos difícil que a maioria das lesões nasais, especialmente lesões inflamatórias, fiquem limitadas estritamente às fossas nasais e não tenham uma repercussão, ainda que leve, nos seus prolongamentos. Clínicamente, estas repercussões nem

sempre se observam com facilidade, em parte talvez por carência de meios de investigação perfeitos, em parte por não se pesquisarem.

Não será de estranhar porém que num futuro próximo seja necessário rever a patologia das fossas nasais e cavidades anexas, englobando-as sob a designação, mais aceitável, de doenças das vias aéreas superiores, possivelmente abrangendo também a patologia da naso-faringe. À medida que se vai dando importância crescente à fisiopatologia da especialidade, esta tendência marca-se cada vez mais vincadamente.

A mucosa, que começa à entrada das fossas nasais por uma zona de transição gradual com o revestimento cutâneo externo, zona essa em que há uma grande sensibilidade periférica e cuja excitação provoca reflexos muito acentuados, reveste tôdas as cavidades ósseas da face e base do crânio, variando porém a sua espessura de um ponto para outro, podendo dizer-se que é bastante mais delgada na zona olfactiva do que na zona respiratória. Tem a sua maior espessura no corneto médio e, logo em seguida, no corneto inferior, e a sua menor espessura no interior dos seios. É rica em vasos e glândulas nas porções mais espessas, predominando acentuadamente as fibras nervosa sem certas zonas mais delgadas.

A superfície da mucosa não é lisa, mas apresenta ao exame pela lupa uma grande série de sulcos de maior ou menor profundidade, dando a impressão de um campo lavrado muito irregularmente. O epitélio é um epitélio ciliado, excepto na parte anterior da zona respiratória e na zona olfactiva. Está coberto, na zona respiratória, por uma delgadíssima película líquida e que se julgava ser constituída por mucina. Sabe-se actualmente que, na verdade, essa película é formada por duas camadas líquidas, de viscosidade muito diferente.

A camada inferior, extremamente fluida, é aquela em que banham e se movem as celhas do epitélio ciliado. Sobreposta a esta camada está uma camada espessa de mucina e na qual tocam apenas as celhas pelas suas extremidades. É esta película líquida a primeira grande barreira à penetração de microorganismos na mucosa das fossas nasais e a sua salvaguarda às irritações produzidas por poeiras, fumos, etc., o que mostra o grande interesse que tem o estudo da sua origem e dos factores que influem na



produção, viscosidade, composição química, etc., demonstração clara de que o estudo das doenças das fossas nasais ultrapassa em muito os limites que a anatomia lhes fixou.

É o movimento das celhas no seu vaivém constante no seio da camada fluida que provoca o deslocamento da camada superior e isto porque esta é arrastada pelas extremidades das celhas quando com ela entram em contacto, ao descreverem o seu movimento curvilíneo. Nesta camada de mucina ficam presos microorganismos e corpos estranhos que rapidamente são arrastados para fora das fossas nasais, seguindo sempre as mesmas vias, como adiante veremos. A camada de mucina não é porém impermeável a certas substâncias de uso corrente em rinologia, permitindo assim que elas vão ter uma acção sobre as células ciliadas, perturbando por vezes a velocidade normal do movimento ciliado. É evidente assim que toda a substância capaz de alterar a actividade normal da célula ciliada será um factor de enfraquecimento do mecanismo da defesa orgânica ao nível das fossas nasais.

Certas substâncias podem não ser nocivas em determinadas percentagens e, pelo contrário, extremamente nocivas em percentagens diferentes.

A efedrina em soluto de 3 até 5 % é inofensiva, mas em percentagem superior diminue o movimento ciliar. O mentol em soluto superior a 0,5 % é muito nocivo e em percentagens idênticas observa-se o mesmo com o eucaliptol e o timol. O mercurocromo, o sulfato de zinco param rapidamente e definitivamente o movimento ciliar em solutos de 0,5 %. A adrenalina em soluto a 1 /100 pára o movimento ciliar, sucedendo o mesmo com o nitrato de prata a 1/2 %. A água, destilada ou não, diminue fortemente o movimento ciliar, o que não sucede com o sôro fisiológico. O movimento ciliar cessa igualmente quando há alteração na relação normal entre as duas camadas líquidas que se sobrepõem à célula ciliada. Assim, se houver uma hiperprodução de líquido, aumentando a espessura da camada serosa, as extremidades das celhas perdem o contacto com a camada de mucina, esta fica imóvel e não se dá a expulsão normal dos microorganismos e substâncias estranhas nela incluídas. É o que sucede, por exemplo, na coriza aguda. Pelo contrário, a diminuição da serosidade torna menos espessa a camada inferior, fazendo com que a

mucina venha envolver as celhas, paralisando a sua acção. E, provavelmente, o que se passa na fase inicial de uma rinite atrófica.

Pode ainda noutros casos, por exemplo por perturbações higrométricas do ar, perder a camada de mucina uma certa quantidade de água, tornando-se assim tão viscosa que é impossível o seu deslocamento pelo movimento ciliar. Este caso explicaria o aparecimento brusco de numerosas rinites agudas de aspecto contagioso e que seriam antes devidas a perturbações meteorológicas.

Tem-se procurado conhecer a proveniência dos líquidos que constituem as duas camadas cobrindo o epitélio ciliado. Se para a camada de mucina a sua origem se encontra nas células caliciformes do epitélio nasal, o mesmo já não sucede para a camada serosa. Desconhece-se ainda a sua origem e várias têm sido as hipóteses apresentadas. Uma das mais aceitáveis é provir do líquido intercelular que surge à superfície do epitélio. É sabido a rapidez assombrosa com que a mucosa nasal pode aumentar de volume por imbibição de grandes quantidades de líquido (estados alérgicos) ou dar uma rinorreia abundantíssima, como nas rinites espasmódicas, por exemplo. É possível também que as células serosas contribuam para a formação da película líquida em que banham as celhas. É no entanto para objectar que estas células estão situadas, em geral, na parte mais profunda das glândulas mixtas e que a sua secreção mistura-se com a das glândulas de mucina antes que chegue à superfície do epitélio. Há porém a possibilidade de que esta secreção mixta se possa separar em duas camadas sobrepostas, e a hipótese não é para rejeitar se nos lembrarmos que a água e o muco não se misturam facilmente e que têm uma densidade diferente.

Ter-se-á realizado certamente um progresso apreciável para a resolução de certos problemas da patologia das fossas nasais no dia em que se descobrir a origem exacta da camada mais fluida do líquido que cobre o epitélio ciliado e dos factores que condicionam a sua produção, assim como os seus caracteres físicos e químicos. Melhor explicação terão nesse dia certos fenómenos, como sejam a influência do cálcio e da vitamina A nas lesões inflamatórias das fossas nasais, a influência do Ph. da secreção nasal nesses mesmos estados, etc. Tais estudos exigem porém uma clínica da especialidade, organizada em moldes modernos e provida de laboratórios anexos, o que até hoje ainda não conseguimos

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



*Nas crises cardiovasculares
e respiratorias a*

Coramina „Ciba“

(dietilamina do ácido piridino-beta-carbónico)

ocupa o primeiro lugar entre os
ANALEPTICOS

*Reúne em si todas as proprie-
dades da cânfora sem apresentar
nenhum dos inconvenientes dos
antigos preparados canforados.*

SUAS 4 PRINCIPAES VANTAGENS:

*É facilmente soluvel em agua, logo,
reabsorpção rápida.*

*Efeitos clinicos seguros, intensos e persi-
stentes.*

*Dosagem exacta e administração tanto
por via hipodermica e endovenosa
como tambem por via interna.*

Toxidez mínima e perfeita tolerancia.



E. BRUNNER & COMP., L^{DA}
RUA SA DA BANDEIRA, 283 - 2.^o - PORTO
RUA DA MADALENA, 128 - 1.^o - LISBOA

ver realizado entre nós. Êste facto impede o desenvolvimento de muitas investigações altamente interessantes, sobretudo no nosso país, em que não faltam numerosíssimos casos clínicos difíceis por vezes de encontrar em tal quantidade nos países que precisamente estão bem apetrechados para os estudar.

No homem o movimento ciliar desloca a camada de mucina para a naso-faringe. Já o mesmo não sucede na maioria dos mamíferos, em que se verificam duas correntes, uma em direcção às narinas, outra em direcção à naso-faringe, o que é fácil de verificar em animais de laboratório. Para o estudo da direcção que o movimento ciliar imprime ao líquido nasal servimo-nos, para os seios maxilares e esfenoidais, aquêles em que até agora temos conseguido uma boa observação, do Thorotrast, introduzido nesses seios pelo método de deslocamento, mas utilizando uma pequena modificação que lhe fizemos e que já descrevemos noutro trabalho nosso. Para as fossas nasais utilizamos pequenas partículas de tinta da China e pó-de-arroz de grão muito fino, fácil de encontrar utilizando qualquer boa marca dêste produto.

A técnica que empregámos foi a seguinte: escolhemos as pessoas a examinar entre indivíduos tendo uma respiração normal, isentos de qualquer doença da especialidade e sem inflamações das fossas nasais. As observações foram feitas repetidas vezes para cada indivíduo, escolhendo horas, dias e estações diferentes, de forma que a influência da digestão, temperatura do meio ambiente, pressão atmosférica e estado higrométrico do ar não fôsem os mesmos, procurando assim fazer variar causas que possivelmente tivessem influência sôbre o movimento ciliar. Tôdas as observações foram feitas no mesmo local.

Para cada caso começámos por fazer respirar à pessoa a observar uma atmosfera em que havia pó-de-arroz branco em suspensão. Examinando logo em seguida as fossas nasais, verifica-se que tôda a muçosa está coberta por uma camada de pó mais espessa ao nível e em tórno da cabeça do corneto médio e que se vai tornando cada vez mais ténue à medida que se aproxima dos choanes. Continuando a fazer observações de minuto a minuto, vê-se que pouco a pouco a camada de pó vai desaparecendo, excepto numa zona anterior, que compreende aproximadamente um têtço das fossas nasais. Num espaço de tempo que varia de quatro a doze minutos, os dois têtços posteriores das

fossas nasais estão livres de qualquer partícula de pó. O tempo de expulsão é um factor individual, sem influência de qualquer dos factores que atrás apontamos, nem do sexo ou da idade, pelo menos entre os 10 e os 50 anos, limites das idades das pessoas que examinámos. Uma vez desaparecido o pó dos dois têtços posteriores das fossas nasais, fica um têtço anterior bem marcado por uma linha na qual cessa bruscamente a zona da mucosa que ficou polvilhada. Esta zona varia igualmente um pouco de indivíduo para indivíduo, mas tão pouco que podemos marcá-la

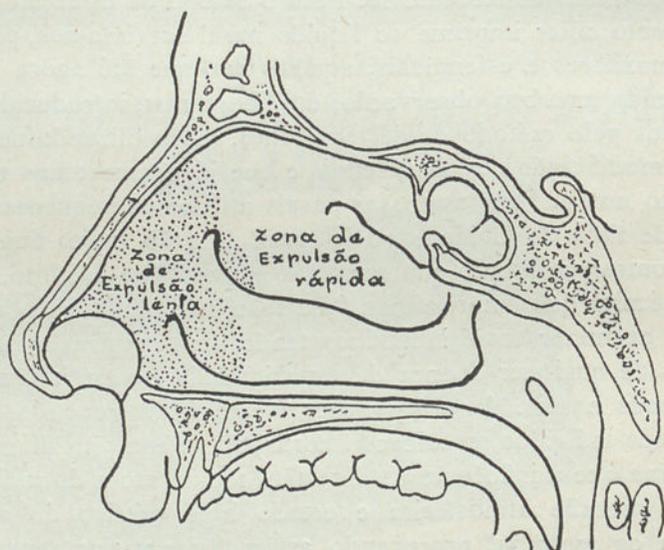


Fig. 1

em esquema, como na figura 1. É a zona em que a expulsão é muito lenta, ao contrário do que succede na zona dos dois têtços posteriores, em que ela é rápida.

A média de tempo necessária para a expulsão do pó da zona anterior foi de cinco quartos de hora, nas trinta pessoas que observámos, nas quais variou entre quarenta e cinco minutos e hora e meia.

Por êste processo, de grande simplicidade, consegue-se limitar bem as duas zonas. Uma vez limpa a zona rápida, fácil é então estudar melhor como se faz a expulsão nas duas zonas, uma das quais fica assim marcada a branco. Para tal, servimo-nos de pe-

queníssimas partículas de tinta da China que depositámos em pontos diferentes das fossas nasais. Seria demasiado longo e de pouco interesse descrever todos os pontos em que as collocámos. O que nos parece de interesse maior é dizer que verificámos que a sua expulsão é completamente diferente para cada zona. Na zona rápida ella faz-se em direcção à naso-faringe, mas ao nível dos cornetos vê-se primeiro a partícula descer até ao bordo do corneto sobre o qual foi collocado, dirigir-se depois para o meato subjacente e então caminhar rapidamente para a naso-faringe. A velocidade do deslocamento é, em média, de cerca de 5 mm. por segundo.

A acção da gravidade não parece ter influencia na velocidade de expulsão, pois esta não se altera qualquer que seja a posição que se dê à cabeça.

Além do movimento ciliar, tem-se pensado na acção da respiração e na tracção da camada de mucina que cobre o epitélío pelos movimentos de deglutição.

Foram sobretudo estas duas últimas possíveis causas de expulsão que nos propusemos estudar, servindo-nos de doentes laringectomizados, como adiante diremos.

Colocando partículas de tinta na zona lenta, que abrange, como já dissemos, aproximadamente o terço anterior das fossas nasais, verifica-se que em vez de serem expulsas em bloco, como na zona rápida, deixam atrás de si riscos de tinta. Além disso o movimento é extremamente lento e imperceptível por minuto.

Para que se possa observar de forma aparente o deslocamento do corpúsculo de tinta é necessário esperar, em média, cerca de vinte minutos. Verifica-se então que em vez de se dirigir para o exterior, pela narina, vai para a parte posterior das fossas nasais, em direcção à zona rápida. Chegado aí, o movimento accelera-se immediatamente e faz-se com a velocidade própria dessa zona. Há apenas uma pequeníssima área junto à entrada das fossas nasais, em que as partículas de tinta tomam caminho diferente e se dirigem para o exterior, saindo pela narina (fig. 2).

No pavimento das fossas nasais e na mucosa do septo também a tinta da China é rapidamente levada para a naso-faringe. Há apenas uma pequeníssima zona do septo, de área aproximada à similar da parede externa da fossa nasal em que a drenagem é muito lenta, mas se faz também em direcção da zona rápida. Somente na parte mais anterior da zona lenta do septo a drenagem

se faz para o exterior pelo meato olfactivo. Não se verifica esta drenagem na parte mais anterior do pavimento das fossas nasais, pois aqui o movimento é sempre em direcção da naso-faringe.

As partículas de tinta da China, chegadas à naso-faringe, precipitam o seu movimento, o qual é extremamente acelerado pelos movimentos de deglutição, que as faz descer rapidamente em direcção ao esófago. No intervalo dos movimentos de deglutição as partículas não estão imóveis e descem mais lentamente, mas sem parar, ao longo das paredes da faringe, sobretudo das laterais.

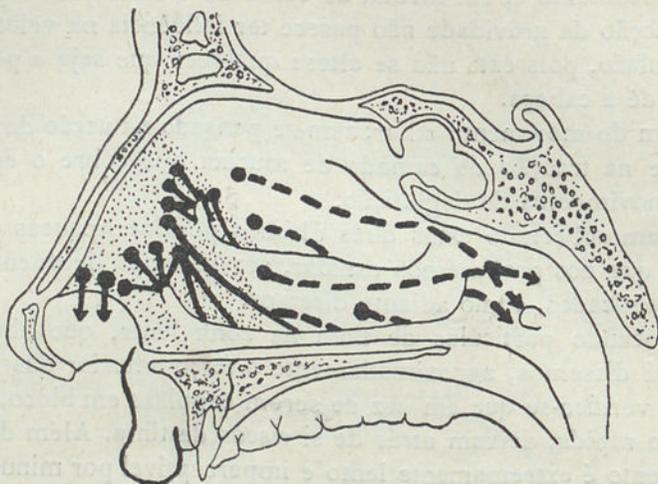


Fig. 2

No deslocamento da camada de mucina que faz a drenagem das fossas nasais haveria portanto a considerar três factores: o movimento ciliar, a tracção sôbre tôda a camada de mucina em direcção ao esófago, resultante dos movimentos de deglutição, e acção mecânica do ar durante a inspiração.

A acção do movimento ciliar tem sido pormenorizadamente estudada por vários especialistas dispondo de laboratórios bem apetrechados. A acção de deglutição já é mais fácil de estudar, pois não necessita de material caro nem complicado. Nos casos que estudámos, verificámos que a cada movimento de deglutição há uma brusca descida das partículas de tinta da China que estão na naso-faringe.

Esta aceleração ainda se pode observar com facilidade no têrço

posterior das fossas nasais, mas é tanto menos nítida quanto mais próxima dos meatos olfactivos está a zona observada. No têtço anterior das fossas nasais não conseguimos ver qualquer aceleração da drenagem em relação com os movimentos de deglutição.

A explicação dêste facto deve ser devida a que a camada de mucina, dada a sua elasticidade, funciona exactamente como uma membrana elástica, fixa por uma extremidade e sujeita a uma tracção aplicada na extremidade oposta.

Estudando as áreas em que o movimento ciliar é mais lento, LUCAS e DOUGLAS e outros autores chegaram à conclusão de que são precisamente aquelas que sofrem o primeiro e mais violento embate do ar na inspiração. Parece, portanto, que é a acção do ar ainda não condicionado pelas fossas nasais que é nociva ao movimento ciliar, possivelmente por acção mecânica, variações térmicas, etc. Verifica-se que efectivamente a drenagem das partículas de tinta da China se faz mais lentamente ou em menor quantidade na zona das fossas nasais que normalmente sofre o primeiro embate do ar inspirado. Êste facto fez-nos pensar que nas perturbações resultantes de obstrução nasal por malformações das fossas nasais seria porventura a coluna de ar, desviada do seu caminho habitual, que iria afectar as zonas de mucosa que normalmente não deveriam sofrer a acção do ar a uma velocidade superior a um certo limite, o que, provocando lesões no epitélio ciliado, iria alterar profundamente o movimento ciliar, comprometendo assim sèriamente as funções de defesa do organismo ao nível das fossas nasais.

Servindo-nos de doentes operados de laringectomia total por cancro da laringe, conseguimos assim ter no homem casos experimentais em que não há respiração nasal.

Iniciámos as experiências seis meses após cicatrização completa da ferida operatória e restabelecimento de uma deglutição normal.

Utilizando a técnica já descrita, verificámos que as zonas de expulsão lenta vão diminuindo a sua área à medida que maior é o tempo após a laringectomia.

Num doente laringectomizado há dezóito meses essa zona de expulsão lenta é cêrca de metade da de um laringectomizado há seis meses e neste anda por cêrca de um têtço da área de um indivíduo normal. Na zona de expulsão rápida passa-se um fenó-

menpo diferente. Emquanto num laringectomizado há seis meses o tempo de expulsão é sensivelmente o mesmo que num individuo normal, o movimento de expulsão vai diminuindo lentamente à medida que maior é o tempo após a laringectomia. Num laringectomizado há dezóito meses o tempo de expulsão na zona rápida é de cêrca de vinte minutos e num laringectomizado há dois anos cêrca de meia hora. Se, porém, o doente executar movimentos repetidos de deglutição e beber líquidos à mesma temperatura que a temperatura bucal, o movimento acelera-se e o tempo de expulsão dos corpúsculos de tinta da China é de catorze minutos, em média, para um laringectomizado há dezóito meses e de dezanove minutos para o laringectomizado há dois anos. O fenómeno necessitaria ser estudado em maior número de doentes do que aquêles que conseguimos observar, pois estes foram só em número de cinco, variando o tempo post-laringectomia entre seis meses e dois anos. Tem-se escrito que a mucosa nasal dos laringectomizados vai-se tornando menos húmida à medida que o tempo passa e atribuído êsse fenómeno à menor actividade das glândulas nasais, privadas da excitação reflexogénea do ar. Teríamos assim, como consequência, uma diminuição do movimento ciliar por dissecação da película líquida que banha e cobre as celhas, o que, quanto a nós, se deve verificar estudando a drenagem da mucosa nasal. É um facto, que verificámos, que a mucosa nestes doentes apresenta-se menos húmida com o andar do tempo, mas nos doentes que observámos não verificámos a extrema secura e mesmo atrofia descritas em algumas observações. É possível, porém, que se trate de doentes com maior tempo post-operatório do que os casos observados por nós. Julgamos que, possivelmente, a camada serosa deve ter tendência a desaparecer, emquanto que a de mucina se mantém por largo tempo e que é a tracção exercida sôbre esta camada pelos movimentos de deglutição que mantém a drenagem à medida que o movimento ciliar diminue ou desaparece. Simples hipótese, que esperamos poder estudar um dia, como estamos procurando estudar a drenagem dos seios peri-nasais nos laringectomizados. Empregando o Thorotrast como substância de contraste e servindo-nos do método de deslocamento de PROETZ, modificado, verificámos que a drenagem dos seios peri-nasais normais se dá no tempo máximo de setenta e duas horas e independente das

posições que a cabeça ocupa no espaço e se faz sempre seguindo a mesma direcção. Assim, para os seios maxilares, os mais fáceis de observar, verificámos que o líquido de contraste é mobilizado primeiramente sob a forma de uma coluna líquida contínua que sobe ao longo da parede anterior do seio junto ao ângulo formado por esta parede com a parede interna (nasal) ou base do seio, às vezes mesmo ao longo dêste ângulo (fig. 3). Chegada à parede superior ou infra-orbitária do seio, esta coluna segue ao longo

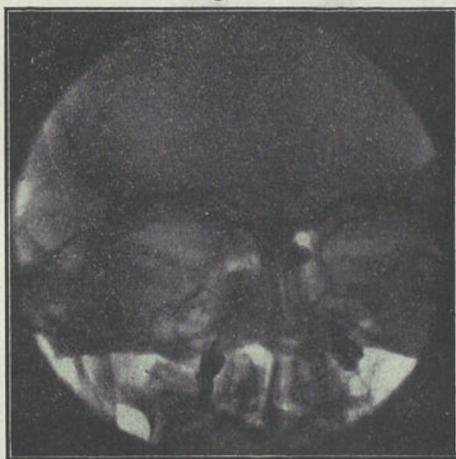


Fig. 3

Uma fase da expulsão do Thorotrast.

No seio maxilar direito, coluna de Thorotrast em posição vertical. A' esquerda, estado mais adiantado da expulsão, vendo-se o Thorotrast saindo pelo canal maxilar. No andar superior das fossas nasais, esferas de Thorotrast em via de expulsão do seio esfenoidal

dela, contra as leis da gravidade e dirige-se para a parte anterior da parede interna, saindo para a fossa nasal pela fosseta oval e canal maxilar (fig. 4). Quando a maior parte do Thorotrast foi expulsa, esta coluna contínua aparece fragmentada nas radiografias, mas êsses fragmentos de substância de contraste seguem, invariavelmente, o mesmo caminho (fig. 5). Êste fenómeno só pode explicar-se pela penetração do Thorotrast na camada de mucina, o que lhe permite assim seguir para a fosseta oval suspensa do tecto do seio maxilar.

Discute-se ainda hoje se a expulsão de produtos estranhos

pelos seios peri-nasais é devida só ao movimento ciliar ou também às diferenças de pressão dentro deles resultantes dos movimentos de inspiração e expiração. Estas diferenças de pressão variam, para os seios maxilares, entre -6 mm. e $+6$ mm. de

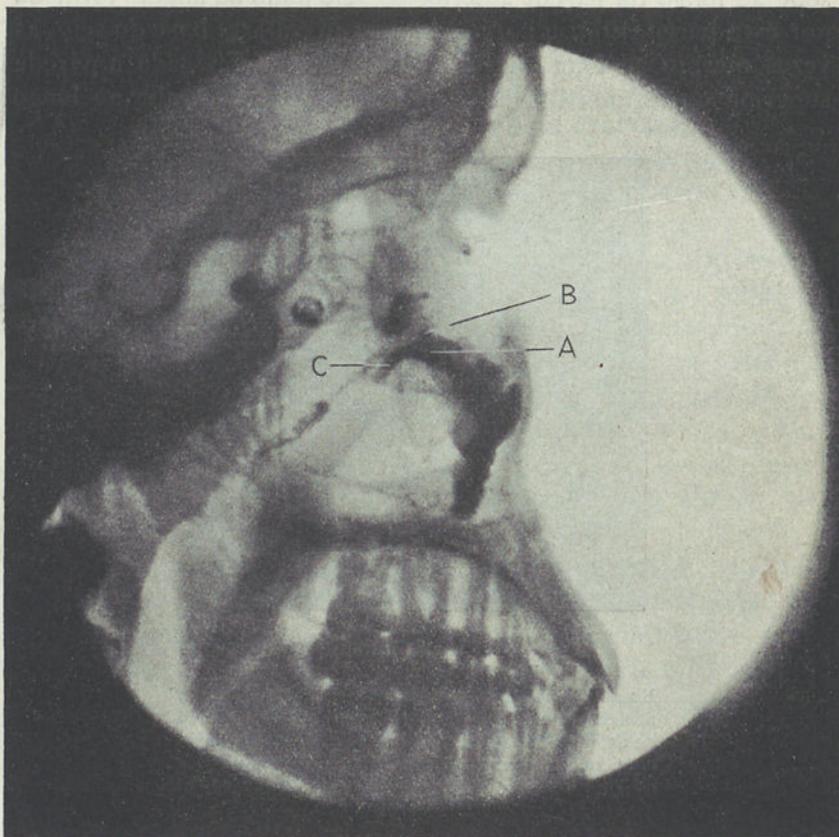


Fig. 4

Radiografia mostrando a expulsão de Thorotrast pelo epitélio ciliado do seio maxilar
A — fosseta oval; *B* — canal maxilo-etmoidal; *C* — canal maxilar

água na respiração normal e -50 mm. e $+35$ mm. na respiração forçada (BRAUNE e CLASEN). Num laringectomizado deixa de haver respiração nasal e, portanto, não existem as diferenças de pressão que acabamos de mencionar. Estão assim estes doentes em boas condições para se estudar a drenagem dos seios peri-nasais e sobretudo a dos seios maxilares, independentemente da

LISBOA MÉDICA

*Um caminho novo
para combater a dor*

sem alcaloides nem acido barbiturico,

sob o emprego do moderno e prezado
espasmolítico Octinum «Knoll»

Gotas de Octirona



Indicações:

Dôres espasmodicas, enxaquecas, nevralgias,
dôres de cabeça, dismenorreia, dôres de dentes.

Posologia individual: 10 a 20 gotas, em caso de
necessidade até 4 vezes ao dia.

Embalagem original: Vidros com 10 c.c.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN S/O RHENO

o tratamento arsenical

da **SIFILIS ADQUIRIDA**
(Tratamento de entretém)
da **HEREDO-SIFILIS**
das **SIFILIS ANTIGAS**
das **DERMATOSES**
associadas à sífilis

pelo

Acétylarsan

*rigorosamente indolor
discreto, facil
neurotonico e eutrofico*

Composto arsenical d'eliminação facil
prestando-se a todas as modalidades do tratamento mixto

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

— **Specia** —

Marques POULENC Frères et USINES DU RHONE

21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8^e)

possível influência da respiração nasal. É um estudo que necessita tempo e um número razoável de casos para se poderem porventura tirar algumas conclusões. Queremos somente marcar para nós, por enquanto, a primazia nas experiências que estamos efectuando e cujos resultados esperamos poder publicar na devida oportunidade.

Um estudo completo da mucosa das fossas nasais tem que forçosamente abranger a zona olfactiva. Esta zona aparece nas

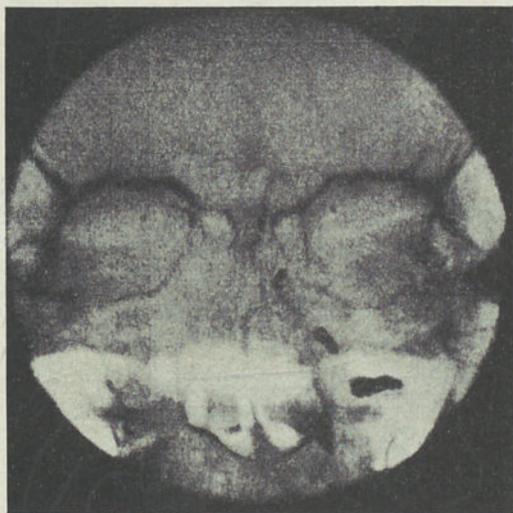


Fig. 5

Fase terminal da expulsão.

A coluna de Thorotrast fragmentou-se mas as parcelas do líquido opaco seguem o caminho habitual de expulsão

descrições clássicas com uma área maior do que na verdade tem. Deve-se este facto a considerar olfactiva toda a zona da parte superior das fossas nasais cuja coloração é amarelada (*locus luteus*). O exame microscópico mostra porém que as células olfactivas ocupam uma área muito menor do que a do *locus luteus*, e, assim, enquanto este cobre uma superfície semicircular com um raio de cerca de 2 cm. a partir da lâmina crivosa do etmóide, a área ocupada pelas células olfactivas tem em média a extensão que se vê na fig. 6.

As células não ciliadas desta zona também estão cobertas pela

película líquida de que já falámos e na qual mergulha o prolongamento periférico das células olfactivas. Quando esta película líquida seca ou desaparece, o olfacto diminue muito e em breve desaparece, possivelmente pela alteração do prolongamento das células olfactivas desprovidas da protecção da película líquida.

Há ainda na zona olfactiva elementos de sensibilidade táctil (terminações do trigémio), pequenas formações calciformes a que têm sido atribuídas funções gustativas (DESSE, ZWAARDEMAKER).

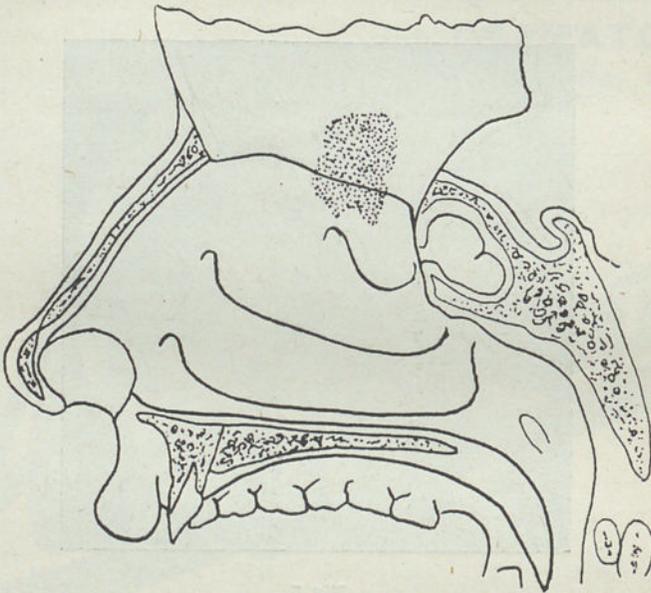


Fig. 6

Seriam estas formações que teriam intervenção marcada naquilo a que se tem chamado paladar e que certos autores, como ZWAARDEMAKER, entendem que seria muito mais exacto chamar olfacto gustativo (*gustatorische Riechen*). Na verdade o estudo da anatomia comparada mostra-nos que o aparelho do olfacto está em situação muito melhor no homem do que nos animais para que a expiração contribua muito para ajudar a avaliar o gosto das substâncias introduzidas na bôca. Como se sabe, o paladar é, na realidade, um complexo resultante duma sensação gustativa própria dita e de uma sensação olfactiva durante a expiração, sensação esta de grande importância. Só há portanto «paladar»

normal desde que funcionem normalmente os elementos gustativos e olfactivos, seja para líquidos, seja para sólidos.

A olfactometria tem portanto grande importância e há aqui um largo campo de investigações a fazer.

Lembramos apenas a importância que poderá ter na localização das lesões encefálicas, nas doenças das fossas nasais, nas do aparelho digestivo, em certos casos de impotência, nos traumatismos por desastres ou acidentes de trabalho, nas intoxicações acidentais ou profissionais, etc. Esta simples enumeração mostra todo o interesse que há em desenvolver o estudo da zona olfactiva da mucosa nasal e da fisiologia e da fisiopatologia do olfacto, o que possivelmente virá aperfeiçoar uma terapêutica ainda muito primitiva.

*

*

*

Não é porém somente em relação ao olfacto que a terapêutica ainda não é o que deveria ser. Nas doenças das fossas nasais, ou melhor das vias aéreas superiores, são correntes e têm larga aceitação, no meio médico e não médico, métodos e processos terapêuticos tendo por base puro empirismo. Basta verificar, por exemplo, como se tratam quasi sempre as sinusites e estudar as ideias que norteiam esses tratamentos. Escolhemos este exemplo, entre muitos outros que se poderiam citar, por ser um que está ao alcance de todos que desejem verificar se a terapêutica em rinologia se preocupa com a fisiologia e a fisiopatologia da mucosa nasal. Se há mucosa sobre a qual os medicamentos e os instrumentos cirúrgicos se têm encarniçado, essa é uma delas. A tão boas intenções é fácil verificar que muitas vezes não correspondem os resultados. A causa não é difícil de descobrir se estudarmos a histologia e a fisiologia duma mucosa que um simples espéculo nasal põe à mercê da terapêutica médica e cirúrgica.

Esse estudo mostra-nos, além do que temos vindo expor, a riquíssima rede nervosa que nessa mucosa se contém.

Podemos dividi-la em quatro sistemas: o sistema olfactivo, o trigémio (1.º e 2.º ramos), o nervo vidiano e o simpático.

Os três últimos sistemas combinam-se numa formação complexa: o gânglio eseno-palatino.

Entre as terminações nervosas destes sistemas merecem es-

pecial interêsse as do trigémio, que são das mais sensíveis de todo o organismo e tornam êste nervo um dos que tem reflexos mais numerosos e mais rápidos.

Estudando a descrição anatómica dêstes quatro sistemas, verifica-se a sua grande complexidade. No entanto, a distribuição das suas últimas ramificações na espessura da mucosa nasal pode ser encarada sob aspecto muito mais simples, considerando que praticamente os nervos da mucosa nasal são formados por uma combinação íntima de fibras do trigémio, do simpático e do para-simpático. Além destas fibras há que acrescentar elementos olfactivos ao nível da zona olfactiva. As fibras simpáticas e para-simpáticas destinam-se aos vasos e elementos glandulares. A ligação entre estas fibras e estes elementos anatómicos é exactamente um dos pontos importantes a estudar na fisiologia da mucosa nasal.

Trabalhos recentes demonstram a existência de substâncias químicas que servem de ligação entre as fibras simpáticas e os elementos excitáveis periféricos. Confirma-se assim a hipótese que LOEVI formulou em 1924. Segundo esta concepção, a fibra nervosa produz na sua extremidade substâncias químicas que actuam sôbre o elemento glandular-vascular. Estas substâncias seriam duas: a simpatina (provavelmente idêntica à adrenalina) e a acetilcolina. Teríamos assim que substituir a noção de fibras simpáticas e para-simpáticas pela de fibras adrenérgicas e fibras colinérgicas. É no entanto de notar que a nova terminologia não corresponde rigorosamente à antiga, mas que exprime antes a idea de que a especificidade da fibra nervosa depende da substância que ela liberta ao nível da sua extremidade. Esta substância química, a que chamaremos mediador, desaparece quasi instantaneamente após a sua produção, a simpatina por oxidação, e transformando-se a acetilcolina em colina por hidrolise, a qual se faz sob a acção de um fermento: a esterase. Há porém uma série de substâncias que podem retardar o desaparecimento do mediador e assim a simpatina pode subsistir um certo tempo, mercê de elementos anti-oxidantes. Entre êsses elementos notam-se alguns que têm especial interêsse para os rinologistas: a adrenalina e os seus derivados, o ácido ascórbico, o fenol, o bicarbonato de sódio, a nicotina, a hormona tiroideia e certos compostos iodados vizinhos. Citaremos ainda os ácidos aminados, a hidroquinoma, o catecol e talvez ainda os extractos hipofisários.



IMPÕE-SE

NO TRATAMENTO DAS

Perturbações gastro-intestinais

PEDIDOS DE AMOSTRAS À

SOCIEDADE DE PRODUTOS LACTEOS

PORTO

AVANCA

LISBOA

Nestogéno

LEITE EM PÓ NESTLÉ

(NOVA FORMULA)

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

Hidratos de Carbone: «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.

ANALISE:

Gorduras	12,0 %
Proteínas	20,0 %
Lactose	30,0 %
Maltose-Dextrina	15,0 %
Sacarose	15,0 %
Cinzas	4,7 %
Agua	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, hipotrepsia e atrepsia, de debilidade congénita, de prematuração, 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—“Emprego de alguns produtos industriais em dietética da primeira infância. «Nestogéno», «Leite condensado», «Eledon»”.

Medicina Contemporânea N.º 48, 27 de Novembro de 1932.
R. Gireaux:—Le lait sec en diététique infantile.

Amostras à disposição de V. Ex.ª

SOCIEDADE DE PRODUTOS LACTEOS

PORTO

AVANCA

LISBOA

Verifica-se assim que entre as substâncias capazes de prolongar a acção da simpatina há substâncias nocivas, outras patológicas ou outras ainda utilizadas na terapêutica. Entre estas substâncias figuram portanto os fenóis de origem intestinal, as secreções da tiroideia, etc. Muitas são, certamente, ainda desconhecidas.

Se as substâncias anti-oxidantes aumentam, portanto, a acção do simpático em tempo e intensidade, as substâncias oxidantes diminuem essa acção. Estão neste caso certos fermentos e ainda o ergotino e a yohimbina, ainda que estes dois compostos actuem por processo diferente.

A destruição do segundo mediador, a acetilcolina, pode ser retardada pela eserina e os seus derivados, assim como o ergotino, a quinina e certos narcóticos.

Não são conhecidas, porém, substâncias que prolonguem a acção d'este mediador, parecendo assim que a natureza tende a prolongar as excitações simpáticas e a limitar as excitações parasimpáticas.

Há substâncias que têm uma acção análoga à simpatina: são a adrenalina, a efedrina e a cocaína, ou sejam as substâncias certamente mais empregadas pelos rinologistas. O conhecimento da sua acção é, portanto, fundamental para o especialista. Actuam excitando os elementos periféricos, e esta acção é muito mais marcada quando se corta a ligação entre êsses elementos e o sistema simpático.

Isto quer dizer que no estado normal o elemento excitável terminal, colocado sob a acção do sistema nervoso simpático, reage pouco a substâncias excitantes que porventura entrem na circulação. Se, porém, a acção do simpático fôr diminuída ou suprimida, seja por doença ou por intervenção cirurgica, o elemento terminal fica agora apto a ser excitado por essas substâncias. É a chamada polarização celular. Esta polarização celular, resultante da supressão da conexão simpática, pode obter-se também pela acção de uma série de substâncias, entre as quais a mais importante é a cocaína, o alcalóide que, em 1884, JELLINEK empregou pela primeira vez na especialidade e a cuja acção a oto-rino-laringologia deve o desenvolvimento enorme que desde então tomou. Verifica-se agora que a cocaína sensibiliza a célula glandular vascular a outras substâncias, a adrenalina, por exemplo, e isto explica o refôrço da acção da adrenalina que se obtém

juntando-lhe cocaína. Já o mesmo não se dá com a efedrina, que é um simpático-mimético imperfeito, verificando-se assim o absurdo da associação da efedrina-cocaína.

*

*

*

Esta rápida exposição dos fenómenos que se dão ao excitar as terminações nervosas da mucosa nasal, mostra-nos a importância do seu estudo para a compreensão dos reflexos do ponto de partida nasal, reflexos cujo melhor estudo é necessário também, por causa das deduções terapêuticas que daí podem vir. Basta-nos lembrar, por exemplo, que se é bem conhecida a acção reflexa do nervo olfactivo, a terapêutica tem deixado essa acção inutilizada até agora. A rinologia pouco interesse tem manifestado pela patologia do território do 1.º par craniano.

Sabemos que a motilidade gástrica é influenciada pelos cheiros e entre estes sobretudo pela acetona e a peridina. O mesmo sucede com a pressão arterial em relação a outros compostos. Pouco mais além vão os nossos conhecimentos actuais. Melhor estudados têm sido os reflexos, tendo como ponto de partida o trigémio nasal. Últimamente o estudo do nervo vidiano mostrou que a sensibilidade da pituitária, que se mantém em doentes a quem foi feita a secção do trigémio, lhe é devida em grande parte. Quanto ao simpático, discute-se ainda se intervém na mucosa nasal como elemento de sensibilidade. O que se pode dizer, porém, é que toda a intervenção nas fossas nasais provoca reflexos em que intervêm todos estes nervos. Esta acção reflexogénea pode levar mesmo à cura de certos sindromas, intervindo para isso sobre o seio esfenoidal com ou sem lesões dêste, sobre o corneto médio ou todo o etmóide, ressecando cristas ou esporões, etc. O mesmo se consegue em certos casos injectando nos cornetos, sobretudo os inferiores, cocaína (FERRERI), alcool, etc. Pessoalmente temos empregado com o mesmo fim quinino e ureia a 5 0/0.

Não queremos falar aqui da acção reflexogénea dos toques da mucosa nasal, acção merecedora de estudo, que certamente já teria sido feito se de tempos a tempos intervenções intempestivas e espectaculosas no assunto não tivessem afastado dêle pessoas cujo espírito científico se não compadece com tanta agitação.

O estudo da mucosa nasal, dos fenómenos locais e gerais que provoca a acção sôbre ela de instrumentos cirúrgicos e medicamentos de uso corrente ou menos vulgar, estes e muitos outros pontos que a rinologia ainda não esclareceu devidamente têm de ser estudados. Porém, desde já se deve considerar de forma diferente do que até aqui a maneira de empregar a adrenalina, cocaína, efedrina e outros medicamentos de uso diário em rinologia. Os tamponamentos das fossas nasais, sua acção local e geral, têm de ser encarados diferentemente. Mas sobretudo as intervenções, a sua técnica e o tratamento pre e post-operatório devem ter por base os conhecimentos de fisiologia e fisiopatologia já hoje obtidos e não continuarem a obedecer a simples princípios de mecânica, abstraíndo quasi por completo da estrutura e da maneira de ser dêsse tecido complexo que é a mucosa das fossas nasais.

Atribuimos uma importância que certamente dia a dia maior será ao estudo desta mucosa. Já hoje começamos a antever a importância que têm em rinologia certos tóxicos endógenos, especialmente de origem intestinal e endócrina.

Para combater a sua acção é necessário desenvolver o estudo do emprêgo dos anti-oxidantes em rinologia, da vitamina C e dos simpático-miméticos estáveis, como a efedrina.

É necessário procurar outros compostos de uso fácil que diminuam a polaridade celular e que, simultâneamente, elevem o limiar da excitabilidade dos nervos do sensorio. Há que fazer o estudo da acção de certos medicamentos, como o arsénio em doses pequeníssimas e a pilocarpina.

Para tanto é preciso que haja, pelo menos, uma clínica hospitalar entre nós, em que estas e muitas outras investigações se façam pela associação da clínica e do laboratório. Fácil será conseguilo agora que vai construir-se um Hospital-Faculdade em Lisboa. Os nossos votos são que não se perca esta oportunidade, a qual certamente tão cedo não se renovará, para que haja nesse hospital uma clínica de oto-rino-laringologia, possuindo tôdas as instalações de uma clínica moderna da especialidade permitindo assim que seja finalmente utilizado o larguíssimo material de estudo que entre nós existe e que até agora tem sido lamentavelmente perdido por falta de instalações adequadas.

Assistência Nacional aos Tuberculosos — Dispensário Dr. Miguel Bombarda
(Director : Dr. LUIZ SIMÕES FERREIRA)

DIRECTRIZES DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE ÓSTEO-ARTICULAR NOS DISPENSÁRIOS DA A. N. T. EM LISBOA

POR

ANTÓNIO DE MENESES

Assistente encarregado da consulta de Tuberculoses Cirúrgicas

Desde Setembro de 1933 que uma nova organização de serviços da Assistência Nacional aos Tuberculosos centralizou no Dispensário Dr. Miguel Bombarda a consulta das chamadas tuberculoses cirúrgicas.

Aqui são dirigidos todos os doentes dêsse fôro, idos às consultas gerais dos outros Dispensários de Lisboa. E porque os serviços estão especializados e a inscrição é obrigatória para todos os que pretendem o internamento nos sanatórios marítimos, acorrem também à nossa consulta os doentes enviados pelas consultas dos Hospitais Civis e por quasi todos os centros clínicos de Lisboa e dos arredores. A experiência do vasto material assim reunido durante quatro anos — cêrca de oitocentos inscritos — pode permitir-nos estabelecer, quasi dum modo esquemático, as directrizes que ali seguimos na nossa terapêutica, e que são uma adaptação forçada de conhecidos princípios de diversas escolas.

Dum modo geral, dizemos que a imobilização da parte atingida é o tratamento por excelência da tuberculose ósteo-articular. Este princípio é aceito por quasi todos e por quasi todos praticado. Embora os doentes que nos aparecem estejam em períodos diferentes da evolução da sua doença, ou no início, ou no período de estado, ou em via de cura, as normas terapêuticas usadas não divergem entre si em quasi nada, porque as condições de vida dos doentes não permitem sair das linhas gerais que se traduzem pela imobilização em gesso ou em goteiras metálicas de KRAMER, repouso na cama e tratamento do estado geral, infelizmente ape-

LISBOA MÉDICA



PIPERAZINA MIDY

O ANTI-URICO TIPO



PROVEINASE MIDY

VARIZES – FLEBITES – HEMORROIDAS
PERTURBAÇÕES DA MENOPAUSA E DA PUBERDADE



POMADA MIDY SUPOSITORIOS MIDY

A MEDICAÇÃO RACIONAL
DAS HEMORROIDAS

Pedir amostras a

LABORATOIRES MIDY – 67, Avenue Wagram – PARIS (17)

ou aos Agentes-depositários

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

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

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

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

nas medicamentosos. Todos os nossos doentes, na quási totalidade muito pobres e muito indisciplinados, necessitam de aparelhos de convalescença iguais aos aparelhos dos períodos anteriores da doença, e de rigorosa vigilância de parte das enfermeiras visitadoras, sôbre êles e sôbre as famílias.

É certo que a grande maioria que anda em tratamento na nossa consulta durante uns meses, dá entrada nos sanatórios marítimos. Para êsses foi altamente benéfica a organização dos serviços de tuberculosos cirúrgicos nos Dispensários da Assistência Nacional aos Tuberculosos, visto que o tratamento imobilizante é mais cedo iniciado sob a direcção do especialista, e a admissão nos sanatórios se faz, portanto, em melhores condições. Todavia, há uma certa percentagem que prefere o tratamento domiciliar, por razões várias, e podemos dizer que, quando as mãis são boas enfermeiras, os resultados são excelentes.

A consequência mais importante da nossa orientação é a profilaxia das deformidades. Somos absolutamente contrário a tôda e qualquer correcção violenta (sob narcose ou sem ela); se existe uma deformidade no doente, tentamos reduzi-la *lentamente e gradualmente*, empregando goteiras metálicas moldáveis de tempos a tempos, e se o não conseguimos, deixamos para mais tarde, após a cura, a correcção por processos de cirurgia ortopédica.

Os abscessos ossifluentes só são puncionados na nossa consulta, quando ameaçam o tecido celular subcutâneo, e à punção evacuadora não se segue injecção de qualquer líquido modificador. A absorpção corrente dos abscessos paravertebraes da espondilite póstica não exige procedimento especial.

As fistulas merecem-nos os cuidados de assépsia usuais e os que são possíveis num meio tão adverso a ela. Temos ensaiado, algumas vezes com bons resultados, a injecção de solutos de sulfato de cobre ou de nitrato de prata nos tractos fistulosos. Nas escaras fazemos pensos de óleo de figados de bacalhau, simples ou junto em partes iguais com a pasta de LASSAR, e da mistura de iodo, parafina e benzina.

Passemos em revista as diferentes localizações da tuberculose do esqueleto, principiando pela mais freqüente.

Os espondilíticos, além do repouso na cama, são deitados num leito de gesso, modelo de LORENZ. A observação de um grande número de peças anatómicas de operados da osteosíntese de ALBEE

pelo nosso malogrado Mestre Prof. BIESALSKI (de Berlim), mostrou-nos a frequência de lesões dos discos intervertebrais, longe do principal foco vertebral da doença, e sem continuidade alguma com êle. Só a imobilização total perfeita *de toda a coluna* nos pode garantir uma terapêutica eficaz. Por êsse motivo condenamos os leitos gessados que não imobilizam conjuntamente o pescoço, nas lesões de qualquer segmento da coluna, e os que não compreendam a imobilização das coxas quando o único foco aparente da doença está na coluna dorsal inferior ou lombar.

O método da cruz de algodão para correcção da gibosidade (WATTEKREUZ, DE FINCK, DRESDE) é apenas compatível, nos nossos doentes da Assistência Nacional aos Tuberculosos, com enfermagem familiar diligente e de cultura mediana. Quando se verificam estas circunstâncias, temo-lo usado, continuando a dar-nos os resultados que há anos, noutra publicação, referimos.

Por intermédio de qualquer entidade beneficente, quando não a próprio custo, temos procurado que os convalescentes de espondilite recebam um colete ortopédico, uma vez que a sua observação indique o pleno retrocesso das lesões.

O regresso à posição erecta e ao caminhar, é feito vagarosamente e gradualmente em pequenos aumentos diários de um minuto, com a vigilância freqüente da nossa parte e das enfermeiras visitadoras.

Imobilizamos sempre as localizações no ombro com um colete leve e meia manga, que permita a anquilose óssea em boa posição, de modo a que o braço fique utilizável depois da cura. Procuramos uma abdução ligeira e rotação externa, com flexão do cotovêlo a 90°. Os abcessos e as fistulas podem ser vigiados e tratados através de janelas abertas no aparelho. Embora o repouso faça parte do tratamento geral de tôdas as tuberculoses, e como é difficil fazê-lo executar metòdicamente aos nossos doentes, consentimos que os tuberculosos do ombro se tratem ambulatoriamente, bem como os do resto do membro superior.

Nas lesões do cotovêlo, punho e mão, são applicadas goteiras, conduzindo às conhecidas posições ideais de anquilose. Restringimos o mais possível a proposta de internamento nos sanatórios marítimos dos doentes do membro superior, a-fim-de poupar as camas para os espondilíticos e para os atingidos nas grandes articulações do membro inferior (anca e joelho). Exceptuamos,

evidentemente, da nossa restrição, os que têm mau estado geral ou aquêles de quem as enfermeiras visitadoras dão informações de extrema deficiência higiênica do meio em que vivem.

Os coxíticos são os que mais nos preocupam pela facilidade que têm de tomar posições viciosas e pela dificuldade do seu tratamento correcto. O membro tende a pôr-se em abdução e em rotação interna com flexão sôbre a coxa. Não conseguimos, é claro, que o doente mantenha em casa, sem vigilância aturada e excelente enfermagem, uma extensão contínua eficaz. Por isso, pomos o doente, sistematicamente, num gêsso, que pode ser bivalve se existem abcessos ou fístulas. Logo que é possível, e muitas vezes desde o início, porque os doentes nos aparecem já fora do período agudo, substituímos o gêsso total da bacia e membro, por um calção gessado.

Aos joelhos tuberculosos applicamos também goteiras de gêsso ou metálicas. Estas permitem-nos facilidades graduais e lentas, e, prolongando-se num certo comprimento além do pé, podem evitar o apoio sôbre o membro doente. O tratamento de abcessos ou fístulas é facilissimo com estes aparelhos.

Devemos dizer que tanto os coxíticos como os goníticos na idade adulta, são enviados aos Hospitais Civis, onde alguns colegas com quem entramos em combinação, e que já têm publicado os seus bons resultados clínicos, procedem em tempo oportuno às respectivas intervenções cirúrgicas. Lamentamos verdadeiramente que o nosso Dispensário não disponha dum serviço de cirurgia anexo, onde pudéssemos aproveitar a experiência que estes casos nos concederiam, tanto mais que, uma vez operados, o período post-operatório poderia correr na própria residência, para onde seriam transportados, sem inconvenientes de maior.

A tuberculose do pé, que no adulto segue a via atrás indicada para a intervenção cirúrgica feita nos Hospitais Civis, é tratada, nas crianças da nossa consulta, com uma goteira ou com um gêsso circular, eventualmente aberto com janelas. Estudamos neste momento a maneira prática de podermos obter o fornecimento em boas condições do pequeno arco de ferro (GEHEBUGGEL) adaptado ao gêsso e permitindo o andar. Por-ora, os doentes usam apenas muleta — o mais vivo expoente do atraso da nossa ortopedia! — ou umas pequenas talas de madeira incluídas no gêsso e prolongando-se para fora do calcanhar, de modo a impedirem o apoio.

O pé tende a pôr-se em equinismo e a consolidar nesta posição, por isso a imobilização tem de ser eficaz. O pêso da roupa da cama sôbre os dedos provoca muitas vezes dores e escaras, pelo que recomendamos que as goteiras excedam de alguns centímetros o comprimento total do pé.

O tratamento das osteíteas não nos merece menção especial. A vizinhança das grandes articulações impõe-nos iguais princípios de imobilização como se o processo fôsse intra-articular, pelo menos nos primeiros tempos. A falta de instalação para cirurgia impede-nos a prática do tratamento das extensas lesões desta natureza.

O doente, observado pela primeira vez na nossa consulta, é imediatamente inscrito, se o diagnóstico é claro, ou fica em observação, se precisa de aclarado. A data da aposição do aparelho é marcada, requisitadas as radiografias e as análises, e feita a proposta do internamento nos sanatórios marítimos, se o caso é para isso. É imediatamente medicado e recebe os remédios gratuitamente. Enquanto espera o internamento, é visitado assiduamente pelas enfermeiras visitadoras, que registam na respectiva papeleta o que viram e dão os seus conselhos sob nossa inspiração. A família vem também com freqüência à consulta renovar a dose dos remédios e aclarar as suas dúvidas. Mensalmente, o doente volta à revisão clínica do seu estado e do aparelho, que é reparado ou substituído quando disso precisa. A punção de abscessos ou o tratamento das fistulas impõem também uma maior ou menor assiduidade dessas vindas à consulta. Por entendimento com a direcção dos Dispensários dos outros bairros da cidade, os pensos simples são feitos, sob normas por nós indicadas, no Dispensário mais próximo da residência do doente.

Nos casos em que a família prefere o tratamento domiciliar, os doentes são radiografados de seis em seis meses.

A percentagem importante dos que estão nestas condições e os resultados até agora nêles obtidos e nos que são internados ao fim de algum tempo, encorajam-nos a prosseguir nesta orientação, embora ela apresente as suas deficiências.

Um melhor critério terapêutico não é compatível com as condições em que vive a população da nossa consulta, e com os recursos limitados de um dispensário. É problema para um instituto ortopédico da especialidade.

Revista dos Jornais de Medicina

Encefalomielite aguda desmielinizante em seguida a uma doença do aparelho respiratório. (*Acute demyelinating encephalomyelitis following respiratory disease*), por CHARLES DAVISON e SAMUEL BROCK.— *Bulletin of the Neurol. Inst. of New-York*. Vol. VI. N.º 3. Dezembro de 1937.

Os AA. apresentam dois casos de encefalomielite que sobrevieram em seguida a doenças agudas do aparelho respiratório. No primeiro caso, além dos sintomas de lesões disseminadas do sistema nervoso, o quadro clínico apontava para uma lesão focal ao nível do sexto segmento dorsal. No segundo, a doença começou com sinais meníngeos. Histologicamente foram encontradas áreas peri-vasculares de desmielinização em todo o eixo cérebro-espinhal, mais acentuadas na medula.

Os pontos de vistas sobre a patogenia das encefalomielites disseminadas agudas diferem. Para uns, as lesões seriam devidas à acção directa de vírus neurotrópicos, como os da gripe e de certas doenças exantemáticas ou às suas toxinas, que se difundiriam através das paredes vasculares, destruindo a mielina. Para outros, as doenças como a gripe, febres eruptivas e a vacina activariam um vírus desconhecido e latente no organismo que, a seu turno, seria o agente destrutivo da mielina. Finalmente, uma terceira hipótese admite que a reacção peri-vascular no sistema nervoso é uma manifestação alérgica semelhante a outras observadas nas doenças indicadas.

Actualmente é impossível afirmar qual a verdadeira causa das lesões. Apesar da hipótese de um vírus ou de uma toxina que se difunda através das paredes dos vasos lesando a mielina pareça a mais provável, é necessário acentuar que até hoje não há prova alguma de que qualquer das doenças primariamente desmielinizantes seja devida à acção directa de um vírus filtrável.

ALMEIDA LIMA.

Aspectos encefalográficos de um quisto epidermóide intraventricular. (*Encephalographic appearance of an intraventricular epidermoid*), por CORNELIUS DYKE e LEO DAVIDOFF.— *Bulletin of the Neurol. Inst. of New-York*. Vol. VI. N.º 3. Dezembro de 1937.

Os AA. apresentam a observação de um quisto epidermóide intraventricular. As encefalografias mostravam um aspecto ainda não observado em nenhum outro caso, pois o ar, insinuando-se entre o tumor e cérebro que o

rodeava, projectava na radiografia sombras de forma irregular, distribuídas na fossa cerebral média, nas regiões normalmente ocupadas pelo tálamo, insula, lobo temporal e porção posterior do lobo frontal.

ALMEIDA LIMA.

Comparação dos sintomas dos tumores intracerebrais e extracerebrais que atingem os lobos temporais. (*A comparison of the symptoms and signs of intracerebral and extracerebral tumors involving the temporal lobes*), por RALPH T. COLLINS. — *Bulletin of the Neurol. Inst. of New-York*. Vol. VI. N.º 3. Dezembro de 1937.

A frequência dos vários sinais e sintomas em ambos os grupos de tumores do lobo temporal (intra e extracerebrais), se bem que forneça alguns ensinamentos sobre a provável sede do tumor, não permite em todos os casos assegurar a natureza extracerebral ou intracerebral da neoplasia. Em resumo, os factos principais apontados pelo A. são os seguintes :

Neoplasias intracerebrais do lobo temporal.—60% dos casos iniciaram a sua história clínica com um sintoma apenas. O sintoma isolado mais frequentemente observado foi a cefaleia, seguindo-se-lhe as crises de epilepsia generalizada. Só em terceiro lugar os sintomas ditos do lobo temporal foram os primeiros a manifestar-se como sintoma único (perturbações campimétricas, afasia, crises unciformes, sintomas auditivos, estados oníricos).

A presença, desde o início, de três ou quatro sintomas do lobo temporal, foi apenas observada neste grupo de neoplasias.

Durante o decurso da evolução clínica 81% apresentaram sintomas de disfunção do lobo temporal.

Neoplasias extracerebrais do lobo temporal.—85% destes casos iniciaram-se com um único sintoma; o mais comum foi a cefaleia, seguindo-se em frequência os ataques convulsivos e os ataques de perda brusca do conhecimento, sem convulsões.

É importante notar a percentagem baixa de sintomas iniciais do lobo temporal neste grupo.

Todos os doentes apresentaram sintomas sucessivos, em geral muito numerosos.

Cinquenta e cinco por cento dos casos apresentaram, no decorrer da evolução clínica, sintomas do lobo temporal.

A combinação de sintomas subjectivos mais frequentes foi: cefaleias, um sintoma do lobo temporal, baixa de acuidade visual, perturbações da audição. Ao exame clínico o quadro sintomatológico mais comum foi o seguinte: parestesia facial isolada contralateral, estase papilar, hiperreflexia contralateral ou homolateral, e às vezes sinais piramidais homolaterais.

Encarando as estatísticas sob um ponto de vista geral e não comparativo dos dois grupos, verifica-se que, no que diz respeito à sintomatologia subjectiva, que tumores do lobo temporal só dão sintomas de disfunção temporal numa percentagem relativamente baixa.

Sintomas temporais como afasia, crises unciformes, episódios oníricos ou perturbações campimétricas, apresentaram-se apenas em 50% dos casos.

Os mais importantes dos sintomas localizadores são as perturbações campimétricas, hemianopsia contralateral total ou em quadrante.

Os sintomas e sinais das regiões vizinhas desempenham um importante papel na lateralização e localização dos tumores do lobo temporal; destes o mais importante é a paresia facial isolada contralateral. As perturbações motoras e da sensibilidade contralaterais, são também importantes auxiliares do diagnóstico.

Da comparação da sintomatologia dos tumores intracerebrais e extracerebrais, ressaltam os seguintes factos mais importantes:

1.º — As neoplasias extracerebrais (principalmente os meningiomas) têm uma história clínica mais longa, numa média de dois anos e meio, e mais.

2.º — As neoplasias extracerebrais, na grande maioria dos casos, iniciam a evolução clínica com um único sintoma e nunca com três e mais sintomas. Os tumores intracerebrais iniciam a sua sintomatologia por um só sintoma com muito menos frequência, apresentando muito maior profusão de sintomas.

3.º — No que respeita ao tipo dos sintomas primários, pouca diferença há entre os dois grupos. As cefaleias, a afasia, as convulsões generalizadas e as alterações subjectivas dos campos visuais, são levemente mais frequentes nos tumores intracerebrais, as crises do tipo Jacksoniano e as da perda brusca do conhecimento um pouco mais vulgares, como sintomas iniciais no grupo extracerebral.

4.º — Em todos os casos de tumores extracerebrais, aos sintomas iniciais foram-se sucessivamente seguindo outros, o que só foi verificado em 27% dos intracerebrais.

5.º — Os tumores extracerebrais iniciam-se com um único sintoma, mas rapidamente se sucedem outros.

6.º — Os sintomas, não iniciais, são, nas neoplasias extracerebrais, mais frequentemente: diminuição progressiva da visão, perturbações auditivas, alterações no domínio do trigémio homolateral e aberrações mentais; nos intracerebrais: torpor, vertigens e crises unciformes.

7.º — Os tumores intracerebrais têm mais tendência a apresentar sintomas de perturbações mentais do que os extracerebrais.

8.º — As perturbações motoras são também mais frequentes nas neoplasias intracerebrais do que nas extracerebrais.

9.º — Torpor e sonolência foram observados só nos tumores intracerebrais.

10.º — Nevralgias do trigémio só nos extracerebrais.

11.º — Os tumores intracerebrais produzem, em cada caso, uma maior variedade de sintomas objectivos. Os doentes portadores de tumores intracerebrais do lobo temporal têm o aspecto de doença de muito maior gravidade do que em caso de tumores extracerebrais. Os sintomas objectivos dos tumores extracerebrais são em menor número, consistindo usualmente em estase papilar bilateral, paresia facial isolada de tipo central, contralateral, exagêro de reflexos contra ou homolateral e alterações do trigémio homolateral.

12.º — As neoplasias intracerebrais produzem uma grande percentagem de perturbações campimétricas, hemianopsia contralateral, total ou em quadrante, e portanto pequeno número de casos com campos visuais normais. Nas neoplasias extracerebrais observa-se exactamente o contrário.

13.º — Os sintomas motores contralaterais são mais frequentes nos tumores intracerebrais. Nos extracerebrais as perturbações motoras são menos graves, não foram observadas hemiplegias e vulgarmente só a face ou o braço são atingidos.

14.º — As perturbações de sensibilidade contralaterais são mais frequentes no grupo intracerebral.

15.º — Os sinais piramidais homolaterais são quasi exclusivos do grupo extracerebral.

16.º — A paralisia facial isolada do tipo central é um sinal de importância de lateralização, podendo ser mesmo considerada como de grande valor como sintoma de localização no lobo temporal. Este sintoma, a que o A. chama «parésia facial temporal», é certamente o sintoma mais característico e de maior valor clínico no diagnóstico dos tumores do lobo temporal (tanto extra como intracerebrais).

ALMEIDA LIMA.

Tumores de células nervosas do sistema nervoso central. (*Ganglion cell tumors of the central nervous system*), por ABNER WOLF e BENJAMIN F. MORTON. — *Bulletin of the Neurol. Inst. of New-York*. Vol. VI. N.º 3. Dezembro de 1937.

Os AA. apresentam um estudo clínico e anátomo-patológico de dois casos de tumores de células nervosas, um do ângulo ponto-cerebeloso, outro situado na porção posterior do lobo frontal. Os AA. insistem principalmente nos aspectos anátomo-patológicos, fazendo uma revisão crítica de casos publicados por outros autores.

Um dos doentes, tumor ponto-cerebeloso, entrou no serviço hospitalar em tão más condições que não foi possível tentar a intervenção cirúrgica. O segundo caso foi operado com êxito, estando o doente bem, ano e meio depois da intervenção.

Os casos colhidos na literatura, em número de quarenta e oito, foram analisados e classificados pelos AA.

Estes tumores são divisíveis em dois grupos principais: tumores só de células nervosas e tumores mistos de células nervosas e gliais; os últimos são os mais frequentes.

Entre os tumores neuronais puros, aquêles que são formados por células imaturas são chamados «ganglioneuroblastomas» e os de células maduras «gangliocitomas». No grupo das formas mistas (neuronais e gliais), as neoplasias de células imaturas têm a designação de «ganglioglioblastomas» e as de células maduras de «gangliogliomas». Verificou-se que, de um modo geral, a evolução clínica oferece um certo paralelismo com a relativa maturidade dêstes tumores.

Um grupo de quatro tumores localizados no cerebello tinham a aparência macroscópica de uma hemihipertrofia do cerebello. Histologicamente, mostram uma combinação dos aspectos das neoplasias e das malformações congénitas. Este tipo de lesões deve ser chamado «gangliomatose do cerebello».

ALMEIDA LIMA.



EUPHORYL

DESSENSIBILIZAÇÃO POLIVALENTE

Dermatoses Pruridos Anafilaxias Intoxicações

A s m a

3 hostias por dia
Casos agudos :
Injecções intravenosas

Criado e experimentado nos Hospitais de Paris

LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL, P.



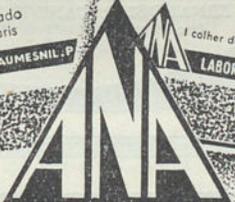

Euphoryl infantil

"A medicação das línguas saburrosas"
(Granulado solúvel)

**Perturbações digestivas
Dermatoses-Pruridos
Anafilaxias
Insuficiência hepática**

POSOLOGIA :
1 colher das de chá por cada ano de idade

LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL, PARIS





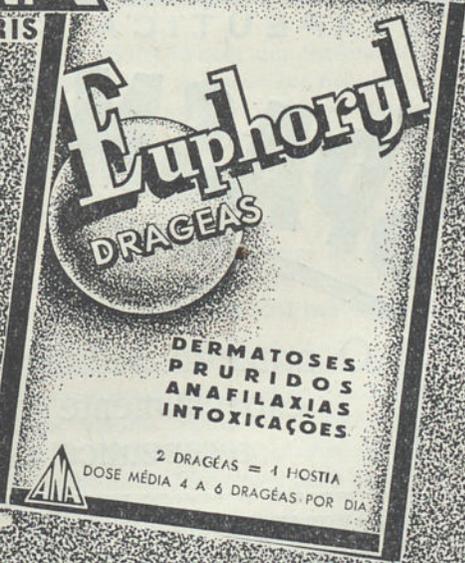
Hirudinase

DRAGÉAS A BASE DE EXTRACTO DE SANGUESUGAS
DOSE MÉDIA : 4 A 6 DRAGÉAS POR DIA

Criado e experimentado nos Hospitais de Paris

**Insuficiências venosas
Infecções
Vasculo-sanguíneas
Flebites
Amenorreias**

LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL - PARIS



Euphoryl

DRAGEAS

DERMATOSES PRURIDOS ANAFILAXIAS INTOXICAÇÕES

2 DRAGEAS = 1 HOSTIA
DOSE MÉDIA 4 A 6 DRAGEAS POR DIA



LISBOA MÉDICA

“**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.^a
240, Rua da Palma, 246
LISBOA

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

SPASMOSÉDINE

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

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

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

Reacções apresentadas pelos doentes sujeitos à encefalografia gaseosa. (*The reactions of patients to encephalography*), por STEPHEN BOHN. — *Bulletin of the Neurol. Inst. of New-York*. Vol. VI. N.º 3. Dezembro de 1937.

O A. estuda as notas clínicas relativas a mil casos consecutivos de doentes sujeitos à encefalografia pelo ar.

A preparação medicamentosa dos doentes parece ter uma notável influência na cooperação dos doentes e no aspecto e intensidade das reacções tanto durante como depois da execução da encefalografia. Foi observado que o sulfato de atropina melhora a cooperação dos doentes e atenua as reacções, após a injeção de ar, mais do que qualquer outra medicação preparatória.

A morfina mostrou-se menos valiosa como medicamento preliminar, visto que os doentes sob a influência dessa droga cooperam pior durante a execução da encefalografia, sendo necessário administrar-lhes depois estimulantes com mais frequência do que quando se usa qualquer outra medicação.

A necessidade de medicação durante a execução do método está dependente principalmente da medicação preliminar.

Assim, os doentes injectados com morfina antes da encefalografia, não só apresentam frequentemente sinais de insuficiência dos centros vegetativos, necessitando o uso de estimulantes durante o processo, mas também frequentemente se mostram irrequietos e desmoralizantes, obrigando à administração de outros sedativos antes de terminar a encefalografia.

Em 20% dos doentes da série estudada a prova encefalográfica foi executada sob anestesia geral. A maior parte dos casos em que foi usada anestesia geral eram crianças.

O emprêgo da anestesia geral mostrou-se associado com um enchimento pouco satisfatório dos ventrículos em 16% dos casos, ao passo que nos casos onde o método foi executado sob anestesia local apenas em 7,4% os ventrículos se encheram mal. É isto, aparentemente, devido a que a anestesia geral, aumentando a tensão intracraniana, diminui as pulsações cerebrais, dificultando a passagem de ar e de líquido pelas estreitas passagens dos orifícios de Luschka e Magendí. Pelo contrário, a diminuição da tensão provocada por injeções hipertónicas durante a execução do método favorece a substituição do líquido pelo ar nos espaços ventriculares e aracnoídeos. A anestesia geral parece não influir na duração ou gravidade das reacções post-operatórias.

A falta de enchimento dos ventrículos pelo ar ocorre com mais frequência não só nos casos onde foi usada a anestesia geral, mas também nos casos de tumor cerebral. Em 26% dos casos de tumores cerebrais os ventrículos encheram-se mal, ao passo que só em 10% dos casos da série total de mil doentes o ar não entrou ou entrou em quantidade insuficiente para os ventrículos.

A quantidade de líquido céfalo-raquidiano extraído durante a encefalografia excede, em regra, de 5 cc. a quantidade de ar injectado. O volume de ar (à temperatura ambiente) foi, em média, de 68,78 cc. em cada doente.

De um modo geral e não tendo em conta certos factores particulares a

cada caso como o tipo da lesão e as dimensões dos ventrículos, as reacções post-encefalógicas estão dependentes da quantidade de ar empregado.

As reacções variam de tipo de doente para doente, mas o sintoma mais importante e constante são as cefaleias, seguido pelos vômitos e sinais de *shock* não muito acentuados, estes últimos com aspectos muito diversos.

Aproximadamente 8,4 % dos doentes encontram-se sem sintoma algum poucas horas depois de terminada a encefalografia. Nos outros a duração da reacção mostrou-se muito variável, indo de algumas horas até cinco dias. Os doentes nos quais o ar não penetrou nos ventrículos, nem por isso deixaram de ter as reacções habituais.

A temperatura raramente excedeu 38°, manifestando-se em regra dentro das primeiras doze horas. Vulgarmente os doentes apresentaram aumento da frequência do pulso, raramente diminuição. A tensão arterial aumentou sempre durante a execução da encefalografia, mas raramente ultrapassando vinte e cinco de tensão máxima, mantendo-se elevada, nalguns casos, durante vinte e quatro horas.

Relacionando a duração da reacção com as lesões apresentadas pelos doentes, foi verificado que os casos de tumores cerebrais apresentaram reacções mais duradoiras, e os com atrofias cerebrais reacções menos demoradas. A explicação dêste facto está em que a duração dos sintomas parece depender da relação entre o ar injectado e a capacidade dos ventrículos e espaços aracnoídeos.

Foram registados dois casos de morte directamente atribuíveis à encefalografia. Ambos eram casos de tumores intracranianos, verificados na autópsia. «Não pode haver dúvida, diz o A., ao terminar o seu trabalho, que a encefalografia pelo ar é um método perigoso em doentes portadores de tumores intracranianos».

ALMEIDA LIMA.

Abcessos cerebrais. (*Brain Abscess*), por GILBERT HORRAX. — *The British Journal of Surgery*. Vol. XXV. N.º 99. Janeiro de 1938.

O trabalho do A. compreende a análise e discussão de trinta casos de abcessos cerebrais, abrangendo um período de nove anos de actividade cirúrgica.

Os casos foram divididos em dois grupos, que diferem radicalmente um do outro, tanto pelo seu aspecto clínico e classificação, como pela operabilidade e prognóstico.

No primeiro grupo, em que include os abcessos agudos e múltiplos, frequentemente metastáticos, usualmente com graves complicações pulmonares ou gerais, o prognóstico, seja qual for a terapêutica, é provavelmente sempre desesperado.

No segundo grupo, constituído por abcessos únicos e crónicos, usualmente encapsulados, o prognóstico é bastante favorável, pois a mortalidade não excede 10 a 20 %, em vez da percentagem de 30 a 40 % geralmente aceite quando se incluem nas estatísticas todos os tipos de abcessos cerebrais.

O A. discute os métodos operatórios actualmente usados no tratamento

dos abscessos cerebrais; refere-se, principalmente, a três: à punção sem drenagem, à extirpação «in toto» e à «marsupialização». Este último é o processo preferido pelo A., que descreve alguns pormenores da técnica que usa correntemente.

ALMEIDA LIMA.

Cirurgia da glândula pineal. (*The surgery of the Pineal Organ*), por CECIL P. G. WAKELEY.— *The British Journal of Surgery*. Vol. XXV. N.º 99. Janeiro de 1938.

Depois de uma descrição resumida da região da glândula pineal, e da filogenia e ontogenia deste órgão, o A. descreve a sintomatologia e a anatomia patológica dos tumores cerebrais. Segue-se a descrição das técnicas operatórias usadas para atingir essas neoplasias e o relato dos casos operados pelo A., terminando com as seguintes conclusões:

A cirurgia da glândula pineal (órgão pineal, segundo a designação do A.), se bem que ainda na infância, pode-se afirmar que se tem desenvolvido rapidamente, devido ao facto que cada ano que passa o diagnóstico neurológico se tem tornado mais seguro e preciso.

A sintomatologia é actualmente bastante bem conhecida e é constituída, em geral, pelos seguintes elementos principais: hipertensão intracraniana acentuada, cefaleias, vômitos e estase papilar; crises epileptiformes, e paralisias várias dos nervos cranianos.

Os sinais oftalmológicos são característicos: perda das reacções pupilares e deficiência ou paralisia dos movimentos conjugados dos globos oculares para cima.

A técnica operatória está actualmente bem regrada, e mesmo se a remoção da neoplasia não for total, o tratamento röntgenterápico profundo, post-operatório, completa a cura, pois a maioria dos tumores da pineal são rádio-sensivos.

Não se vêem razões que impeçam de reduzir a mortalidade operatória, de modo a tornar a percentagem dos insucessos operatórios nestas neoplasias semelhante à actualmente obtida nos tumores da hipófise.

ALMEIDA LIMA.

Sobre o emprégo terapêutico da albumina de sôro e da glicocola nos estados de insuficiência albuminóide. (*Ueber die Therapeutische verwendung von serumeiweiss und Glykokoll bei Eiweissmangelzuständen*), por FRIEDRICH LINNEWEH.— *Klinische Wochenschrift*. N.º 6. 1938.

O A. acentua a necessidade que têm os organismos em crescimento de uma administração grande de albumina, uma parte para consumo e outra necessária ao novo desenvolvimento.

Segundo Bessau, não deve a quantidade de albumina ministrada ser inferior a 1 gr. por quilo de pêso.

Em virtude desta maior necessidade é freqüente encontrar nas crianças

estados de insuficiência albuminóide, quer por uma administração diminuída (fome, perturbações da digestão), quer por perdas aumentadas (secreção, transudação, maior combustão) e o A. aponta como protótipos de tais estados o «edema da fome», a «insuficiência pancreática», a «nefrose» e formas de «ascite» ricas em albumina. No ser vivo manifesta-se a insuficiência albuminóide por uma hipoalbuminémia que leva ao pre-edema e, por fim, a edemas manifestos. O tratamento sintomático por meios diuréticos é, só até certo ponto, eficaz, visto a perturbação do metabolismo estar «antes» do rim. O causal consiste numa abundante administração de albumina.

A seguir, o A. refere as pesquisas feitas para aplicação da albumina de soro, citando os trabalhos de E. Salkowski e Whipple, entre outros, cujos resultados o encorajaram a administrá-la a crianças com estados manifestos de insuficiência albuminóide das mais diversas etiologias.

Depois de descrever o modo de fabricação do preparado de albumina de soro animal (vacas) que o A. empregou, em seguida, sob a forma de papas com fruta ou leite, relata os resultados conseguidos em casos de nefrose e de insuficiência pancreática acompanhados de pronunciados edemas.

Em casos de nefrose empregou para desidratação dos edemas a glicocola, na dose de 50-80 grs. por dia, considerando o seu uso um progresso em relação ao da ureia, cujos inconvenientes aponta. Além do pronto efeito diurético obtido com a glicocola, o A. admite a favorável influência desta substância também sobre a albuminúria e o nível da albumina do sangue, prometendo, para outro trabalho, mais pormenores sobre este particular.

Afastados os edemas com a glicocola, obteve os melhores resultados sobre a hipoalbuminémia com a administração da albumina de soro, como também os obteve no caso de insuficiência pancreática, revelando-se esta albumina superior a todas as outras albuminas animais.

Por último, o A. diz dever ponderar-se até que ponto esta «matéria prima» pode vir a ser utilizada na alimentação do povo alemão, mesmo fora de estados de doença.

OLIVEIRA MACHADO.

Sobre apoplexias das cápsulas supra-renais. (*Ueber «Nebennierenapoplexien»*), por HILDEGARD SCHÜNBERG. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 6, 1938.

O A. traz uma contribuição ao estudo deste problema com os resultados de mil autópsias de crianças feitas nos últimos três anos e começa por citar a opinião de Schwarz e Siegmund, para os quais a causa mais freqüente de hemorragias capsulares é o traumatismo em partos precoces e, em seguida, os devidos a complicações (apresentação pélvica, manobras para debelar grande asfixia do recém-nascido) em partos de termo.

Dietrich e Siegmund apontam ainda outras causas, mas só em adultos :

a) lesões tóxico-infecciosas, especialmente em doenças infecciosas agudas, como a difteria, o sarampo, etc.

b) Tromboses e embolias nos vasos das cápsulas supra-renais e, muito raramente.

ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

Solução com a concentração de 26,13%
de "3 acetylâmimo 4 oxyphenylarsinato de diethylaminoethanol"
Um centimetro cubico corresponde a 0 gr. 05 de arsenico.

Medicação arsenical rigorosamente indolora pelas vias subcutaneas e intra-musculares.

FRACA TOXIDEZ — TOLERANCIA PERFEITA — NADA DE ACUMULAÇÃO
SEGURANÇA DE EMPREGO EM DOSES ELEVADAS ACTIVAS

SIPHILIS -:- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilização terapeutica)

PIAN — TRYPANOSOMIASAS — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

Modo de usar: em "doses fortes", injectar 5 cc. duas vezes por semana (apòz verificação da ausencia de intolerancia arsenical).

em "doses fraccionadas repetidas", injectar 3 cc. todos os dias por series de 12 a 16 injeccões.

Empolas de ARSAMINOL de 3 cc. (0 gr. 15 de As) e de 5 cc. (0 gr. 25 de As).

LABORATORIOS CLIN COMAR & C^{ie} — PARIS
GIMENEZ-SALINAS & C.^o, 240, Rua da Palma, 246 — LISBOA

D. P. 158

PREPARAÇÕES COLLOIDAES

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

ELECTRARGOL

(Prata)

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

Todas as doenças infecciosas sem especificidade para o agente pathogenio.

N. B. — O ELECTRARGOL é igualmente empregado no tratamento local de numerosas affecções septicæ (Anthrax, Olites, Epididymites, Abscessos do Seio, Pleuresia, Cystites, etc.)

ELECTRAUROL (Ouro)

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

ELECTROPLATINOL (Platina)

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

ELECTROPALLADIOL (Pó)

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

ELECTRORHODIOL (Rhodio)

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

ELECTR = Hg (Mercurio)

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

Todas as formas da Syphillis.

ELECTROCUPROL

(Cobre)

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

Cancro, Tuberculose, Doenças infecciosas.

ELECTROSELENIO

(Selenio)

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

Tratamento do Cancro.

ELECTROMARTIOL

(Ferro)

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

Tratamento do Syndroma anemico.

ARRHENOMARTIOL

(Complexo ferro colloidal + Arsenico organico)

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

COLLOTHIOL (Enxofre)

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

Todas as indicações de Medicação sulfurada.

IOGLYSOL (Complexo iodo-glycogenio)

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

Curas todada e lodurada.

ELECTROMANGANOL (Manganez)

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

Affecções estaphylococcicas.

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

LISBOA MÉDICA

TUBERCULOSE

VITADONE

INJECTÁVEL

VITAMINAS A & D

fisiològicamente tituladas

Caixas de 6 empôlas de 2 centímetros cúbicos

Contendo cada um $\left\{ \begin{array}{l} 20.000 \text{ u. i. de Vitamina A} \\ 20.000 \text{ u. i. de Vitamina D} \end{array} \right.$

2 injeções intra-musculares por semana

Etablissements BYLA — 26, Avenue de l'Observatoire — PARIS

Literatura e amostras nos Representantes:

Gimenez-Salinas & C.^a — 240, Rua da Palma, 246 — LISBOA

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PÁGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes:

Colónias e estrangeiro:

Ano, 60\$00

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO: 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

c) Lesões arterioescleróticas.

Nas mil autópsias de crianças, estudadas pelo A., desde as falecidas logo em seguida a um parto precoce até às que ainda viveram catorze anos, regista êle 35 casos de hemorragias capsulares, isto é, 3,5 %. Dêstes 35 casos, 28 appareceram logo no primeiro ano de vida em 651 de morte, sendo o maior número, 13, em 113 crianças nascidas de parto precoce e 7 em 11 crianças nascidas de parto de termo com trauma.

Dos restantes 15 casos também o maior número se deu em crianças com idades inferiores a um ano, por processos de base séptica (meningo, pneumo, estrepto e estafilococos), provando-se que o primeiro ano de vida é especialmente atacável por uma apoplexia das cápsulas supra-renais de base séptica.

Quanto ao curso clínico destas hemorragias capsulares, diz o A. estar frequentemente encoberto, no seu material de estudo, pela gravidade do estado tóxico geral de forma a não apparecerem — note-se bem — os sintomas agudos addisonianos. O mais que encontrou foi uma leve pigmentação da pele, muitas vezes disfarçada por uma icterícia dos recém-nascidos, sobretudo nos casos de parto precoce e parto com traumatismo. Só nas crianças mais velhas viu uma ligeira coloração cinzento-sujo de todo o corpo.

A esta fraca pigmentação nas crianças opõe o A. a intensa coloração da pele nos adultos, que, no entanto, pode não manifestar-se quando se trata apenas de uma pequena hemorragia numa das cápsulas.

Como confirmação disto, cita 2 casos de autópsias de adultos, um com hemorragia intensa de ambas as cápsulas a explicar o apparecimento de sintomas de Addison, e outro com um foco hemorrágico dum adenoma cortical da cápsula esquerda, que decorreu sem sintomas clínicos.

OLIVEIRA MACHADO.

Morte do feto pela hormona tireotropa da hipófise. (*Fruchttoed durch Thyreotropes Hormon der Hypophyse*), por PAUL GRUMBRECHT e A. LOESER. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 7. 1938.

Os AA. foram levados — pela observação duma doente em que no terceiro mês de gravidez, durante um tratamento com hormona tireotropa, appareceram dores semelhantes às do parto seguidas da expulsão do feto morto — a estudar a influencia daquela secreção interna no curso da gravidez e, para isso, utilizando como animais de experiência cobaias e ratas prenhes (às quais injectavam diariamente, sob a pele do dorso, 100 Ms E (unidade cobaião) de hormona tireotropa durante seis a quinze dias, sacrificando-as logo que existiam hemorragias vaginaes ou diminuição acentuada e repentina de peso durante a noite), viram que, tanto com as cobaias como com as ratas, havia interrupção prematura da gravidez e morte dos fetos. Assim, a estimulação da actividade da glândula tiroidea pela hormona tireotropa da hipófise leva a êste resultado e, como faltam tanto no organismo da mãe como no do feto e mesmo na placenta, alterações dignas de importância anatómica e histológicamente comprováveis, apenas se podem pôr hipóteses sobre as causas da interrupção da gravidez.

Possivelmente, segundo opinião dos AA., trata-se de uma alteração tóxica dos tecidos fetais por substâncias da glândula tiroidea, para as quais êles carecem de resistência por serem ainda insuficientes os processos reaccionais de defesa.

Estes resultados impõem a máxima atenção no emprêgo clínico da hormona tireotropa durante a gravidez.

OLIVEIRA MACHADO.

Acérca da reabsorção da vitamina D na administração em altas doses (choque de vitamina D). [*Ueber die Vitamin D Resorption bei Verabreichung hoher Dosen (Vitamin D Stoss)*], por A. WINDORFER. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 7. 1938.

O A. descreve os resultados conseguidos em 21 crianças raquíticas pelo choque de vitamina D, isto é, pela administração, em alta dose, de uma só vez, desta vitamina.

Em 13 casos empregou uma dose de 15 mgrs. de D₂; em 6, 10 mgrs.; em 2 apenas 6 mgrs., e quasi sempre observou a cura do raquitismo, com os resultados mais impressionantes nos casos graves. Entre estes últimos, 4 eram complicados de pneumonia, tendo morrido apenas 2, um dois dias e o outro catorze depois da administração de 15 mgrs. de D₂.

A cura, porém, nem sempre se obteve mais rapidamente do que com a administração prolongada e em pequena dose parcial de Vigantol.

Em seguida, o A. expõe as tentativas para explicar o modo da acção terapêutica desta forma de administração maciça e feita de uma só vez, pretendendo dar — ao menos — uma resposta provisória.

Com o intuito de saber que quantidade de vitamina fôra reabsorvida nas crianças tratadas, e atendendo a que apenas pelas fezes esta vitamina é excretada, fêz pesquisas, de colaboração com a casa E. Merck, sobre as quantidades excretadas em 6 crianças às quais previamente administrara 15 mgrs. de D₂.

O método químico usado foi o de Brockmann, que consiste numa prova colorimétrica da vitamina D por meio do cloreto de antimónio, e os resultados mostraram que :

a) A quantidade de vitamina D₂ administrada às crianças é reabsorvida na sua maior parte.

b) Da vitamina não reabsorvida a maior parte já é excretada, pelas fezes, nos três primeiros dias após a administração.

c) A quantidade reabsorvida — na medida em que as seis observações feitas permitem uma conclusão — não depende da gravidade do raquitismo.

d) Em média, 93 % da vitamina D administrada em alta dose, é reabsorvida pelo corpo do lactante.

Pesquisas feitas em cães confirmaram estas conclusões.

Em vista dos bons resultados obtidos nas crianças doentes parece, portanto, poder concluir-se que a vitamina administrada vai constituir um depósito do qual o organismo doente tira continuamente a quantidade necessária.

Já Petényi, em 1929, chegara a esta conclusão e também Opitz a compartilha.

¿Onde armazena o organismo a vitamina recebida? Segundo Opitz, nos seguintes órgãos: cérebro, cápsulas supra-renais, timo, fígado, rins, pele, tecidos muscular e adiposo.

O A., utilizando o cadáver dum dos doentes de raquitismo grave complicado de pneumonia, ao qual administrara 15 mgrs. de D₂, catorze dias antes da morte, procurou demonstrar onde se faz a armazenagem desta vitamina e então, ainda de colaboração com a casa E. Merck, verificou — por pesquisas colorimétricas e biológicas — que: pulmão, coração, baço, timo, bexiga e testículos estavam completamente livres de vitamina D; no rim e cérebro se encontravam quantidades respectivamente de 3,3% e 4% da quantidade administrada pelo choque de vitamina D; que também existia vitamina no estômago e intestino e que, com grande surpresa, não se encontrava a menor quantidade no fígado, órgão que se supunha ser o principal depósito da vitamina D, guardando-se o A., porém, de dar a êste respeito uma opinião definitiva.

Por último, o A. fala das pesquisas de Vollmer, de 1928, de resultados opostos quanto à utilidade da administração da vitamina D em alta dose e, atribue esta divergência ao Vigantol de então, ainda não standardizado.

O A. recomenda, ainda, um tratamento anti-convulsivo, quando há espasmofilia, antes do emprêgo anti-raquítico do choque de vitamina D, pelo perigo que existe então, de se provocarem com êle crises espasmódicas.

OLIVEIRA MACHADO.

A intervenção cirúrgica das vias biliares realizada em duas etapas operatórias. (*Operazioni in due tempi sulle vie biliari*), por O. UFFREBUZZI. — *Minerva Médica*. Ano XXIX. Vol. I. 1938.

É já bem conhecido o facto dos doentes portadores de icterícia de retenção serem extremamente sensíveis e pouco resistentes às intervenções cirúrgicas, sobretudo as que são realizadas nas vias biliares.

Devem ser vários os factores que intervêm no fenómeno, destacando-se, principalmente, o de ordem tóxica, estreitamente relacionado com a perturbação funcional do parênquima hepático.

As intervenções realizadas nestes doentes, mesmo que a técnica executada seja da mais perfeita e não surjam accidentes operatórios de maior gravidade, não permitem ao cirurgião garantir um prognóstico optimista, e de-facto as estatísticas apontadas na literatura médica revelam-nos taxas de mortalidade que chegam a atingir a cifra de 50%.

Basta lembrar que as intervenções cirúrgicas executadas com o fim de demover as formações calculosas do colédoco, sobretudo quando há icterícia de retenção, apresentam gravidade idêntica à das intervenções cirúrgicas das peritonites generalizadas, havendo necessidade do cirurgião se rodear do máximo de precauções para baixar a taxa da mortalidade.

O A., neste trabalho, estuda e analisa alguns aspectos da cirurgia biliar,

especialmente da que se executa nos casos de obstrução do colédoco, afirmando :

a) Que os doentes portadores duma calculose do colédoco, acompanhada de retenção biliar, são muito pouco resistentes às intervenções cirúrgicas, por várias razões, entre as quais se destacam a discrasia sanguínea resultante da insuficiência hepática e a presença de focos de infecção, em regra latentes, nas vias biliares intra-hepáticas.

b) Que nestes doentes o problema urgente não reside na libertação dos cálculos das vias biliares, mas sim na tentativa de restabelecimento do equilíbrio intra-hepático, sobretudo no que respeita à retenção biliar, recorrendo-se para isso a uma derivação temporária da bile.

c) Entre a derivação biliar para o exterior e a intestinal, deve recorrer-se à primeira, que põe o organismo ao abrigo da reabsorção tóxica e infecciosa da bile ao nível do intestino. Além disso, o fácil acesso do lipiodol às vias biliares, por meio da sua introdução pela fístula, permite a visualização dos canais biliares à radiografia, a qual nos pode fornecer alguns elementos dignos de interêse.

d) O intervalo que deve separar as duas intervenções depende de vários factores, entre os quais se conta a regressão da icterícia, melhoria do estado geral, abaixamento da temperatura, relativa normalização das funções hepáticas, sob o *contrôle* das provas funcionais respectivas, etc.

e) O tipo da segunda intervenção varia com a sede e o número de cálculos, nuns casos faz-se a coledocotomia directa sôbre o cálculo, enquanto que noutros se segue a via transduodenal, sobretudo nos casos em que o cálculo esteja instalado na vizinhança da papila.

f) O A. afirma que com estas precauções se diminue consideravelmente o perigo das intervenções nas vias biliares, devendo aguardar-se o momento em que a tensão intra-hepática tenha diminuído e o funcionamento das células hepáticas tenha melhorado, critério idêntico ao que se segue actualmente na cirurgia urinária.

BARREIROS SANTOS.

A apendicite crónica e as gastro-duodenopatias. (*Apendicitis crónica y gastro-duodenopatias*), por C. UDAONDO. — *La Prensa Médica Argentina*. Ano XXV. N.º 4. 1938.

O aspecto multiforme das reacções a que a apendicite crónica dá lugar, sobretudo o franco predomínio de sinais clínicos a distância, leva com frequência a erros de diagnóstico, tanto mais que os sintomas de perturbação funcional do tubo digestivo predominam em muitos doentes em relação aos sinais locais da fossa ilíaca direita.

O reflexo da apendicite crónica sôbre o tónus das fibras musculares do estômago e duodeno é já bem conhecido. Para alguns, como Brodin e Tedesco, a existência de ponto apendicular doloroso com espasmo da segunda porção do duodeno, é sinal de agressão inflamatória do apêndice.

O mecanismo dêstes reflexos a distância tem sido alvo de larga discussão, afirmando o A. que nêle deve intervir um desequilíbrio neuro-vegetativo que,

sem ser exclusivo da apendicite crônica, a acompanha com muita frequência, estando êsses fenômenos reflexos exagerados pelo estado de hipersensibilidade do intestino, atingido pelo processo inflamatório.

Noutros casos a sintomatologia gastro-duodenal não resulta de simples fenômenos reflexos, mas sim de factores de ordem mecânica, relacionados com a presença de aderências. As periviscerites de origem apendicular por propagação directa do processo inflamatório, são já bem conhecidas, localizando-se não só no quadrante inferior direito do abdômen, mas também nas zonas mais elevadas, criando-se então a periduodenite.

É a radiografia que na maioria dos casos permite estabelecer com sólido fundamento não só a existência da periduodenite, mas também a lesão causadora da formação dessas aderências.

Quando Kruchen pretendeu apontar certos sinais radiológicos do bulbo duodenal, como índice da etiologia apendicular da periviscerite, esqueceu-se que essas mesmas características se vêem nas periduodenites secundárias a lesões da vesícula biliar.

O A. afirma, e com razão, que o diagnóstico de anomalias duodenais não é o suficiente para sermos orientados acêrca da sua etiologia e só a positividade de sintomas apendiculares ou a existência duma periviscerite do cólon direito, nos permite aceitar a hipótese duma etiologia apendicular.

A patogenia destas periduodenites pode corresponder a dois mecanismos: por propagação directa do processo inflamatório, sobretudo nas apendicites retroceais ascendentes, ou por via linfática, tanto através do grande epíploon como pelos linfáticos subperitoniais posteriores, que foram cuidadosamente descritos por Braithwaite.

O A. acaba por passar em revista os sintomas gastro-duodenais, resultantes de causas toxi-infecciosas, em que o ponto de partida é uma apendicite crônica.

Para muitos patologistas as toxinas de origem apendicular actuam sôbre o estômago, reproduzindo inúmeros sinais dispépticos, possivelmente por acção sôbre os capilares, mas a verdade é que em muitos casos êsses sintomas se mantêm após a ablação do apêndice.

É êste um argumento que tem sido apresentado contra a idea dêstês reflexos toxi-infecciosos, mas a verdade é que podem existir simultaneamente aderências que mantenham essas perturbações, mesmo após a apendicectomia.

Também para muitos patologistas as hemorragias gastro-duodenais secundárias à apendicite crônica têm sido explicadas por um mecanismo toxi-infeccioso. O A. não aceita esta idea, afirmando ser necessário que previamente se aproveitem todos os métodos de investigação ao nosso alcance para se confirmar esta noção, pensando que são fenômenos simultâneos, sem conexão alguma.

O A. termina por recordar a semelhança que há entre o ulcus péptico e os sintomas dispépticos da apendicite crônica e as possíveis relações entre estas duas lesões do tubo digestivo, lembrando os trabalhos de Paterson e Moynihan, que encontraram a agressão apendicular em 70% dos doentes com úlceras gastro-duodenais, e Grekoff que, no XV Congresso Pan-russo de Cirur-

gia, chega a indicar a cifra de 100 %. Em opposição a esta idea, outros cirurgiões de renome, como Mayo e Schutz, afirmam que a aparente relação entre úlcera e apendicite reside em erros de diagnóstico, chegando Gallassi a considerar esta coincidência como um facto extremamente raro.

BARREIROS SANTOS.

O vómito da gravidez, o mecanismo da sua formação e o seu método de tratamento. (*Vomiting of pregnancy. A part of the mechanism of production and a method for its relief*), por J. MC GOWAN, J. BAKER e A. TORRIE.—*The Journal of the American Medical Association*. Vol. CX. N.º 7. 1938.

Os AA., neste trabalho, começam por recordar as relações bem estreitas que existem entre a gravidez e as alterações hepato-biliares, lembrando a frequência com que nesse período surgem as disquinésias das vias biliares.

A própria «dor hepática», que tantas vezes se manifesta, resulta do aumento de pressão da bile dentro dos canais biliares pelo espasmo da musculatura dos mesmos canais, que parece ser mais intenso no segmento terminal da via biliar, sobretudo na porção juxta-duodenal.

O estudo radiográfico, com substância de contraste, feito em grávidas sofrendo vômitos frequentes, confirma o espasmo da segunda porção do duodeno, com simultâneo relaxamento do piloro e refluxo do bário para o estômago.

Os AA. submetem inúmeras grávidas sofrendo vômitos à acção do nitrato de amilo e da nitroglicerina (0,0006 grs.), tendo obtido muito bons resultados, sobretudo quando a droga se administra antes das refeições.

É por meio do cuidadoso *contrôle* radiográfico que os AA. explicam o vômito da gravidez, afirmando que existe um espasmo da segunda porção do duodeno, com simultâneo relaxamento do esfíncter pilórico. Estas alterações diametralmente opostas do tónus muscular, numa zona espasmo, noutra atonia, parecerão estranhas à primeira vista, mas se nos recordarmos do mecanismo do parto, vemos igualmente a hipertonia das fibras do músculo uterino ao mesmo tempo que se dá a atonia do colo.

BARREIROS SANTOS.

Fracturas isoladas e divisão por anomalias de ossificação das apófises articulares das vértebras. (*Fracturas aisladas y división por anomalías de osificación de las apofisis articulares de las vertebras*), por JOSÉ VALLS e JORGE E. VALLS (Buenos-Aires).—*Revista de Ortopedia y Traumatologia*. Ano VII. N.º 1. Págs. 46-51. Julho de 1937.

Os AA. apresentam duas observações clínicas, ambas duma certa raridade. As fracturas isoladas das apófises articulares das vértebras são consideradas como raras, apesar-de que publicações recentes aumentaram bastante o número de casos observados. A maior parte dos doentes estudados apresentava fracturas das apófises articulares das vértebras lombares, e destas as

mais freqüentemente fracturadas são as apófises articulares inferiores. O mecanismo da fractura é certamente a causa indirecta, e, segundo Koch, a fractura produz-se por uma violenta contracção muscular, que provoca um movimento da coluna que ultrapassa os limites normais. Se a fractura das apófises articulares é bilateral, pode favorecer a produção duma luxação da vértebra para diante. Se é unilateral, pode produzir-se uma deslocação lateral da vértebra para o lado da fractura. Nos casos publicados não se formou calo e foi constante a pseudoartrose dos fragmentos; é verdade que os doentes nunca foram bem imobilizados durante um tempo suficientemente dilatado.

A sintomatologia é análoga à do lumbago, a dor está localizada no sítio da lesão e pode ser provocada ou aumentada pelos movimentos. Existe contractura muscular e limitação dos movimentos. Em alguns doentes, com um estetoscópio, pode sentir-se crepitação óssea no sítio da fractura. O tratamento indicado é a imobilização do foco, de preferência com um colete de gesso, durante dois meses. Às vezes é necessária a extirpação cirúrgica do fragmento. Dos dois casos dos AA., um era de divisão anómala da apófise articular inferior da terceira vértebra lombar e o outro de fractura da apófise articular inferior da segunda lombar. O diagnóstico diferencial pode oferecer dificuldades; a ausência ou a presença dum traumatismo importante, a uniformidade e regularidade do traço ósseo, a presença duma ligeira condensação dos contornos ósseos dos fragmentos em contacto, são elementos importantes.

MENESES.

A osteopatia juvenil da rótula. Variedade chamada doença de Sven Johansson-Sinding Larsen. (*L'Ostéopathie juvénile de la rotule. Variété dite maladie de Syen Johansson-Sinding Larsen*), por WILLY SMETS (Bruxelas). — *Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil Moteur*. N.º 5. Págs. 479-502. Setembro de 1937.

A doença descrita sob o nome de *osteopathia patellæ juvenilis*, chamada doença de Sven Johansson-Sinding Larsen, caracteriza-se pela aparição de fenómenos dolorosos mal definidos ao nível da ponta da rótula e por uma imagem radiográfica típica. A associação desta imagem à descrita como sendo a doença de Schlatter e a uma imagem análoga do pequeno trocânter, permite colocar esta doença no grupo nosológico da *osteochondropathia parosteogenetica juvenilis* de Zaayer.

Esta imagem radiográfica aparece, segundo Hellmer, como sendo uma etapa normal da ossificação regular da rótula; pode encontrar-se, com efeito, em crianças normais estudadas sistematicamente, em crianças sofrendo de doença de Schlatter e emfim em crianças queixando-se duma rótula: nestas a imagem pode existir ao nível de duas rótulas. Do mesmo modo, a imagem descrita ao nível do pequeno trocânter é, segundo Hellmer, uma imagem normal na idade considerada.

Parece justificado considerar a imagem radiológica, assim como as das outras doenças que fazem parte dêste grupo, como sendo uma simples variação da ossificação normal, uma osteogénese paranormal.

Os sintomas clínicos são epifenómenos: a ponta da rótula, qualquer que seja a imagem radiológica da sua ossificação, pode ser sede das mesmas perturbações dependentes da patologia geral.

Esta doença não merece ser individualizada como tal; convém, talvez, fazer uma entidade dêste síndrome: o tecido ósseo dando a imagem da variante de Johansson-Larsen, sendo mais frágil, torna-se mais facilmente a sede de epifenómenos.

MENESES.

Regras gerais do tratamento das fracturas de guerra. (*Règles générales du traitement des fractures de guerre*), por D'HARCOURT e J. PRUNADA (Madrid). — *Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil Moteur*. Vol. XXIV. N.º 5. Págs. 503-519. Setembro de 1937.

Êste trabalho traz-nos boas notícias do nosso Mestre Sr. Prof. Bastos y Ansart, director da Clínica de Cirurgia Ortopédica e Traumatológica do Hospital Militar de Madrid — Carabanchel, isolado de comunicações directas connosco pela guerra de Espanha. Os AA. trabalham sob sua inspiração e expõem o tratamento duma série de fracturas de guerra das quais deduziram regras terapêuticas que estão um pouco em opposição com as que se admitem dum modo clássico.

Neste trabalho estuda-se a evolução das feridas com fracturas dos membros, produzidas por armas de fogo. Um dos feridos foi atingido por explosão de obus e os outros por balas de espingarda. Entraram no Serviço durante o tratamento, cêrca de vinte a trinta dias depois de terem sido atingidos.

Em primeiro lugar, nunca se deve esquecer que uma fractura de guerra, por mais ou menos infectada que esteja é, acima de tudo, uma fractura óssea. Êste enunciado, que parece uma «La Palissada», justifica-se pelo facto frequente de nas histórias de fracturas expostas infectadas, se desleixar uma coisa apenas — a fractura. O princípio fundamental é sempre o de reduzir e imobilizar rigorosamente o foco de fractura. Depois deve-se procurar, seja por que preço fôr, o repouso absoluto do foco. Os AA. entendem por repouso não prejudicar a formação de granulações e do tecido pre-ósseo com sondagens, explorações e tentativas para obter uma redução manual dos fragmentos. Parecem-lhes ainda mais nocivas as lavagens com líquidos antisépticos proteolíticos, através de pequenas fendas da pele. Com estas agressões mecânicas ou químicas não se consegue, na maior parte dos casos, senão dificultar a evolução fisiológica da formação do calo e muitas vezes estender a infecção por todo o membro.

Como complemento do repouso do foco é absolutamente necessário criar à volta da fractura uma atmosfera de humidade e de reacção activa propícias às trocas biológicas (que se estão fazendo na profundidade dos tecidos) e que é um meio pouco propício ao desenvolvimento das bactérias. Nada de melhor, a-propósito, que a cura retardada que, ao mesmo tempo, evita a desagradável impressão do tratamento quotidiano. As secreções não devem ficar retidas na profundidade, e é necessário fazer a dilatação das bôlsas que retêm o pus.

Quási sempre instala-se uma osteomielite fracturária secundária, as es-

quirolas são expulsas espontâneamente ou ajuda-se a sua expulsão, quando estão visíveis.

Os AA. fazem o clássico tratamento de Orr: preenchimento da cavidade com gaze vaselinada estéril e encerramento da ferida por meio dum aparelho de gesso de imobilização da fractura. Nos dias seguintes, vigilância cuidadosa do ferido, comparação dos dados que o doente subjectivamente refere com o pulso, temperatura, manchas no aparelho, cheiro quando dêle nos aproximamos, etc.

A tolerância máxima do tratamento de Orr foi de trinta e cinco dias. Em muitos casos, renovou-se mais freqüentemente o aparelho, de sete a quinze dias, mais pelo aspecto repugnante que tinha e pelo cheiro que exalava, do que por outra razão. Ao tirar o aparelho via-se sempre bom tecido de granulação e ligeira maceração da pele pela secreção.

Dois dias ao ar eram bastantes para que a pele voltasse ao normal e permitisse novo aparelho.

MENESES.

As miosites ossificantes, sua etiologia traumática. (*Les myosites ossificantes, leur étiologie traumatique*), por CHRISTIANE ARTUS-CRISTIANI (Geneve). — *Lyon Chirurgical*. Vol. XXXIV. N.º 1. Págs. 5-19. 1937.

O A. invoca dum modo breve as várias teorias patogénicas das ossificações post-traumáticas: o osteoma muscular formar-se-ia, para alguns, à custa do periosteo (teoria facilmente contestável), para outros, por ossificação directa do músculo (teoria muscular), para a maior parte, emfim, à custa da massa conjuntiva embrionária produzida pela miosite traumática (teoria conjuntiva).

Duas observações referidas neste trabalho, posto-que muito completas, não permitem esclarecer muito a questão. O exame cuidado das peças anatómicas permite verificar tanto fenómenos de ossificação fibroplástica como de ossificação encondral ou de metaplasia. Resta explicar porque, com um traumatismo igual e idêntico, em certos indivíduos se desenvolvem osteomas e noutros não. O A. pensa que talvez se possa considerar um factor pessoal: a própria constituição do indivíduo.

MENESES.

Luxação habitual da rótula. (*Luxación habitual de la rotula*), pelo Dr. A. BARBA INCLÁN (Havana, Cuba). — *Cirurgia Ortopédica y Traumatologia* (Havana). Vol. V. N.º 3. Julho-Agosto-Setembro de 1937.

O A. apresenta um caso bastante interessante de luxação habitual da rótula, tratado no serviço ortopédico do Hospital de Nossa Senhora das Mercês.

Estuda cuidadosamente os caracteres particulares dêste caso, e, depois de ter resumido as opiniões mais importantes sobre o assunto, justifica a sua própria opinião no que respeita ao tratamento, e que se pode resumir nas seguintes conclusões:

1.^a — A luxação habitual da rótula pode ser de etiologia óssea, ligamentosa ou muscular, segundo as modificações produzidas sobre os tecidos vizinhos.

2.^a — Pode ser devida a uma deformidade congénita, mas também a uma paralisia, um traumatismo, etc. O caso do A. pertence a este último tipo e à sua variedade mais frequente, a externa.

3.^a — O tratamento deve ser dirigido à lesão causal e às modificações dos tecidos ou dos elementos. Por isso são necessárias técnicas e processos vários para a correcção do aparelho ósseo, ligamentoso ou muscular.

4.^a — Qualquer destas operações pode, por si só, curar um caso de luxação habitual em maior ou menor espaço de tempo; mas duas ou mais asseguram o êxito.

5.^a — A reconstrução das «partes moles» (ligamentosas e capsulares) com o auxílio da técnica da plastia capsular d'Ali Krogius, foi realizada, no caso do A., com o ponto de vista de reparação cirúrgica do factor causal.

6.^a — A operação de transplantação do tendão rotuliano através dum buraco da cápsula, para a face interna da tibia (Volcker e Mouchet), combinada com a operação referida no parágrafo anterior, foi a segunda parte do tratamento.

7.^a — Dez meses após a operação, o resultado era perfeito, graças à combinação das duas técnicas descritas, que o A. considera as mais adequadas para curar um caso de luxação habitual da rótula, consecutiva a uma alteração das «partes moles».

MENESES.

O tratamento das cavernas e céu aberto. (*Offene Kavernenbehandlung*), por H. KLEESATTEL. — *Zeitschrift für Tuberkulose*. Band 78. Heft 5-6. 1937.

Quem primeiramente tentou o tratamento das cavernas tuberculosas a céu aberto foi Tuffier, em fins do último século, mas com resultados tão pouco encorajantes que as indicações para esta intervenção desapareceram, naturalmente, pouco tempo depois. Mais tarde Sauerbruch chamou novamente a atenção para aquela possibilidade terapêutica, mas, desta vez, sistematizando com maior cuidado os casos a escolher; foi este A. que estabeleceu o princípio do recurso à intervenção directa, das cavidades pulmonares bacilosas, só quando previamente se tivesse empregado qualquer intervenção cirúrgica colapsante, sem resultado (toracoplastia, plumbagem). Evidentemente que, por vezes, não há para o cirurgião outra perspectiva, mas, como bem o acentua Kleesattel, há ainda que entrar com outros elementos de análise para que tal operação seja coroada por um resultado feliz. Assim, situação topográfica; melhor, quanto mais superficial for a cavidade, e mesmo deste modo, será tanto mais acessível quanto mais próximo estiver da parede ântero-lateral; qualidades anatómicas do tecido circundante, quer dizer, haverá poucas possibilidades de cura desde que em torno da caverna se encontre tecido fibroso denso, que não permite uma regeneração tissular nítida e favorável à cicatrização da perda da substância; condições de resistência geral orgânica, as melhores

possíveis, por isso doentes com poucos sinais de intoxicação e que não excedam em idade os quarenta anos. Pelo que se acaba de dizer se verifica como são limitadas as indicações, e mesmo quando estas se encontram realizadas, as possibilidades de cura não devem esperar-se com grande optimismo, segundo pensamos. Dêste modo julgamos mais sensato um estudo prévio, ponderado, da extensão da demolição costal a realizar, inclusivamente associando nos diversos tempos operatórios a via posterior e axilar, de modo a reduzir ao mínimo o insucesso da toracoplastia. O A. apresenta um caso operado por êle com bom resultado.

J. ROCHETA.

A terapêutica da gripe. (*Die Therapie der Grippe*), por P. MARTINI.— *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 47. 1937.

A gripe, na sua evolução benigna, é uma doença que não merece um capítulo especial de terapêutica; simplesmente a sua tendência para complicações, principalmente pulmonares e circulatórias, e ainda, o que é muito importante, os seus surtos epidêmicos, levam o A. a fazer a análise dos medicamentos propostos para o seu tratamento. A crítica que aquêle lhe faz merece ser lida na íntegra, pela claridade objectiva que projecta sobre os numerosos trabalhos que se têm ocupado do assunto. Dum modo geral duvida que se tenha encontrado até agora um medicamento que tenha um efeito curativo ou pelo menos preventivo das complicações usuais; muitos dos autores que apresentam estatísticas com resultados favoráveis devidos às substâncias medicamentosas empregadas, não merecem o valor atribuído, muitas vezes porque não entram em linha de conta com os resultados que se obteriam sem o emprêgo daquelas, numa série de doentes que se pudessem comparar com os primeiros, de maneira a estabelecer um confronto rigoroso e sério. Esta crítica estende-se mesmo até às publicações que dizem respeito ao uso do soro dos convalescentes de gripe.

Sem que as conclusões do A. se possam considerar totalmente pessimistas, são, no entanto, pouco animadoras, e, em seu entender, um grande passo se poderia dar, mas êste de natureza profiláctica, por meio duma vacina colectiva, como se tenta já fazer nalguns países: América, Inglaterra e Japão.

J. ROCHETA.

O papel do mesênquima na cura das infecções, especialmente no tratamento da tuberculose pelo ouro. (*Die Rolle des aktiven mesenchyms für die Heilung von Infektionen—insbesondere bei der Goldbehandlung der Tuberculose*), por H. SIEGMUND.— *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 51. 1937.

Começa o A. por esclarecer que tôdas as considerações que apresenta no seu artigo representam apenas um ponto de vista geral de patologia, aplicado ao problema da terapêutica química das doenças infecciosas, especialmente da tuberculose, sem pretender defender uma tese com aplicações práticas. O

ponto de vista do A. resume-se, particularmente, nisto: qualquer que seja a terapêutica adoptada, quer se trate de substâncias químicas perfeitamente definidas, quer se trate de medicamentos específicos (sôros, vacinas), para a cura de qualquer infecção, o papel predominante e decisivo pertence ao chamado sistema reticulo-endotelial, na sua mais larga accepção, e mesmo por vezes coadjuvado por órgãos parenquimatosos, como o fígado, e, sem dúvida também, ainda pelo sistema vegetativo; quer isto dizer que, mesmo naquele grupo de infecções para cujos agentes já hoje possuímos substâncias que actuam directamente, aniquilando-lhes a vitalidade (emetina, antimónio, quinina, etc.), uma esterilização obtida por meios que se dirigissem exclusivamente ao elemento vivo infectante não poderia constituir de nenhum modo a cura da doença, porque seria sempre ao organismo infectado que competiria a destruição final daqueles, eliminação, etc. O organismo vivo não pode ser comparado a um tubo de ensaio vulgar de laboratório.

Para o caso especial do tratamento áurico da tuberculose, não parece ao A. que qualquer dos numerosos preparados correntemente empregados tenha uma acção directa parasitotropa; pelo menos nunca conseguiu, e depois de pesquisas muito detalhadas, qualquer deposição de ouro nos bacilos tuberculosos; e, a-propósito, refere o que já hoje se conhece, e em grande parte por investigações próprias, do destino que sofre no organismo o ouro administrado. E, assim, poucas horas após a sua introdução no indivíduo, já se pode verificar um certo número de fenómenos que são característicos duma aumentada actividade das células reticulo-endoteliais do fígado e do baço, tais como: maior número das células de Kupffer, formação de vacúolos, afinidade mais acentuada para absorpção de determinados corantes, etc., factos estes que são, por outro lado, acompanhados por alterações das albuminas do plasma, na velocidade de sedimentação, e do próprio quadro dos elementos figurados do sangue. Por isso para o A. a acção do ouro é fundamentalmente uma activação morfológica e biológica de todo o sistema mesenquimatoso no sentido dum aumento das suas defesas.

J. ROCHETA.

Cirrose muscular do pulmão. (*Ueber Muskuläre Cirrhose der Lunge*), por E. VON STÜSSEL. — *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*. 90 Band. 5 Hett. 1937.

A cirrose muscular do pulmão é uma afecção rara, mas que merece ser conhecida, especialmente para melhor destrição diagnóstica com outras doenças, com as quais aquela se confunde em muitos dos seus traços. Clinicamente, evolue crónicamente durante quatro, cinco e até sete anos, e sem preferência por qualquer sexo, profissão ou idade; a sua principal sintomatologia é constituída pelos sinais típicos duma bronquite crónica, rebelde a qualquer terapêutica, acompanhada precocemente duma ligeira dispneia. Radiològicamente, observa-se uma sementeira de pequenas sombras irregulares, que podem fazer pensar numa tuberculose miliar, uma linfagite reticular, uma disseminação de células cardíacas nos pulmões com estase crónica, uma peribronquite, uma silicose, etc., com refôrço das imagens hilares e alargamento

da sombra mediastínica; êste último facto deve-se a uma hipertrofia inflamatória crônica dos gânglios locais. Os doentes morrem, em geral, por insuficiência cardíaca direita, quando não pela complicação mais freqüente: um pneumotorax espontâneo, de válvula, por rebentamento duma bôlha enfisematosa superficial. A autópsia mostra de característico um aumento de pêso dos pulmões, cuja superfície se encontra, na sua maior parte, coberta por pequenas elevações nodulares, separadas por pequenos sulcos irregulares de modo a apresentar o aspecto típico da cirrose hepática; aquelas correspondem a bolas de enfisema. Microscópicamente, o mais interessante é o aparecimento de grandes massas de tecido muscular liso, completamente desenvolvido e sempre ordenado em feixes—nada semelhantes à irregularidade das formas miomatosas—e que envolvem em forma de cêsto os espaços alveolares e os bronquíolos acinosos, que se encontram alternadamente dilatados ou diminuídos de volume por constrição do tecido envolvente. A patogenia desta doença é obscura: trata-se duma doença autónoma sem relação com qualquer afecção geral ou local ou enxerta-se sôbre uma inflamação do tecido pulmonar? O A. apresenta o protocolo de dois casos clínicos e respectivas autópsias, que refere pormenorizadamente.

J. ROCHETA.

O valor da etiologia no tratamento das doenças. (*Die Bewertung der ätiologischen Zusammenhänge in der Krankheitsbehandlung*), por L. R. GROTE. — XIII Curso de Aperfeiçoamento in Bad-Naubeim. Setembro de 1937.

O Curso de Aperfeiçoamento que a União dos Médicos de Bad-Naubeim realiza anualmente foi iniciado, no último curso, por Grote, com o título que encima esta referata. Lição verdadeiramente magistral e muito interessante pela sistematização e largueza de vistas que abarca, começa por alguns períodos explicativos da necessidade que tem o espírito do clínico de investigar as causas das doenças, para daí concluir e esclarecer o mecanismo patogénico que as determina e poder assim, com mais segurança, fazer uma aplicação terapêutica lógica; o ideal seria poder reduzir todos os fenómenos vitais a proposições quantitativas e traduzi-los depois em fórmulas exactas, físico-matemáticas. Simplesmente não deve esquecer-se: a essência da substância viva move-se noutro plano que não no puramente mensurável; as raízes da vida estão para além das leis físicas. Seja como fôr, a análise e a experiência, tais como as realizam o nosso espírito de investigação, constitue um meio útil para a ordenação inteligente e para o uso prático das forças da natureza dentro das nossas directrizes humanas, e como tal se tem afirmado o valor do diagnóstico etiológico para a compreensão do mecanismo patogénico do quadro mórbido. Todavia, é incomparavelmente mais difícil do que vulgarmente se julga estabelecer rigorosamente uma terapêutica das causas; quando, por exemplo, se extrae um cálculo biliar que obstrue um ducto excretor do fígado, pode pensar-se que o cirurgião actuou directamente, por indicação causal e contudo o próprio cálculo é por si o resultado de outros mecanismos orgânicos que o tratamento cirúrgico não atacou. Um outro exemplo pode ser

dado pela análise das doenças infecciosas; não basta a presença do microorganismo patogénico para que a doença se produza, e, sem que possa considerar-se falso o conceito do contacto como o enunciou Roberto Koch, é todavia insufficiente para explicar tôda a extensão do processo infeccioso. Há que aprofundar cada vez mais a noção da constituição individual, que é, por enquanto, muito incompleta.

A tarefa da terapêutica etiológica tem portanto que resolver quais os factores e a sua diversa categoria, que actuam provocando um determinado estado mórbido. Neste sentido considera o A. como terapêutica etiológica de primeira ordem tôdas as medidas que se ocupem das condições gerais capazes de exercer uma influência patogénica, isto é, os chamados, por Roux, factores determinantes qualitativos. Entre estes desempenha a hereditariedade um papel primordial, mas devemos incluir ainda neste grupo os factores ambientais, tais como a posição social, profissão, a distribuição do trabalho e do repouso, a alimentação, etc. Dentro dêste critério, é muitas vezes mais importante a observação do remoto que do presente e neste sentido é justa a frase de Hufelands, quando diz: «a arte suprema está em generalizar tanto quanto possível as doenças para individualizar o doente ao máximo».

A terapêutica causal de segunda ordem influe nas relações que mais directamente actuam sobre cada indivíduo. O dever que nos obriga a dar preferência à previdência, para reduzir cada vez a assistência, inclue em si a obrigação de denunciar a fase pré-mórbida como factor de grande importância. Assim, uma alimentação viciosa duradoira pode, combinada com uma determinada insuficiência do metabolismo, de início de escassa importância, conduzir mais ou menos rapidamente a fenómenos graves.

A terapêutica de terceira ordem afirma-se quando o quadro mórbido é dominado pelos factores de realização, que é o exemplo já acima mencionado da calculose hepática. A terapêutica etiológica dêste grupo é o campo clássico do clínico prático.

Ao quarto grupo pertence particularmente a terapêutica sintomática.

J. ROCHETA.

Cavidades fechadas na tuberculose pulmonar. (*Blocked Cavities in pulmonary tuberculosis*); por LEO ECLOESSER. — *The Journal of Thoracic Surgery*. Vol. VII. N.º 1.

A teoria clássica da formação de cavernas pulmonares explica o aparecimento destas, como um resultado verificado após a expulsão da substância caseosa ou pré-caseosa que previamente se tivesse substituído ao tecido pulmonar normal; aquela, uma vez eliminada, deixaria bem visível a perda de substância realizada. Há, porém, uma dezena de anos que apareceram as primeiras críticas ao absolutismo daquela tese e numerosas têm sido as explicações apresentadas, para melhor esclarecimento dêste problema. Últimamente, sobretudo, começou a pensar-se que os brônquios, por alterações da sua permeabilidade, podiam concorrer para o aparecimento e, pelo menos, para a manutenção das cavidades, e experiências recentes de Moolten mostraram

que factores de ordem puramente mecânica lhes podem dar origem. Assim, uma perda de substância pulmonar pode ser devida a: interrupção do tecido de suporte, à pressão interna ou aspiração torácica e possibilidades de acesso do ar à zona alterada. Criou-se dêste modo a tese que dá especial importância à árvore brônquica na patogenia das cavernas; e procura explicar-se dum modo evidente se um brônquio parcial ou intermitentemente obstruído lhe impede a cura e, por outro lado, quando a obstrução é completa, se a cura é mais rápida, como o julga Coryllos ou, se pelo contrário, êste facto lhe aumenta o volume e lhe provoca sintomas tóxicos. Nestas circunstâncias, e para melhor elucidação de cada caso em particular, há que fazer o diagnóstico das relações entre uma cavidade e a árvore brônquica. Para isso está naturalmente a radiografia, que pode mostrar um aumento de volume de determinada cavidade após o pneumotorax, o que prova, naturalmente, ser tal facto devido a uma obstrução brônquica valvular, que permite a entrada do ar e lhe impede a saída. Nem sempre, porém, os raios X resolvem a questão, e por isso o A. emprega a punção da caverna através da parede do tórax, não só para lhe observar o regimen tensional aí existente, mas também para introdução de substâncias radio-opacas, que assim mais facilmente podem visualizar-lhe os contornos e o trajecto de descarga, se existe.

Apresenta o A. alguns casos estudados com estes métodos e julga aceitável a idea da cavitação ser devida a obstrução parcial do brônquio correspondente e constituir, portanto, um obstáculo à cura; é também, em sua opinião, a obstrução total um mecanismo impeditivo de bons resultados.

A ser assim, todos os processos terapêuticos empregados até hoje com o fim de libertar a cavidade das suas ligações torácicas (pneumotorax, pneumolise, torocoplastia), só deveriam empregar-se naqueles casos com comunicação franca da cavidade para os brônquios; os que não estivessem nestas condições seria necessário submetê-los a outros métodos de tratamento. A série de casos (nove) apresentados pelo A. é pequena, e por isso dela não se podem tirar conclusões definitivas; havia em todos incomunicabilidade da cavidade com o exterior. Em dois foi tentada a aspiração do ar intra-cavitário, idea teoricamente justa, para o ponto de vista do A., que não deu resultados apreciáveis; a torocoplastia com apicolise à Semb não é aconselhável, e a torocoplastia só, é duvidosa; a abertura a céu aberto tem indicações muito restrictas e, finalmente, admite a hipótese da lobectomia.

J. ROCHETA.

Uma nova concepção dos empiemas tuberculosos, baseada na sua fisiologia patológica. (*A new conception of tuberculous empyemata based on their pathologic physiology*), por P. N. CORYLLOS. — *The Journal of Thoracic Surgery*. Vol. VII N.º 1.

O problema dos derrames pleurais, especialmente os derrames post-pneumotorácicos, é, como tantos, daqueles que uma vez atingida uma determinada solução satisfatória, mas evidentemente incompleta, estagnam por um certo tempo dentro da explicação geralmente adoptada, e aí permanecem mais ou menos duradoiramente, até que algum autor mais consciencioso ou um facto

novo mais irregular lhes venha pôr ponto na quietude. Tal facto, na afecção que motiva esta referata, não diz respeito apenas à terapêutica, adoptada diferentemente conforme a escola que o pratica, mas sobretudo e particularmente pelo que se refere à patogenia da sua formação; na verdade não só não há unanimidade de vista como muitas das explicações apresentadas para esclarecimento do mecanismo que condiciona o derrame pleural são insustentáveis.

Coryllos começa, no seu artigo, por criticar algumas das razões aduzidas por Monaldi, no seu trabalho sobre empiemas, e refere-se quasi só a este autor por considerar aquêl trabalho como um dos mais completos que ultimamente têm aparecido sobre a matéria, terminando por dizer que as explicações apresentadas são demasiado vagas para constituirem ponto assente; entende, pelo contrário, que é necessário renovar as ideias a este respeito, submetendo o problema dos empiemas tuberculosos a um critério mais rigoroso e evidente.

Na análise que faz dos factores etiológicos, entende que todos, com mais ou menos variantes, se podem resumir a dois: um de ordem irritativo e outro de ordem inflamatório.

Ao primeiro nega valor de primeira ordem, para dar tãda a importância ao segundo, acentuando, de resto, que todos os autores admitem que a produção do exsudato pleural está intimamente ligada com o processo pulmonar, na sua extensão e localização. Nestas circunstâncias tudo reside, finalmente, na questão de saber como se faz a transmissão da infecção até à pleura. Com as raras excepções de lesões limitadas à pleura e transmitidas pelo sistema linfático ou sanguíneo, para o A. todos os derrames pleurais provêm duma fistula pleuro-pulmonar originada pela ulceração dum foco tuberculoso subpleural. É evidente que esta génese é indiscutível nos casos de empiema tuberculoso mixto, mas torna-se mais difficil de explicar nos outros com derrame permanente sero-fibrinoso e mesmo purulento, mas não associado; de resto gradações do mesmo fenómeno, que se diferenciam fundamentalmente pela grandeza da fistula que os originou, devem classificar-se em puntiformes (menos que 0,5 mm.), pequenos (menos que 1 mm.) e grandes (de 1 a 10 mm. ou mais), conforme o volume do foco caseoso.

O estudo da fisiologia patológica destas fistulas é de capital importância e, no critério do A., êle lança uma nova luz sobre tãda a questão e apresenta novas perspectivas sobre a patogenia, prognóstico e conduta em face dos empiemas tuberculosos.

Os elementos que podem referir-se a favor desta tese são clínicos, cirúrgicos, patológicos e laboratoriais. Os primeiros, sendo devidamente procurados, e só se investiga bem quando se sabe o que se deve investigar, devem revelar a existência de fenómenos que exprimam os sintomas do pneumotorax espontâneo; os segundos derivam da circunstância de existirem fistulas pleuro-pulmonares em todos os casos de empiema mixto, observáveis no momento da intervenção cirúrgica (Shede); os terceiros apoiam-se nos resultados das autópsias e, finalmente, os quartos investigam-se pelo exame do diferente comportamento dos gases intrapleurais que apresentam variações de oxigénio e de anidrido carbónico, conforme há ou não comunicação da cavidade pleural com o tecido pulmonar. Quando esta não existe, é mais alto o



valor do anídrido carbónico que do oxigénio, relação que se inverte à medida que a mistura se vai aproximando da do ar atmosférico, com o qual passa a estar em contacto em maior ou menor grau.

O prognóstico depende essencialmente do tamanho da fístula; na fístula puntiforme e sem sinais de infecção mixta, o prognóstico é, em geral, benigno, porque a maioria delas curam espontaneamente; pelo contrário, é mau nas fístulas de moderado e grande tamanho. As indicações terapêuticas derivam de cada uma das três variedades que constituem a classificação adoptada pelo A. :

- 1) Empiema tuberculoso com expectoração negativa.
- 2) Empiema tuberculoso com expectoração positiva.
- 3) Empiema tuberculoso com infecção mixta.

O tratamento da terceira variedade não tem discussão; se o estado de intoxicação é pronunciado, devem primeiro fazer-se lavagens com antisépticos (o A. prefere a azocloramida) de modo a criar um melhor estado geral para que possa submeter-se à toracoplastia em diferentes sessões; na segunda variedade, também deve aconselhar-se a toracoplastia, com esvaziamento no mesmo dia e antes da operação, do líquido pleural. Quanto à primeira, há divergência de opiniões sobre o comportamento terapêutico a seguir, mas essencialmente o que deve diagnosticar-se é a presença e o tamanho da fístula, o que se consegue com a análise repetida dos gases intrapleurais. E de aí se tiram depois as indicações para o tratamento.

J. ROCHETA.

A-propósito dum método para mais rapidamente curar empiemas. (*A suggested method for more rapidly curing empyema*), por H. KOSTER, L. P. KASMAN e J. ROSENBLUN. — *Annals of Surgery*. Vol. CVI. N.º 6. 1937.

Entenda-se que os empiemas tratados pelos AA. são todos empiemas de vária etiologia, excepto a tuberculose. A casuística de 1929 a 1934 eleva-se a cento e dezóito casos, todos tratados com ressecção costal e drenagem aberta, método que os AA. aconselham como o melhor; não fazem lavagens intrapleurais, e, com excepção de cinco casos com complicações secundárias e que prolongaram a convalescença, todos os outros curaram numa média de quarenta e cinco dias.

O novo processo porém que êles apresentam e com o qual trataram vinte e um casos com os melhores resultados consiste na drenagem fechada do empiema, com pneumotorax contralateral; tal método nasceu da observação feita em empiemas drenados, que curavam mais rapidamente quando se instaurava um derrame do lado oposto, como se a compressão do pulmão dêsse lado apressasse a reexpansão do primeiro. A técnica usada consiste em drenar a cavidade pleural (drenagem fechada) e irrigações antisépticas da cavidade pleural, de três em três horas, dois a três dias depois daquela intervenção, época que coincide com o primeiro pneumotorax do lado oposto. Dêste modo conseguiu-se abreviar o tempo da drenagem para uma média de vinte e cinco dias.

J. ROCHETA.

A importância clínica do trifásico complexo inicial na terceira derivação do electrocardiograma. (*Zur klinischen Bedeutung des triphasischen Initialkomplexes in der III. Ableitung des Elektrokardiogramms*), por G. BUDELMANN e T. Y. CHIN.—*Zeitschrift für Kreislaufforschung*. 3o Jahrgang. Heft 4. 1938.

O trabalho dos AA. ocupa-se das relações entre o trifasismo do complexo ventricular na terceira derivação e as alterações do miocárdio; em geral estas alterações são denunciadas, sob o ponto de vista electrocardiográfico, pelas modificações que apresentam o segmento intermédio ST e T, e pouco se tem escrito sobre aquelas que atingem o próprio complexo inicial. Quem primeiro chamou a atenção para êste facto foram Katz e Slater e a seguir Tudder e foram estes trabalhos que incitaram os AA. a fazer uma revisão dos seus electrocardiogramas feitos durante o último ano, num total de mil e trezentos.

Antes porém de apresentar os resultados a que chegaram convém definir o que deve entender-se por complexo ventricular trifásico; como tal deve considerar-se aquêlê, que apresenta a seguir ao R, que pode ter um mínimo de 1 mm. de altura, um S mais ou menos profundo, depois do qual se observa um terceiro acidente, êste positivo e nalguns casos mais alto que o R.

Na sua casuística, encontra-se esta forma electrocardiográfica em quarenta e três casos, achado raro portanto, em concordância com os outros trabalhos mencionados; em 72,1 % dos casos com trifasismo, verificou-se a existência de sintomas clínicos que permitiam o diagnóstico de alterações orgânicas do coração.

Os autores já acima referidos são de opinião que o trifasismo da terceira derivação denuncia uma afecção das coronárias, mas é de advertir que, clinicamente, nem sempre é fácil a distinção entre alterações primitivas dos vasos e do músculo. O trifasismo pode também encontrar-se em corações sãos, e, portanto, também aqui acontece, o que se dá com as outras alterações electrocardiográficas, que é necessária a conjunção destas alterações com os sintomas clínicos para se chegar a um diagnóstico seguro.

J. ROCHETA.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Hospitais

Civis de Lisboa

O Dr. António Carlos Craveiro Lopes deixou o cargo de director do serviço de clínica cirúrgica dos Hospitais Civis de Lisboa, por ter atingido o limite de idade.

Escolares

Esteve em Portugal o architecto alemão Hermann Distel, técnico de construções hospitalares, que veio ao nosso País para se pôr em contacto com a Comissão Técnica dos Hospitais Escolares de Lisboa e Pôrto, presidida pelo Prof. Francisco Gentil, e dar o seu parecer sobre os hospitais a construir.

Maternidade Magalhães Coutinho

A Maternidade Magalhães Coutinho, dependente dos Hospitais Civis de Lisboa, comemorou, no dia 6 de Fevereiro, o 10.º aniversário da sua fundação.

Sanatório do Lumiar

O Dr. Carlos Santos fez, no Sanatório do Lumiar, uma exposição e demonstração experimental dum aparelho de sua invenção, destinado a radiografias estereoscópicas.



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

Academia das Ciências

Nas sessões dos dias 13 e 27 de Janeiro último da Academia das Ciências, presididas pelo Prof. Egas Moniz, o Prof. Henrique de Vilhena apresentou um estudo sobre a «Expressão corporal das emoções conforme os géneros literários».

— Em 3 de Fevereiro, o Prof. F. Wohlwill falou, na mesma Academia, sobre a dosagem do torostrate introduzido na circulação com fins radiológicos e os aspectos anátomo-patológicos do problema.

O Prof. Egas Moniz referiu-se a esta comunicação e citou os factos colhidos da sua prática de arteriografia.

— Na sessão do dia 17 de Fevereiro, o Dr. Silva Carvalho traçou a biografia do médico Daniel da Fonseca, nascido em Portugal no último quartel do século xvii.

Prof. Serras e Silva

O Dr. João Serras e Silva, professor de Higiene da Faculdade de Medicina de Coimbra e director geral de Saúde Escolar, abandonou estes cargos por haver atingido o limite de idade.

Os médicos escolares do País prestaram-lhe homenagem.

Medicina colonial

Foi nomeado director do Laboratório Bacteriológico da colónia de Macau o Dr. Alves dos Reis.

— Publicou-se um decreto que regulariza as condições em que os médicos poderão exercer clínica em tôdas as colónias.

O curso de medicina tropical é, nas colónias, habilitação obrigatória para o exercício da clínica e para o desempenho de quaisquer cargos públicos ou actividades particulares que hajam de ser ocupados ou exercidos por indivíduos com o curso médico das Faculdades de Medicina da metrópole ou da Escola Médico-Cirúrgica de Nova Goa ou por diplomados em Faculdades estrangeiras que tenham obtido habilitação legal para o exercício na metrópole.

Exceptuam-se os médicos que à data da publicação da lei n.º 1.920, de 29 de Maio de 1935, já exercessem clínica nas colónias ou nelas occupassem cargos públicos ou actividades particulares para que seja necessário ter o curso de medicina.

Aos médicos habilitados pela Escola Médica de Nova Goa que pretendam desempenhar a sua profissão em qualquer ponto do território da Índia Portuguesa não é exigido o curso do Instituto de Medicina Tropical.

— Um decreto-lei publicado em 17 de Fevereiro, legaliza a situação dos

facultativos do ultramar que, tendo pertencido à classe de aspirantes, não tenham prestado o tempo de serviço a que eram obrigados.

Estes facultativos terão de servir nas colónias até cabal cumprimento da obrigação que a lei lhes impõe, para o que serão colocados nas vagas que forem ocorrendo.

Aos que se encontrem naquelas condições e se recusem a retomar o serviço não lhes será contado para efeito algum o tempo de serviço já prestado. Aos que tenham passado à situação de licença ilimitada sem terem cumprido as determinações da carta de lei de 1896, não é contado para efeito algum o tempo em que permaneceram nessa situação.

— O coronel-médico Dr. João Augusto Ornelas foi transferido de Angola para Moçambique.

— Pediu-se o preenchimento de quatro vagas de médicos existentes no quadro de saúde de Angola.

— Foi exonerado de chefe do sector autónomo de assistência médica aos indígenas e de combate à doença do sono, em Moçambique, o Dr. Gomes Pinto.

— O tenente-coronel-médico do serviço de saúde de Moçambique, Dr. Domingos Alves Pimpão, foi colocado na situação de reforma.

— A missão médica presidida pelo Dr. Vasco Palmeirim, director dos Serviços de Saúde de Moçambique, que foi ao Natal estudar a organização da Estação de Saúde do porto de Durban e da Estação anti-malárica de Eshewe, entregou ao governo da colónia um relatório circunstanciado, com as propostas referentes às medidas que convém adoptar em Moçambique respeitantes a esses serviços.

— O Dr. Vasco Palmeirim e o Dr. Alberto Soeiro, médico do quadro de saúde de Moçambique, foram louvados pela forma como colaboraram no Congresso da Associação Médica da África do Sul, realizado em Bloemfontein, em Setembro do ano findo.

Viagens de estudo

O Dr. Luiz Filipe Quintela, assistente do serviço clínico dos Hospitais Cívicos de Lisboa, foi encarregado, em comissão gratuita de serviço público, de estudar, em França, no espaço de quinze dias, alguns pormenores e progresso da cirurgia da tuberculose pulmonar.

I Congresso de Medicina de Lourenço Marques

Deve realizar-se em Setembro próximo o I Congresso de Medicina de Lourenço Marques, ao qual presidirá o Dr. Vasco Palmeirim, director dos Serviços de Saúde da colónia de Moçambique e director do Hospital Miguel Bombarda daquela cidade.



Este médico e os Drs. Abel de Carvalho e Galhardo Barreiros foram a Johannesburgo tratar de assuntos respeitantes ao Congresso. Tomarão parte neste não só os médicos das nossas colónias, como também os da União Sul-Africana e alguns professores e médicos da metrópole.

Nomeação

Para o cargo de perito médico do Tribunal do Trabalho do Pôrto, nomeou-se o Dr. Eduardo de Brito e Cunha.

Conferências

O Dr. Alberto Costa, assistente de obstetrícia da Faculdade de Medicina de Coimbra, realizou, na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, uma conferência sobre «Anomalias do útero».

— O Dr. Álvaro de Caires realizou duas conferências em Roma: uma na Academia de História de Medicina, sobre «História das relações médicas entre Portugal e a Itália»; e outra, na Universidade Gregoriana, sobre «A Rainha Santa Isabel na história da assistência».

Auto-Clube Médico Português

Para os cargos directivos do Auto-Clube Médico Português elegeram-se os seguintes associados:

Assembleia geral: presidente, Prof. Egas Moniz; vice-presidente, Dr. Castro Caldas; secretários, Dr. Augusto Lamas e Dr. Fortunato Lévy; substitutos, Dr. Dias Costa e Dr. Castelo Branco Saraiva. Direcção: presidente, Dr. Mário Moutinho; vice-presidente, Dr. Alberto Gomes; secretários, Dr. Fernandes Lopes e Dr. Andrade Figueiredo; tesoureiro, Dr. Henrique Niny; vogais, Dr. Diogo Furtado e Dr. Costa Félix. Conselho fiscal: Prof. Salazard e Sousa e Drs. Leite Lage, Formosinho Sanches, Fausto Landeiro e Moniz Charters de Azevedo.

Necrologia

Faleceu, em Lisboa, o Dr. Sabino Coelho, professor jubilado da Faculdade de Medicina de Lisboa e decano dos cirurgiões portugueses.





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  D^r PLANTIER ANNONAY (Ardèche)
FRANCE
ou Gimenez-Salinas & C.^a — 240-Rua da Palma-246 — LISBOA

Um novo
produto Wander:

Vi-Dê

indicado em todos os casos de **avitaminoses** do
factor **D**:

raquitismo
perturbações do metabolismo
do cálcio e do fósforo
perturbações da ossificação e
da dentição
osteomalacia
osteoporose
gravidês e lactação
crescimento
cárie dentária

1 c. c.³ de Vi-Dê = 15.000 unidades internacionais de vitamina D
7.500 unidades internacionais de vitamina A
1 gôta de Vi-Dê = 750 unidades internacionais de vitamina D
375 unidades internacionais de vitamina A

Vende-se em todas as farmácias em frascos conta-gôtas de 10 c. c.³
a Esc. 22\$00

DR. A. WANDER S. A. — BERNE - SUISSA

ÚNICOS CONCESSIONÁRIOS PARA PORTUGAL:

ALVES & C.^A (IRMÃOS)

RUA DOS CORREIROS, 41-2.º — LISBOA