



# 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

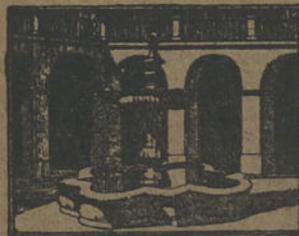
*A. Almeida Dias*

SECRETÁRIO ADJUNTO

*Morais David*

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA  
LISBOA

# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

## CONDIÇÕES DE ASSINATURA PAGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60\$000

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80\$000

NÚMERO AVULSO: 8\$000 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

Sala .....

Est. ....

Tab. ....

N.º ..... 44

Sifilis terciária  
 Doenças nervosas de origem sifilítica  
 Afecções gerais sépticas e piémicas  
 Arteriosclerose  
 Doenças cardíacas e vasculares  
 Afecções articulares

# Jodipina

o primeiro óleo iodado para aplicação  
 hipodérmica e interna

# Neo-Jodipina

o novo producto de extrema fluidez.

Também como meio de contraste para a  
 representação de espaços cavitários.

IODIPINA a 20%, e 40%, em frascos  
 IODIPINA a 20%, e 40%, ampôlas de 1 e 2cc.  
 IODIPINA a 40%, grageias  
 NEO-IODIPINA a 20%, e 40%, em frascos  
 NEO-IODIPINA a 20%, ampôlas de 1 e 2cc.

E. MERCK Fábrica de DÄRMSTADT  
 productos químicos



Representantes para Portugal:

QUIMICO FARMACEUTICA, LIMITADA

Lisboa

Rua Gomes Freire, 96

Porto

Rua do Almada, 59

# 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 congêneres

**INALTERABILIDADE** em presença do ar

(Injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de **BIOQUÍMICA MÉDICA**

**92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVIe)**

DEPOSITARIOS  
EXCLUSIVOS

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

LISBOA

COMBINAÇÃO IODO-PEPTONADA  
GOTTAS, INJECTAVEL

# I O D O N I E

## "ROBIN"

Arteriosclerose, Affecções cardiacas,  
Obesidade, Rheumatismo, Syphilis

OS LABORATORIOS ROBIN

13, Rue de Poissy, PARIS

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

N.<sup>o</sup> 832  
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias:

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

# INSULINA PROTAMÍNICA «A. B.»

(COM ZINCO) EM SUSPENSÃO

(MARCA REGISTRADA)

A absorção de insulina injectada na forma de **Insulina Protamínica «A. B.»** (com zinco) em suspensão é mais prolongada e assemelha-se sobre-maneira à secreção natural das ilhotas do pâncreas.

Esta **Insulina** tem uma acção firme e regula melhor o metabolismo dos hidratos de carbone do que a insulina vulgar. Permite reduzir o número de injeções, requiere geralmente uma dosagem total mais baixa e os sintomas subjectivos da Diabetes melhoram notavelmente.

40 un. por cc. { 5 cc. (200 un.)  
10 cc. (400 un.)

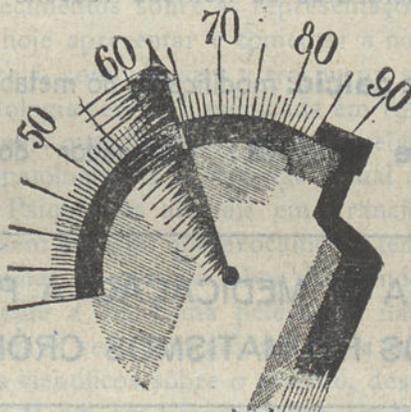
80 un. por cc. } 5 cc. (400 un.)

A **Insulina «A. B.»** tem reputação mundial pela sua esterilidade estritamente salvaguardada, força cuidadosamente estandardizada, ausência de reacções tóxicas e estabilidade em climas quentes.

*Envia-se folheto com minúcias aos Ex.<sup>mos</sup> Clínicos*

Fabricantes: **THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD. — ALLEN & HANBURYS, LTD.**

Representantes: **COLL TAYLOR LDA. — R. dos Douradores, 1.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.<sup>ª</sup>, Ltd, R. Almada, 244  
Coimbra: Luciano & Matos, Rua Sofia, 11

A

# LYXANTHINE ASTIER

Granulado efervescente  
anti-artrítico



Reune numa forma inédita

**33%** de princípios 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.<sup>a</sup> — 240, Rua da Palma, 246 — Lisboa





## SUMÁRIO

### Artigos originais

<i>A nova carta das localizações cerebrais</i> , por Barahona Fernandes..	Pág.	173
<i>Breves considerações sôbre celulite</i> , por Georgina de Andrade Gil..	»	204
<hr/>		
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i> .....	»	218
<i>Notícias &amp; Informações</i> .....	»	XI

## A NOVA CARTA DAS LOCALIZAÇÕES CEREBRAIS (1)

POR

BARAHONA FERNANDES

Pela sua importância fundamental para a história da evolução dos nossos conhecimentos sôbre as representações funcionais no encéfalo, vamos hoje apresentar e comentar a nova carta das localizações cerebrais, como KLEIST a traçou na sua monumental obra sôbre a Patologia cerebral, publicada em 1934, e apresentou sob uma forma mais ousada ainda, nas suas relações com a neurologia e a psicopatologia, na II Reunião Anual da Sociedade de Neurologistas e Psiquiatras alemães em Francfort, em Agosto de 1936. Não é sem emoção que evocamos o tempo em que nos foi dado acompanhar de perto o labor do grande investigador e muito especialmente a duríssima peleja que naquele congresso teve de travar com os seus contraditores, pela certa a maior discussão nos meios científicos sôbre o assunto, desde os tempos de DEJERINE e PIERRE MARIE, em França, HEAD, em Inglaterra, v. MONAKOW e GOLDSTEIN, nos países de língua alemã, para citar apenas aquêles que, depois dos clássicos da doutrina das localizações cerebrais, tiveram, de-facto, uma influência decisiva na evolução do problema.

Intervimos também na discussão, no próprio Congresso, e

(1) Desenvolvimento de uma comunicação feita em Coimbra em 20-11-937 à V Reunião Anual da Sociedade dos Anatômicos Portugueses.

em outros trabalhos, apreciando então mais o seu aspecto metodológico, pelo que dizia respeito às relações da patologia cerebral com a psicopatologia (1). Pretendemos hoje focar o seu aspecto anatómico e anátomo-fisiológico.

É bem conhecida dos tratados a evolução que sofreram os nossos conhecimentos sobre as localizações cerebrais, desde GALL até aos nossos dias. Por muito fantástica e arbitrária que realmente tivesse sido a *frenologia* (2) de GALL, o que é certo é que constituiu o ponto de partida de todos os trabalhos ulteriores sobre o assunto, e até os mais acérrimos detractores dos princípios localizadores por êle erigidos, como K. GOLDSTEIN, concordam em rehabilitar a sua importância histórica. Então, como hoje, os *pontos de vista biológico-dinâmicos*, levaram a palma nas suas críticas destrutivas, levantando reservas de grande peso e valor aos critérios localizadores mais rígidos e absolutos; lançaram, porém, por outro lado, uma certa confusão sobre a questão, por excesso de crítica negativa e intromissão de preconceitos filosóficos e psicológicos, podendo-se dizer, que inibindo mesmo, de certa maneira, as investigações ulteriores sobre a matéria.

Assim como as objecções de FLOURENS fizeram esquecer as intenções localizatórias de GALL que, por exemplo, já divisava acertadamente no lobo frontal uma região de certa importância para o exercício da linguagem (a ponto de achados objectivos e exactos de alguns, como BOUILLAUD e DAX, passarem despercebidos) assim como mais tarde as ideias de TROUSSEAU impediram durante certo tempo o reconhecimento da descoberta fundamental da *zona da linguagem* (3), de BROCA com a ideia que a afasia era

---

(1) Psicopatologia e Patologia cerebral. *A Medicina Contemporânea*. N.º 3, 1937. *Zeitschrift f. d. g. Neurologie u. Psychiatrie* B. 158. 1937.

(2) Chamada por F. GALL «organologia» (1820); pretensa «anatomia e fisiologia do sistema nervoso em geral e do cérebro em particular» fundada em dados bastante arbitrários, a partir dos quais o autor se propunha «reconhecer as diversas disposições intelectuais e morais do homem e dos animais pela configuração das suas cabeças»; esta doutrina permanece ainda hoje na concepção do vulgo sobre o valor das «bossas» cranianas. (Notas a pedido da redacção para esclarecimento dos não especializados).

(3) Pé da terceira circunvolução frontal do hemisfério esquerdo, cuja lesão provoca a incapacidade do individuo se exprimir pela linguagem articulada (afasia motora).

uma mera perturbação do conjunto da inteligência e da memória; da mesma maneira que PIERRE MARIE pretendeu destruir o núcleo de real valor que havia em todos os exageros de localização e esquematização de WERNICKE, GRASSET e DEJERINE, e ainda, mais tarde, HEAD, v. MONAKOW e K. GOLDSTEIN, em parte no desenvolvimento das ideias de H. JACKSON, com os seus novos e valiosíssimos pontos de vista, limitando consideravelmente o valor dos critérios anatómicos e dos esquemas psicológicos artificiais e dando uma nova formulação mais *biológica* às perturbações da função cerebral, lançaram uma certa insegurança na investigação anátomo-clínica, assim também os contraditores de KLEIST, e eram numerosíssimos, procuraram negar o valor e derrubar a sua patologia cerebral, abalando-lhe os alicerces, tanto no ponto de vista anatómico como neuro psicológico. Verdade é, porém, que, apesar das críticas e das reservas que em muitos pontos se impõem, novas e valiosíssimas aquisições, muitos factos novos bem observados e também pontos de vista originais sobre complexos problemas da clínica e psicopatologia ficaram de toda a sua obra, sem dúvida a mais importante desde a publicação da patologia cerebral de v. MONAKOW, em 1914.

Duas palavras apenas sobre os *fundamentos anatómicos* da nova carta de KLEIST. WERNICKE utilizara para as suas localizações os estudos anatómicos sobre os feixes cerebrais de MEYNERT, HENSCHEN principalmente os trabalhos sobre a mielogénese dos vários campos cerebrais de FLESCHIG, e v. MONAKOW, os dados de GUDDEN, MARCHI e os seus próprios. KLEIST traça já a sua carta sobre a base das mais modernas investigações acerca da estrutura cerebral de CAMPBELL, BROADMAN, C. e O. VOGT, v. ECONOMO e KOSKINAS — a *cito-* e *mielo-arquitectónica* — que nos dão já uma noção mais profunda da extraordinária complexidade morfológica do «órgão do pensamento».

Até então separavam-se apenas, com BROADBENT, MEYNERT e depois com FLESCHING, as conhecidas zonas de *projectão* e zonas de *associação*, as primeiras directamente ligadas com a periferia [os campos motores e sensitivo-sensoriais: zona rolândica (motora), calcarina (visual), circunvoluções de HENSCHEN (auditiua), etc.]; as segundas (de associação), em conexão com as primeiras e intimamente relacionadas entre si por numerosos feixes, representavam, na concepção da época, eivada de psicologia

associacionista (1), a sede dos processos nervosos mais complexos e das funções psíquicas.

Demonstrou-se depois que em tôdas as regiões do córtex, embora em desigual proporção, havia fibras de projecção (ligando-o aos «centros» mais profundos) e que as áreas mielogénicas de FLESCHING [1) campo piramidal de mielinização precoce, correspondendo às zonas de projecção, e 2) campos de mielinização tardia, nas zonas de associação, etc.] não exprimiam exactamente verdadeiras diferenças funcionais do córtex. Passou-se então a estudá-lo mais minuciosamente segundo as diferenças de estrutura, quanto à disposição das células (cito-arquitectónica) e das fibras (mielo-arquitectónica) (2).

A *carta de KLEIST* que publicamos (figs. 1 e 2) é baseada na *carta cito-arquitectónica de BROADMAN*, com algumas modificações segundo C. e O. VOGT e v. ECONOMO. É conhecido o *significado funcional* que BROADMAN e VOGT, tendem a atribuir aos seus campos cito- e mielo-arquitectónicos, baseados no estudo comparado do córtex na escala animal, nas variações anormais positivas e negativas de determinadas regiões em diferentes indivíduos com dotes especiais ou defeitos congénitos de certas «capacida-

---

(1) Corrente psicológica predominante no final do século passado, segundo a qual a vida psíquica — em particular as «representações» («imagens» subjectivas dos objectos) e também os «pensamentos», se seguiam e ligavam pelo simples mecanismo das associações: uma dada «imagem» evoca a que lhe está «associada», segundo leis especiais (simultaneidade, continuidade, semelhança, contraste, etc.); a psicologia associacionista ficou devendo a sua voga e renome científico às suas pretensas bases neuro-fisiológicas: via-se nos feixes nervosos de associação os suportes materiais das «associações» psicológicas, unindo os vários «centros» cerebrais das «imagens» visuais, auditivas, de movimento, etc. — derivando-se pois assim a actividade psíquica destas relações anatómicas. Datam de então os célebres esquemas ou *diagramas* da vida psíquica, desenhados sobre o encéfalo, com os feixes unindo os vários centros das imagens, etc., como ainda os representam os compêndios de neurologia. A psicologia associacionista, na sua forma primitiva, está hoje quasi absolutamente posta de lado, por não corresponder à realidade dos factos psíquicos; representa um decalque artificial da vida anímica a partir da anatomia do encéfalo, incompatível já com os modernos conhecimentos psicológicos e neurofisiológicos.

(2) Um resumo dos resultados mais importantes destes estudos no nosso trabalho sobre o Jubileu da Kaiser Wilhelm Gesellschaft. *Lisboa Médica*. N.º 4. 1937.

LISBOA MÉDICA

# DRYCO

## Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

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

**DRYCO é o leite IDEAL**

Especialmente preparado para a

**alimentação  
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

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

Rua da Palma, 240-246

**L i s b o a**



LISBOA MÉDICA

UM NOVO PROGRESSO NA  
QUIMIOTERAPIA SULFAMIDADA

# Dagenan

$\alpha$  (p. amino - fenil - sulfamido) piridina  
Corpo 693

TOXICIDADE MÍNIMA

ACTIVIDADE POLIVALENTE  
*exercendo-se principalmente sôbre:*

PNEUMOCOCO

*na pneumonia mortalidade dimi-  
nuída de 2/3.*

GONOCOCO

MENINGOCOCO

ESTAFILOCOCO

**Comprimidos doseados a 0,50 grs.**

Adultos: dose média nos primeiros  
dias: 3 gramas —————

*Literatura e amostras, a pedido*

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE "SPÉCIA"  
MARCAS "POULENC FRÈRES" E "USINES DU RHONE"

21 Rue Jean-Goujon, PARIS (8e)

REPRESENTANTE PARA PORTUGAL :

CARLOS FARINHA — 30, R. dos Sapateiros — LISBOA

des» mentais e ainda na distribuição electiva («topística») de certas doenças por determinados sistemas e áreas de igual estrutura anatómica (1).

As áreas architectónicas não correspondem precisamente aos sulcos e circunvoluções macroscopicamente determináveis na superfície cerebral; são muito mais fixas do que elas, oferecendo

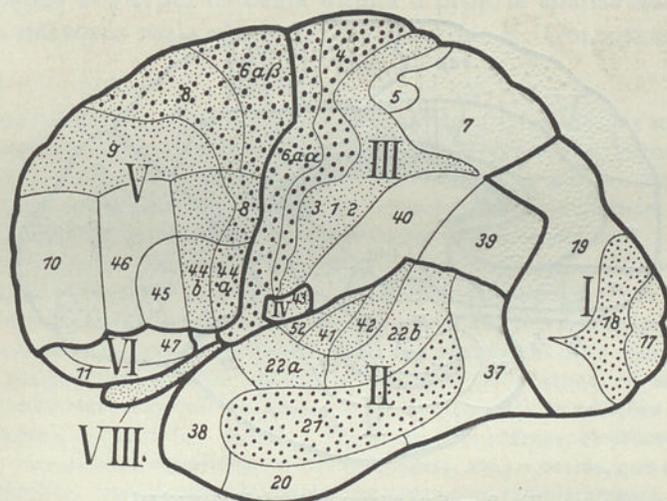


Fig. 1. — Face externa do hemisfério cerebral.

I — lobo occipital = esfera visual; II — lobo temporal = esfera auditiva; III — lobo centro-parietal = esfera táctil; IV — área subcentral = esfera gustativa; V — lobo frontal = esfera labiríntico-miestética; VI — lobo orbitário = esfera do Eu, parte da esfera das sensações internas da própria pessoa; VIII — bulbo olfactivo, parte da esfera olfactiva.

assim pontos de referência muito mais seguros para o trabalho de localização.

KLEIST tomou em consideração não só as *áreas e campos architectónicos* como também, adentro de cada campo, as *diferentes camadas de células corticais*, por exemplo, na calcarina a representação dupla dos campos visuais dos dois olhos em cada

(1) Cada campo cortical — caracterizado por determinadas particularidades da forma, disposição e número das células e das fibras nervosas nas diversas camadas do córtex — representa um *órgão funcional*, susceptível de variações independentes, nos diferentes indivíduos, e capaz de adoecer electivamente nas diferentes doenças.

lado do cérebro (campo 17), distribuída pelas duas camadas granulares internas características daquela região.

Os *fundamentos psicológicos e neurológicos* na base dos quais KLEIST ergueu o seu sistema localizador não são também os mesmos que os dos seus antecessores, em especial WERNICKE, de quem deve ser considerado o continuador. Embora num ou noutro

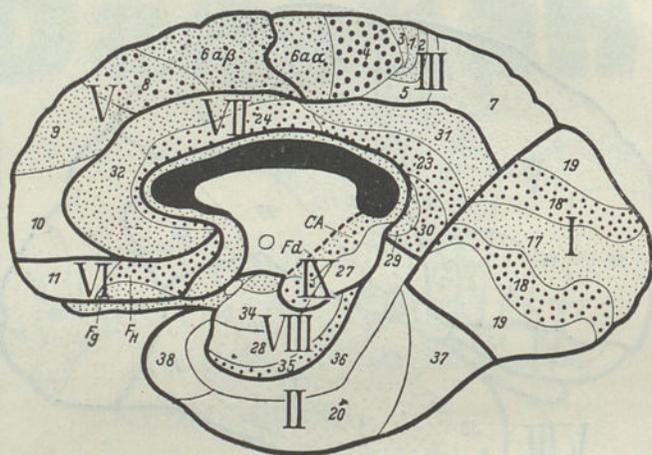
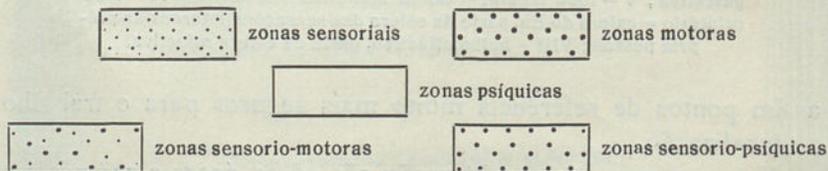


Fig. 2. — Face interna do hemisfério cerebral.

I, II, III, IV, V — como na fig. 1; VI — lobo orbitário; VII — cíngulo e retrosplenio, formando, com o lobo orbitário, a esfera do «Eu»; VIII — lobo piriforme, e IX — lobo do corno de Amon, ambos constituindo a esfera olfactiva.



ponto lembrem ainda o atomismo clássico (1) e tenda demasiadamente a ver em tôdas as funções um aspecto motor e outro sensitivo, de maneira nenhuma segue os «diagrammakers» nem a

(1) Quere dizer, a concepção mecanicista da vida psíquica, como um mosaico de funções ou «elementos isolados» (sensações, percepções, representações, etc.), ligados associativamente «como os átomos numa molécula» (química mental de St. MILL); o atomismo psicológico foi substituído moderadamente, porventura com exagero, pela doutrina do carácter «totalitário» dos

psicologia associacionista na sua forma extrema e exclusiva. Embora crente de que nos fenómenos patológicos se exprimem as *leis próprias do funcionamento nervoso*, socorre-se de todos os modernos conceitos da psicologia, em especial da «psicologia do pensamento» (1) da chamada escola de WÜRZBURG, e até da «psicologia da forma» (2), embora combata tenazmente a aplicação sistemática dos critérios desta última à própria análise dos fenómenos nervosos mais elementares, como faz K. GOLDSTEIN.

---

fenómenos psíquicos, segundo a qual o conjunto da «Psiche» não é a soma dos vários elementos que analiticamente podemos separar, mas sim, possuiu um a estrutura e caracteres próprios, que impregnam todos os seus processos parciais; o atomismo psíquico esquecia o carácter de intencionalidade, sentido compreensível e relação significativa que há em todo o «psíquico».

(1) Orientação psicológica oriunda da escola de WÜRZBURG (KÜLPE, ACH, BÜHLER, etc.); estuda os processos mais elevados do pensamento, por instrospecção em condições experimentais, considerando, ao contrário da psicologia associacionista, os *actos* do pensamento na sua intencionalidade significativa e como um processo especial irreductível às associações; estuda, em especial, a parte «não representável» do pensar, o estabelecimento de relações (juízos, comparações, apreciações) entre as «imagens» e as «ideias», os processos da vontade (consciência da decisão activa do próprio, etc.) e outros, que a psicologia atomista, mecanicista e intelectualista ignorava completamente.

Ao contrário do que ensinavam estas últimas, o indivíduo, o *Eu*, não se comporta passivamente, arrastado no seu pensar pela mecânica dos elementos psíquicos, mas sim *activamente* pelos *actos intencionais* do «pensar», «querer» e até do «perceber» os objectos do mundo externo (acto significativo intencional da percepção — quando temos a percepção de um livro, por exemplo, não se dá apenas uma sensação física, realizamos nós próprios o acto de «perceber» — o processo de objectivação intencional que nos dá a consciência do significado das sensações — o livro que vemos, ou pelo menos «qualquer coisa»).

É evidente que *a vida psíquica assim compreendida* (tal é experimentada pelo próprio e sem artificios) *de modo algum se pode sobrepor à estrutura anatómica do encéfalo*.

(2) A célebre «Gestaltpsychologie» de KÖHLER, WERTHEIM e KOFFKA, que, considera os fenómenos psíquicos — por exemplo, a percepção de um objecto, não como a soma dos elementos que o compõem, mas sim, como uma «forma» total com qualidades especiais (estrutura) determinando ela própria os caracteres (percebidos) das partes; da mesma maneira para uma melodia musical — a percepção da melodia não resulta da adição dos sons e dos intervalos, é uma «forma» musical, um conjunto percebido como tal, cada um dos sons só tem valor (para o indivíduo que está «percebendo») apenas como parte do todo, e não isoladamente.

Pôsto isto, descrevamos, sumariamente, as cartas publicadas por KLEIST sôbre a base do estudo de duzentos e setenta e seis casos de feridos do cérebro, observados, na sua maioria, durante a Grande Guerra, como médico dos «Lazaretos» de Lille e Douai, e mais cento e seis casos de lesões focais do encéfalo da Clínica de Francfort.

KLEIST reparte a superfície do manto cerebral, na sua face externa e interna, em *nove regiões ou esferas* (aproximadamente correspondentes aos lobos da anatomia clássica, embora com algumas diferenças) e refere a cada uma delas um *sistema sensorial: esfera visual, auditiva, sensitiva, olfactiva e gustativa*, para o sistema exteroceptivo (1), *labirintico-mioestésica*, para o próprioceptivo, e *esfera das «funções do Eu»* para as sensações enteroceptivas.

Adentro de cada esfera sensorial distingue, já muito esquematicamente, três zonas: *sensorial*, correspondendo às zonas de projecção sensoriais de FLESCHING, onde terminam as vias sensitivas dos vários órgãos e sistemas sensoriais; a *zona motora*, com funções cinéticas diferenciadas adstritas ao mesmo órgão sensorial e a *zona psíquica*, com funções mais complexas, já de ordem mental, mas ainda estreitamente relacionadas com as sensações, percepções e até representações da esfera sensorial correspondente. Nalgumas regiões há *zonas mixtas* sensorio-motoras e sensorio-psíquicas (representadas nas figuras por ponteados diferentes).

Esta diferenciação está levada ao máximo na região centro-parietal (fig. 3). A circunvolução central posterior (ou parietal ascendente), na nomenclatura architectónica, os campos granulares 3-a, 3-b, 1 e 2 formam uma *zona sensitiva altamente especializada*, respectivamente cada um daqueles campos, para as sensações dolorosas, de temperatura, tácteis e de movimento; é

(1) Na classificação dos *receptores sensoriais* de SCHERRINGTON:

1) Exteroceptivos — o tacto, gôsto, cheiro e a vista e ouvido (teleceptivos).

2) Próprioceptivos — sensações de posição e de movimento, dos músculos, articulações e do labirinto.

3) Enteroceptivos — «sensações» no geral inconscientes, provindo das vísceras, dos órgãos internos, abdominais e torácicos.



*táctil* (estereognosia), *orientação táctil no próprio corpo*, *discriminação da direita e esquerda*, etc. Não podemos entrar em pormenores sobre a caracterização de cada uma das funções, ou melhor, como KLEIST escreve, «Leistungen», quer dizer — o rendimento objectivo, os *efeitos* das funções consideradas. Para que cada um destes efeitos (sensações, movimentos, etc.), se realize normalmente é necessária a integridade anátomo-funcional de uma determinada região, onde dizemos então que elles estão «*localizados*». Só assim se deve compreender a *representação* (JACKSON) *funcional das diversas funções no córtex e noutras regiões do encéfalo*. Quando, por exemplo, no campo 39 da carta cerebral se escreve *actos práticos constructivos*, significa isto, em nosso entender (KLEIST nunca o diz explicitamente), que para a realização dos complexos actos de ordenação espacial de desenhos, letras, objectos, etc., cuja perturbação constitue a chamada *apraxia constructiva* (1), é necessária a integridade anatómica dessa região, o que de modo nenhum implica que só esse campo participe na função (o que seria absurdo) ou, o que é o mesmo, que a função esteja nela estrictamente «*localizada*»; se assim dizemos, é apenas por comodidade de linguagem e por exprimirmos a nossa convicção da *diferenciação funcional das diferentes áreas architectónicas*, quer dizer — que tal campo tem um papel preponderante em tal função. Adiante comentaremos este difficil problema com mais minúcia; não queremos porém continuar na descrição da carta cerebral sem acentuar estes pontos fundamentais, evitando assim mal entendidos.

O lobo occipital (I, figs. 1 e 2) oferece também uma topografia anátomo-funcional muito clara e em grande parte sólidamente comprovada (figs. 3 e 4).

Os *efeitos ou funções ópticas, sensoriais, motoras e psíquicas*, repartem-se esquematicamente nas três zonas correspondentes, campos 17, 18 e 19, o primeiro em tórno da fenda calcarina e os

---

(1) Forma especial de *apraxia*, descrita por KLEIST, e que consiste numa perturbação da ordenação *espacial* da execução de desenhos e construções, sem haver propriamente uma desordem elementar dos movimentos; os desenhos executados oferecem erros da disposição espacial relativa das suas partes, estão torcidos, falta a relação relativa de tamanho das suas partes constituintes, etc., de uma forma semelhante ao que se dá nos desenhos infantis.

outros de cada lado passando em faxas para a face externa do hemisfério, transversalmente às circunvoluções occipitais.

O campo granular 17 (*area striata* e as radiações ópticas) contém as *condições de exercício das funções visuais*, a visão da luz (claro-escuro), côr, lugar (movimentos), e forma, pelo que diz respeito à qualidade e extensão.

Os campos visuais estão topograficamente distribuídos no sentido de corresponder o bordo superior da calcarina ao campo visual inferior e vice-versa, de a mácula corresponder ao polo occipital, e a foice temporal (1) à parte mais anterior da *area striata*, na face interna do hemisfério, numa região em que a camada granular interna (a 4.<sup>a</sup> camada ou lâmina de células do córtex) já não parece ser dupla (BECK), como no resto do campo 17, correspondendo também à unilateralidade dessa região do campo visual. A concepção, original de KLEIST, da correspondência da visão binocular (relação das duas retinas com cada hemisfério) com a duplicidade da 4.<sup>a</sup> camada celular (exclusiva dessa região), é de-veras interessante e merece ser divulgada. KLEIST nega, pelo contrário, a representação dupla da mácula, admitida por muitos autores.

Os *efeitos ópticos motores* (movimentos do olhar, em relação com estímulos ópticos) correspondem ao campo 18, onde BECK descobriu recentemente uma região com grandes células piramidais na 5.<sup>a</sup> camada, constituindo uma *sub região motora pré-estriada*; provêm daqui especialmente os movimentos conjugados dos olhos em relação com a função visual (procura dos objectos com os olhos, fixação visual sôbre os estímulos luminosos, orientação do olhar, etc.), bem como as funções que dêles dependem — a atenção óptica (ou melhor *vigilidade óptica*) (2), a visão de conjunto dos objectos e o sentido da localização óptica absoluta, cuja perturbação causa a chamada *ataxia óptica* (alteração de-

---

(1) Região lateral externa do campo visual, em forma de foice, que responde apenas ao olho do mesmo lado; o seu limite interno é, pois, o limite externo do campo visual do outro olho, em grande parte, mas não completamente sobreposto ao primeiro.

(2) A maior ou menor impressionabilidade aos estímulos visuais, em relação com a maior ou menor viveza dos movimentos automáticos do olhar, despertados pelos objectos de maior relêvo sensorial.

sordenada particular das relações espaciais dos movimentos, diferente da apraxia construtiva, onde os erros de construção espacial são mais sistemáticos e regulares), etc.

No campo 19 «localizam-se» as funções gnósticas em relação com as percepções ópticas (reconhecimento dos objectos, das cores, da escrita e dos números) cuja perturbação causa a cegueira psíquica para as coisas, a agnosia para as cores, a cegueira psíquica para a escrita (alexia) e para os números, e ainda outras funções extremamente complexas, que KLEIST analisa profundamente, como a *memória topográfica* (função de orientação no espaço), cuja perturbação (agnosias óptico-espaciais) pode dar a perda da memória dos lugares ou a desorientação óptico-somática no próprio corpo, síndromas psicopatológicos de grande interesse, de que temos um caso em estudo.

Com a sua audácia criadora e ânsia de fundar uma psicopatologia com base na patologia cerebral, vai KLEIST muito além dos clássicos, e descobre nos feridos do lóbulo occipital *perturbações psíquicas particulares em relação com a função visual*; além das perturbações do cálculo, já conhecidas, procura *perturbações do pensamento* com prejuízo das relações lógicas obtidas por via óptica — «representações e pensamentos» ópticamente fundidos, como chega a dizer; em certos feridos do lóbulo occipital, sem outras perturbações mentais, e resolvendo perfeitamente problemas abstractos e atinentes a dados sensoriais de outras esferas, diz encontrar típicos erros na forma do pensar e no estabelecimento de relações de significado entre objectos, pessoas e factos, percebidos ópticamente — em especial na interpretação das figuras de BINET. Juntam-se-lhes muitas vezes erros verbais, paragramatismos e outras perturbações parafásicas, provenientes da lesão concomitante do vizinho lóbulo temporal, originando-se assim as chamadas *paralogias* — frases absurdas e disparatadas, caracterizadas por determinadas misturas, desvios e aberrações inexplicáveis da estrutura do pensamento.

O grande interesse destes factos consiste na comparação destas *perturbações focais*, assim isoladas em feridas localizadas do encéfalo, com sintomas semelhantes das doenças cerebrais e mesmo das psicoses; é bem conhecida a equiparação, tão contestada, de KLEIST (e também de PFERSDORF e CLAUDE) das incoerências verbais dos esquizofrénicos (esquizofásias) com estas formações pa-

LABORATORIO NATIVELLE

27, Rue de la Procession — PARIS 15

OUABINE  
ARNAUD

O único produto cujas constantes físico-químicas, os ensaios fisiológicos e as toxicidades foram publicados, dando assim à classe médica toda a garantia de acção e segurança

INDICAÇÕES

Insuficiência ventricular esquerda  
Miocardites diversas com coração regular  
Todas as cardiopatias descompensadas

FORMAS

Solução a 2/100

Ampolas a 1/4 de milígrama para injeções intravenosas  
Ampolas a 1/2 de milígrama para injeções intramusculares

REPRESENTANTE :

HENRI REYNAUD - 127, Rua Aurea - LISBOA

**Produtos portugueses originais**

DO **LABORATÓRIO FARMACOLÓGICO DE LISBOA**

Rua Felipe da Mata, 30 - 32

Telefone 4 2620

**LISBOA - PORTUGAL**



**Sipobiase** Emulsão das vitaminas do óleo de fígado de bacalhau em compota de banana.

**Jodal** Granulado de iodo-peptona-iodetado, que evita a formação de produtos secundários do iodo, e do iodeto, em presença da água, que são os causadores principais do iodismo. A acção anti-tóxica do Lugol garante efeitos mais eficazes no tratamento do reumatismo e de todas as doenças subsidiárias da iodoterapia.

**Ovochocolate-Mitzi** Alimento especial para hipertensos, hepáticos, e artríticos porque contém apenas 4,7 % de substâncias proteicas.

**Radiopepsina** Empregada no tratamento da hipercloridria e de úlceras no estômago com os resultados confirmados por numerosos médicos que a têm ensaiado pessoalmente e experimentado os efeitos que não tinham conseguido com outros agentes terapêuticos conhecidos.

**Farinha lacto-bulgara** Produto considerado por muitos médicos como a maior glória da indústria nacional. Preparada com as vitaminas do pericarpo do trigo e os produtos de secreção do Bacilo Bulgaro que produzem a antiseptia dos intestinos. Devem tomar cuidado em não confundir esta farinha com qualquer outra imitação apresentada em concorrência.

**Hidropenol** Específico no tratamento das cirroses dos alcoólicos para fazer despejar o líquido das ascites.

**Vitamina cálcica** Produto de sais de cálcio em sucos de frutas vitaminado.

## **CERIMALTE**

Extracto de cereais associado ao extracto de malte. Alimento especial para doentes febris. Não provoca perturbações no fígado, porque o seu excipiente não é constituído pelo álcool etílico contido no vinho que entra na composição dos produtos similares

No **Laboratório Farmacológico**, todos os *Ex.<sup>mos</sup> Clínicos* podem receber as amostras que necessitarem.

rológicas, parafásicas e paragramáticas dos doentes orgânicos, e a sua tentativa, ainda mais contestável, de as fazer depender das lesões histológicas da região tèmpero-parietal na esquizofrenia, descritas por HECHST, MISKOLSKY, FÜNFELD (contestadas aliás por SCHOLZ, PETERS, etc.).

Esta breve excursão basta-nos para nos dar a idea da minúcia exhaustiva da análise localizadora do autor e a amplitude que tendem a tomar as subtilezas psicopatológicas da sintomatologia focal, a ponto de pretender abranger o conjunto da neuropatologia e psicopatologia.

Nesta excessiva generalização de alguns resultados anátomo-clínicos, por enquanto ainda inseguros, está também, por outro lado, o ponto fraco e vulnerável de tóda a obra.

Não nos podemos alargar na exposição das localizações mais finas a dentro das outras esferas; em especial a questão da linguagem e o original atomismo com que KLEIST localiza as lesões da afasia, levar-nos-iam longe de mais. As figuras juntas são sufficientemente claras para completarem a nossa descrição.

Notaremos apenas — no ponto de vista anatómico — a separação e isolamento do *lobo orbitário* (VI, fig. 2; campo 11, figs. 3 e 4) do lobo frontal (V, fig. 1) — e pelo que diz respeito ao seu significado fisiológico — a importância que deve ter em relação com outras regiões (o cíngulo, o retro-esplénio, VII, fig. 2, e o tronco cerebral) como *fundamento cerebral das qualidades basilares da Personalidade*, na linguagem de KLEIST, das *várias funções do Eu*.

Segundo as mais recentes investigações anatómicas, deve-se distinguir formalmente no lobo frontal dos clássicos, o córtex da face convexa e marginal, constituindo o *lobo frontal propriamente dito*, e o córtex da face inferior, o *lobo orbitário*, mais em relação com a face interna do hemisfério, com o cíngulo, o retro-esplénio e o hipocampo, e ainda com o polo temporal.

Estas duas zonas diferenciam-se nitidamente no ponto de vista estrutural (arquitectónico), e da anatomia comparada e filogenia (SPATZ), e também, ao que parece, no seu significado funcional e afinidades mórbidas.

O *lobo frontal* abrange para trás até parte da circunvolução frontal ascendente (campo 6-a $\beta$ ); é uma *região essencialmente motora* e as suas lesões traduzem-se por perturbações motoras

(apraxia innervatória, em especial da estação e da marcha) perturbações dos movimentos conjugados dos olhos, da cabeça, do tronco e dos membros, assim como por alterações da posição estática dos mesmos e desvios dos seus movimentos orientados. Outras perturbações que lhe são falsamente atribuíveis (pseudo-ataxia frontal, vertigens, etc.) têm, de-facto, origem em regiões subcorticais. Além disso as lesões frontais causam também notáveis *perturbações da psico-motricidade*, em especial o *deficit*

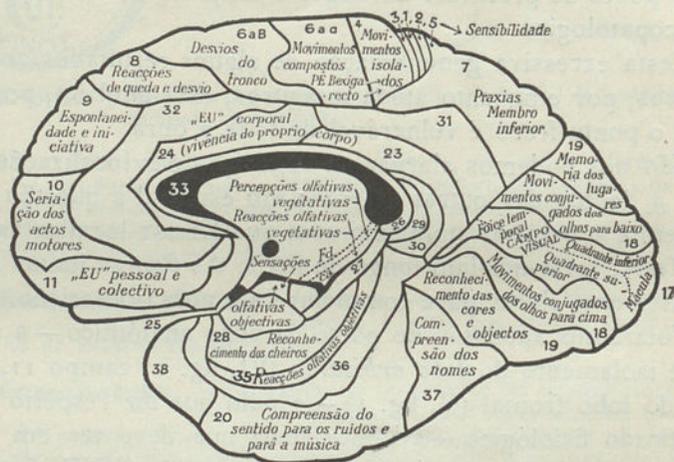


Fig. 4. — Localizações na face interna do hemisfério cerebral

da espontaneidade e iniciativa (1), e também certas formas especiais de apraxia por *deficit* de impulsos, e por *deficit* da seriação dos actos; observam-se, além disso, perturbações especiais do pensamento e do cálculo, principalmente da actividade intelectual produtiva e do pensar lógico construtivo (2).

As cartas juntas indicam claramente a distribuição destas perturbações funcionais pelas várias áreas do lobo frontal, bem como

(1) Apatia por falta de iniciativa para o movimento e para a acção — sem sintomas estriares (rigidez muscular, etc.), como no síndrome de PARKINSON — nem prejuízo dos automatismos motores, como nos estados acinéticos (da catatonía e outras doenças cerebrais).

(2) Empobrecimento da actividade produtiva do pensamento — que KLEIST distingue das *perturbações paralógicas* do pensamento (lesões do lobo temporo-occipital), pela falta de erros lógicos, confusão de conceitos, descarrilamen-

a pormenorizada localização das funções da linguagem (sons, tons, palavras, frases, melodias) distribuída pelos campos arquitectónicos da zona de BROCA (pé da terceira circunvolução frontal). Como base sensitiva para estas funções motoras, atribue KLEIST ao lobo frontal a recepção das *sensações próprioceptivas* labirínticas e mioestáticas, que fornecem as noções de posição e movimento do próprio corpo e as sensações de força e cansaço muscular. A sua distribuição localizatória está nitidamente expressa nas figs. 3 e 4.

Assim considerado *não tem pois o lobo frontal qualquer função de ordem psíquica, excepto o papel de activador da psicomotricidade, do falar e do próprio pensamento, e de ordenador e seriador dos actos, da linguagem falada e do pensar produtivo.* A vastíssima experiência da patologia cerebral, desta arte sistematizada, nega-lhe pois o papel que lhe tem sido freqüentemente atribuído na génese de outras perturbações mentais mais complexas. Os erros de interpretação provêm de se não considerar à parte o lobo orbitário e o cíngulo, e muito principalmente de não se tomarem em consideração as outras regiões mais profundas do tronco cerebral e do cérebro intermediário, donde parecem provir (1) a maioria dos síndromas psicopatológicos de carácter mais geral — como as perturbações da consciência, da memória, da atenção, os estados de delírio, confusão mental, etc.

O *lobo orbitário* (VI, fig. 2) é composto pela região orbitária, sita para dentro do sulco orbitário, pela região pré-orbitária, de transição para o córtex frontal; mais precisamente, compreende os campos 11 e 47 de BROADMAN, ou os campos F<sub>H</sub>, F<sub>G</sub>, F<sub>L</sub>, F<sub>J</sub> e F<sub>E</sub> de ECONOMO, e vários campos mielo-arquitectónicos de VOGT. Atrás desta região está o «cérebro olfactivo», ou melhor, o *cérebro interno*, que além do córtex olfactivo (região olfactiva, para-olfactiva, hipocampo), compreendendo a região do cíngulo e atrás a região retro-esplénica (VII, fig. 2) que devem estar adstri-

---

tos abstrusos do pensar, etc. — e caracterizado pela simples diminuição quantitativa da actividade intelectual, com empobrecimento, limitação e uniformidade das produções mentais e certas formas de pensar, abreviadas e alógicas por insuficiência de raciocínio e *deficit* crítico, tais se observam na paralisia geral de forma demencial.

(1) Compreenda-se sempre: cujas lesões circunscritas podem condicionar, em determinadas circunstâncias, estes síndromas.

tas às *sensações enteroceptivas* das vísceras, órgãos sexuais, glândulas, etc. Demonstram-se íntimas relações de conexão anátomo-funcional entre estas formações e o tálamo óptico (principalmente os núcleos anterior, lateral e mediano) e por seu intermédio com os núcleos subtalâmicos e hipotalâmicos (zona incerta, campo de FOREL, corpos mamilares, núcleo supra-óptico, para-ventricular, etc.), donde recebem as sensações dos órgãos internos e de todos os órgãos vegetativos, cujo conjunto constitue a *cenestesia*.

Não nos alargaremos com a exposição do modo como KLEIST concebe as relações entre estas regiões e as *funções do Eu*, tanto mais que este capítulo da sua obra, embora tenha um extraordinário valor eurístico para os trabalhos ulteriores e represente uma engenhosíssima síntese de alguns factos anátomo-clínicos dispersos, só se pode aceitar com grandes reservas.

De grande importância é no entanto a noção, que devemos fixar, de *que não é apenas no córtex cerebral*, e muito menos na sua face externa, mais conhecida, que devemos procurar os *fundamentos anatómicos da actividade psíquica*, em especial das *funções basilares de ordem mais geral* (sono, vigília, consciência, atenção, fixação mnésica, evocação das recordações, curso geral do pensar, etc.), e também, e muito principalmente, dos *fundamentos cerebrais da Personalidade*, em todos os seus aspectos, desde o nível dos instintos e affectos mais elementares, até aos das modalidades do temperamento e qualidades mais elevadas do carácter.

De um modo geral, todos estes aspectos da actividade do Eu têm relações íntimas de dependência com as regiões do lobo orbitário e da face interna do hemisfério e muito especialmente com os núcleos centrais e o cérebro intermediário.

Assim, e começando pelos alicerces biológicos do indivíduo, são bem conhecidas as *perturbações vegetativas, metabólicas e endócrinas* (temperatura, circulação, respiração, metabolismo da água, dos sais, funções hipofisárias, etc.), em relação com as lesões dos núcleos do hipotálamo, e também as perturbações da *motricidade automática* e da *psico-motricidade*, provenientes de alterações dos núcleos centrais (1), incluindo já desvios os mais

---

(1) Sintomas acinéticos, hipercinéticos e catatónicos; veja BARAHONA FERNANDES. *Lisboa Médica*. N.º 2. 1936; N.º 8. 1936. *Análise clínica dos síndromas hipercinéticos* (Tese — Lisboa. 1938).

# UROCRASINA

E

# UROCRASINA "C" (com cólquico)

**2** produtos destinados a combater a uricémia nas suas diferentes formas e manifestações —

**REUMATISMO,  
GÔTA,  
LITÍASE, etc.**

A UROCRASINA é pois o novo tratamento das multiplas formas reumaticas e de tôdas as manifestações úricas e colesterinicas.

A UROCRASINA "C", para os **casos mais agudos ou mais rebeldes**, sobretudo para aquêles que revistam um aspecto que leve a aproxima-los da **gôta clássica**, visto conhecer-se a acção electiva do cólquico sôbre esta entidade mórbida.

**Contra-indicações :**

UROCRASINA — nenhuma

UROCRASINA "C" — estados gástricos ou intestinais; nefrites.

Amstras à disposição dos Ex.<sup>mos</sup> Clínicos

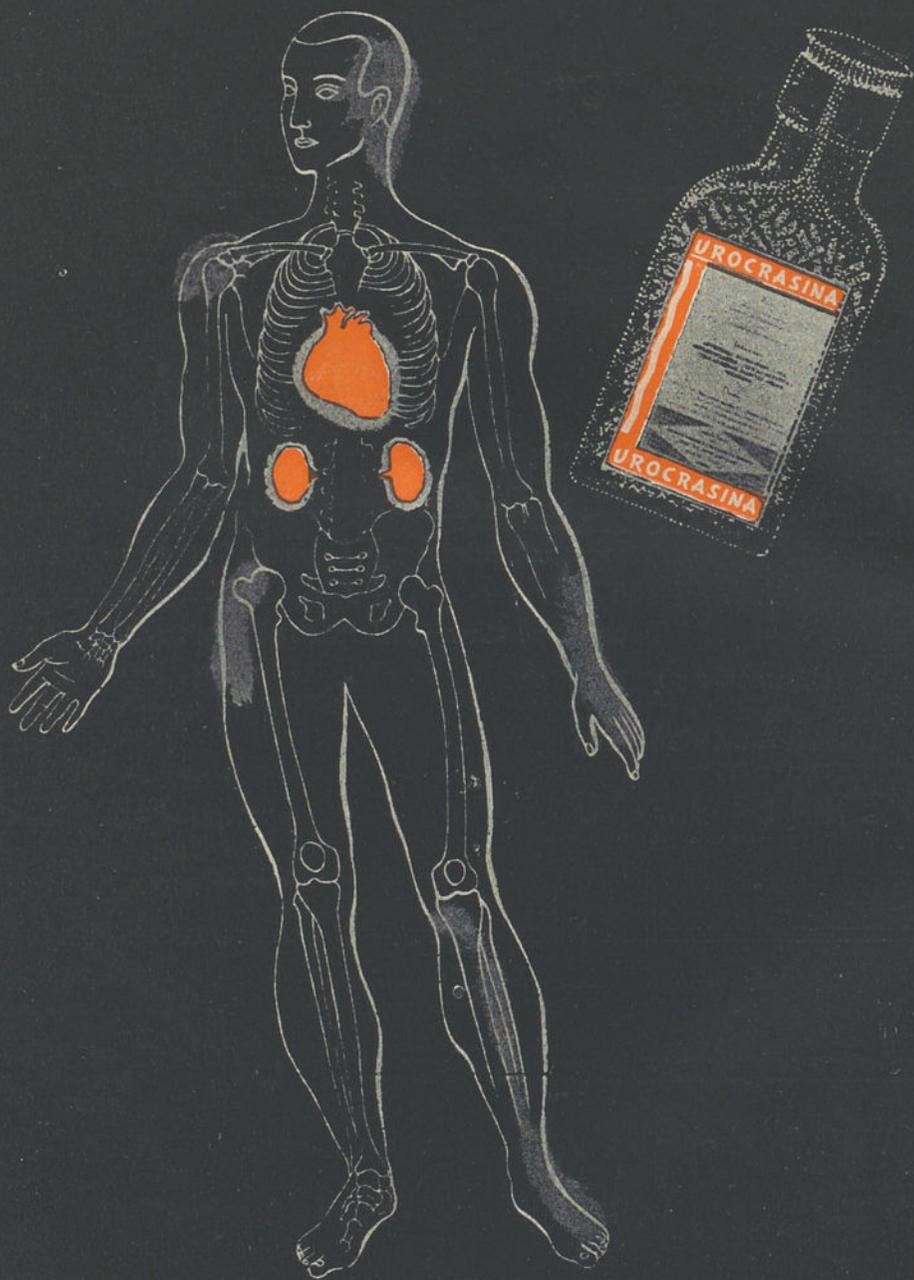
== IMPRESSO ==

VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, L.<sup>DA</sup>

Rua da Prata, 237, 1.<sup>o</sup>

LISBOA

AVENÇA



UROCRASINA

---

---

complexos do *temperamento motor*, e num plano mais elevado as perturbações afectivas — choro e riso forçado, labilidade emocional, etc. — causadas por lesões dos núcleos centrais («focos» no centro de Louis; do tálamo, na encefalite epidémica, por exemplo).

Menos divulgados estão, pelo contrário, os factos de *perturbações da vivência do próprio corpo* («despersonalização»; perda da consciência de que certas regiões corporais pertencem ao próprio, ausência da percepção de perturbações somáticas (1), como paralisia e outras, etc.), em lesões localizadas do cíngulo e regiões vizinhas (corpo caloso), as *perturbações de carácter* dos feridos do cérebro em que os agentes traumatizantes penetram pelo nariz ou pela órbita lesando as regiões cerebrais orbitárias e as partes profundas do cérebro intermediário que lhe ficam vizinhas, e causando a conhecida *mória* (2) e muitas outras perturbações da conduta do indivíduo (amoralidade, irritabilidade, rebelião, etc.), e uma acentuada *deterioração dos sentimentos e tendências de ordem mais elevada e uma profunda perturbação dos mecanismos da vontade*.

Sobre a base destes e muitos outros factos observados (por KLEIST e outros autores) em feridas do cérebro e em lesões focais e atrofiadas circunscritas do córtex (doença de PICK), ergueu KLEIST o edificio ousado e chocante das suas minuciosas localizações das funções do Eu. No ponto de vista *psico-biológico* distingue vários «territórios ou níveis» funcionais; primeiro, os fundamentos basilares do indivíduo, o *Eu afectivo*, compreendendo as qualidades afectivas (o temperamento), a seguir o *Eu corporal*, que sintetiza as sensações internas cenestésicas, e por último, os aspectos mais elevados que dizem respeito à própria *Pessoa* (Selbst-Ich), aos sentimentos éticos, em que assenta a vida humana na colectividade — o Eu-colectivo (Gemeinschafts-Ich) e a sua integração no Mundo (Welt-Ich) e na ordem das crenças religiosas — o 'Eu-religioso.

---

(1) Interessantíssimas perturbações que consistem, por exemplo, em o doente não se dar conta que tem um lado do corpo paralisado (sintoma de ANTON), ou ignorar a localização de certas partes do seu corpo (diversa de desorientação espacial no corpo — na qual os enfermos confundem a direita com a esquerda — mais em relação com lesões parietais).

(2) Perda da noção da «seriedade» das situações, com «impulso para gracejar» e para se intrometer com todos.

Em cada um destes aspectos, devem considerar-se as várias *formas e estruturas* da função (modalidades qualitativas dos afectos, do carácter, etc.), e as *variações* positivas e negativas do *Bio-tonus geral*, por exemplo, do temperamento (sanguíneo, melancólico, colérico e fleugmático) e dos instintos, e num plano mais elevado, por exemplo, a exaltação ou a sub-estima de si próprio (sentimentos de superioridade e inferioridade pessoais) e o calor ou a frieza dos sentimentos humanitários e religiosos (altruísmo, egoísmo, etc.).

Embora criticável no ponto de vista psicológico, encerra esta discriminação das facetas da Personalidade novos aspectos muito interessantes, se se apreciar, em nosso entender, a actividade do indivíduo, não do lado do subjectivo (fenomenològicamente), mas apenas objectivamente, como *efeito ou rendimento de determinadas funções*, assim avaliadas no seu aspecto meramente externo. Insustentável, pois, no ponto de vista da psicopatologia, esta discriminação funcional é digna de consideração, e muito útil semeològicamente, se a *tomarmos à face da psicopatologia objectiva*, e até mesmo, nos seus aspectos neuro-funcionais. Só assim poderemos ler, sem uma indignada repulsa, as localizações que KLEIST ousa fazer destes vários departamentos do Eu; doutra maneira não teriam qualquer sentido e deveriam ser considerados como mera mitologia cerebral.

Os *deficits funcionais* (não as funções em si) do *Eu afectivo e instintivo* dependem localizatòriamente do *cérebro intermediário*. As *perturbações da excitabilidade do Eu-corporal*, no sentido disfórico (mal-estar corporal) ou eufórico, estão relacionadas com a mesma região, bem como certas hipersensibilidades corporais histeriformes e neurasteniformes. A normalidade das relações relativas, entre a vivência do próprio corpo — obtida a partir das sensações cenestésicas (Eu-corporal) — e tôdas as outras funções exteroceptivas, de que depende o conhecimento óptico e táctil do próprio corpo (localizadas na face externa do hemisfério), as relações, por conseguinte, entre o esquema corporal subjectivo e objectivo (óptico-táctil) (1) dependem da integridade

---

(1) Dos dois tipos de perturbações da consciência do próprio corpo, enunciados acima, conclue-se que há duas formas diversas de vivência do Eu corporal — uma (*subjectiva*) baseada nas *sensações próprio e enteroceptivas*

da região cingular e talvez também da região retro-esplénica. As suas lesões traduzem-se pelo sintoma de ANTON (desconhecimento de paralisias e outras perturbações do próprio corpo) e outras notáveis perturbações da consciência de si próprio a que acima nos referimos.

Os outros departamentos mais elevados do Eu (carácter, sentimentos éticos, etc.), têm também uma dupla localização: no *cérebro intermediário* (tálamo, sub-tálamo, etc.), e no *lobo orbitário*. ; Do lobo orbitário e das suas conexões dependeria, em especial, a consciência da própria actividade voluntária, a unidade da Personalidade e a auto-determinação da vontade!

Não cabe nestas notas o comentário exaustivo do problema dos fundamentos anatómicos, fisiológicos e psicológicos das localizações cerebrais, sem dúvida uma das questões fundamentais da neurologia e até da psiquiatria.

No *ponto de vista prático*, para a localização, pelos sintomas, das afecções cerebrais circunscritas (amolecimentos, feridas, tumores, etc.) teremos sempre de recorrer à *experiência empírica*, que nos dá uma relação de probabilidade (maior ou menor conforme a natureza da lesão) entre determinados sintomas e a topografia das lesões que os provocam. As localizações extraordinariamente precisas de tumores, feitas muitas vezes por KLEIST e confirmadas pelo neuro-cirurgião TÖNNIES, sobre a base dos novos dados descritos pelo primeiro, e ainda pouco conhecidos na literatura (comparar a sintomatologia apontada por DANDY para os tumores dos núcleos centrais e os achados de KLEIST, por exemplo) mostram o real *valor clínico* do seu esforço de análise sintomatológica e localizadora.

A simples empiria da subordinação dos «sintomas» aos «focos» cerebrais não satisfaz, porém, a *necessidade de conhecimento teórico*, nem resiste, na forma grosseira, como na prática é muitas vezes concebida, aos ataques de uma crítica mais subtil e profunda.

---

(sensações internas, musculares e viscerais) e outra (mais objectiva) — o *esquema óptico-táctil*, baseado na representação da forma e relações especiais das diversas regiões do corpo, obtidas a partir das percepções ópticas e tácteis de nós próprios. Normalmente estas diversas formas de percepção do próprio corpo estão íntima e indissolúvelmente fundidas.

Embora certas localizações tenham já dado ou venham ainda a dar as suas provas na prática clínica, temos pois de comentar mais detidamente as *premissas teóricas* em que se funda a apreciação dos sintomas anormais e dos focos cerebrais que lhes servem de base. Êste *trabalho de depuração conceptual* é de resto tanto mais necessário, quanto as relações entre os factos empíricos nem sempre são directas nem fixas, por intervenção de factores imprevisíveis e indetermináveis, caindo-se em incertezas e hesitações, que só uma clara visão teórica do problema pode esclarecer.

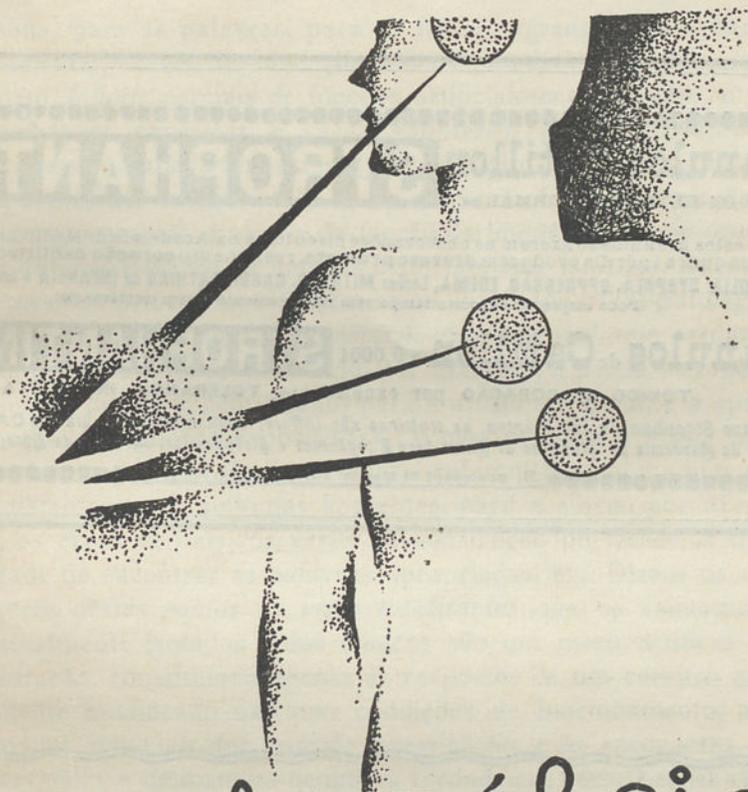
Tentemos sintetizar as muitas e variadas críticas que se têm levantado contra as localizações, em especial os comentários à carta de KLEIST, feitos em Francfort por BUMKE, LANGE, SPATZ, THIELE, SCHOLZ, KORNMÜLLER, SCHRÖDER, QUENSEL, SIMON, BECK, etc.

Apreciaremos depois muito brevemente o valor destes comentários e o estado actual da questão, tal a compreendemos através da nossa experiência.

A minuciosa discriminação e isolamento de funções nervosas e psíquicas, de uma forma esquemática e mantendo mesmo, como faz KLEIST, a separação por órgãos dos sentidos, até em processos mais elevados, como o pensamento (pensamentos ópticos, por exemplo), implica um certo *atomismo*, em contradição com a tendência predominante de considerar as funções no seu conjunto, sob o seu «aspecto totalitário», como soi dizer-se, e de um modo «natural», tais se apresentam à observação, sem uma análise excessiva, isto é, no seu *aspecto fenomenológico*, independentemente de qualquer artificialização teórica; a aversão dos críticos pelo isolamento de funções vai tão longe que os esforços de muitos se dirigem exactamente ao invés, por encontrar relações intrínsecas entre efeitos muito diferentes, por exemplo, a apreensão da função da «forma em geral» para os vários órgãos sensoriais, e não apenas para a visão, a «função construtiva» em geral, para os efeitos práticos, visuais, etc.

Do mesmo modo a distinção de *sintomas*, isolados e muito diferenciados, é contrária à mesma tendência de apreciação fenomenológica das *perturbações da função*, independentemente de qualquer esquema preconcebido; daí o nítido contraste entre as variadíssimas formas de afasia de KLEIST (surdez psíquica para

LISBOA MÉDICA



# canfocálcio

ACÇÃO  
CARDIO-TÓNICA  
E UFÓRICA  
ESTIMULANTE

Sobre os

CENTROS NERVOSOS—FUNÇÕES RESPIRATÓRIAS E CIRCULATÓRIAS

Descalcificação  
Escrofulose  
Dermatose  
Anafilaxias  
Pneumonias  
Baciloses

POSOLOGIA - 5 A 10 C. C. DIÁRIOS  
Injecções intramusculares ou endovenosas

E' UM PRODUTO "LAB"

**Granulos de Catillon STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

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

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

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

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

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

Tratamento especifico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

***Veinosine***

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

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

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

os sons, para as palavras, para as frases, agramatismo e paragramatismo, afasia de condução, afasia amnésica, etc.) que exprimem *deficits* parciais de funções artificialmente isoladas, e as perturbações genéricas e vagas admitidas, por exemplo, por GOLDSTEIN, na afasia amnésica (por exemplo, a «perturbação do comportamento categorial»), significando uma forma de reacção e um comportamento diversos da função da linguagem e não quaisquer defeitos isolados de funções artificialmente isoladas. Adentro dos mesmos princípios, esforçam-se os modernos neuro-patologistas pela apreensão de um *transtórno fundamental*, que explique tôdas as perturbações do doente, por exemplo, a perda da função simbólica da linguagem (HEAD) para a afasia em geral, e a «perturbação das funções expositivas» (WOERKOM) para a afasia motora. A esta perturbação fundamental referem depois, mediata ou imediatamente, os sintomas aparentes, para a afasia, por exemplo, os erros verbais, os erros de construção de frases, a dificuldade de encontrar as palavras apropriadas, etc. Dizem os defensores destes *pontos de vista totalitários* que os «sintomas» habitualmente isolados pelos clínicos são um mero artifício de exploração, constituindo apenas as respostas de um cérebro globalmente modificado nas suas condições de funcionamento, aos estímulos artificiais dos *tests* de investigação, e às «perguntas do observador» e de maneira nenhuma verdadeiras perturbações «naturais» da função.

A consideração de *sintomas independentes* e isolados, implica uma perturbação isolada de uma função, e vai contra a idea de alguns críticos, de que qualquer alteração num dado departamento funcional se estende difusamente a todos os outros, a ponto de, por exemplo, na cegueira psíquica se pretender encontrar uma «perturbação geral de apreensão da forma» de tôdas as outras percepções (GOLDSTEIN).

Da mesma maneira, em casos mais complexos com lesões mais extensas, a possibilidade de considerar as perturbações de funções mais elevadas e complicadas como a *soma e combinação de alterações dos processos elementares*, contrapõe-se à orientação oposta de derivar o simples do complexo, os pormenores do conjunto, segundo os princípios da *psicologia de forma*, e não, como faz a doutrina clássica, seguida por KLEIST, erguer o conjunto do somatório dos seus elementos.

Igualmente, a regra de *concluir pela existência de certas funções normais a partir das falhas e perturbações de determinados efeitos nervosos*, que KLEIST segue com grande êxito (isolamento da forma especial da memória dos lugares a partir das perturbações da orientação topográfica, por exemplo, etc.), por assim dizer, a possibilidade de derivar a função positiva do seu «negativo» (o sintoma patológico, o *deficit* da função), opõe-se à doutrina de que os *sintomas anormais* observados nos enfermos, isto é, os efeitos funcionais perturbados, devem ser compreendidos, não como o resultado do simples *deficit* de uma função determinada, sita numa dada região do encéfalo, mas sim como a *resposta*, o *esforço de adaptação do restante encéfalo íntegro*, e mesmo de todo o organismo no seu conjunto, à perturbação funcional causada pela lesão (H. JACKSON).

A *equivalência dos três dados diversos: sintoma, função normal e localização num campo cerebral*, que implica, por vezes, certas localizações mais restritas (cegueira cortical, visão cortical, campo 17), está em oposição crassa com os modernos *critérios dinâmicos e biológicos* de apreciação do funcionamento do sistema nervoso.

KLEIST crê firmemente, na continuação e desenvolvimento dos clássicos (GRIESSINGER, WERNICKE, etc.), que os fenómenos nervosos que se regulam por *leis próprias, intimamente correlacionadas com a estrutura anatómica do sistema nervoso*; daí a grande constância e fixidez que atribue a algumas das suas localizações funcionais; embora não aceite de maneira nenhuma a velha doutrina rígida dos «centros nervosos», como suportes isolados das funções nervosas, e «depósitos» de representações, insiste com uma denodada insistência, e os bons argumentos que lhe dão os novos factos que assim vai descobrindo, na doutrina da *diferenciação funcional das várias estruturas anatómicas*; a sua carta procura assim, ao máximo, satisfazer a êste critério, propondo uma nova função diferente para cada campo arquitectónico. Os efeitos funcionais assim localizados são realmente derivados do *deficit* da função, observado nas lesões de cada uma das regiões. Embora KLEIST se refira, de-facto, quasi sempre, à *localização das alterações do «rendimento» de uma determinada função* (localização das perturbações da função visual, das funções da linguagem, das funções do Eu, etc.), nem sempre distingue nítida-

mente, como seria de desejar, os dois critérios fundamentais da *localização da função normal*, e da *localização da causa anatómica das suas perturbações patológicas*.

Em face destas normas localizatórias e anatomizantes erguem-se as aliciantes doutrinas da *plasticidade do sistema nervoso* de BETHE e GOLDSTEIN, que admitem uma grande variabilidade de relações entre as estruturas anatómicas e o funcionamento do sistema nervoso, compreendido de resto, como um aparelho *unitário que reage sempre como um todo*.

KLEIST e os seus predecessores partem quasi sempre da *concepção clássica do arco reflexo*, fazendo depender tôda a actividade nervosa e até a mental, das relações entre os receptores e os effectores, a ponto de repartir, como vimos, tôda a actividade do sistema nervoso em sistemas extero, próprio e enteroceptivos, incluindo, por exemplo, nesta última as funções elementares do Eu, em relação com sensações cenestésicas viscerais.

Os seus contraditores, ao invés, concebem a actividade nervosa de um modo muito diferente, no *mero ponto de vista dinâmico e independentemente de tôda a consideração anatómica*; negam até o papel do neurónio (célula nervosa e os seus prolongamentos) como unidade funcional do sistema nervoso (!), tomando erradamente como demonstrada a concepção da rêde contínua e ininterrupta de ligações fibrilhares entre os elementos celulares. Procuram assim libertar-se da anatomia, e estudar a actividade nervosa «em si», nas suas reacções multiformes, continuamente variáveis e adaptadas à situação de momento. As engenhosas doutrinas do tónus de v. UEXKULL, segundo as quais o efeito motor final de um estímulo depende do estado de distensão do músculo effector e não das suas conexões nervosas, o princípio da «conexão progressiva» de BETHE, etc., ilustram claramente as novas ideas «dinâmicas» sôbre a fisiologia nervosa.

A situação ainda mais se agrava quando se trata da *localização das funções psíquicas*.

Embora KLEIST não tivesse ficado, de maneira nenhuma, apgado a psicologia associacionista, como dissemos, e não tenha a ingenuidade de conceber a vida psíquica pelo modelo da estrutura do cérebro, como faziam os velhos psicólogos anatomizantes, localizando as «representações», «imagens» e as «ideas» adentro das células nervosas e explicando as suas «associações» (no ponto

de vista psicológico) pelas conexões dos feixes nervosos de ligação — e tivesse ainda, por outro lado, tomado já em consideração as modernas aquisições da psicologia (do pensamento, da vontade e até a célebre *Gestaltpsychologie*) — o que é certo é que, mesmo para as funções psíquicas, insiste sempre na separação de um *aspecto motor* e de um *aspecto sensitivo*; assim, por exemplo, nas perturbações do pensamento, uma forma *alógica* motora, dependente de lesões do lobo frontal e uma forma *paralógica* sensitiva, em relação com alterações do lobo têmporo-occipital. As observações originais e valiosíssimas que publica a êste propósito não convencem, porém, os psiquiatras de outra orientação, cren-tes de que a vida psíquica se regula por mecanismos completa-mente diferentes e não se pode atomizar num mosaico de elemen-tos separados, comparáveis aos processos neurológicos sensitivos e motores.

Se v. MONAKOW repelia tôda a *interferência da psicologia na patologia cerebral*, os mais recentes comentadores da questão insistem exactamente no uso da fenomenologia, mesmo no estudo das lesões cerebrais circunscritas e explicam os erros da doutrina clássica exactamente pela insuficiência da psicologia de que se serviam os seus cultores. Diz GOLDSTEIN — o acérrimo detractor dos neurologistas anatomizantes, como O. VOGT e KLEIST — que o Homem não é a soma dos seus vários órgãos e aparelhos, mas sim um Ser com olhos, ouvidos, membros, etc., e a sua vida mental não é também a soma das percepções, pensamentos e senti-mentos, mas sim o resultado da actividade de um *Ser vivo que percebe, pensa e sente*.

Na análise de uma perturbação qualquer, um defeito afásico da linguagem, por exemplo, é pois essencial *apreciar também, além do rendimento objectivo da linguagem, tódas as outras funções simultaneamente perturbadas* e sobretudo a forma subjectiva como, em condições anormais e diferentes do habitual, êle chegou a tais efeitos desviados e ainda a *vivência subjectiva das pró-prias perturbações* — um ponto de vista estritamente psicológico, em contraste formal com a preocupação anátomo-localizadora de KLEIST e os patologistas da sua orientação. Caimos, assim, no problema das relações entre a fenomenologia e a patologia cere-bral, que comentámos noutro trabalho e não repetiremos aqui.

De-facto, como dissemos, só os dados objectivos dos *deficits*

e alterações do rendimento das funções podem ser postos directamente em relação com os factos fisiológicos e com as observações anatómicas. Em nosso entender, é em grande parte por os autores tomarem no sentido da psicopatologia subjectiva (fenomenologia), os dados que KLEIST define apenas *objectivamente* («Leistungen»), que muitos dêles se opõem exageradamente às suas localizações.

Assim compreendida a questão, não há realmente motivo para escrúpulos filosóficos, quando se diz que as *perturbações das funções intelectuais estão dependentes das alterações do córtex*, enquanto que os *desvios anormais dos processos afectivos e instintivos devem*, pelo contrário, *estar mais correlacionados com alterações dos núcleos centrais e do tronco cerebral*. Formuladas desta maneira genérica, podemos afirmar, por muito que pese a alguns, que não há dúvida que estas «localizações» são perfeitamente aceitáveis e, em grande parte, já hoje demonstradas.

Como vimos noutro trabalho, a *vivência das perturbações da função* (o aspecto subjectivo dos *deficits funcionais*) não é, pelo contrário, *de maneira nenhuma localizável*; não se trata pois — insistimos — de *localizar a «Psique»*, mas apenas de *determinar a sede dos processos nervosos, cujas perturbações causam os desvios da sua actividade*; a função neuro-fisiológica que lhe serve de base não é também localizável, no sentido de que decorra apenas numa dada região, mas sim de que essa região, êsse sistema anatómico representam o *ponto nodal da regulação de todos os processos que a ela presidem*, e que são portanto um órgão especializado na execução dessas funções, cuja integridade é necessária para que elas se realizem normalmente.

Se, de-facto, há uma certa *plasticidade* no sistema nervoso, e uma certa *capacidade de substituição funcional* de umas funções por outras, esta é, porém, muito diferente para cada processo, e tanto menor quanto mais elementar é a função: mínima para a condução nervosa pelos feixes, muito limitada nos campos corticais de projecção, já maior para as zonas psíquicas, por exemplo, para a visão — a lesão das vias ópticas não é susceptível de compensação, a da calcarina, só em casos excepcionais, as das outras regiões occipitais, pelo contrário, com uma relativa facilidade. Esta compensação faz-se, porém, mais pela entrada em função do outro hemisfério — (nas funções de prevalência unilateral), do

que pròpriamente pela substituição das regiões vizinhas, é mais fácil nos indivíduos novos que nos velhos, etc.

Por muito interessantes que sejam os factos de substituição funcional das regiões lesadas por outras, originariamente com função diferente, a verdade é que — para infelicidade dos nossos doentes — a capacidade de compensação funcional de umas regiões cerebrais por outras é muito limitada, e dá-se apenas em circunstâncias excepcionais. A variabilidade dos sintomas, que quer dizer, do transtôrno da função provocado por um mesmo foco cerebral, não é também tão extensa como afirmam muitos autores (lei de regressão de JACKSON, teoria da *diaschisis* de v. MONAKOW, «seguranças múltiplas» da função de O. FOERSTER, a repercussividade de A. TOMAS, etc.). *De forma alguma poderemos aceitar a doutrina da equivalência funcional das várias estruturas cito- e mielo-arquitectónicas.* Ainda hoje, na era dos fisiologistas totalitários, podemos esperar, como dizia BASTIAN, que alguém nos mostre um doente, no qual a lesão da zona de BROCA tivesse dado uma surdez verbal e não uma afasia motora...

Certos neurologistas chegam mesmo ao extremo de procurar *identificar a actividade nervosa com a actividade psicológica*, estendendo à fisiologia as leis dos fenómenos subjectivos. Caem, assim, no êrro contrário dos clássicos, que procuravam derivar a psicologia da fisiologia, e esta da anatomia. A concepção, tentadora para muitos, de que o *cérebro trabalha sempre como um todo*, e de que qualquer *estímulo incidindo em qualquer ponto do sistema nervoso, o influencia em toda a sua extensão* (BETHE, v. WEISZACKER, etc.), não pode, porém, ser já hoje admitida à face dos resultados das mais recentes investigações fisiológicas, sôbre os nervos de ADRIAN, a cronaxia dos autores franceses e sobretudo a *electroencefalografia* de BERGER, KORNMÜLLER e outros.

Na medida em que as correntes de acção dos diferentes campos architectónicos podem exprimir a sua actividade fisiológica, prova-se indiscutivelmente as grandes diferenças do estado de excitação funcional das várias estruturas num dado momento e o carácter localizado das modificações da corrente de acção, ante os estímulos sensoriais dos órgãos correspondentes à região considerada; os estímulos ópticos, por exemplo, só se reflectem nas curvas electroencefalográficas da calcarina e regiões circunvizinhas, de uma maneira perfeitamente electiva, e de modo nenhum

ubiquitariamente por todo o sistema nervoso, como pretendem os neurologistas «totalitários».

Não se equivalendo entre si funcionalmente as várias estruturas anatómicas, temos pois de admitir que as funções somáticas e psíquicas estão não só «representadas» no encéfalo, como tão acertadamente dizia H. JACKSON, mas também que há, de-facto, uma *repartição funcional*, uma *divisão de trabalho* mais ou menos bem determinada e electiva entre as diversas *formações anatómicas*.

Se, a-pesar do diverso papel funcional dos diferentes órgãos e estruturas nervosas, realmente as funções psíquicas normais (e ao que parece também as nervosas e orgânicas) implicam sempre um «todo harmónico», só artificialmente divisível — não há dúvida de que *em condições patológicas, se podem perturbar electivamente êste ou aquêle dos elementos que as compõem*; assim, até mesmo nas perturbações da personalidade — de-certo, no estado normal uma unidade de que dificilmente separamos as componentes — pode estar mais comprometido o lado afectivo, o lado instintivo ou a faceta intelectual. Se a estes *deficits* funcionais limitados, corresponderem, de-facto, lesões anatómicas de diferentes regiões, ¿ porque razão não admitir um nexo localizatório, como o faz KLEIST? Ainda que, de-facto, um transtorno funcional nunca fique totalmente isolado e se possa repercutir mais ou menos sobre os outros processos, pelo esforço de compensação e reparação do restante organismo, não se segue que se tenha de pôr de banda a *descriminação analítica das funções separadas* e muito principalmente das suas perturbações e defeitos patológicos, como pretendem certos críticos das localizações. A própria variabilidade multiforme e o carácter qualitativamente diverso do normal dos sintomas patológicos mostram que determinadas funções são electivamente transtornadas pelos processos patológicos cerebrais.

Mais do que muitas congeminções psicopatológicas, tem sido útil à patologia a derivação, tão combatida e troçada, das funções normais, a partir dos sintomas patológicos. ¿ Quem poderia alguma vez, do ponto de vista fenomenológico, supor a subestrutura fisiológica dos actos motores coordenados mais complexos, revelada pelo estudo das perturbações da *apraxia*? Neste particular é realmente notável a riqueza e valor dos novos conceitos de patologia cerebral de KLEIST, até mesmo do ponto de vista psicoló-

gico, por exemplo, a separação da vigilidade óptica, acústica, etc., como funções motoras especiais adentro dos processos gerais da atenção.

As perturbações isoladas destes processos, causadas por lesões circunscritas dos campos 18 (vigilidade óptica) e 21 (vigilidade acústica), por exemplo, jamais poderiam ser compreendidas ou explicadas do ponto de vista psicológico subjectivo; nos casos com lesões do campo 18, de que observámos já alguns doentes, não há realmente um prejuízo total da atenção, mas apenas da impressionabilidade óptica e da vigilidade para os estímulos visuais, embora uma vez correctamente fixado o objecto a visão possa estar absolutamente normal (naturalmente quando a calcarina está poupada). Os *movimentos automáticos do olhar* para um dos lados estão nesse caso prejudicados (em relação com a busca visual «reflexa» dos objectos); os estímulos luminosos vindos desse lado não são assim *atendidos* na mesma medida que os do lado oposto (o enfêrmo não os «nota», não lhes dá a «atenção»); os movimentos voluntários não estão porém paralisados, e o enfêrmo vê igualmente bem para os dois lados, quando olha voluntariamente.

O conceito de *atenção óptica* está errado, psicológicamente; sob a forma exposta (mais como vigilidade e impressionabilidade) é contudo perfeitamente admissível, adentro dos critérios da psicopatologia objectiva da patologia cerebral, e mesmo muito fecundo na semeiótica nervosa (1).

Se não devemos derivar os mecanismos psíquicos da estrutura do sistema nervoso e das suas funções, como fazem alguns patologistas cerebrais, temos, em nosso entender, que aceitar que *as leis próprias que governam os processos cerebrais — muito diferentes das leis psicológicas — se lhes substituem, em grande parte, em condições patológicas*, causando perturbações psicológicamente inexplicáveis e irreduzíveis, que bem atestam a intervenção doutros factores, inacessíveis aos métodos subjectivos (causas orgânicas). É a intromissão do «Bios» na «Psique» (2), de que já falá-

(1) Ver nossa explicação dos actos de curto-circuito em certos *síndromas hipercinéticos* (*loc. cit.*).

(2) Semelhante, mas não idêntica, à irradiação da esfera dos instintos na esfera da orientação e da causalidade, de MONAKOW e MOURGUE.

## PIPÉRAZINE MIDY



(Granulado efervescente)

*ANTI-URICO TIPO*

---

## THIODÉRAZINE MIDY



(injectavel)

Ampolas de 5 cc.  
intramusculares, intravenosas,  
o sub-cutaneas.

*REUMATISMO CRONICO*

---

## THIODÉRAZINE MIDY



(bebivel)

Gotas

*REUMATISMO CRONICO*

---

## THIODACAÏNE MIDY



Ampolas de 20 cc.  
para injeções locais.

*DORES REUMATICAS*

---

Laboratoires MIDY, 67, Av. de Wagram, PARIS (17<sup>e</sup>)

GIMENEZ-SALINAS & C<sup>a</sup>

240, Rua da Palma 246, — LISBOA

# ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

Solução com a concentração de 26.13 %  
de "3 acetylámino 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 estabilisação terapeutica)

## PIAN — TRYPANOSOMIASES — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

Modo de usar : em "doses fortes", injectar 5 cc. duas vezes por semana (apòz verifica-  
ção da ausencia de intolerancia arsenical).  
em "doses fraccionadas repetidas", injectar 3 cc. todos os dias por  
series de 12 a 16 injectções.

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

LABORATORIOS CLIN COMAR & C<sup>ie</sup> — PARIS

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>, 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-gott. de 10 c.c.  
Pomada (Tubo de 30 gr.)  
Ovulos (Caixa de 6).

Todas as doencas infecciosas sem especificidade para o agent. pathogenio.

N. B. — O ELECTRARGOL é egualmente empregado no tratamento local de numerosas affecções septicæ (Anthrax, Oites, Epididymites, Abcessos 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)

## ELECTROPALLADIOL (Pó)

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

## ELECTRORHODIOL (Rho. io)

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 Syphilis.

## ELECTROCUPROL

(Cobre)

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

Cancro, Tuberculose, Doencas 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 da Medicação sulfurada.

## IOGLYSOL (Complexo Iodo-glycogenio)

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

Curas lodada e lodurada

## ELECTROMANGANOL (Manganez)

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

Affecções estaphylo. coccicas.

mos noutros trabalhos. Exactamente por esta razão é que falha então a psicologia, pelo menos para explicar o núcleo central da perturbação, os sintomas chamados primários (que podem aliás não ser os mais salientes clinicamente). O que os critérios fenomenológicos apreendem aqui é apenas o processo de readaptação da Personalidade e dos outros aparelhos nervosos às perturbações primárias e ao transtôrno funcional geral, assim provocado; estes mecanismos secundários de compensação (reacção das funções «sãs»), embora interessantíssimos, são insuficientes para explicar tóda a situação. Os mecanismos mais profundos que lhe servem de base, escapam-lhes e só a patofisiologia os pode apreender. Exactamente por cada categoria de métodos e pontos de vista, subjectivos e objectivos, se querer invadir recíprocamente nos territórios respectivos, é que advêm aqui as maiores dificuldades e as maiores divergências entre os cientistas que têm consciência do problema. Confessemos, no entanto, lealmente, que neste problema, como em outros, o mais difícil é exactamente a *determinação dos limites* de aplicação dos vários métodos e que de-facto ainda nem sempre a podemos fazer com segurança.

A questão desloca-se assim do dilema — *localizar ou não localizar* — para a questão: *¿o que se deve, em princípio, localizar?* Sem dúvida, como vimos, as *perturbações parciais das funções, e não elas próprias*. Desde as alterações fisiopatológicas íntimamente ligadas às lesões do tecido nervoso, até aos «sintomas» aparentes — tais os mostram os nossos grosseiros modos de observação clínica — vai uma longa cadeia de processos cada vez mais complicados e abrangendo aparelhos nervosos mais extensos e cada vez menos directamente relacionáveis com o «foco» cerebral. A *grande dificuldade* está pois exactamente em determinar quais os desvios funcionais que se devem pôr em relação directa com o «foco» anatómico perturbador, na afasia, por exemplo, se os erros isolados de certos aspectos da construção verbal, sintáctica, etc., ou perturbações mais genéricas, como a perda do domínio da direcção e ordenação da linguagem e outras. Esta apreciação é mais fácil nas regiões motoras, cujos efeitos apreciamos directamente e onde, de-facto, a diferenciação funcional das estruturas architectónicas e até das várias regiões, adentro de cada campo, está mais bem demonstrada (por exemplo, no campo 4

da frontal ascendente, as conhecidas localizações dos movimentos isolados dos segmentos dos membros).

Nas zonas sensoriais e principalmente nas chamadas zonas psíquicas, as incertezas são muito maiores, por ser difícil, já apreciar os efeitos funcionais, já discriminar, como dissemos, aquilo que é localizável, quere dizer, distinguir o transtôrno primário e isolável, dos complexos neuro-patológicos e psicopatológicos (secundários ou conseqüentes) que a êle se associam, por compensação e correlação de outros órgãos cerebrais de diversa localização e do conjunto da própria Personalidade; assim, por exemplo, num caso que temos em estudo com o Prof. EGAS MONIZ, de desorientação espacial isolada (1), por alterações encefálicas focais (provavelmente da região parieto-occipital superior), é difícil isolar a perda da memória topográfica dos transtornos mais globais da fixação mnésica, da orientação em geral e até da *capacidade de representação óptica*.

Por mais objectivos e empíricos que queiramos ser, por menos concepções teóricas pré-concebidas que pretendamos ter dos fenómenos, não nos poderemos nunca libertar por completo das nossas concepções *à priori* sôbre o assunto; a própria apreciação «fenomenológica» dos sintomas (a sua singela descrição, longe de todo o esquematismo ou construção conceptual) nunca pode estar absolutamente livre de tôda a «teoria», pelo menos a que implica o próprio conhecimento, o mais elementar das funções em estudo (a linguagem, a atenção, o movimento, etc.), e das estruturas anatómicas, para não falar já dos conceitos que implicam as próprias palavras que usamos para as denominar.

Tôdas estas dúvidas sôbre o «conhecimento» teórico dos *factos* clínicos e anatómicos, rigorosamente observados, não lhes podem no entanto roubar o seu valor, pois só da *descoberta de novos factos e do estabelecimento das suas relações* é que podem advir progressos para a ciência que cultivamos. As teorias não

---

(1) O enffêrmo perdeu completamente a memória dos lugares; era motorista e não se sabe orientar nas ruas, esqueceu os seus nomes, as suas relações topográficas, na própria casa nunca sabe onde ficam situados os quartos, etc.; não há, por outro lado, qualquer prejuízo de inteligência (capacidade de raciocínio, etc., perfeitamente conservados; a fixação mnésica é, no entanto, deficiente, em geral).

têm outro sentido que o de adaptar aos factos o nosso pensar, e com êle o nosso agir — como muito justamente diz E. MACH.

«Tôda a teoria é obscura, caro amigo — e verdejante a árvore doirada da vida» — tal o dizer de GOETHE, com que KLEIST fechou a discussão sôbre a sua já célebre carta cerebral, acrescentando ainda: «a nossa tarefa é, pois, apenas a de continuar a cultivar e a cuidar dos frutos que ela nos vai dando».

## BREVES CONSIDERAÇÕES SÔBRE CELULITE

### SINDROMAS DIVERSOS

POR

GEORGINA DE ANDRADE GIL

Como dissemos no nosso anterior trabalho, publicado há alguns meses nesta revista, a celulite, depois de ter estado um pouco esquecida, voltou de novo, nos últimos anos, a ocupar o seu lugar de honra, ao lado do reumatismo, nas doenças de nutrição.

STUL inicia a sua tese, em 1932, dizendo: «A questão da celulite está actualmente na ordem do dia».

Porque são numerosos os autores que a têm estudado em França, Alemanha, Inglaterra, Itália, América, etc.

LUIGI BOGLIOLO, num esplêndido e bem documentado trabalho sôbre a patologia do tecido gordo, apresentado em Outubro de 1936 no *Arquivo Italiano de Cirurgia*, dá a um dos capítulos em que divide o seu trabalho, o título de: *Inflamação crónica primitiva não específica do tecido celular, gordo, ou celulite, o qual vem comumente confundido com necrose primitiva do tecido gordo*.

Nêle estuda as diferentes fases da celulite, que pode apresentar-se num foco único ou em focos múltiplos e encontrar-se em todos os estados da vida, e que êle diz seguir-se aos estímulos mais diversos ou mesmo aparecer sem causa aparente.

No nosso primeiro trabalho, depois de fazer o estudo da história, etiologia, patogenia e anatomia patológica da celulite, estudamos a sua sintomatologia, diagnóstico e tratamento pela massoterapia. Sintomatologia e diagnóstico que se referem à forma mais vulgar de celulite, a celulite subcutânea, que, por ser palpável, é, talvez, a única fácil de diagnosticar e que raras vezes deixa de

existir quando há focos profundos, ajudando-nos assim no seu diagnóstico. Por o assunto ser vasto, reservamos para êste segundo trabalho o estudo dos diversos sindromas que a celulite pode apresentar. Deixamos ainda, porém, para um novo trabalho a celulite abdomino-pélvica, que, pela grande importância que tem na patologia dos órgãos genitais da mulher, a grande vítima da celulite (a percentagem é de oito mulheres em cada dez doentes), merece bem um lugar de honra, e um estudo atento e demorado. É um capítulo que interessa ao ginecologista como ao cirurgião, como ainda ao parteirô, pelas situações dolorosas para a doente e desconcertantes para o clínico, que pode provocar, depois duma inflamação subaguda ou crônica do aparelho genital, duma intervenção cirúrgica ou dum parto.

Há entre nós uma atmosfera de incredulidade sôbre a grande variedade dêstes sindromas, e porventura mesmo, nalguns espíritos, sob a entidade patológica: celulite, designação, sem dúvida, errada, mas que o uso consagrou e fêz lei. Mas, permitam-nos a pergunta: se o tecido celular existe por todo o organismo, desde o mais profundamente, almofadando as diferentes vísceras, até superficialmente, sob a pele que reveste em tôda a sua extensão, nos espaços intercostais, como nos interstícios musculares, no espaço retro-esternal, como nas sinoviais articulares, nos orifícios de conjugação, como envolvendo os tendões e aponevroses musculares, ¿ porque não admitir que a celulite se pode formar em tôdas estas regiões, dando-nos uma sintomatologia que simula, muitas vezes, lesões orgânicas dos órgãos junto aos quais se forma? ¿ ou ainda grandes perturbações do sistema simpático da região, perturbações que, como tôdas as sensações nervosas, se podem reflectir a distância?

JEAN AUDIT diz: «A celulite, lesão conjuntiva, não se encontra apenas sob a pele: os músculos, as serosas, os tecidos periarticulares, as vísceras, os vasos e os nervos, o sistema glandular, reagem também pelo seu lado, por perturbações funcionais características».

E LAROCHE, no seu livro de 1933, *La cellulite*, diz-nos:

«A questão da celulite perivisceral será o assunto de amanhã. Mas ¿ não poderemos desde já admiti-la como uma reacção de defesa do tecido celular ambiente, na vizinhança de órgãos irritados ou alterados? ¿ Não poderemos equiparar os termos de pe-

rihepatite, pericistite, peritiflite, pericolocistite, periduodenite? É este um problema de patologia geral extremamente interessante, que não está ainda suficientemente *mis au point*.

Uma das formas mais freqüentes de celulite é a de cefaleias, que, como já dissemos no nosso anterior estudo, se encontra com relativa freqüência também nas crianças, simulando cefaleias de crescimento. As cefaleias celulíticas podem ser posteriores, interessando tôda a parte posterior do crânio e a nuca, ou anteriores, interessando tôda a face e o pescoço. Resumo uma descrição de GUY LAROCHE: «A celulite ocupa a atmosfera celulosa dos músculos e dos nervos da região cefálica e da nuca; esta localização causa o síndrome doloroso da cefaleia celulítica, que é freqüente e extremamente difícil de suportar; os doentes têm a cabeça dorida, com sensação de peso e dores vagas, difusas, das quais dão uma indicação imprecisa, tanto sobre a sua sede, como sobre a duração real. Estas cefaleias são lançadas à conta de crescimento, fadiga, *chauffage* excessiva, vida nos grandes centros, em fim, tôdas elas explicações fantasistas para justificar um estado doloroso persistente, de que se não descobre a causa. Estas dores aumentam, cessam, reaparecem algumas vezes sem horário fixo, nem periodicidade, mas outras com horário fixo, como qualquer nevralgia. Neste caso, é, de preferência, de manhã, que o doente acorda com dores súbitamente violentas, ou que vão aumentando progressivamente. O doente tem a impressão de ter a cabeça comprimida, esmagada. Os acessos repetem-se mais ou menos freqüentemente e podem aparecer a qualquer hora do dia. As dores são, geralmente, mais violentas dum lado que do outro e algumas vezes não existem senão dum lado, sendo o outro completamente indolor». O estado geral é bom e o apetite mantém-se. Como em tôda a celulite, o exame dos músculos e dos nervos, nos seus pontos de emergência, revelam-nos os edemas e os infiltrados ou nodosidades celulíticas. Deve explorar-se bem cada músculo: o trapézio, o esterno-cleido-mastoídeo, o masséter, os supraciliares, etc. A aponevrose epicraniana está muitas vezes infiltrada; e as suas alterações celulíticas são facilmente palpáveis. Diz ainda LAROCHE: «Os próprios doentes chamam a atenção do médico: tenho caroços na cabeça que aumentam na ocasião dos acessos dolorosos».

A rigidez celulítica estendendo-se desde o mastoídeo às inser-

ções vertebrais dos escalenos, pode dar perturbações auditivas, como alguns casos de surdez intermitente. A celulite dos músculos naso-genianos pode causar a congestão nasal e, conseqüentemente, coriza.

O Dr. CABOCHÉ, num trabalho publicado em 1932, apresenta várias observações de falsas otites, falsas mastoidites e falsas sinusites, com dores intensíssimas provocadas pela celulite cérvico-facial e que se curaram pela maçagem.

Num desses casos, uma celulite da parte superior da região sterno-cleido-mastoideia, dava tôda a sintomatologia duma otite, e noutro, uma celulite da face, que se apresentava espessada, simulava uma sinusite. Êle conclue o seu trabalho chamando a atenção do oto-rino-laringologista para a celulite, pois considera estes casos muito freqüentes, pelo número relativamente elevado que observou e dizendo que a celulite «explica um certo número destas cefaleias, destas algias crânio-faciais para as quais somos tantas vezes consultados, sem poder pôr sôbre elas uma etiqueta satisfatória, nem instituir um tratamento racional».

Os infiltrados celulíticos perilaríngeos, pericarotidianos e supraclaviculares, dão-nos o síndrome laringo-traqueal, com tosse e voz rouca, mal timbrada, quando os músculos da laringe também estão infiltrados, chegando o espasmo laringo-traqueal a provocar verdadeiras crises de dispneia.

Depois de bem explorados os músculos, devem procurar-se os pontos de emergência dos principais nervos, também freqüentemente atacados de celulite. O grande nervo occipital de ARNOLD, a 2 cm. para baixo e para fora da protuberância occipital, é o mais atacado pela celulite, provocando as cefaleias tão freqüentes, que começam na região infra-occipital e irradiam para o vértex, seguindo assim o trajecto do nervo.

A celulite dos músculos torácicos anteriores ou posteriores, provocando uma rigidez dos músculos inspiradores e expiradores, cuja contracção respiratória, causando uma dor mais ou menos intensa, que obriga o doente a defender-se, impede a dilatação do tórax na inspiração, pode mesmo provocar, também, uma verdadeira dispneia.

ALQUIER diz, no seu livro *La cellulite*: «No decurso das afecções pleuro-pulmonares crônicas são freqüentes as crises de dor

torácica, por crispação celulítica. Elas existem ao longo das góteiras vertebraes, no ângulo dos músculos trapézio e grande dorsal, por um lado, grande oblíquo e grande dentado, por outro, isto é, seguindo os linfáticos posteriores da axila».

¿ Quantas vezes se não atribue a congestão pulmonar, pleurite, aderências pleurais, etc., uma dor de que a auscultação mais cuidada não encontra a causa, e que afinal está na celulite dos músculos torácicos ?

A celulite torácica apresenta também, muitas vezes — parece ser mesmo a sua forma mais freqüente — o síndrome cardíaco, dando a sintomatologia de verdadeira lesão cardíaca, palpitações, angústia, dor viva pré-cordial, etc. A dor irradia, por vezes, para o braço esquerdo, realizando o síndrome da angina-do-peito, cujo mecanismo se compreende facilmente pela anastómose do segundo nervo intercostal, com o acessório do braquial cutâneo interno. A auscultação cardíaca negativa e a existência de infiltrados e de pequenos nódulos nos espaços intercostais e nas inserções musculares ao longo do bordo esternal, devem fazer-nos pensar no síndrome cardíaco, de origem celulítica.

Evidentemente, a celulite pode coexistir com uma lesão orgânica cardíaca ou pulmonar, que pode estar sujeita às variações daquela, agravando-se com as *poussées* celulíticas. ALQUIER usa a seguinte técnica para apreciar a importância da crispação muscular, provocada pela celulite, como reflexa nas contrações cardíacas: ausculta o coração, enquanto as mãos excitam os nódulos celulíticos nas paredes do tórax ou do abdómen, mas é sobretudo, diz ALQUIER: «A celulite dos espaços intercostais, um pouco para fora do esterno, terminando em cima e em baixo, nos dois pontos frénicos bem conhecidos, cuja pressão desperta maior dor e perturbação cardíaca», perturbação que elle diz poder ir até à dilatação das cavidades direitas, como nas pericardites, perturbações verificadas por cardiogramas que se normalizaram depois do tratamento adequado à celulite. Mas, e isto parece-nos de grande importância para o clínico, não é só a celulite torácica que tem repercussão sobre o coração. Tõda a celulite, causando uma congestão local, «todo o bloco celulítico, impedindo a circulação sanguínea, aumenta o trabalho do coração», como diz JEAN AUDIT.

As nevralgias intercostais são, a maior parte das vezes, de origem celulítica.

## **IODAMELIS LOGEAIS**

Iodotano estavel derivado da hamamelidina

GOTAS E COMPRIMIDOS

de 20 a 50 gotas ou 2 a 6 comprimidos por dia as refeições

**Doenças do aparelho circulatorio**

**Perturbações utero - ovarianas**

**Doenças do aparelho respiratorio e da nutrição**

## **OPO - IODAMELIS LOGEAIS**

Associação do iodotano do IODAMELIS

com a organoterapia masculina ou feminina

COMPRIMIDOS

dose media : de 2 a 6 comprimidos por dia

**FORMULA MASCULINA • FORMULA FEMININA**

**Deficiencias endocrinianas • Disendocrinoas da donzela  
da idade madura e da mulher**

## **NAIODINE LOGEAIS**

Solução estabilizada de iodeto de sodium quimicamente puro

SOLUÇÃO A : Injecções intramusculares de 20 a 40 cc por dia.

SOLUÇÃO B : Injecções endovenosas de 20 a 40 cc por dia.

**Todo o sindroma doloroso agudo ou cronico**

**Nevraxites - Algias rebeldes**

## **THIO - NAIODINE LOGEAIS**

INJECTAVEL

Complexo IODO - ENXOFRE - MAGNESIUM  
em solução injectavel

SOLUÇÃO A : Injecções intramusculares de 5 a 20 cc por dia.

SOLUÇÃO B : Injecções endovenosas de 10 a 40 cc por dia.

**A doença reumatica cronica,  
quer que sejam a etiologia, a forma ou a sede**

## **THIO - NAIODINE COMPRIMIDOS**

Complexo IODO - ENXOFRE - MAGNESIUM

associado aos saes de LITHINA e á VITAMINA B<sub>1</sub>

**Todas as doenças por carencia de enxofre**

**Reumatico cronico - Afeções das vias respiratorias**

**Doenças do figado e da nutrição**

LABORATORIOS **JACQUES LOGEAIS**, ISSY LES MOULINEAUX - PARIS

AGENTES GERAIS E EXCLUSIVOS PARA PORTUGAL E COLONIAS :

**A. GENIMEX FARMACEUTICA**, L<sup>da</sup>. 27, Rua Joao de Deus, VILA FRANCA DE XIRA

# MAIZENA DURYEA



Sem qualquer agente químico.

A mais pura de todas.

90 % d'Hidrato de carbono.

3.550 calorias por kilo.

Perfeita e rápida digestibilidade  
ainda ao estômago mais delicado.

80 anos de sucesso em todo o mundo

# “ eregumil” Fernández

Alimento vegetariano completo á base  
de cereais e leguminosas

Contém no estado coloidal

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

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

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

FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA

Depositários. GIMENEZ-SALINAS & C<sup>a</sup>

240, Rua da Palma, 246  
LISBOA

A celulite das goteiras vertebraes e dos orificios de conjugação dos nervos lombares e sagrados pode dar algias intensas, como o vulgarmente chamado «lumbago», ou nevralgias como a ciática, que é, na grande maioria dos casos, quer a falsa ciática, quer a verdadeira nevralgia ciática, de origem celulítica.

WETTERWALD, num estudo muito interessante, demonstra que o sinal de LASÈGUE e os pontos dolorosos de VALLEIX se podem encontrar numa falsa ciática de origem celulítica, sendo a dor causada, no primeiro, não pelo alongamento do nervo, mas sim dos músculos e aponevroses infiltrados pela celulite.

Para GUY LAROCHE, que apoia a opinião de WETTERWALD, a maioria das nevralgias ciáticas apresentando não só o sinal de LASÈGUE e pontos de VALLEIX positivos, mas ainda atrofia muscular e alteração das reflexas, é também devida à compressão do ciático pelo infiltrado celulítico que invade a bainha do nervo, constituindo uma perinevrite. Ainda para este autor, a ciática verdadeira, a que é devida a uma alteração do próprio nervo, e não à celulite, é acompanhada, geralmente, de perturbações tróficas, como o mal perforante plantar, de modificações da sensibilidade objectiva, de paralisia motora, de albuminúria e de linfocitose raquidiana. A existência de qualquer destes sintomas deve afastar-nos, imediatamente, do diagnóstico de celulite. E termina afirmando que «a influência da celulite é muito grande, pois a considera como responsável da quasi totalidade das falsas ciáticas e duma grande parte das verdadeiras nevralgias ciáticas». ALQUIER diz: «Em tôdas as nevralgias a celulite deveria ser procurada com o mesmo cuidado que os próprios sinais neurológicos», e ainda: «A celulite, irritando o ciático, pode modificar, ao mesmo tempo, as circulações sanguínea e linfática do membro e a retractilidade dos tecidos».

É muito freqüente a celulite dos membros inferiores, onde o seu lugar de eleição é a face interna das côxas e das pernas, podendo contudo encontrar-se quasi uniformemente espalhada por todo o membro. Quer na sua primeira fase, a fase dos infiltrados, quer já na fase de organização, formando nódulos maiores ou menores, dispostos em placas ou em rosários, a celulite dos membros inferiores pode manifestar-se por dores violentas espontâneas e grande pêsso, dificultando a marcha e obrigando, por vezes,

o doente a um repouso absoluto. Não são muito raros os casos em que uma crise aguda lhes não permite mesmo o simples contacto das roupas. Quando a celulite invade os territórios vizinhos dos grandes vasos, as paredes das veias, espessadas, dificultam a circulação de retôrno, dando origem ao edema dos membros inferiores, que pode atingir proporções suficientemente grandes para, pelo seu pêsô e mau-estar, além da dor, levar o doente à cama.

Estes edemas são, muitas vezes, diagnosticados como varizes profundas, o que é um êrro grosseiro, pois todos sabemos que não há varizes profundas, sem varizes superficiais. Por vezes, a única manifestação celulítica dos membros inferiores consiste numa dor aguda do tarso. Devido às dificuldades circulatórias e à vaso-constricção produzida pela celulite, estes doentes queixam-se sempre de muito frio nas pernas e pés. «Tenho as pernas em gêlo até aos joelhos», dizem êles.

A celulite é também muito freqüente nos membros superiores, embora raras vezes chegue, pela sua situação, a causar os transtornos e sofrimentos que causa a dos membros inferiores. Contudo, os doentes queixam-se também de grande pêsô e dificuldade de movimentos, devidos à rigidez muscular. É sobretudo freqüente nas espáduas e face posterior dos braços. O simples enfiar o braço a estes doentes provoca, quási sempre, uma queixa, tal a sensibilidade do seu tecido celular. Uma das manifestações celulíticas dos membros superiores é a chamada cãibra dos escrivães e dos pianistas, em que a infiltração invade, de preferência, o deltóide, trapézio e trícepes braquial.

São também muito freqüentes as artrites celulíticas, cujo diagnóstico diferencial da reumática é muito difícil, quando o sintoma febre nos não vem mostrar tratar-se desta última. A celulite, formando-se no tecido celular existente entre as inserções tendinosas ou dentro da própria sinovial articular, é muito difícil de despistar. Geralmente, é a celulite das regiões vizinhas da articulação que nos faz desconfiar da natureza da artrite, que, por sua vez, se mostra renitente ao tratamento reumatismal.

A celulite das articulações pode ser espontânea, chegando a dar, na sua primeira fase, isto é, na fase exsudativa, um aumento de volume apreciável da articulação, ou ser consequência duma

artrite aguda, de origem reumatismal, gonocócica, estafilocócica, etc. Depois de curada a artrite aguda, *é a celulite, geralmente, a grande responsável da rigidez muscular e da anquilose mais ou menos completa da articulação atingida*. Nós vimos em Paris, fazerem, sistematicamente, a maçagem da artrite aguda, como tratamento preventivo—evidentemente uma maçagem muito especial—para evitar esta anquilose e rigidez ulterior. Os resultados eram brilhantes.

A celulite abdominal apresenta uma sintomatologia variável com a sua localização.

A celulite do epigastro e hipocôndrios dá-nos uma sintomatologia do aparelho digestivo ou mesmo do aparelho respiratório, pela rigidez que provoca no diafragma. É freqüente dar dores que são tomadas por úlcera, que a radiografia não confirma, e que o tratamento da celulite faz desaparecer. No cavado epigastro, por vezes, a celulite forma em frente da coluna vertebral e perfeitamente palpável através da parede abdominal, uma massa de consistência mais ou menos lenhosa e mais ou menos irregular, dolorosa espontâneamente, mas sobretudo com os movimentos e à pressão, e que pode produzir *bouffés* de calor, calafrios ou vértigens, sobretudo depois das digestões. A celulite da fossa ilíaca direita dá, quási sempre, a sintomatologia da apendicite, constituindo a pseudo-apendicite celulítica, que se cura apenas com a maçagem da parede abdominal. Mas não devemos nunca esquecer que «se a celulite pode simular afecções orgânicas de órgãos profundos, pode ser também *a tradução palpável e sensível de perturbações viscerais funcionais ou orgânicas*.

Há uma celulite que interessa sobretudo o dermatologista. É caracterizada por um endurecimento acentuado do tecido celular subcutâneo, que invade também a derme, chegando por vezes a dar uma erupção cutânea. Esta celulite, que se encontra com relativa freqüência nos recém-nascidos, onde algumas vezes, felizmente raras, pode ser mortal pela sua generalização ou por infecção intercorrente, foi estudada, em 1902, pelo alemão BUSCHKE, sendo conhecida na Alemanha por «doença de BUSCHKE». Já antes, porém, em 1877, HARDY tinha descrito uma lesão idêntica com o

nome de «esclerodermia edematosa» e TOMAINE, GOLÉ e SOULIGNAC, num trabalho apresentado em 1937, descrevem uma lesão que parece ser a mesma, com o nome de «celulite esclerodermiforme extensiva benigna». Num interessante e completo trabalho apresentado pelo ilustre dermatologista Dr. ÁLVARO LAPA, na Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, em 1930, intitulado: «Estudo acêrca da etiopatogenia das nodosidades juxta-articulares» — o único trabalho português que consegui encontrar, em que se descreve a celulite, embora com o nome de «citosteoto. necrose», também muito usado pelos ingleses — aquele clínico dá o nome de «síndrome esclerodérmico» a um síndrome com as mesmas características que o descrito por BUSCHKE.

Como já disse, é muito freqüente encontrarmos a celulite associada à adiposidade, embora haja indivíduos muito magros, fortemente atacados de celulite. Sendo a obesidade uma doença de nutrição, cujas causas são mais ou menos as mesmas que as encontradas na celulite, nada admira e fácilmente se compreende que as pessoas obesas sejam geralmente celulíticas.

A doença de DERCUM, caracterizada pela adiposidade e a dor, foi classificada por HIRSCH, no seu belo trabalho de 1928, como «uma forma monstruosa da celulite». WETTERWALD, LAROCHE e LABBÉ e BOULIN, entre outros, não a consideram uma entidade clínica, mas sim uma associação da adiposidade à celulite, num grau mais ou menos acentuado, e que pode apresentar-se sob a forma nodular ou difusa. Chamam-lhe êles «adipose dolorosa» e apresentam argumentos, que me parecem muito aceitáveis, em que fundamentam as suas opiniões.

Não podemos deixar de acentuar bem o grande papel da celulite na cirurgia. Como já dissemos no nosso anterior trabalho, as lesões orgânicas subagudas ou crônicas, dão muito freqüentes vezes origem à celulite, quer profunda, na atmosfera celular que rodeia o órgão doente, quer superficial, formando placas de celulite subcutânea da região correspondente. *Esta celulite constitue um grande escolho com que o cirurgião luta muitas vezes, tornando aparentemente inútil o seu trabalho*, quando não extirpou, quantas vezes por motivos independentes da sua vontade, a re-

gião infiltrada. Mas há também a celulite que se forma após a intervenção cirúrgica, rodeando a cicatriz operatória, desde o seu ponto mais profundo, até ao tecido celular subcutâneo. Uma e outra destas celulites *fazem com que o doente continue a sofrer depois da intervenção cirúrgica, levando-o erradamente a considerar-se mal operado, ou vítima dum erro de diagnóstico.* E a celulite post-operatória pode formar-se não só nas intervenções viscerais, como nas ósseas, articulares, musculares, emfim, em tôda e qualquer intervenção cirúrgica, provocando dores mais ou menos fortes, que, geralmente, não cedem ao tratamento diatérmico, e que desaparecem rapidamente com algumas sessões de massoterapia.

Há ainda a celulite que se forma após qualquer doença infecciosa. *Não esqueçamos que tôdas as doenças infecciosas, sobretudo de evolução prolongada, ou de ataques repetidos, podem fazer eclodir a celulite.*

ABRIKOSOFF descreve vários casos de celulite subcutânea, mais ou menos generalizada, por êle verificados após a grande e grave epidemia de tifo que assolou a Rússia de 1919 a 1921. E ALQUIER considera de grande importância a celulite dos tuberculosos, pneumónicos, pleuríticos, etc.

Por último, queremos referir-nos à celulite provocada por applicações freqüentes e sucessivas de diatermia ou de injeções. Os raios X e a exposição prolongada ao sol causam também, por vezes, placas de celulite mais ou menos extensa.

Transcrevemos, a seguir, as observações de alguns casos que nos pareceram mais interessantes, dos por nós tratados.

Começamos pela nossa primeira doente de celulite, que consideramos um caso muito curioso e que bem demonstra a grande dificuldade de fazer, às vezes, o diagnóstico entre a celulite e o reumatismo.

OBSERVAÇÃO I. — Senhora A. N., de 56 anos de idade, de Lisboa.

Em Dezembro de 1933, dor súbita e violenta do joelho esquerdo, irradiando para a coxa e perna, que a obrigou a recolher à cama, onde o simples contacto da roupa lhe era intolerável, assim como qualquer movimento do

membro. Sem febre. Em menopausa há cerca de sete anos. Sofre do fígado há muitos anos. O exame mostrou-nos um joelho bastante tumefacto, de pele luzidia, sem alteração da cor nem da temperatura local, mas cuja sensibilidade nos não permitiu o mínimo exame manual. Perna flectida sobre a coxa, formando um ângulo de cerca de 90°. Impossibilidade absoluta de qualquer movimento activo ou passivo, pela dor provocada. Fizemos o diagnóstico de artrite reumatisal e receitámos as drogas habituais, sem resultado apreciável. Com o atofan a dor foi decrescendo lentamente. Ao fim de três semanas, ainda muito queixosa, foi, por conselho nosso, procurar o Prof. FERNANDO DA FONSECA. Claudicava fortemente e necessitava do apoio de uma bengala.

O Prof. FERNANDO DA FONSECA, depois de insistir, ainda, sem grandes resultados, nalguns medicamentos, aconselhou a diatermia. Cinquenta sessões diárias aliviarão um pouco a doente, passando a andar melhor, embora claudicando ainda e impossibilitada de flectir a perna além de cerca de 120°. Por conselho ainda do mesmo ilustre clínico, tomou uma série de banhos de São Paulo, que não deram resultado algum. De regresso do nosso estágio em Paris e de algum tempo de assistência no Serviço de Kinesiterapia do Prof. FAURE, onde tivemos oportunidade de reflectir sobre este caso, procurámos a doente em Junho de 1934. O joelho apresentava-se ainda tumefacto e a observação mostrou-nos extensas placas de infiltração celulítica em toda a face interna da perna e da coxa, mas sobretudo do joelho, onde a observação provocou uma dor violenta, e onde se notava uma grande rigidez muscular. Na face externa da coxa esquerda, cerca de quatro dedos acima do joelho, palpava-se, profundamente, um nódulo duro, do tamanho de uma noz pequena, extremamente doloroso à palpação e aderente aos planos profundos. Propusemos-lhe a maçagem e, com vinte e duas sessões, as dores desapareceram, assim como a rigidez muscular, readquirindo a perna todas as seus movimentos normais. O nódulo manteve-se, um pouco mais pequeno, do tamanho de uma amêndoa, e apenas doloroso à palpação. Há quatro anos que fez o tratamento, passando bem e sem dores espontâneas.

OBSERVAÇÃO II. — Senhora B. R., de 55 anos de idade, viúva, de Lisboa. (Novembro de 1934).

Há um ano, dor súbita e violenta na face externa da coxa direita, irradiando para a perna até ao pé. Recolheu à cama e, dias depois, dor também de todo o trajecto do ciático. Observada por dois colegas, que diagnosticaram dor ciática e zona. Chamado o Prof. EDUARDO COELHO, fez o diagnóstico de celulite, aconselhando agentes físicos. Fez toda a espécie de agentes físicos, sentindo apenas pequenos alívios com a maçagem vibratória. Esteve dois meses de cama e fez maçagem vibratória durante seis meses, associada aos banhos de São Paulo, de que fez duas séries seguidas. Passados poucos meses, nova crise, embora menos violenta, que cedeu um pouco com a maçagem vibratória. Três ou quatro meses depois, nova crise. Veio ao nosso consultório em Novembro de 1934.

Há alguns anos, tumor doloroso na anca direita, que tem aumentado sensivelmente. Em menopausa há cerca de dez anos e tendência para engordar, desde então. Doente do fígado há muitos anos. A observação revela infiltrados

e nodosidades celulíticas, dolorosos em tãda a extensão dos membros inferiores, mas especialmente na face interna dos joelhos e das pernas, até ao maléolo interno, onde a palpação desperta uma dor intensa. Na face externa da anca direita, um tumor como uma laranja grande, formado por tecido adiposo, de consistência mais dura que a normal e igualmente doloroso à palpação. Em tãda a extensão dos dois membros, pele com o aspecto de casca de laranja.

Fêz trinta maçagens, melhorando consideravelmente. Desaparecimento quãsi completo do tumor da anca. Fêz em seguida uma cura em São Pedro do Sul. Passou cêrca de três anos relativamente bem.

Em Dezembro de 1937, nova crise celulítica. Por conselho do Prof. EDUARDO COELHO, a doente vem ao nosso consultório fazer nova série de maçagens. Continua sofrendo do fígado e com tendência para a obesidade, de que o Prof. EDUARDO COELHO a vem cuidadosamente tratando. Em Janeiro de 1938, após uns dias de trabalho intenso, que a fatigou muito, e de muito frio, a doente fêz uma crise de dor violenta pré-cordial e angústia, com palpitações e dispneia, tão intensa que a obrigou a um repouso absoluto, crise que o Prof. EDUARDO COELHO tratou, tendo aconselhado também a maçagem da celulite torácica como adjuvante do tratamento. Esta doente tem tido mais vezes necessidade de recorrer à maçagem, sempre com bom resultado.

OBSERVAÇÃO III. — Senhora I. M. M., de 42 anos de idade, casada, de Lisboa. (Abril de 1937).

É-nos enviada pela Sr.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> EUFRAZINDA TEIXEIRA, para tratamento da celulite. Algumas dores no ventre e pernas, onde sobretudo a rigidez e o pêso lhe dificultam a marcha. Mas é na nuca e regiões escapulares que as dores a incomodam mais.

Menstruações normais. Um parto normal há um ano. Hepatismo crônico. À observação, infiltrado celulítico e numerosos nódulos fibrosos, muito dolorosos, da parede do ventre, que apresenta um panículo adiposo muito espêso, e dos membros inferiores. Na nuca o mesmo infiltrado celulítico e alguns nódulos fibrosos, sobretudo ao longo do bordo externo dos trapézios. Estado de nutrição com tendência para a obesidade. Pêso, 78 quilos. Fêz trinta e duas sessões de maçagem. Melhorou consideravelmente, andando com a maior facilidade. Cêrca de seis meses depois, pesava menos 12 quilos, mantendo hoje ainda o mesmo pêso.

OBSERVAÇÃO IV. — Senhora M. M. R., de 26 anos de idade, casada, de Lisboa. (Março de 1936).

Primeiro parto normal há três meses. Desde então, dores e sensação de pêso no ventre. Nega corrimento. Menstruações muita escassas, desde os 12 anos, tendo fortes crises histéricas nas vésperas e durante. O exame ginecológico nada revelou de anormal. Observada pelo Prof. FRANCISCO GENTIL, que diagnosticou celulite da parede do ventre, aconselhando maçagens.

Com doze maçagens para tratamento da celulite, a doente deixou de ter dores.

Um ano depois, em Abril de 1937, reaparece no nosso consultório, por dores violentas e grande pêso dos dois membros inferiores, estando quasi impossibilitada de andar. Havia já consultado o Prof. FERNANDO DA FONSECA, que verificou a existência «dum infiltrado subcutâneo, que relacionou com a sua distrofia endocrínica».

Ainda desta vez, com vinte e duas maçagens, a doente melhorou extraordinariamente.

OBSERVAÇÃO V. — M. C., de 18 anos de idade, solteira, de Lisboa. (Junho de 1935).

Enviada pelo colega FILIPE DA COSTA, que a operou há um ano de apendicite crónica, continuando com dores fortes na fossa ilíaca direita. Fêz diatermia sem resultado. À palpação, empastamento profundo e doloroso da fossa ilíaca direita, e pequenas placas de infiltração celulítica subcutânea. Dezôito maçagens. Completamente curada.

Estamos informados, pelo colega FILIPE DA COSTA, seu médico assistente, de que ela continua passando bem.

OBSERVAÇÃO VI. — Êste caso tem sobretudo o interêsse do exame anátomo-patológico feito a dois pequenos nódulos da axila.

Senhora M. E. S., de 36 anos de idade, viúva, de Lisboa.

Queixa-se de dores por todo o corpo, com grande pêso nas pernas e braços, dificultando-lhe os movimentos. A mais ligeira pancada provoca dores intoleráveis, produzindo uma equimose. Na axila direita nota uma massa que, algumas vezes, lhe dòi espontaneamente. O braço direito está quasi sempre um pouco inchado e mais rígido e pesado que o esquerdo.

Menstruações normais. Aos 16 anos, uma úlcera do estômago e pouco depois uma febre tifóide grave, seguida de peritonite. Aos 20 anos, uma pneumonia. Há três anos, extracção dum rim tuberculoso.

À observação, infiltrados e nódulos celulíticos por todo o corpo, sobretudo membros inferiores e regiões escápulo-humerais. Na axila direita, um tumor de gordura, do tamanho duma tangerina, de consistência normal, em que se palpam dois nódulos, um como uma amêndoa e outro como um grão de milho, de consistência mais dura e muito dolorosos à palpação. Extirpado o tumor pelo nosso colega ERMINDO ALVAREZ e analisado pelo Prof. HENRIQUE PARREIRA, que nos enviou o seguinte relatório anátomo-patológico:

«Grande parte do fragmento é constituído por tecido adiposo sem alterações patológicas. Pequenos nódulos, porém, apresentam um espessamento dos feixes conectivos, parcialmente hialinizados, entre os quais se encontram células deformadas em pequeno número. Existe também escassa infiltração parvicelular, de tipo linfóide. As arteríolas, quer no tecido adiposo, de aspecto normal, quer nos pontos de hialinização conjuntiva, mostram certo espessamento da túnica média.

Estas lesões correspondem ao processo patológico designado por *celulite*, sem grandes alterações das células adiposas.»

Esta doente fêz trinta sessões de maçagens, encontrando-se muito bem.

LISBOA MÉDICA

LABORATORIOS DEGLAUDE  
15, BOUL. PASTEUR, PARIS (XV<sup>e</sup>)

■  
MEDICAMENTOS CARDIACOS  
ESPECIALISADOS

■  
GIMENEZ-SALINAS & C<sup>o</sup>  
246, Rua da Palma  
LISBOA

**SPASMOSEDINE**  
SEDATIVO CARDIACO

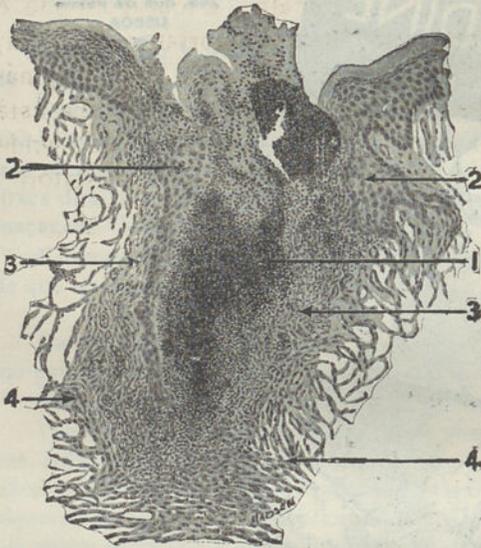


**DIGIBAÏNE**  
TONICO CARDIACO

*os 2 medicamentos cardiacos essenciaes*

## Como base fundamental de t<sup>o</sup>da a inflamação

há sempre um processo de alteração no encadeamento dos capilares



*A diminuição da elasticidade e a permeabilidade da parede capilar, a estase nos canais capilares causa um decréscimo na nutrição dos tecidos, uma baixa na resistência local, e sérias desordens nas células, dos tecidos.*

secção através de uma ferida em curativo

1. Células e déritos mortos
2. Epitélio em regeneração
3. Tecidos conectivos em regeneração
4. Novos capilares que brotam

O EMPREGO DE EMPLASTROS QUENTES DE

## *Antiphlogistine*

estimula a actividade capilar, trás novos novos fluídos e células às partes, e assim acelera todo o processo reparador



*The Denver Chemical Mfg. Co.*

163, Varick Street

Nova York, E. U. A.

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

Cais do Madre, 8, 1.<sup>o</sup>

LISBOA

São estas algumas das observações que nos pareceram mais interessantes entre os casos que temos tido oportunidade de acompanhar e tratar. Devo acrescentar que todos os doentes fizeram, além da maçagem, connosco ou com os seus médicos assistentes, o tratamento da causa, da fonte geradora da sua celulite. Porque, como já dissemos no nosso primeiro trabalho, a maçagem não é mais que um tratamento sintomático, e, tão importante como ela, é o tratamento da infecção, da insuficiência ou da lesão originária da celulite. Como também já dissemos, a sua etiologia está ainda muito obscura, sendo assunto de muitas discussões, donde esperamos que, tarde ou cedo, nos virá uma solução satisfatória.

## Revista dos Jornais de Medicina

**Tratamento da demência precoce pela ressecção do lobo pré-frontal.**  
(*Le traitement de la démence précoce par résection du lobe préfrontal*),  
por F. Ody. — Extracto do vol. «Scritti-medici in onore del Prof. Mario Donati in occasione del XXV anno di insegnamento». *Archiv. Italiano di Chir.* Vol. LIII. 1933.

O A. apresenta um caso de demência precoce, em que praticou uma lobectomia pré-frontal (ressecção do lobo frontal direito além da frontal ascendente).

O relato do caso clínico é precedido de algumas considerações justificativas da tentativa terapêutica.

Reconhece que «o primeiro trabalho publicado sôbre as tentativas operatórias no tratamento de certas psicoses é o do Prof. Egas Moniz (*Encéphale*. Junho de 1936)», mas diz o A. que quando houve à mão essa publicação já tinha operado, havia alguns meses (Abril de 1936), o caso que é objecto da sua comunicação, tendo esperado, porém, o tempo suficiente para poder tirar certas conclusões.

A técnica cirúrgica nada tem de especial; usa a técnica corrente nas lobectomias.

O doente foi estudado, sob o ponto de vista psiquiátrico, pelo Dr. Morel e a peça cirúrgica examinada histològicamente pelo Prof. A. Weber.

O psiquiatra Dr. Morel resume o estudo do doente nos seguintes termos : «Este caso tem o valor de uma experiência crucial, única, mas apresentando dados relativamente simples. Prova, pelo menos, o seguinte : que a extirpação do lobo pré-frontal direito não provoca nem apatia, nem aquinesia, nem perda da iniciativa, nem desorientação». Ody acrescenta : «A intervenção não provocou nem perturbações dos movimentos conjugados dos olhos, nem nistagmo, nem desequilíbrio, nem incontinência, nem perda de memória. Como, por outro lado, não se observou no doente qualquer deficiência piramidal, podemos afirmar que o nosso método obedece à condição primacial de toda a intervenção cirúrgica : não é prejudicial.

«Há, mais, porém : a intervenção provocou uma nítida melhora, que se mantém há quasi dois anos.

«O doente apresenta muito maior vivacidade e alegria que anteriormente à intervenção, e procura actualmente tornar-se útil aos seus. Já não se apresenta, certamente, a necessidade de internamento. E que fôsse isto apenas, já estaria justificada a nossa intervenção».

ALMEIDA LIMA.

lipiodol intraventricular no diagnóstico dos tumores cerebrais. (*Le lipiodol intraventriculaire dans le diagnostic des tumeurs cérébrales*), por YVES PIETTE. — *Zentralblatt für Neurochirurgie*. N.º 1. Fevereiro de 1939.

Num longo artigo, esplêndidamente ilustrado, o A. apresenta alguns exemplos do emprêgo do lipiodol intraventricular e resume os principais resultados e conclusões, dos já longos trabalhos sôbre êsse método, iniciados por Balado e seus discípulos em 1928.

Êsse método, que traz, certamente, valioso auxílio no diagnóstico dos tumores da fossa cerebelosa, principalmente nos que se encontram próximo, deslocando, ou deformando o IV ventrículo e o aqueduto de Sylvius, não tem, nos casos de tumores dos hemisférios, vantagem alguma sôbre a ventriculografia. Não fornecendo indicações sôbre a natureza da neoplasia, é, como método auxiliar no diagnóstico dos tumores intracranianos, de muito menor valor que a angiografia.

Permite porém obter ótimas imagens radiográficas do sistema ventricular, especialmente do aqueduto de Sylvius e do IV ventrículo, difíceis de visibilizar empregando ar ou qualquer outro gás.

O A. tira do seu trabalho as seguintes conclusões:

«As observações que relatamos mostram que empregando o lipiodol se podem localizar tão bem os tumores da fossa posterior como os dos hemisférios cerebrais. O método permite localizar exactamente o tumor e apreciar o seu volume. É necessário, evidentemente, uma certa experiência da interpretação dos filmes radiográficos. Essa experiência só pode ser obtida pela prática da iodoventriculografia e pela comparação das imagens radiográficas com os resultados operatórios ou necrópsicos. Por isso, no relato das nossas observações e no enunciado dos síndromas iodoventriculográficos, limitamos-nos a expor, em traços largos, a interpretação dos iodoventriculogramas.

«Frequentemente é necessário utilizar os dados clínicos na interpretação de certas imagens complexas. É também o estudo clínico que permite apreciar o estado geral do doente e avaliar a intervenção que será capaz de suportar.

«De Martel escreveu: «O neuro-cirurgião não tem necessidade de tão grande exactidão, basta-lhe saber que o obstáculo que determina a hidrocefalia se encontra na fossa posterior; está em melhores condições que qualquer outro para determinar a sede e a natureza das lesões, pois que o pode fazer a *ciel ouvert*».

«Êste processo obriga a grandes craniectomias. ¿Não será o ideal diminuir o mais possível a perda de tempo e de sangue, limitando o choque operatório? Isto é possível, graças às intervenções exactas, às craniectomias localizadas, medianas ou laterais, sem grandes explorações. Para isso a iodoventriculografia é indispensável. Se o exame clínico permite frequentemente localizar o tumor à fossa posterior, não nos podemos fiar nêle para determinar a situação exacta e o volume do tumor.

«¿É perigoso o método? É a principal objecção formulada por Dandy contra a iodoventriculografia. Reconhece que os efeitos imediatos não têm gravidade, mas mostra-se reservado quanto às perturbações que puderam vir

a manifestar-se posteriormente como consequência da permanência de uma substância estranha nas cavidades ventriculares. A absorpção do lipiodol é de-facto, quasi nula. Muito se tem escrito sobre este assunto. Cremos que a melhor resposta é a fornecida pelos factos. Em seiscentas ventriculografias com lipiodol, effectuadas no serviço de Balado, nunca se registou nenhuma perturbação que se pudesse attribuir ao óleo iodado intraventricular.»

ALMEIDA LIMA.

**Uma associação excepcional: Doença de Parkinson post-encefalítica e aracnoidite circunscrita oclusiva quística da fossa cerebral posterior.** (*Une association exceptionnelle: Maladie de Parkinson post-encéphalitique et arachnoïdite circonscrite occlusive kystique de la fosse cérébrale postérieure*), por L. VON BCGAERT e PAUL MARTIN. — *Zentralblatt für Neurochirurgie*. N.º 1. Fevereiro de 1939.

Os AA. relatam um caso de Parkinsonismo post-encefáltico, com sintomas de hipertensão intracraniana motivada pela obstrução dos orifícios de Magendi e de Luschka (aracnoidite e corioependimite).

Foi encontrado também um quisto na superfície do vermis cerebeloso, sinais de inflamação recente no infundíbulo e aspectos típicos de uma encefalite anterior na substância negra (destruição celular e gliose).

Ao contrário do que pensa C. Vincent, os AA. julgam que a associação da encefalite e da aracnoidite adesiva é rara. Os AA. não se pronunciam sobre as relações etiológicas das duas alterações encontradas. Não acharam na literatura nenhum caso semelhante.

ALMEIDA LIMA.

**Epilepsia nocturna em doentes portadores de tumores cerebrais.** (*Nocturnal Epilepsy in Patients with Brain Tumour*), por J. D. SPILLANE. — *Bull. of the Neurol. Inst. of New-York*. Vol. VII. N.º 3. Dezembro de 1938.

O A. estudou mais de quinhentos tumores cerebrais verificados e classificados, atendendo à presença na história clínica de doentes de ataques epilépticos diurnos ou nocturnos. Em duzentos e um tumores cerebrais (41,0%) manifestaram-se fenómenos convulsivos que não foram observados em nenhum caso das séries de tumores do cerebello.

Foram registados um ou mais ataques epilépticos nocturnos em cinquenta e três doentes com tumores cerebrais (25%).

Em trinta e sete (67%) destes cinquenta e três casos, o ataque nocturno foi o primeiro sintoma.

Em trinta e três (62%) o ataque nocturno foi não só o «primeiro» sintoma, mas também o «único» ataque nocturno. Após o primeiro todos os outros ataques foram diurnos.

A localização e natureza dos tumores cerebrais associados com ataques diurnos e nocturnos, são semelhantes.

Em doentes portadores de tumores cerebrais, os ataques epiléptiformes

O b a b e u r r e



IMPÕE-SE

NO TRATAMENTO DAS

**Perturbações gastro-intestinais**

---

PEDIDOS DE AMOSTRAS Á

**Sociedade de Produtos Lacteos**

PORTO

AVANCA

LISBOA

Para a dietética da primeira infância



Leite completo em pó, acidificado

(LEITE DE MARRIOTT)

Um novo produto Nestlé

---

PEDIDOS DE AMOSTRA E LITERATURA À

Sociedade de Produtos Lacteos

PORTO

AVANCA

LISBOA

diurnos são aproximadamente trinta vezes mais frequentes que as crises nocturnas, ao passo que na epilepsia essencial os ataques diurnos são provavelmente apenas duas vezes mais frequentes de que os nocturnos.

ALMEIDA LIMA.

Experiências clinicas com diversas insulinas de depósito. (*Klinische Erfahrungen mit verschiedenen Depotinsulinen*), por K. BECKMANN e J. WEITZSÄCKER. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 38. 1938.

Já Ammon, poucos anos após a descoberta da insulina, tentou obter — por adição de substâncias inibidoras da reabsorção — uma insulina cujo efeito fôsse não só mais lento em manifestar-se como também de maior duração.

Só nos últimos anos, porém, foi possível conseguir preparados assim dotados e utilizáveis na prática clínica. Os AA., transcrevendo primeiro considerações de outros investigadores a respeito desses diversos preparados, entram em seguida na descrição e crítica dos resultados que obtiveram desde há cerca de um ano e meio com a aplicação dos seguintes: a) Adrenalina-insulina Novo; b) Deposulin Brunnengraber; c) Zinco-protamina-insulina Novo e Degewop e d) Depotinsulina Bayer.

Nas suas pesquisas os AA. escolheram cuidadosamente os doentes, afastando todas as causas de erro, e dêles só consideraram como apropriados para avaliação dos resultados apenas trinta e quatro casos, que expõem numa tabela.

Com a Adrenalina-insulina Novo obtiveram efeitos muito inconstantes e, num doente que tinha frequentes crises hipoglicêmicas com a insulina antiga, também esta não as evitava. Revelou-se, portanto, como um preparado insuficiente.

Com a Deposulina Brunnengraber, que representa uma combinação de Insurgeman com extractos de lobo posterior da hipófise, alcançaram já resultados consideravelmente melhores, embora ainda inconstantes. Na maior parte dos casos foi possível diminuir de três para duas o número de injecções diárias, o que representa já um benefício em relação ao uso da insulina antiga, mas não se conseguiu baixar a dose total diária e só ocasionalmente se obteve um leve aumento da tolerância para os hidratos de carbono. Os AA. descrevem vários casos clínicos, nos quais compararam a acção desta insulina de depósito com as das que estudam a seguir e concluíram por pô-la de lado em vista da nítida vantagem destes últimos preparados.

Com a Zinco-protamina-insulina, de que usaram as das firmas Novo e Degewop, sobretudo a primeira, obtiveram resultados apreciáveis correspondentes aos relatados por outros autores. Sempre conseguiram economizar insulina, ainda que aumentando a quantidade de H. C. administrada e, excepto em dois casos, verificaram que bastava uma só injecção diária. Tem valor especial esta economia de injecções, não só nos casos em que é necessária uma injecção nocturna de insulina, como também nas diabetes infantis em que é geralmente preciso maior número de injecções para uma quantidade de H. C. forçosamente elevada nestes casos.

Em dois doentes de diabetes complicada de tuberculose pulmonar não viram os AA. que o uso da Zinco-protamina-insulina fôsse nocivo.

Com a Depotinsulina Bayer obtiveram sensivelmente os mesmos resultados, verificando quasi sempre uma boa regularidade das curvas da glicemia. Tanto com o emprêgo dêste preparado como dos anteriores, se produziram em numerosos casos sintomas de irritação nos sítios das picadas, por vezes obrigando a mudar de preparado.

Dum modo geral, a experiência clínica demonstra, portanto, que o uso das novas insulinas de depósito representa um enriquecimento da terapêutica anti-diabética, sobretudo em doentes que careçam de elevadas quantidades de insulina. Não só se consegue uma diminuição do número de injecções, especialmente vantajosa para o diabético que trabalha, como também frequentemente da dose total de insulina, mesmo aumentando a administração de hidratos de carbono.

OLIVEIRA MACHADO

Acêrca da natureza e do valor diagnóstico da reacção de Triboulet.  
(*Ueber Wesen und diagnostische Bedeutung der Tribouletschen Reaktion*).  
por H. WIESBROCK. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 42. 1938.

Triboulet empregou o seu reagente de sublimado-ácido acético, por volta de 1910, para análise qualitativa do pigmento biliar nas diarreias do lactante e, mais tarde, para o diagnóstico de transtornos intestinais.

Com outros autores julgou ter encontrado nesta reacção das fezes um processo valioso de diagnóstico das ulcerações intestinais, especialmente as de natureza tuberculosa.

O A. descreve a técnica, muito simples, da reacção, que consiste numa precipitação pelo sublimado de albuminas e globulinas, e o modo de fazer a leitura do resultado, que, segundo Triboulet, deve fazer-se passadas cinco e vinte e quatro horas.

Para o A. a reacção dá resultados mais rápidos e seguros quando é feita não à temperatura do ambiente, mas, sim, na estufa a 37°.

Triboulet atribuía grande valor à côr do precipitado, tirando dela conclusões que, depois, não puderam obter confirmação.

Esta reacção, muito usada em França, Inglaterra e países do Norte, para o diagnóstico da tuberculose intestinal e, em geral, julgada favoravelmente na literatura dêstes países, já foi estudada por outros autores alemães que, apesar-de também terem obtido resultados favoráveis, recomendaram um *contrôle* rigoroso.

O A., visto que tal reacção podia ser muito útil, estuda-a em casos de tuberculose intestinal e em muitos outros de diversas doenças (tifo, paratifo, disenteria). É o resultado das suas pesquisas que expõe em seguida, verificando se que, se em todos os doentes affectados de tuberculose intestinal há reacções positivas, igualmente as há num grande número de outras doenças e mesmo em sãos (pessoas vacinadas contra o tifo).

Admite, segundo as suas observações, uma percentagem de 100% de resultados positivos da reacção de Triboulet em infecções intestinais e julga

possível instituir esta reacção como meio de diagnóstico valioso em afecções desta natureza

Diversas hipóteses têm sido formuladas para explicar a proveniência das albuminas precipitadas, mas não se conseguiu ainda resolver êste problema, que o A, no entanto, continua a investigar.

OLIVEIRA MACHADO.

**Sobre o valor da cultura de medula óssea para a prova dos bacilos típicos e paratípicos.** (*Ueber die Bedeutung der Knochenmarkskultur für den Typhus und Paratyphus-Bacillennachweis*), por A. OTT. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 42. 1938.

O A. começa por dizer quão difícil é, por vezes, obter a confirmação bacteriológica dum caso suspeito de febre tifóide, mesmo quando todos os outros exames laboratoriais parece assegurarem êste diagnóstico.

Em muitos casos consegue-se a prova dos próprios bacilos típicos por meio de hemocultura, mas esta falha freqüentemente, sobretudo no fim do primeiro período de doença, por volta do oitavo a décimo dia, isto é, quando muitas vezes, pelo quadro clínico, começa a suspeitar-se de tifo e se obtém uma reacção de Widal ainda pouco segura. A êste *stadium* da doença chamaram Baserga e Barbagallo «fase muda».

Estes autores e outros chamaram a atenção, recentemente, sobre a possibilidade de comprovar, mesmo neste período, — e com uma segurança muito superior à dada pela hemocultura, — a existência de bacilos típicos por meio da cultura de medula óssea esternal obtida por punção. Conseguiram, assim, cultivar bacilos em quâsi todos os períodos da doença e com uma grande segurança.

O A. quis comprovar estes resultados e descreve aqui o produto das suas pesquisas. Fêz sempre, a par da hemocultura e do Widal, cultura de medula óssea — também em bile — e exame das fezes e das urinas.

Pois em todos os casos verificou a vantagem da cultura de medula óssea para pesquisa dos bacilos típicos e lhe parece poder tirar idêntica conclusão quanto aos paratípicos.

Descreve um caso suspeito de tifo em que êste processo de exame deu resultado negativo e que, afinal, se demonstrou depois ser uma psitacose.

Num portador de bacilos típicos também obteve resultado negativo, ao contrário do que Baserga e Barbagallo relatam das suas observações.

OLIVEIRA MACHADO.

**Insuficiência de vitamina A e reacção das plaquetas.** (*A-Vitaminmangel und Plättchenreaktion*), por E. LORENZ. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 4. 1938.

As pesquisas experimentais de Cramer e colaboradores mostraram que uma alimentação desprovida de vitamina A provocava, em ratas, uma

considerável descida do número de plaquetas, paralelamente ao aparecimento de outros sintomas típicos da avitaminose (paragem do crescimento, xerofthalmia), enquanto que os eritrócitos não eram influenciados. Tais factos levaram estes autores a concluir que uma insuficiência de vitamina A, só por si, não tinha efeito anemizante.

Em 1931, Glanzmann verificou, também em ratas, queda do número de eritrócitos e trombócitos, muito maior destes últimos elementos (método de Fonio), em animais sujeitos a alimentos livres de vitaminas, mas com adição suplementar das vitaminas B, C e D. Uma administração de pequenas quantidades de carotina conseguia compensar rapidamente as alterações provocadas.

Nas pesquisas que relata a seguir tenta o A. examinar, em animais sãos, a influência duma alimentação prolongada com dieta livre de qualquer vitamina ou apenas de vitamina A, sobre os valores da hemoglobina e do número de eritrócitos e trombócitos.

Empregou cobaias para êste efeito e numa série de pesquisas administrou a trinta e um animais (Grupo I) exclusivamente flocos de aveia e água.

A doze outros animais (Grupo II), juntou a igual dieta quantidades suficientes de vitaminas B, C e D contidas na levedura secca, ácido ascórbico e vigantol.

Descreve pormenorizadamente o método empregado, a técnica que preferiu para doseamento das plaquetas (segundo Jürgens), e chega à conclusão, quanto aos valores da hemoglobina e dos eritrócitos, de que não há influência apreciável tanto da supressão de vitamina A exclusivamente como da de todas as vitaminas. Com respeito à influência sobre os trombócitos, chega a resultados diferentes. Empregando o método de dosagem de Jürgens verificou na grande maioria dos casos — em ambos os grupos — uma forte subida dos números de plaquetas, com aparecimento de formas patológicas (micro-plaquetas, poiquilo e anisocitose, etc), o que se devia explicar, portanto, como efeito prejudicial da insuficiência da vitamina A.

O método de dosagem, segundo Fonio, deu, porém, na maioria dos casos, sem trombocitose prévia, uma lenta, mas constante descida das plaquetas, até chegar a acentuadas trombopénias.

O A. explica esta contradição pela insuficiência do método de Fonio, que não conseguiria registar o aparecimento das plaquetas patologicamente alteradas por serem formas de grande fragilidade.

Conclue o A. por admitir para a insuficiência de vitamina A duas formas distintas de reacção das plaquetas :

\*a) Aumento precoce de plaquetas, quando muito com leves alterações, seguido de contínua queda até à trombopénia.

b) Grande aumento do número de plaquetas depois da terceira semana, com alterações morfológicas intensas, que o método de Fonio não é capaz de registar, provavelmente por destruição, ao fazer-se o esfregaço, mas que o método de Jürgens, mais valioso, consegue revelar.

**Aspiração endocavitária das cavernas tuberculosas do pulmão.** (*Procedimento di aspirazione endocavitaria delle caverne tubercolari del polmone*), por V. MONALDI. — *Annali dell'Istituto «Carlo Forlanini»*. Ano II, N.º 10, 1938.

Monaldi, o conhecido criador da toracoplastia ântero-lateral elástica, apresenta no seu trabalho de hoje as primeiras tentativas dum novo método terapêutico para a obliteração das cavernas tuberculosas pulmonares, por aspiração endocavitária transtorácica.

As bases teóricas sôbre que apoia o seu processo curativo são as já expostas por E. Morelli, seu Mestre, no que se refere ao prejuizo mecânico causado pelo traumatismo respiratório, sôbre o tecido pulmonar quando êste já se encontra lesado, particularmente quando a êsse nível existe obliteração, ou melhor, estreitamento dos ductos aéreos que, impedindo a livre entrada do ar da respiração, evita que êste, na quantidade suficiente, possa servir de amortecedor eficaz para os movimentos da grelha costal, os quais se exercem depois mais ou menos intensamente sôbre aquêles tecidos. O A. transporta êste conceito para a formação e desenvolvimento de certas cavernas e de aí o seu novo procedimento terapêutico.

Começa o A. por assentar em determinadas possibilidades de retractilidade autónoma da própria parede das cavernas, para uma grande parte delas entenda-se, como lhe permite supor a evolução de muitas delas que desapareceram após a toracoplastia da sua autoria, e que tal desaparecimento por sua vez é substituído pelo parênquima circunvizinho, que se deforma e se distende para seguir a redução progressiva da caverna, parênquima constituído muitas vezes, em grande parte, por aquela zona de tecido atelectásico que sempre se encontra como moldura circular em torno de tôdas as soluções de continuidade, ou então, quando assim não acontece, a compensação do espaço vazio que desaparecê pode ser feita por outros sectores mais débeis, mas mais afastados. Pelo que respeita a tese da capacidade reactiva da parede cavitária, entende o A., em resumo, que, regra geral, aquela parede conserva não só um grau notável de deformabilidade, como ainda um poder retráctil que pode ser notavelmente mais elevado do que o do parênquima são. Por outro lado, o conteúdo gasoso endocavitário tem também significado físiopatológico, em íntima relação com a dinâmica respiratória; quando há uma larga comunicação entre aquela e a árvore brônquica, e portanto com a atmosfera, o estado tensivo da cavidade é, por assim dizer, bronco-géneo durante os dois ciclos da respiração; pelo contrário, se a caverna fôr fechada, dá-se uma re-facção dentro desta durante a inspiração e compressão durante a expiração. O A. entende que, em regra, a situação, na grande maioria dos casos, é intermédia entre as duas hipóteses consideradas; ordinariamente o brônquio de drenagem é insuficiente para proporcionar a quantidade de ar proporcional às variações volumétricas resultantes das fases respiratórias. Dêste modo a tensão do gás sofre um abaixamento durante a inspiração e um aumento durante a expiração; a depressão inspiratória endocavitária actua sôbre a parede da cavidade em antagonismo com a tracção parietal torácica, mas ordinariamente não é capaz de neutralizar a acção prejudicial desta; pelo

contrário, a compressão expiratória endocavitária actua em sentido convergente com a parietal sobre o tecido pulmonar interposto na tendência para provocar-lhe a atelectasia, que por sua vez multiplica o traumatismo respiratório, mas que tem, por outro lado, a vantagem de constituir uma reserva útil não só para substituir o espaço cavitário como para absorver as acções mecânicas parietais quando espontâneamente ou a seguir a qualquer intervenção se tenha iniciado o processo de retracção da cavidade.

As precedentes premissas teóricas levaram o A a pensar na eliminação de algumas cavernas mediante a aspiração endocavitária; esta é realizada por meio dum pequeno tubo introduzido permanentemente na caverna, e que, ao mesmo tempo, serve para a eliminação dos produtos de secreção e de destruição, impedindo assim a retenção de materiais patológicos. Apresenta a seguir quatro casos tratados dêste modo com resultados muito satisfatórios.

J. ROCHETA.

A declivoterapia como factor importante de relaxamento pulmonar.  
(*La declivoterapia quale fattore importante di detensione polmonare*), por O. Sossi. — *Annali dell'Istituto «Carlo Forlanni»*. Ano II. N.º 10. 1938.

As indicações da frenicectomia, que ainda há bem pouco tempo eram bastante extensas, diminuíram de tal modo há quatro a cinco anos que reduziram aproximadamente para um décimo, nalguns serviços da especialidade, o número de doentes que devem submeter-se a esta intervenção. Tal circunstância, que para alguns autores constitue uma reacção exagerada, deve-se à observação demasiado freqüente da ineficácia dêste método cirúrgico; por isso alguns clínicos, sobretudo franceses, no intuito de não deixarem desacreditar completamente o bom resultado que se pode obter com a extirpação do frénico na tuberculose pulmonar, mesmo na influência que pode exercer para as lesões do vértice, defendem como complemento da frénico exeresse a posição declive do tórax, com a qual têm obtido esplêndidos resultados.

O A. apresenta uma série de casos, com cavidades apicais, que se tinham submetido de início à frenicectomia sem resultado, e que por se negarem depois à toracoplastia, tentaram a declivoterapia como único recurso, acabando por curar as suas lesões. A técnica consiste em elevar os pés da cama nos primeiros dias de 10 cm., elevação que vai gradualmente e progressivamente até atingir 80 cm.; uma radiografia feita nesta posição mostra a grande elevação que sofre o diafragma em contraste flagrante com o abaixamento que se verifica quando aos mesmos doentes se lhe faz uma radiografia de pé. É desta acção mecânica que devem derivar os bons resultados obtidos, e que sem a posição declive, nunca poderia ser atingida, sabido como nem sempre a paralisia daquele músculo permite o seu deslocamento intratorácico; e a razão dêste facto reside na relação entre as forças do tórax e do abdômen, muito variáveis de indivíduo para indivíduo; assim, por exemplo, nos indivíduos longilíneos microsplancnicos ou esplanchnoptósicos, com evidente baixa tensão abdominal, o levantamento do diafragma é mínimo ou nulo. Esta condição corrige-se com declivoterapia; com a posição declive o peso dos órgãos

abdominais não interfere com a fôrça de retracção do pulmão, mas, pelo contrário, actua no mesmo sentido, a que de certo modo se soma, obtendo-se dêste modo uma notável redução da capacidade da cavidade torácica, com afrouxamento intenso da fôrça elástica pulmonar total, mas principalmente ao longo do eixo vertical. Nem sempre porém o resultado é favorável; a causa do insucesso pode ser a incompressibilidade da caverna por excessiva reacção conjuntiva da sua parede, ou ainda a posição em relação com as linhas dominantes dos movimentos respiratórios da grelha torácica; quando a cavidade está directamente submetida à acção dinâmica das costelas superiores, a declivoterapia nada a influencia, visto que nestas condições pode aquela aumentar ainda depois da parálisis do diafragma.

J. ROCHETA.

**Problemas clínicos da circulação pulmonar.** (*Klinische Probleme des Lungenkreislaufes*), por M. HOCHREIN. — 14 Nanheimer Fortbildung. Sep. 1938.

Começa o A. por acentuar a incapacidade de explicação de certos fenómenos clínicos que dizem respeito à circulação pulmonar, de resto já expressa por alguns clínicos, quando se pretende interpretá-los à luz das noções correntes, que afirmam ser aquela circulação condicionada apenas pela diferença de pressão que existe entre o ventrículo direito e a aurícula esquerda. Há que admitir outras hipóteses mais amplas, que melhor expliquem muitos dos aspectos até hoje inexplicados; para Hochrein a circulação pulmonar, considerada sob o ponto de vista funcional, compõe-se de duas secções:

a) Uma, constituída por um sistema de canais mais ou menos largos que estabelecem a ligação entre o coração direito e o esquerdo.

b) Outra, constituída por um sistema paralelo, no qual estão incluídos os alvéolos pulmonares e que representa o depósito sanguíneo do pulmão.

A primeira é regulada pelo coração, e a segunda pelo pulmão, na dinâmica respiratória e ainda por outros factores químicos e nervosos; de entre todos há um que merece especial referência, por mais conhecido: a pressão intrapulmonar, pois das variações desta aumenta ou diminue a quantidade de sangue que aquêle órgão pode reter. Daqui se pode supor que o coração direito não está em absoluta dependência do coração esquerdo para manter harmónico o conjunto da circulação, e dêste modo pode acreditar-se que em várias circunstâncias o volume-sistólico seja diferente nas duas metades do órgão.

São também particularmente curiosas as relações nervosas entre as coronárias e a pequena circulação, assim como entre esta e a pressão aórtica e secundariamente sobre a grande circulação, mas variáveis nos seus efeitos, conforme a reacção particular da circulação geral e o tónus do sistema nervoso vegetativo; em geral, a um aumento da circulação pulmonar corresponde uma baixa da tensão aórtica, com bradicardia, aumento da circulação coronária esquerda e constrição da coronária direita; por outro lado, se se laquear uma grande parte das veias pulmonares a menor circulação que de aí resulta para a aorta, não é acompanhada duma diminuição da tensão, como seria de esperar, e, pelo contrário, verifica-se um aumento. Por sua vez tem-se demonstrado que um aumento da tensão cerebral pode provocar um edema pul-

monar e do mesmo modo a dilatação aguda do estômago aumenta a tensão da grande circulação e a quantidade de sangue da pequena. Dêstes exemplos é de presumir que muitos edemas pulmonares cuja patogênese nem sempre a clínica consegue esclarecer, devem a sua origem a reflexos desta natureza.

Pelo que respeita à patogênese da asma cardíaca, é admitido, pela teoria clássica, que aquela se encontra, na maioria dos casos, na hipertensão arterial e é provocada por insuficiência aguda do ventrículo esquerdo. Todavia, a clínica não explica satisfatoriamente a razão da predominância e frequência dos acessos nocturnos, exactamente quando são maiores e melhores as condições de repouso para o coração; o A. entende, pelo contrário, que tudo pode explicar-se por um aumento da circulação pulmonar, causada por qualquer dos mecanismos reflexos já mencionados atrás. É também interessante a análise da embolia pulmonar; é sabido a alta mortalidade que acompanha este acidente, quer imediato, quer tardio, mas a morte não é devida à embolia em si, mas sim a reflexos que provocam uma hipertensão da pequena circulação com hipotensão da grande circulação, ao mesmo tempo que se originam outros ao nível da coronária direita. De todos estes exemplos se verifica a complexidade do problema que representa a circulação pulmonar; esta não é só a projecção de muitas perturbações que se desenrolam noutros órgãos, mas, por sua vez, é o ponto de partida de alterações que provocam reflexos a distância. Infelizmente pouco ainda se sabe da terapêutica apropriada; por experiências em animais verificou-se que muitas vezes o choque circulatório provocado pela embolia pulmonar não aparece, quando se submetem aquêles à narcose pelos barbitúricos. Por sua vez parece que o luminal pode evitar o edema pulmonar experimental. Há também quem tenha procurado influenciar os centros dos vaso-motores pulmonares por punção lombar nos acessos de asma cardíaca e brônquica. Pelo que respeita à influência medicamentosa que se possa exercer no aumento da tensão pulmonar, sabe-se que a adrenalina, na descompensação circulatória, provoca um empobrecimento do sangue pulmonar, e, por seu turno, os nitritos podem abaixar a hipertensão da artéria pulmonar e impedir a congestão pulmonar. A sangria também diminui o conteúdo em sangue dos pulmões e tal facto explica claramente o aparente paradoxo de alguns clínicos que a aconselham nas hemoptises. Uma menção particular merece a respiração artificial com o oxigénio nas perturbações circulatórias; neste caso o oxigénio provoca não só uma melhoria das trocas, mas tem também acção sobre a hemodinâmica da circulação pulmonar. Do mesmo modo são importantes os exercícios respiratórios para resolver as perturbações da pequena circulação.

Finalmente, qual é o comportamento terapêutico no enfisema ou na cirrose pulmonar, caracterizada por diminuição sanguínea da pequena circulação e subsequente sobrecarga do coração direito? Sabido, pela prática clínica, como são insuficientes os nossos meios de tonificação cardíaca dêstes casos, procura se hoje melhorar esta situação, provocando um aumento da pequena circulação pela respiração a baixa pressão; não é raro encontrar doentes com bronquites crónicas graves, por enfisema pulmonar, com dispneia e palpitações, que melhoraram extraordinariamente por este processo.



# NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

## Hospitais

### Civis de Lisboa

Abriu-se concurso documental entre os médicos que concluíram o 4.º ano internato dos Hospitais Civis de Lisboa em Dezembro findo, para a concessão do prémio constituído por uma bolsa de viagem de estudo no estrangeiro.

— Publicou-se um decreto pelo qual se esclarece que no regime de recrutamento do pessoal médico dos Hospitais Civis não deve ser considerado de promoção o lugar de director ou chefe de serviço, nem lugares de acesso os de médicos, cirurgiões, etc.

### Central de Luanda

O Dr. Manuel Peixoto da Fonseca, médico de 1.ª classe, foi exonerado de director da clínica médica do Hospital Central de Luanda.

## Sociedade Portuguesa de Estomatologia

Reuniu-se a Assembleia Geral da Sociedade Portuguesa de Estomatologia, para eleição da direcção, que ficou assim constituída: Drs. Tiago Marques, António Bonfim, Mota Pereira, Rui de Lacerda, Valente de Araújo e Satúrio Paiva.

### Prof. Eugénio Morelli

Veio a Portugal, onde realizou algumas conferências, o Prof. Eugénio Morelli, médico italiano, director do Instituto Forlanini de Roma e professor da Universidade.

As conferências realizadas em Lisboa na Faculdade de Medicina, nos dias 6, 7 e 8 de Março, intitularam-se: «Fisiopatologia do pneumotórax artificial»; «Cura das pleurites e do empiema pleural»; e «Cirurgia da tuberculose pulmonar e das feridas do pulmão».

O director e professores da Faculdade de Medicina de Lisboa ofereceram um almôço de homenagem ao Prof. Morelli.

### Ordem dos Médicos

Foi eleito bastonário da Ordem dos Médicos o Prof. Elísio de Moura, da Faculdade de Medicina de Coimbra.

Na assembleia geral do dia 28 de Janeiro de 1939, da secção regional de Lisboa, elegeram-se os seguintes membros:

*Para delegados à Assembleia Geral* — Dr. João Alberto Pereira de Azevedo Neves, Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa; Dr. Nicolau Anastácio de Bettencourt, Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa; Dr. António Anastácio Gonçalves, Inspector-chefe de Sanidade Marítima; Dr. António Cassiano Pereira de Sousa Neves, Director do Sanatório Popular; Dr. Artur Pacheco, Director do Hospital Militar Principal de Lisboa; Dr. José de Matos Sobral Cid, Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa; Dr. Adelino José da Costa, Cirurgião dos Hospitais Cívicos de Lisboa; Dr. Francisco Joaquim Correia, Médico Municipal em Rio Maior; Dr. Alberto Martins dos Santos, Médico Municipal em Bombarral; Dr. Fernando Ferreira da Costa, Director dos Serviços de Estomatologia dos Hospitais Cívicos de Lisboa; Dr.ª D. Eufresinda Guedes Teixeira, Assistente do Hospital de Santa Marta; Dr. José da Cunha Paredes, Cirurgião dos Hospitais Cívicos de Lisboa; Dr. Augusto Gervásio Lobato do Carmo, Médico Mutualista; Dr. Ernesto Galião Roma, Director clínico da Associação Protectora dos Diabéticos Pobres; Dr. Henrique Frederico von Bonhorst, Director de Serviço de Medicina dos Hospitais Cívicos de Lisboa; Dr. Manuel Nazareth Cordeiro Ferreira, Médico Pediatra dos Hospitais Cívicos de Lisboa; Dr. Luiz Carlos Simões Ferreira, Director do Serviço de Medicina dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

*Para vogais do Conselho Geral* — Dr. Alexandre Cancela de Abreu, Professor Agregado da Faculdade de Medicina de Lisboa; Dr. Eugénio Pereira de Castro Caldas, Tenente-coronel médico.

*Para vogais do Conselho Regional* — Dr. José Júlio Leite Lage, Director do Serviço de Pediatria Médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa; Dr. José Tos-

cano Rico, Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa; Dr. Augusto Lopes de Andrade, Médico Oftalmologista dos Hospitais Cívicos de Lisboa e do Hospital Militar Principal de Lisboa; Dr. Mário Reis de Figueiredo Carmona, Cirurgião dos Hospitais Cívicos de Lisboa; Dr. João Baptista Frazão, Médico Municipal em Peniche; Dr. Abel Pereira da Cunha, Cirurgião Pediatra dos Hospitais Cívicos de Lisboa; Dr. Aleu de Almada Saldanha Quadros e Cruz, Radiologista dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

*Para secretários à Assembleia Regional* — Dr. Silvério Ferreira Gomes da Costa, Professor Agregado da Faculdade de Medicina de Lisboa; Dr. Diogo Guilherme da Silva Alves Furtado, Professor Agregado da Faculdade de Medicina de Lisboa.

## X Congresso Internacional de Medicina e Farmácia Militares

No X Congresso Internacional de Medicina e Farmácia Militares tomam parte individualidades de trinta e cinco países.

A repartição central do Congresso em Nova-York instalou-se no Waldorf-Astoria Hotel, onde uma comissão de recepção atenderá os congressistas, assegurando-lhes alojamento e transporte para Washington.

Quaisquer informações relativas ao Congresso devem pedir-se ao Secretário Geral do X Congresso Internacional de Medicina e Farmácia Militares, Army Medical Library, Washington, D. C.

Sobre passaportes, viagens de vapor e caminho-de-ferro, etc., presta esclarecimentos a American Express Co.

## Congresso de Medicina de Oran

Destinado ao estudo das «Bruceloses na África do Norte», reuniu-se em 3, 4 e 5 de Abril, o Congresso de Medicina, em Oran, presidido pelo Dr. Jasseron, oftalmologista honorário do Hospital Civil de Oran.

Os relatórios apresentados foram os seguintes: 1.º — Epidemiologia das Bruceloses; 2.º — Identificação bacteriológica das Brucelas; 3.º — Diagnóstico bacteriológico das Bruceloses; 4.º — Formas clínicas das Bruceloses; 5.º — Complicações das Bruceloses; 6.º — As Bruceloses animais; 7.º — Tratamento das Bruceloses; e 8.º — Profilaxia das Bruceloses.

## XXV Congresso Francês de Medicina

Realizou-se em Marselha, nos dias 10, 11 e 12 de Novembro de 1938, o XXV Congresso Francês de Medicina, presidido pelo Prof. Olmer. Da comissão dirigente faziam parte os Profs. Audibert e Mattei, o Dr. Botreau-Roussel, o Prof. Roger, o Prof. Monges, o Prof. agreg. Poinso e o Prof. agreg. Poursines.

O programa do Congresso, em que se discutiram: «A espiroquetose icterohemorrágica», «As hipocloremias» e a «Terapêutica das avitaminoses do adulto», já foi publicado neste jornal.

## Homenagem

O pessoal e um grupo de doentes da Maternidade Magalhães Coutinho prestaram homenagem à Dr.<sup>a</sup> D. Maria dos Prazeres Leão, que há oito anos dirige uma consulta gratuita de grávidas naquele estabelecimento. O enfermeiro-mor dos Hospitais associou-se à homenagem.

## Conferências

O Prof. Augusto Monjardino realizou no Clube dos Fenianos do Pôrto uma conferência sobre a «Função social das maternidades». Esta conferência faz parte da série promovida pela Liga Portuguesa de Profilaxia Social.

— Na sede da Ordem dos Médicos, o Dr. Carlos Santos efectuou, no dia 11 de Março, a primeira conferência do presente ano de trabalhos da Sociedade de Radiologia.

— O Dr. Ascensão Contreiras pronunciou uma conferência intitulada «A higiene do sono», no Estádio do Sport Alges e Dafundo.

— Sobre a antropologia das nossas colónias realizou uma conferência, na Sociedade de Geografia, o Dr. Liz Ferreira, assistente do Instituto de Antropologia da Faculdade de Ciências do Pôrto.

— Em Coimbra, na Associação Académica, o Prof. Maximino Correia pronunciou uma conferência intitulada «À margem do Congresso Médico de Lourenço Marques».

— O Dr. Fernando da Silva Correia realizou uma conferência sobre assistência pública, na sala do Clube dos Fenianos do Pôrto, a convite da Liga Portuguesa de Profilaxia Social.

### Saúde pública

Constituem o júri do concurso para provimento dos lugares de visitadoras sanitárias da Direcção Geral de Saúde, o Prof. João Avelar Maia Loureiro, que servirá de presidente; e os Drs. Fausto Nunes Landeiro e Carlos Horácio Gomes de Oliveira.

— Publicou-se um decreto que determina que fique cabendo à Inspecção de Sanidade Marítima do Pôrto de Leixões e Foz do Douro, da Direcção Geral de Saúde, a superintendência epidemiológica e de profilaxia na área urbana do concelho de Matozinhos.

— Reconhecendo-se que o desleixo na participação de casos suspeitos ou confirmados de doenças contagiosas vem trazendo à defesa da saúde pública as maiores dificuldades e perigos, determinou o Governo à Direcção Geral de Saúde a adopção de medidas excepcionais que garantam o cumprimento do dever de efectuar essas participações com a maior brevidade e exactidão de dados.

### Saúde colonial

Instalaram-se no novo edificio mandado construir para êsse fim, a Repartição Central e Provincial dos Serviços de Saúde e Higiene e a Delegação de Saúde de Luanda.

### Saúde naval

Nomeou-se uma Comissão Técnica de Saúde Naval, composta pelo capitão de mar e guerra médico Dr. Teodomiro de Miranda, presidente; e pelos vogais capitães de fragata médicos Drs. Júlio Gonçalves e Correia de Sousa e capitães-tenentes médicos Drs. Tovar Faro e Morais Sarmento.

### Combate à lepra

Publicou-se um decreto que cria a «Leprosaria Nacional Rovisco Pais», destinada ao internamento e tratamento de leprosos de ambos os sexos de todo o país e ao estudo da profilaxia e cura da lepra.



A Leprosaria será constituída por hospital, asilo e colónia agrícola, formando um conjunto isolado, e mais instalações complementares necessárias.

Esta instituição dependerá, técnica e administrativamente, dos Hospitais Civis de Lisboa e terá instalações próprias fora dos grandes aglomerados, as quais serão custeadas pela herança do benemérito José Rovisco Pais.

Está nomeada já a comissão instaladora.

### Necrologia

Faleceram: em Amarante, o Dr. Alberto de Barros Castro, antigo chefe de laboratório do Hospital Escolar de Lisboa; em Lisboa, o Dr. José Vieira da Silva Guimarães, professor de História, sócio da Academia das Ciências e da Academia de História de Madrid, e o Dr. Júlio Lopes Nogueira da Silva; na Malveira, o Dr. Miguel dos Santos, médico estomatologista, antigo director da consulta estomatológica do Hospital de Luanda; em S. Marinho de Anta, o Dr. Augusto de Sousa Rosa, coronel-médico aposentado, antigo director do Hospital Militar do Pôrto; em Tomar, o Dr. José Ubaldi de Oliveira, médico na Figueira da Foz; e na Póvoa do Lanhoso, o Dr. Fernando Fernandes, assistente da Faculdade de Medicina do Pôrto.

### Saúde Naval

### Combate à lepra





**PANBILINE**  
nas DOENÇAS DO FIGADO

são  
os  
aneis  
de uma  
mesma cadeia:

**RECTOPANBILINE**  
na PRISÃO DE VENTRE

**HÉMOPANBILINE**  
nas ANEMIAS

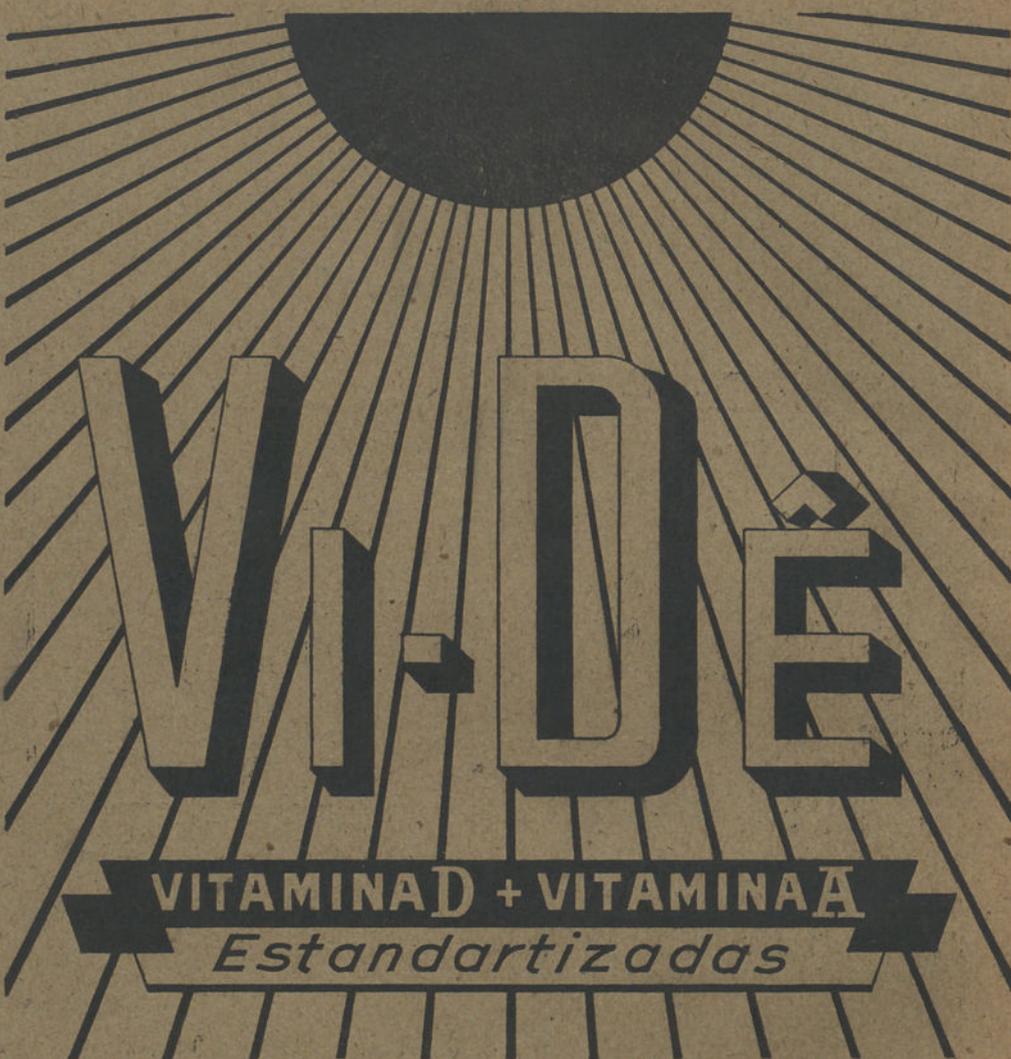
A OPOTERAPIA  
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA

TOTAL:

LITERATURA AMOSTRAS

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

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



# VI-D-Ê

VITAMINA D + VITAMINA A

*Estandartizadas*

O novo produto Wander para tratamento do raquitismo, perturbações do metabolismo do cálcio e do fósforo, perturbações da ossificação e da dentição, osteomalácia, osteoporose, gravidez e lactação, crescimento e carie dentária.

**Frascos conta-gotas de 10 cc. a Esc. 22\$00**

**DR. A. WANDER S. A., BERNE**

Unicos Concessionarios para Portugal:

**ALVES & C.ª (IRMÃOS) — Rua dos Correiros, 41-2.ª — LISBOA.**

Sala

Est.

Tab

N.º